

Contratualização regionalizada de serviços públicos de saúde no Distrito Federal: relato de experiência

Regionalized contracting between public health services in the Federal District:
experience report

Contractualización regionalizada de los servicios de salud pública en el Distrito Federal:
relato de experiencia

Leila Bernarda Donato Gottens¹, Roberto José Bittencourt², Monica Iasannã Reis Lopes Santana³, Maria Raquel Gomes Maia Pires⁴, Jordi Campo⁵

Resumo

Objetivos: descrever o processo de modelagem da contratualização de serviços públicos do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal e analisar os potenciais e os limites do modelo proposto. Método: relato e análise de experiência do tipo rastreamento de processo por meio do método narrativo. Coleta de dados por análise documental e observação participante no período de 2011 a 2014. Resultados: experiência

descrita em três etapas: 1 – O contexto da gestão e da atenção a saúde da SES-DF; 2 – A modelagem da contratualização regional de serviços de saúde; 3 – Coordenação, monitoramento e avaliação da contratualização regional. Conclusão: a construção do modelo gerou compromissos assistenciais e de melhoria dos processos de gestão entre os atores envolvidos. Ancorou-se nas diretrizes do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) e das redes de atenção à saúde. Há fragilidades nos incentivos para unidades, equipes e profissionais e no modelo de governança para a implantação, avaliação e negociação periódica dos compromissos assumidos nos acordos formalizados.

Descritores: Sistema de Saúde, Administração de Serviços de Saúde, Gestão em Saúde

Abstract

Objectives: to describe the process of contracting modeling of public health

¹ Enfermeira. Doutora em Administração (UnB). Professora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências para a Saúde, Coordenação de Pós-Graduação e Extensão, Escola Superior de Ciências da Saúde, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciência da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. E-mail: leila.gottens@gmail.com

² Médico. Doutor em Saúde Pública (ENSP). Coordenação de Pesquisa e Comunicação Científica da Escola Superior de Ciências da Saúde. E-mail: robertobitt@cardiol.br

³ Enfermeira. Especialista em Gestão de Serviços de Saúde (UFBA). Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. E-mail: monicaassana@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Doutor em Política Social (UnB). Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem/Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. E-mail: maiap@uol.com.br

⁵ Médico. Consorcio Hospitalar da Catalunha. E-mail: jordicampodejuan@gmail.com

services of the Unified System of the Federal District and to analyze the potential and limits of the proposed model. Method: report and review of experience of type tracking process through the narrative method. Data collection by document analysis and participant observation in the period from 2011 to 2014. Results: experiment described in three chronological stages: 1 - the context of the management and care model of the Secretary of Health of the Federal District; 2 - modeling of the regional health services contracting; 3 - coordination, monitoring and evaluation of the regional contracting. Conclusion: the construction of the model generated assistance commitments and management processes improving among the actors involved. It was anchored on the guidelines of the Organizational Contract of Public Action (COAP) and health care networks. There are weaknesses in the governance model for the implementation, evaluation and periodic negotiation of commitments in formalized agreements. **Descriptors:** Health System, Health Services Administration, Health Management

Resumen

Objetivos: describir el proceso de modelado de la contractualización del servicio público del Sistema de Salud del Distrito Federal y analizar el potencial y los límites del modelo. Método: informe y análisis del experiencia por procesos de seguimiento con uso del método narrativo. Se hizo la recolección de datos a través de análisis de documentos y observación participante en el período entre 2011 y 2014. Resultados: experiencia descrita en tres pasos: 1 - El contexto de la gestión y la atención a la salud del Distrito Federal; 2 - El modelado de contractualización regional los servicios de salud; y 3 - Coordinación, seguimiento y evaluación de la contratación regional. Conclusión: la construcción del modelo ha generado compromisos de asistencia y de mejora de los procesos de gestión entre las partes interesadas. Fue anclada en las directrices del Contrato Organizacional de Acción Pública (COAP) y de las redes de atención de salud. Existen debilidades en incentivos para las unidades, equipos y profesionales y en el modelo de gobernanza para la aplicación, evaluación y renegociación periódica de los compromisos asumidos en los acuerdos formalizados. **Descriptor:** Sistemas de Salud,

Administración de los Servicios de
Salud, Gestión en Salud

Introdução

Os sistemas de saúde no mundo convivem atualmente com dilemas estruturais, relacionados à 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 contas públicas, à necessidade de controle dos *déficits* e dos níveis de dívida pública⁽¹⁻³⁾. No Brasil, a plena implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) universal, cunhado na Constituição Federal (CF) e nas Leis Orgânicas, requer o enfrentamento de obstáculos análogos, que configuram o contexto complexo de avanços e retrocessos da construção das políticas sociais, assim como do projeto nacional de desenvolvimento⁽³⁻⁵⁾.

Os sistemas e as organizações de saúde são considerados estruturas complexas, devido à diversidade dos seus serviços, à variedade de profissionais com competências distintas, aos processos que ocorrem simultaneamente e à imperiosa necessidade de uma abordagem

integrativa na tomada de decisões. Convive-se com a diversificação de atores em crescente especialização das suas funções específicas, tais como provisão, gestão, financiamento, regulação, prestação de cuidados, entre outros, para resolver problemas igualmente complexos e de altíssimo risco⁵⁻⁶. Em geral, esses atores operam de forma isolada, sem uma sinergia apropriada, o que agrega mais barreiras de acesso aos serviços, gerando o ciclo perverso da desassistência – superlotação⁷. Ademais, os serviços de saúde continuam organizados de forma rigidamente hierarquizada, com comandos verticalizados que não favorecem uma abordagem colaborativa. Em síntese, a diversificação de atores, unidades de saúde e funções nos sistemas de saúde levam a inevitáveis dificuldades de integração⁽⁶⁾.

Esse contexto exige o aperfeiçoamento dos processos de gestão em saúde, no âmbito do planejamento/organização de serviços (macro) e no cotidiano do processo de trabalho dos profissionais de saúde (micro). São necessárias mudanças na cultura organizacional vigente no setor público brasileiro, marcada mais pela preocupação com a conformidade dos

atos e formalização de procedimentos – organização centrada – do que pelo compromisso com os resultados – centrado no usuário. Demandam-se, ainda, modificações no modo como os trabalhadores pensam, sentem ou se comportam em relação ao resultado das suas práticas. Para tanto, são necessárias estratégias que promovam a reflexão contínua sobre o cotidiano do trabalho em saúde; a construção crítica e criativa de intervenções sobre os problemas da gestão dos serviços; novas práticas de trabalho em rede; a articulação refinada entre a atenção à saúde, a gestão, o controle social; e a formação e educação permanente dos profissionais e trabalhadores da saúde⁽⁷⁻¹³⁾.

