



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Departamento de Administração

JAYNNE VERÍSSIMO LIMA

**IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE
DESCENTRALIZAÇÃO PROGRESSIVA DAS AÇÕES DE
SAÚDE DA SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL**

Brasília – DF

2011

JAYNNE VERÍSSIMO LIMA

**IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE
DESCENTRALIZAÇÃO PROGRESSIVA DAS AÇÕES DE
SAÚDE DA SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL**

Monografia apresentada ao
Departamento de Administração como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Administração.

Professor Orientador: Doutora, Suylan
de Almeida Midlej e Silva

Brasília – DF

2011

Lima, Jaynne Veríssimo.

Implementação do Programa de Descentralização Progressiva das Ações de Saúde da Secretária de Saúde do Distrito Federal / Jaynne Veríssimo Lima. – Brasília, 2011.
59 f. : il.

Monografia (bacharelado) – Universidade de Brasília, Departamento de Administração, 2011.

Orientadora: Prof. Dra. Suylan de Almeida Midlej e Silva, Departamento de Administração.

1. Saúde do Distrito Federal. 2. Descentralização. 3. PDPAS. I. Título

JAYNNE VERÍSSIMO LIMA

**IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE
DESCENTRALIZAÇÃO PROGRESSIVA DAS AÇÕES DE
SAÚDE DA SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL**

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de Administração da Universidade de Brasília da
aluna

Jaynne Veríssimo Lima

Doutora, Suylan de Almeida Midlej e Silva
Professora-Orientadora

Doutora, Doriana Daroit
Professora-Examinadora

Brasília, 12 de julho de 2011

A todos os servidores que têm dedicado muitas horas do seu dia ao sucesso deste projeto inovador.

AGRADECIMENTOS

À professora Suylan de Almeida Midlej e Silva pela disposição em auxiliar-me quando necessário demonstrando o verdadeiro significado da orientação.

A todos os servidores, colegas da Secretária de Estado de Saúde, pela receptividade e pelo sincero interesse em contribuir para esta pesquisa.

Ao meu namorado Danilo por sempre estar ao meu lado me apoiando.

Aos meus pais, Lúcia e João Batista, por acreditarem na minha capacidade e meu irmão Vítor pelo carinho de sempre.

“A mente que se elastece a uma nova idéia jamais retomará o seu tamanho original.” Albert Einstein

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo investigar como tem ocorrido a implementação do Programa de Descentralização Progressiva das Ações de Saúde (PDPAS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), em relação ao cumprimento de preceitos fundamentais da Constituição Federal, no que tange aos acontecimentos que viabilizaram a descentralização de uma parcela dos recursos financeiros da administração central para as unidades hospitalares denominadas Diretorias Gerais de Saúde (DGS) ou Unidades de Referência Distrital (URD). A descentralização de recursos se dá por meio de repasse em conta específica de titularidade das unidades hospitalares e as compras são realizadas por meio de dispensas de licitação limitadas pelo valor do gasto, na forma da Lei 8.666/1993. Utilizou-se a metodologia qualitativa por meio de oito entrevistas semiestruturadas com os servidores da SES/DF, sendo estes três implementadores e cinco executores do programa. A análise dos dados foi norteadada pelo método de análise de conteúdo. A conclusão a que se chega é a de que os resultados do projeto de descentralização das ações são visivelmente positivos quanto ao quesito de manutenção da saúde e da vida, direitos constitucionalmente previstos, principalmente na situação de crise política vivenciado pelo Distrito Federal e que foi um dos fatores determinantes para o desabastecimento da rede de saúde. No entanto, deve-se atentar para que o programa deixe de ser um abastecedor da rede e volte à idéia de origem que é apoiar supletivamente a execução de atividades desenvolvidas pelas DGS e URD.

Palavras-chave: 1. Saúde do Distrito Federal 2. Descentralização. 3. PDPAS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa de Repasses.....	28
Figura 2 – Gráfico dos valores repassados as DGS e URD.....	29

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Resumo do roteiro de entrevista:.....	38
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS – Conferência Nacional de Saúde

DGS – Diretorias Gerais de Saúde

FSDF – Fundo