Algumas apostas foram feitas a partir de novos marcos normativos do SUS, publicados nos anos 2010 e 2011 pelo governo brasileiro. Citam-se o Decreto nº 7508/11, que regulamenta o SUS⁽¹³⁾; as portarias que estabelecem as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁽¹⁴⁻¹⁶⁾; as novas diretrizes para a Política Nacional de Atenção Básica⁽¹⁷⁾, entre outras. Todas apontam a organização dos serviços em redes integradas de complexidade crescente e na contratualização como estratégia para a definição de compromissos e objetivos

comuns entre os atores e as unidades de saúde.

Em relação à contratualização na gestão pública, cabe ressaltar que a mesma está amparada na CF, conforme Capítulo VII, artigo 37, inciso XXII, parágrafo 8, ao definir que a autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração direta e indireta poderá ser ampliada mediante contrato a ser firmado entre seus administradores e o poder público. O objeto desse contrato é a fixação de metas de desempenho para o órgão ou entidade, cabendo à Lei dispor sobre o prazo, os controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidades dos dirigentes e a remuneração de pessoal⁽¹⁸⁾.

Nesta perspectiva, as mudanças do modelo de gestão em saúde inserem-se no tratamento dado aos sistemas complexos. A ciência da complexidade tem sido utilizada para trazer novos elementos de análise e ação aos serviços e sistemas de saúde. Ressalta-se o pensamento-síntese segundo o qual a inteligência que separa o conhecimento e as disciplinas não chega mais longe que uma inteligência restrita e mutilada. Já a inteligência da complexidade é apta a ligar uns aos outros, dados,

informações e conhecimentos separados. Necessita, portanto, de uma inteligência da inteligência, logo, de uma epistemologia. Ou seja, essa inteligência que liga, deve saber articular o conhecimento à ação e, no segundo grau, o epistêmico à pragmática⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

A contratualização é uma consequência de evoluções de experiências no mundo, em diferentes áreas do conhecimento e pode ser compreendida como proposta de modelar sistemas complexos. Trata-se, portanto, de se trabalhar o contrato não como produto em si, mas como um processo de integração entre pontos, atores e atividades para a conformação das RAS. Há consenso na literatura de que a contratualização tem pelo menos cinco fundamentos^(6,9-10): 1) envolve lideranças que buscam melhorar a saúde pública: gestores do setor público federal, estadual e municipal, das unidades assistenciais, comunidades, unidades privadas, instâncias de financiamento e demais parceiros; 2) abarca as funções relacionadas na produção em saúde: serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, logística, formação dos profissionais, planejamento e financiamento, unidades assistenciais, profissionais entre outros;

3) como política pública, é uma opção estratégica para a melhoria do desempenho do sistema de saúde como um todo ou em componentes específicos: problemas de saúde específicos, segmentos particulares da população ou territórios, entre outros; 4) ao Estado cabe um papel de defesa dos interesses gerais da população, de estímulo à melhoria do desempenho do sistema de saúde, de busca da implicação dos atores, além do envolvimento direto nas relações contratuais específicas; 5) a avaliação dos objetivos, indicadores e metas deve ser periódica e sistemática.

Há diferentes modelagens e definições para os instrumentos, tais como o acordo de resultados, o contrato de gestão e o acordo de gestão. O acordo de gestão adotado na experiência em tela possibilita introduzir a lógica contratual entre entidades que, por pertencerem à mesma personalidade jurídica, não podem firmar contratos entre si⁽²¹⁾. O instrumento se baseia na formalização de compromissos gerenciais entre partes, construídos com base na negociação^(6,8-10,21).

A contratualização de resultados no setor público se propõe a substituir o clássico controle político (pela hierarquia) e burocrático (pelo

cumprimento de normas) por um controle baseado em resultados e uma certa competição administrada que dá visibilidade aos resultados alcançados^{11,21}. Para a efetivação desse processo, o contrato de gestão deve apresentar metas bem definidas para orientar a ação de gestão; os meios para o alcance das metas; os mecanismos de controle dos processos, de alocação de recursos, de avaliação das ações; e os incentivos que se constituem nos elementos mobilizadores do comportamento humano em direção às metas⁽²¹⁾.

No âmbito dos serviços de saúde, a contratualização exige exame cuidadoso para a definição de produtos e de impactos. Há alto grau de incertezas e imprevisibilidades em relação aos riscos à saúde, ao surgimento de novos agravos e suas consequências⁽⁶⁾. Requer uma visão abrangente do Plano Plurianual (PPA) e do Plano de Saúde, que devem orientar a definição dos processos, dos produtos e dos resultados das instâncias, unidades assistenciais e profissionais. Recomenda-se a formalização dos compromissos com a publicação dos acordos, o que demonstra transparência e ajuda a mudar mentalidades, ganhar adeptos, promover competição saudável

pelo prestígio do alcance de bons resultados^(6,10-11,21-23).

A contratualização tem sido usada como expressão da relação entre entes públicos e organizações do terceiro setor, como os realizados através dos “Contratos de Gestão” entre o Estado e as Organizações Sociais (OS). Contudo, o contrato entre entes públicos, no Brasil, vem sendo descritos na literatura. Citam-se dois casos expressivos: 1) a experiência comparou o desempenho entre hospitais da administração direta do Estado de São Paulo, com e sem contratualização. Os resultados (*outputs*) e impactos (*outcomes*) foram significativamente favoráveis ao grupo de hospitais públicos estaduais contratualizados⁽²⁴⁾; 2) Equipes de saúde da família que adotaram o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) como matriz de desempenho e, a partir da contratualização, introduziram a remuneração variável para incentivar o alcance dos padrões de acesso e qualidade, pré-definido. A resposta à remuneração variável revelou aspectos contraditórios e controvérsias⁽²⁵⁾.

A contratualização, portanto, destaca-se entre os novos métodos de planejamento e gestão voltados à

ampliação da capacidade de coordenação de sistemas de serviços complexos. Essa proposta, conforme experiências internacionais, ancora-se em importantes pilares: a separação de funções, o fortalecimento da descentralização e a desfragmentação da oferta de serviços para uma organização em RAS^(21,26).

A separação de funções significa a redefinição dos papéis para cada uma das instâncias dos sistemas de saúde^(1,21-26). Há diferentes alternativas no setor público: 1) desconcentração com maior autoridade aos agentes locais; 2) descentralização com transferência de responsabilidade a autoridades locais; 3) autonomia para provedores públicos de unidades de saúde com gestão compartilhada; 4) a separação de funções entre financiamento e provedores de serviços, sejam públicos ou privados, entre outros^(1,6,26).

Experiências de contratualização são recentes no Brasil, com lacunas no conhecimento disponível sobre os diferentes desenhos, formas de implantação e impactos no desempenho dos sistemas de saúde^(6,9,21,26). O presente artigo tem como objetivos: descrever o processo de modelagem da contratualização em uma Região de Saúde do SUS-DF e analisar os

potenciais e os limites do modelo proposto.

Método

Foi utilizado o relato de experiência do tipo rastreamento de processo (*process tracing*)⁽²⁶⁾ por meio do método narrativo⁽²⁸⁾ das etapas da modelagem da contratualização de serviços em uma Região de Saúde do DF. O rastreamento de processo, em estudos de natureza qualitativa, objetiva a construção de narrativas que tracem e comparem as sequências de eventos. Este método é apropriado à natureza processual das práticas gerenciais, uma vez que considera a inter-relação dos atores, problemas, ideias, soluções, regras e estruturas que constituíram as partes de um fenômeno complexo em um determinado tempo. O produto do esforço narrativo é o relato da experiência organizado em uma sequência coerente dos acontecimentos que compõem um processo. Busca-se, com isso, gerar novas hipóteses e a exploração das relações causais complexas, seus efeitos e a dependência de trajetória das políticas públicas⁽²⁷⁻²⁸⁾.

A coleta de dados foi por meio de análise documental e de observação participante. Os documentos analisados foram os planos de saúde, os produtos

dos contratos com a entidade que desenvolveu a consultoria para a construção do modelo de contratualização regional, as atas das reuniões, relatórios de atividades educativas, as portarias do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Para essa análise, utilizou-se roteiro contendo as questões: conteúdo do documento, tipo de documento, recomendações ou atividades relatadas, resultados das atividades.

A observação participante, aplicada complementarmente, consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação⁽²⁹⁾. Assim, tem-se a oportunidade de unir o objeto ao seu contexto, contrapondo-se ao princípio de isolamento no qual fomos formados, em um exercício de construção do conhecimento integrado, de uma parte com o todo e vice-versa. Outro princípio importante na observação é integrar o observador à sua observação, e o conhecedor ao seu conhecimento⁽²⁹⁾.

A observação participante ocorreu durante o período de agosto de 2011 a outubro de 2014, pelos autores

deste artigo, todos envolvidos na condução do projeto. Buscou-se apreender registros e impressões sobre os conflitos e tensões existentes, bem como identificar grupos sociais com sensibilidade e motivação ou não para as mudanças. A sistematização destas observações da equipe contribuiu para contextualizar e confrontar os achados nos documentos analisados, bem como para a construção da narrativa do processo de modelagem da contratualização regional. Por meio de reuniões para a análise dos registros, buscou-se construir uma visão de conjunto do objeto de estudo, seus avanços e recuos, as tensões e os conflitos, os aspectos favoráveis e desfavoráveis, os grupos envolvidos, bem como a cronologia dos eventos, especialmente para a etapa 2 do projeto. Como se tratavam de muitas atividades paralelas do projeto, buscaram-se as informações registradas pelo observador no momento em que ocorreu o fato na presença do observador.

A partir dos dados, elaborou-se uma narrativa em três etapas, conforme a sequência cronológica dos acontecimentos: Etapa 1 – O contexto da gestão e da atenção a saúde da SES-DF; Etapa 2 – A modelagem da contratualização regional de serviços de

saúde; Etapa 3 – Coordenação, monitoramento e avaliação da contratualização regional.

Resultados

Etapa 1 – O contexto da gestão pública e da atenção à saúde no Distrito Federal

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal, em 2011, estabeleceu a parceria com o Consórcio Hospitalar da Catalunha (CHC), por intermédio da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), com o intuito de utilizar a metodologia e a experiência de construção de redes assistenciais e contratualização realizada na Catalunha, Espanha⁽³⁰⁾. O projeto foi denominado “Desenvolvimento de Redes e Contratualização de Serviços no âmbito da SES-DF”, com objetivos de definir as bases conceituais para a identificação, planejamento e desenvolvimento de todos os instrumentos necessários para instituir a contratualização entre entes públicos de forma a garantir: (a) a integração dos serviços de saúde; (b) a produção de serviços adequados às necessidades de saúde da população; (c) a melhoria dos indicadores de saúde da população; e

Contratualização regionalizada de serviços...

(d) a transferência da tecnologia de formação de redes assistenciais e de contratualização dos serviços de saúde para instituição de ensino e pesquisa da SES-DF⁽³⁰⁾.

Como primeira etapa do Projeto, fez-se a análise da situação de saúde do DF em 2011, com ênfase em uma Região de Saúde. O relatório produzido pela equipe técnica do CHC abrangeu três dimensões: 1) a caracterização territorial e populacional; 2) a estrutura assistencial em relação à oferta e à produção; e 3) o modelo de gestão e de governança do sistema⁽²⁷⁾. Destacam-se aqui as informações relativas às dimensões 2 e 3.

A SES-DF está organizada em sete regiões de saúde e cada uma delas pode conter duas ou mais cidades, conforme Figura 1. Cada cidade possui uma Coordenação Geral de Saúde (CGS) que realiza a gestão da atenção à saúde no âmbito local. Optou-se pela Região Sudoeste, que contempla as cidades de Taguatinga, Recanto das Emas e Samambaia, como experiência-piloto, dada a densidade populacional, a desigualdade socioeconômica e a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde desse território. A Região possui aproximadamente 683.215 habitantes, equivalendo a

26,6% da população total do DF⁸. A oferta de serviços de saúde contempla 1 hospital regional de referência, 1 hospital geral básico, 1 hospital psiquiátrico, 2 unidades de pronto atendimento (UPA), públicos; 4 hospitais privados, com diferentes portes, cujo acesso está relacionado à renda da população e aos planos privados de saúde. Do total de leitos da Região, 53% são leitos SUS. A Atenção Primária à Saúde (APS) é realizada por aproximadamente 1 unidade básica para cada 30 mil habitantes. Há ainda 1 Unidade Mista (1/600 mil hab) e 2 Centro de Atenção Psicossocial⁽³⁰⁾.

Em relação à gestão e governança do sistema de saúde, o relatório destacou:

a) O modelo de gestão da SES-DF se caracteriza pela baixa autonomia e responsabilização dos gestores das Regiões de Saúde e dos serviços para gerir recursos orçamentários, financeiros e humanos e alto compromisso com a provisão de serviços.

b) O planejamento em saúde está diluído no Plano de Saúde, no Plano Plurianual (PPA) e no Plano Diretor de Regionalização (PDR), com prejuízo da visão integral dos problemas e das alternativas de intervenções.

c) O financiamento ocorre por recursos próprios do governo local, na sua maioria, acrescido de recursos do MS repassados para ações programáticas, bem como do Fundo Constitucional. O acompanhamento e o controle orçamentário caracterizam-se pela rigidez e formalismo, restrita autonomia na distribuição de responsabilidades, centrado no cumprimento de normas e prazos legais, independente do alcance de resultados das ações de saúde.

d) A estrutura organizacional da SES-DF contempla um Secretário de Saúde e cinco subsecretarias: Atenção à Saúde (SAS), Atenção Primária à Saúde (SAPS), Vigilância a Saúde (SVS), Tecnologia e Informação em Saúde (SUTIS), Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle (SUPRAC), Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SUGETES). Além disso, possui unidades vinculadas – a FEPECS, o Laboratório Central e a Fundação Hemocentro. Esta multiplicidade de instâncias torna fragmentado e lento os fluxos de informações e a tomada de decisões. “Embora a nível teórico as decisões sejam por consenso, na prática é o gestor principal quem marca as pautas e prioridades”⁽³⁰⁾.

e) Há baixa identificação dos atores com a instituição, tanto nas Regiões de

Saúde como nos órgãos diretivos centrais. Isto implica em dificuldades na transferência de informações à rede de serviços, o que se “traduz em uma organização heterogênea e desalinhada com os objetivos globais do sistema”⁽³⁰⁾.

A análise da situação de saúde do SUS-DF também apontou características importantes em relação à organização assistencial⁽³⁰⁾:

- a) modelo baseado na atenção hospitalar, orientado ao urgente e à média e à alta complexidade; a atenção à saúde segmentada e com fragilidades na coordenação, orientada às atividades e não aos resultados.
- b) a APS está estruturada em dois modelos organizativos – o tradicional, com oferta de serviços por meio de especialidades médicas básicas e ações programáticas, e a Estratégia Saúde da Família. Há desarticulação entre os diferentes pontos da atenção, baixa governança e dificuldades de intercâmbio de recursos, informações e responsabilidades pela atenção integral à saúde das suas populações. A capacidade resolutiva é frágil; portanto, o

Contratualização regionalizada de serviços...

encaminhamento ao hospital é a prática habitual.

- c) A organização dos serviços de saúde e sua criação no território não são frutos do planejamento a partir das necessidades dos cidadãos. Além disso, o papel de cada dispositivo na rede não está explicitamente definido⁽³⁰⁾.
- d) O instrumento formal de coordenação e relacionamento entre os pontos de atenção são os protocolos para alguns agravos e/ou patologias elaborados pela SAS. Os relacionamentos pessoais entre profissionais convertem-se no instrumento informal dessa coordenação⁽²⁷⁾.
- e) Os profissionais de saúde são majoritariamente servidores públicos estatutários. A gestão do trabalho é feita por mecanismos normativos e legais, muitas vezes traduzidos para o dia-a-dia de forma burocrática e inflexível, com baixa implicação dos atores com a produção em saúde orientada por objetivos e voltados para o usuário⁽³⁰⁾.
- f) A SES-DF possui bancos de dados provenientes do SUS e um sistema de registro estatístico próprio que permite reparar, em alguma medida,

as lacunas sobre a produção dos serviços de saúde. Contudo, a informação é pouco utilizada para o gerenciamento tanto na macrogestão, quanto nas Regiões e nas unidades assistenciais, seja pela ausência, escassa confiabilidade ou falta dos suportes para processá-la, motivando decisões sem respaldo em evidências⁽³⁰⁾.

Etapa 2 – A modelagem da contratualização regional de serviços de saúde

Para a construção do modelo e concomitante transferência de tecnologia para a SES-DF, foi constituída uma equipe com 15 profissionais, denominada Grupo Gestor de Redes (GGR)⁽³⁰⁾, que representavam as instâncias centrais (Gabinete do Secretário, SUPRAC, SAPS, SVS, SAS e FEPECS) e da Região Sudoeste (US e CGS das respectivas cidades). O GGR, junto com a consultoria, desenvolveu os instrumentos de gestão; coordenou o desenvolvimento operacional do projeto na Região de Saúde; definiu os recursos necessários para o cumprimento das metas dos Acordos; articulou as instâncias operacionais e formuladoras para a implantação dos Acordos; coordenou os grupos condutores das

redes temáticas de saúde da mulher, urgência e emergência e atenção psicossocial.

Esta etapa foi desenvolvida, nos anos de 2012 e 2013, por meio de oficinas locorregionais, seminários, dois cursos, bem como reuniões deliberativas nas instâncias centrais da SES-DF. Foram capacitados aproximadamente 300 profissionais e gestores, nessas diferentes atividades. Realizou-se também uma visita técnica a Catalunha (ES), para conhecer o sistema integrado de saúde, os modelos de contrato e o pagamento por desempenho.

O modelo de contratualização para o DF foi denominado de “espiral da contratualização” (Figura 2), por meio da qual se introduziu a separação das funções, com redefinição das responsabilidades dos agentes e a adaptação das estruturas organizativas já existentes nos níveis centrais e da Região⁽³⁰⁾. As competências redefinidas foram: 1) planejamento do sistema de saúde, o financiamento e a oferta de recursos humanos, materiais e insumos, competem à Administração Central da SES-DF (ADMC); 2) o planejamento regional, a coordenação da rede assistencial e a definição da carteira de serviços das unidades assistenciais

(US), são funções destinadas às CGS; 3) às US da Região, por sua vez, coube a prestação dos serviços e a reorganização do processo de trabalho das equipes⁽³⁰⁾.

Os instrumentos adotados foram denominados Acordos de Gestão Regional (AGR) e Acordo de Gestão Local (AGL). Ambos contêm a descrição dos processos, das metas e dos resultados a serem alcançados, os papéis de cada instância, a relação de serviços das US, as estratégias de mensuração de resultados e impactos esperados, com ênfase nas redes temáticas priorizadas. Foi estabelecida a linha de base com a descrição da situação do momento da assinatura dos Acordos, que servirão de parâmetro para as reuniões de avaliação quadrimestrais previstas⁽³⁰⁾.

A definição dos objetivos assistenciais e de gestão, objeto dos Acordos, foi construído a partir dos objetivos e metas definidos nos Planos de Ação da Rede Cegonha (RC)⁽¹⁴⁾, da Rede de Urgência e Emergência (RUE)⁽¹⁵⁾, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁽¹⁶⁾ e do Plano de Saúde do Distrito Federal (2012-2015). A partir daí, desdobra-se para as Regiões de Saúde e para as Unidades de Saúde os objetivos e as metas

assistenciais e de gestão, coerentes com os compromissos da SES-DF e as prioridades das políticas nacionais de saúde.

O AGR, cujos objetos são pactuados com as Regiões de Saúde, contém uma matriz de indicadores (Quadro 1) em dois eixos: Atenção à saúde e Gestão de serviços, subdivididos em dimensões que agrupam os indicadores e metas. A maioria dos indicadores é avaliada quadrimestralmente, com exceção daqueles cuja avaliação depende do fechamento do ano. As dimensões e eixos foram definidos a partir de revisão de literatura e consenso no grupo de profissionais e gestores que participavam da formulação. Os indicadores foram extraídos das portarias do MS em sua maioria, após análise da sua viabilidade local. Outros indicadores qualitativos e processuais foram construídos pelo GGR. O aperfeiçoamento dos indicadores se constitui em objetivo das sucessivas negociações previstas no desenho, que ocorrerá ao longo dos três anos de vigência deste primeiro Acordo. Cabe ressaltar que no AGR os compromissos assumidos incluem os gestores das três cidades que compõem a Região.

Quadro 1 - Indicadores do Acordo de Gestão Regional (AGR)

DIMENSÕES	EIXO – ATENÇÃO A SAÚDE
Assistência Hospitalar	Implantação da Gestão de Leitos
	Média de permanência hospitalar
	Taxa de ocupação hospitalar
Atenção Primária à Saúde	Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)
	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e população feminina na mesma faixa etária
Saúde Materno e Infantil	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal
	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados
	Proporção de óbitos maternos investigados
	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados
	Total de casos de sífilis congênita
	Taxa de detecção de sífilis em gestantes
	Proporção de partos normais (vaginais)
	Proporção de gestantes com parto realizado no serviço em que foi vinculada
	Taxa de mortalidade infantil
	Nº de óbitos maternos em determinado período e local de residência
Saúde Mental	Total de acolhimentos em Centros de Atenção Psicossocial
	Proporção de Centros de Atenção Psicossocial na região que apresentam produção ambulatorial pelo RAAS
Rede de Urgência e Emergência	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)
	Proporção de óbitos nas internações por acidente vascular cerebral (AVC)
	Percentual de implantação do Acolhimento e da Classificação de Risco, em período integral nos pontos da RUE
EIXO - GESTÃO DE SERVIÇOS	
Mapas de Vinculação	Implantação dos Mapas de Vinculação para todas as especialidades (RC, RUE e RAPS)
Gestão de Custos	Hospitais da Região Sudoeste com gestão de custos implantada
Produção de conhecimento e educação permanente	Percentual de atividades educativas realizadas pelos Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS)
	Número de projetos de pesquisa acompanhados pelos Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS)
Ouvidoria	Resolubilidade das manifestações recebidas no Sistema de Ouvidoria (GE)
Tecnologia	Implantação do Sistema Integrado de Saúde (SIS) na Região Sudoeste

Os objetivos assistenciais, as metas e os indicadores do AGR desdobraram-se nos compromissos assistenciais dos acordos locais das unidades de saúde da Região³⁸: hospitais, Unidades de Pronto Atendimento, Unidades Básicas de Saúde e Centros de Atenção Psicossocial. Cada Acordo Local contém uma matriz com objetivos, indicadores e metas, organizada em diferentes eixos extraídos da literatura e consensuado no grupo (Quadro 2). Neste artigo, são apresentados apenas os objetivos assistenciais, por limitação de espaço. Porém, cada objetivo pactuado originou um ou mais indicadores de avaliação para o acompanhamento da contratualização pela SES-DF. Os

compromissos pactuados com as unidades de saúde nos AGL dividem-se nos eixos Acessibilidade, Efetividade clínica, Gestão dos serviços e Melhoria nos registros.

No eixo Acessibilidade (Quadro 2), as diferentes US centraram-se no acolhimento, na priorização do atendimento por critérios clínicos, na diminuição do tempo de espera, conforme proposto pelo Acolhimento e Classificação de Risco, implantada em todas as unidades de urgência e emergência do DF. Na APS, este eixo reforçou as ações de ampliação do acesso ao pré-natal, a prevenção do câncer de colo de útero e a atenção aos agravos crônicos não transmissíveis.

Quadro 2 - Síntese dos objetivos assistenciais dos AGL assinados entre a SES-DF, a Região de Saúde e as Unidades de Saúde, na dimensão Acessibilidade

ACESSIBILIDADE	
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	Ampliar o acolhimento aberto
	Garantir celeridade entre acolhimento e o primeiro atendimento, conforme critérios de priorização
	Ampliar a busca ativa para favorecer o acesso ao serviço
ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAUDE	Melhorar o registro nominal de consultas e ultrassonografia gestacional realizadas no pré-natal
	Ampliar a busca ativa das mulheres grávidas
	Ampliar a captação precoce para o início do pré-natal
	Criar instrumentos de registro de busca ativa de gestantes
	Operacionalizar os mapas de vinculação da RC
	Implantar instrumento de registro de busca ativa de RN para início precoce do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD)
	Melhorar o registro das consultas de acompanhamento do CD
	Aumentar o controle pré-natal das gestantes por área de abrangência

HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA E SAMAMBIA	Aumentar a porcentagem de pacientes com GAE que são classificados pelo ACCR e atendidos
	Reduzir o tempo de espera do atendimento daqueles pacientes classificados conforme as cores do protocolo Manchester
	Identificar as causas da evasão de pacientes antes do atendimento após a ACCR
	Elaborar plano de ação para reduzir a evasão de pacientes antes do atendimento após a ACCR
UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO	Ampliar o número de pacientes classificados pela ACCR e posteriormente atendidos
	Reduzir o tempo de espera do atendimento daqueles pacientes classificados conforme as cores do protocolo Manchester
	Identificar as causas da evasão de pacientes antes do atendimento após a ACCR
	Elaborar plano de ação para reduzir a evasão de pacientes antes do atendimento após a ACCR
	Melhorar o fluxo de atendimento das UPA do DF
	Melhorar a segurança do paciente
	Reduzir o tempo de atendimento aos casos de AVC e IAM
	Elaborar plano de ação de melhoria da integralidade e continuidade da assistência

No eixo Efetividade clínica (Quadro 3), destacaram-se a ampliação da oferta de ações de apoio diagnóstico e terapêutico para as redes temáticas e suas respectivas linhas de cuidado: atenção a gestação, parto e nascimento na RC; acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e trauma na RUE. Na atenção psicossocial, salientou-se a ampliação do acolhimento dos usuários com transtornos mentais, a redução de internações fora do SUS e a continuidade do tratamento. Na Gestão

de serviços, sobressaíram-se os compromissos para a melhoria dos processos de cogestão nas unidades, de implantação de novos dispositivos, como gestão de leitos, redução do período de internação e coordenação das linhas de cuidado para garantir percursos assistenciais seguros na Região. No eixo Produtividade, todas as unidades definiram indicadores para aumentar as ações dos profissionais, das equipes e das unidades internas de produção.

Quadro 3 - Síntese dos objetivos assistenciais dos AGL assinados entre a SES-DF, a Região de Saúde e as Unidades de Saúde, nas dimensões efetividade clínica e gestão de serviços de saúde

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	EFETIVIDADE CLINICA
	Ampliar a adesão do usuário elegível ao serviço após o acolhimento
	Garantir continuidade do tratamento
	Reduzir os encaminhamentos para internação fora da Rede SUS
	GESTAO DE SERVIÇOS
	Instituir o regimento interno dos serviços
	Implantar Colegiado Gestor
	Implantar Assembleia de Usuários nas unidades
	Padronizar ações de matriciamento
	Priorizar atividades grupais
ATENÇÃO PRIMARIA A SAUDE	EFETIVIDADE CLINICA
	Aperfeiçoar a gestão clínica dos agravos crônicos mais prevalentes no território (HAS, DM, saúde mental, DPOC)
	Melhorar a prevenção secundária do câncer do colo de útero
	Melhorar o monitoramento da sífilis e HIV em gestante
	GESTAO DE SERVIÇOS
	Criar atividade/setor de gestão de pacientes com responsável(is) nominados
	Promover ações de coordenação do cuidado
	Planejar ações de acordo com os indicadores de saúde do território
	Criar e manter ativos espaços locais de educação permanente no âmbito de cada equipe
	HOSPITAIS REGIONAIS
Desenvolver protocolos de atenção ao parto, ao IAM e ao AVC, conforme as linhas de cuidado da RC e RUE, em conjunto com as demais unidades de saúde da região	
Disponibilizar protocolos de atenção implantados para mais 2 procedimentos mais frequentes, excluindo-se o parto, IAM e AVC	
Disponibilizar periodicamente de relatório com o monitoramento da política antibiótica	
Elaborar Mapa de Fluxo entre os níveis de Atenção	
GESTAO DE SERVIÇOS	
Diminuir proporção de pacientes que permanecem mais de 24h na emergência	
Pactuar com a Atenção Primária vagas para as redes prioritárias	
Diminuir a permanência média em UTI	
Implantar a gestão de custos nos hospitais da Região Sudoeste	

	Aumentar a proporção de cirurgias eletivas (participação de gestão de leitos na programação cirúrgica) e reduzir as causas de cancelamento
UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO	EFETIVIDADE CLINICA
	Implementar melhora de tratamento de AVC e do IAM, segundo Rede de Urgência e Emergência
	Conhecer os pontos críticos de implementação da RUE
	Integrar o tratamento do AVC dentro da RAS
	Melhora da integralidade/ <i>continuum</i> do cuidado
	GESTAO DE SERVIÇOS
	Disponer de um sistema/mecanismo de medida da produtividade por profissional
	Mensurar a produtividade média por hora dos diferentes profissionais da assistência
	Elaborar plano de ação para a melhora da produtividade, quando couber, das equipes e unidades de saúde

Os últimos dois eixos (Quadro 4) foram a Melhoria dos registros nos sistemas de informação e Produtividade. No primeiro buscou-se induzir maior compromisso das unidades na utilização das informações na tomada de decisões, bem como o compromisso da SES-DF com a informatização das unidades de saúde. Esse compromisso representa um aspecto crucial para o monitoramento dos Acordos de Gestão a ser assumido por todas as instâncias. No eixo Produtividade, as unidades assistenciais se comprometeram em ampliar a produção em saúde com maior oferta de ações e serviços, bem como em construir linhas de base para possibilitar as avaliações trimestrais. No caso

dos hospitais, a produtividade foi traduzida em redução do tempo médio de permanência dos pacientes, aumento da taxa de ocupação, implantar formas de mensurar a produtividades dos profissionais, redução de filas e das glosas em registro de produtividade por problemas cadastrais do serviço e dos profissionais.

Os AGL dos hospitais foram reeditados em acordos de gestão internos devido à complexidade das unidades. Nesses foram priorizados o pronto-socorro e a maternidade, com vistas a melhorar o desempenho e ampliar a capacidade de anteparo para as UPAS e UBS no contexto das RC e RUE.

Quadro 4 - Síntese dos objetivos assistenciais dos AGL assinados entre a SES-DF, a Região de Saúde e as Unidades de Saúde, nas dimensões registros e informações e produtividade.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	MELHORA NOS REGISTROS E INFORMAÇÕES
	Manter atualizado o cadastro dos usuários dos CAPS do SUS
	Manter atualizado o registro de CEP dos pacientes atendidos
	Manter atualizado o registro do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde
	PRODUTIVIDADE
	Estabelecer linha de base dos seguintes procedimentos: atendimentos individuais, em grupo, do acolhimento, visitas domiciliares, prontuários ativos nos serviços, média de pacientes / dia e do resultado de tratamento
	Elaborar as metas para o próximo quadrimestre do contrato
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	MELHORA NOS REGISTROS E INFORMAÇÕES
	Melhorar a qualidade dos registros da produtividade dos serviços
	PRODUTIVIDADE
	Ampliar a oferta de consultas médicas, de enfermeiros e de odontólogos
	Aumentar o número de visitas domiciliares por outros profissionais, excluídos os ACS
	Aumentar o número de curativos, coleta de material para exames e vacinas aplicadas nas unidades de APS
HOSPITAIS REGIONAIS	MELHORA NOS REGISTROS E INFORMAÇÕES
	Registrar primeiras consultas e de retorno por grandes clínicas
	Implantar o Sistema de Informação em Saúde (SIS) nas unidades de saúde da região de forma integrada
	Aumentar o % de preenchimento do diagnóstico secundário em cesarianas
	Aumentar o preenchimento dos CEP dos pacientes atendidos nos hospitais
	PRODUTIVIDADE
	Reduzir a média de permanência dos pacientes no hospital
	Aumentar a taxa de ocupação hospitalar
	Disponer de um sistema/mecanismo de medida da produtividade por profissional (diferentes áreas/especialidades)
	Informar sobre a produtividade média/ h dos diferentes profissionais da assistência
	Implantar a cogestão hospitalar (membros formalmente nomeados, mínimo de seis reuniões anuais e atas assinadas)
	Diminuir o nº de glosas por causa de cadastro
	Informar mensalmente as filas de espera de exames, consultas e cirurgias
UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO	MELHORA NOS REGISTROS E INFORMAÇÕES
	Aumentar o preenchimento dos CEP dos pacientes atendidos nos hospitais
	PRODUTIVIDADE
	Aumentar a produtividade por profissional Elaborar Plano de Ação para melhoria da produtividade

Etapa 3 - Coordenação, monitoramento e avaliação da contratualização regional

Para a coordenação, o monitoramento e a avaliação dos Acordos (AGR e AGL) foram criados dois colegiados: o Colegiado Articulador de Redes (CAR) na Região Sudoeste e o Colegiado Contratualizador de Redes (CCR), no nível central da SES-DF. Esses fóruns de pactuação têm como objetivo gerar um ambiente permanente de avaliação e monitoramento do impacto/resultados das ações de saúde na população; rediscutir os objetivos, as metas e os indicadores dos Acordos visando repactuações; elaborar propostas de realocação de recursos financeiros, humanos, tecnológicos e insumos;

negociação constante e planejamento integrado. Há reuniões previstas para acontecer ordinariamente a cada três meses e sempre que o Colegiado julgar necessário.

A coordenação do projeto no âmbito da SES-DF esteve a cargo do Escritório de Projetos Estratégicos, ligado ao Gabinete do Secretário de Saúde (GAB-SES-DF), responsável pelas articulações necessárias para que os Acordos fossem implantados. A coordenação do projeto foi desenhada a partir do triângulo de governo de Matus, conforme Figura 2. A implantação deste modelo de contratualização está em fase inicial, com ênfase na criação dos instrumentos para o acompanhamento e avaliação periódica.

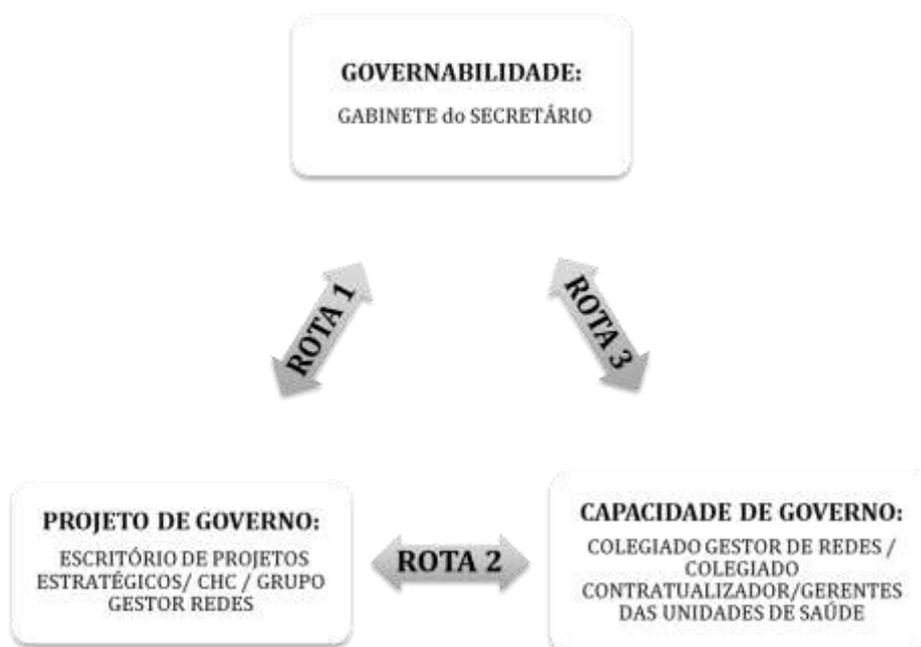


Figura 1- Triângulo de governo do projeto desenvolvimento de redes e contratualização de serviços de saúde

Discussão

O modelo de contratualização do DF ancorou-se nas novas diretrizes da política de saúde brasileira, que tomaram a contratualização como estratégia de melhoria do desempenho do sistema de saúde, de diminuição da fragmentação assistencial, de fortalecimento da APS e melhoria da coordenação das intervenções nos problemas prioritários da população⁽¹³⁻¹⁸⁾.

O processo de construção do modelo privilegiou formas participativas dos atores na definição dos objetivos assistenciais e indicadores simples e exequíveis. Está coerente com a transformação gradativa de valores e comportamentos dos atores no âmbito das organizações, processo fundamental em qualquer mudança⁽⁹⁻¹⁰⁾. Contribui para o processo gradual de revisão de sistemas baseados em comandos verticais, hierarquias rígidas, autorreferenciadas e participação restrita, para uma organização baseada em governança, planejamento, negociação e parcerias, com foco nas necessidades de saúde da população. Esses novos valores e métodos são mais apropriados para o setor público de saúde dada a relativa e ilusória independência cotidiana dos atores, especialmente dos profissionais de

saúde. Implica o reconhecimento das limitações do trabalho isolado, da importância das alianças para garantir a integralidade da assistência, da responsabilização das equipes, da racionalização dos recursos e do compartilhamento dos riscos^(1,3,6,10,22).

A construção deste modelo configura-se como uma experiência de manejo de sistemas complexos, que demandam a habilidade de leitura dos contextos e das fronteiras que envolvem ambientes imbricados. Identificar os múltiplos padrões organizacionais e potencializar os saberes e as criatividade dos atores em cena faz parte da construção do conhecimento e, conseqüentemente, do agir nesses cenários⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

A experiência relatada busca instituir novo modelo de gestão baseado na contratualização regional entre entes públicos e desenvolvimento de redes assistenciais em uma Região de Saúde do DF. O contexto que fomentou essa iniciativa caracterizou-se pela dificuldade de integração e coordenação dos atores, das unidades de saúde e das funções do sistema de saúde do DF, dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde, com qualidade e em tempo oportuno. Estes problemas já são relatados pela literatura e nos sucessivos planos de saúde do DF^(6,27-29). Para a

transformação deste cenário, é necessário grande esforço na criação de novas tecnologias de gestão, papel desempenhado pela contratualização. A modelagem constituiu-se em uma estratégia gradualista e incremental de gerar novos ambientes institucionais, com ênfase na melhoria do desempenho do sistema de saúde, iniciado nos movimentos pelo Pacto na Saúde e, mais recentemente, no Contrato Organizativo de Ação Pública⁽¹⁷⁾.

Ainda em relação ao modelo de gestão, destaca-se, dialeticamente, a introdução da separação de funções para melhor integrá-las. Promoveu-se a diferenciação de papéis entre as instâncias de planejamento do sistema, de planejamento regional, de aporte de recursos, de coordenação da rede assistencial e de prestação de serviços. O objetivo foi aumentar a responsabilização e integração de todas as instâncias para atingir bons resultados assistenciais. Essa mudança ocorreu de forma organizacional, sem rupturas, através da desconcentração gradativa de autoridade e responsabilidade para gestores da Região de Saúde e das US^(1,26).

Buscou-se, então, articular os serviços de saúde em torno do desenvolvimento de redes assistenciais; fortalecer a capacidade dos serviços e

da Região na identificação e atenção às necessidades de saúde da população; criar instrumentos de monitorização do desempenho dos prestadores de serviço, sejam eles profissionais ou equipes; reduzir a rigidez administrativa centrada nas normas e portarias, fortalecendo os momentos de avaliação e negociação⁽¹⁰⁾.

Observa-se, no modelo proposto para o DF, que os Acordos (AGR e AGL) foram publicados nos meios oficiais, o que atende à necessária formalização dos compromissos entre os atores e instâncias^(6,22). As relações de parceria, neste caso, são construídas por meio de processos de negociação, que evoluirá com o tempo e que deverá ser revista periodicamente.

No eixo da Atenção à saúde, os objetivos atenderam ao elenco de processos prioritários de mudanças assistenciais por meio da formação das redes assistenciais e linhas de cuidados. No eixo da Gestão, observam-se prioridades para a organização de processos de trabalho, coordenação assistencial e superação da fragilidade dos registros e informatização. Neste sentido, o processo de contratualização na forma, como proposto, pode atender aos objetivos relatados na literatura: estimular a descentralização da gestão; responsabilizar os gestores e equipes locais; melhorar os desempenhos

quantitativo e qualitativo dos prestadores; fortalecer o planejamento local; utilizar tecnologias de informação; melhorar a gestão da clínica; focar nas necessidades de saúde da população; comprometer toda a equipe na busca de resultados; estimular a cultura de negociação; e, proporcionar mais transparência junto ao controle social^(6,10,22).

A modelagem, todavia, não incorporou instâncias de suporte envolvidas na produção de saúde tais como os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, logísticos, de formação dos profissionais, de controle social e os serviços privados. Neste aspecto, é fundamental envolver esses atores por meio de arranjos contratuais complementares⁽⁶⁾.

Outro aspecto não contemplado até o momento são os incentivos econômicos e não econômicos aos profissionais e equipes, conforme previsto na Figura 1. Existe consenso na literatura de que o desempenho de qualquer organização depende, sobretudo, da força de trabalho e da forma de pagamento. Uma gestão burocrática, não focada em resultados, explica, em boa parte, o baixo desempenho dos serviços de saúde^(5,10-11).

A coordenação do projeto, segundo o diagrama de Matus⁽³⁴⁾, aponta a existência de três vértices de um sistema complexo: objetivos, dificuldades para alcançá-los e capacidade para lidar com essas dificuldades. Houve investimento nos elementos conceituais e operacionais, com a transferência de tecnologia por meio do treinamento de profissionais e gestores; garantiu-se o espaço institucional, durante três anos, por meio do Escritório de Projetos; gerou-se capacidade de implantação com a constituição dos Colegiados, com gestores das diferentes instâncias da Secretaria, da região e das unidades de saúde. Assim, foram efetivos os fluxos operacionais das Rotas 1 e 2 da Figura 3. Contudo, há fragilidades nas iniciativas para garantir a Rota 3, que representa as relações entre os atores das diferentes instâncias para garantir o fluxo tático-operacional, os processos de monitoramento, avaliação e negociação permanente.

Conclusão

A experiência relatada com rigor acadêmico inova ao descrever arranjos contratuais regionalizados entre as instâncias do sistema de saúde do DF – a administração central, a Região de Saúde e as Unidades Assistenciais –,

com desdobramento dos compromissos até os profissionais de saúde. Dessa forma, contribui para o preenchimento de lacunas no conhecimento sobre novas práticas de gestão em saúde, que até o momento, descrevem experiências de contratualização pontuais, em setores de saúde isoladamente – hospitalar, atenção básica e serviços complementares.

Na modelagem da contratualização, destaca-se a incorporação de atores de todas as esferas de atenção, como aspecto com forte potencial de ruptura do isolamento organizacional das unidades de saúde, em favor do alcance da integralidade do cuidado, da mudança da cultura autocentrada das organizações de saúde e da remodelagem dos processos de trabalho para alcance dos indicadores. A experiência constituiu-se, portanto, em uma proposta com potencial de mudança no modelo assistencial e de gestão com foco na implicação dos sujeitos e mobilização dos compromissos com a melhoria do desempenho do sistema de saúde.

Entre os limites do modelo relatado, destacam-se a fragilidade da arquitetura de governança e a ausência dos incentivos econômicos aos profissionais, equipes e unidades de saúde, que fragilizam a adesão dos

atores. A contratualização regional, para se consolidar como ferramenta de gestão, requer a melhoria da qualidade e utilização dos sistema de informação, o monitoramento e a avaliação dos resultados periodicamente, e a definição dos incentivos para as unidades de saúde e profissionais.

O estudo teve, como limitações, a ausência de informações sistematizadas e detalhadas sobre a sequência dos eventos e a metodologia utilizada na construção de cada um dos produtos do contrato, especialmente dos indicadores, objetivos e metas. Esta limitação foi manejada pelo uso dos registros da observação participante que ocorreu por todos os atores deste artigo. Estas foram problematizadas em diferentes reuniões e subsidiaram a construção das etapas em sequência cronológica.

Referências

1. Antunes E, Gonçalves JP, Santos MF, Alexandre M, Godinho P. Contratualização em saúde: efetividade do sistema de incentivos. 8º Congresso Nacional de Administração Pública; nov. 21 e 22. Lisboa, Portugal, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10782/582>
2. 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.

3. Vasconcelos CM, Pasche DF. O SUS em perspectiva. In: Campos GWS, organizador. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 559-90.

4. 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.

5. Leone C, Dussault 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.

6. Perrot J, Roodenbeke E. Strategic contracting for health systems and services. World Health Organizations, United States of America, 2012.

7. Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar. Cad. Saúde Pública 2009; 25(7):1439-54.

8. 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.

9. 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.

10. Escoval A. O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). Revista Portuguesa de Saúde Pública 2010; 9(vol. tem): 7-24.

11. 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.

12. 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.

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. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459/GM, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União 2011, jun. 27.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria

nº 1.600, de 7 de julho de 2011.
Reformula a Política Nacional de
Atenção às Urgências e institui a Rede
de Atenção às Urgências no SUS.
Diário Oficial da União 2011, jul. 08.

16. Brasil. Ministério da Saúde.
Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria
nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.
Institui a Rede de Atenção Psicossocial
para pessoas com sofrimento ou
transtorno mental e com necessidades
decorrentes do uso de crack, álcool e
outras drogas, no âmbito do SUS.
Diário Oficial da União 2011, dez. 26.

17. 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.

18. Brasil. Constituição da
República Federativa do
Brasil. Brasília: Senado Federal, Centro
Gráfico; 1988. p. 292.

19. Morin E. Abertura. In: Morin E,
Le Moigne. Inteligência da
complexidade epistemológica e
pragmática. Lisboa: Instituto Piaget;
2007. p. 11-6.

20. Le Moigne. Inteligência da
complexidade: da inteligência complexa
à complexidade geral. In: Morin E, Le
Moigne. Inteligência da complexidade
epistemológica e pragmática. Lisboa:
Instituto Piaget; 2007. p. 17-37.

21. Bernardo RA. Instrumentos de
contratualização de resultados na
administração pública como mecanismo
de promoção da accountability. IV
Congresso Consad de Gestão Pública;
mai. 25-27. Brasília, 2011.

22. 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.

23. Trosa S. Gestão publica por
resultados: quando o Estado se
compromete. Rio de Janeiro: REVAN;
Brasília: Enap; 2001.

24. Perdicaris PR. Contratualização
de resultados e desempenho no setor
público: a experiência do contrato
programa nos hospitais da
administração direta no Estado de São
Paulo. In: Anais do V Congresso de
Gestão Pública; 2012 jun. 4-6; Brasília.
P. 21-2. Disponível em:
[http://consad.org.br/wp-
content/uploads/2013/02/00002815.pdf](http://consad.org.br/wp-content/uploads/2013/02/00002815.pdf)

25. Giraridi SN, Salgado VAB,
Straulen ACS. Aspectos críticos da
experiência municipal com
remuneração variável de equipes de
atenção básica em saúde. In: Anais do
VIII Congresso de Gestão Pública; 2015
mai 25-27; Brasília. Disponível em:
[http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/a
rquivos/File/2015/VIII_Consad/023.pdf](http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/2015/VIII_Consad/023.pdf)

26. Navarrete MLV, Lorenzo IV.
Organizaciones sanitarias integradas.
Un estudio de casos. Barcelona:
Consorci Hospitalari de Catalunya;
2009. p. 260.

- 27.** George AL, Bennett A. Case studies and theory development in the social sciences. BCSIA Studies in International Security. Cambridge: Harvard University; 2004.
- 28.** Barzelay M, Velarde JCC. Una guía practica para la elaboración de estudios de caso sobre buenas practicas en gerencia social. Washington: Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. Banco Interamericano de Desarrollo; 2004. p. 21.
- 29.** Queiroz DT, Vall J, Souza AMA, Vieira NFC. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. R Enferm UERJ, 2007; 15(2):276-83
- 30.** Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Contrato nº 1/2011 entre FEPECS e Consorcio Hospitalar da Catalunha. Brasília, 2011.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2015-10-04
Last received: 2015-11-24
Accepted: 2015-12-29
Publishing: 2016-01-29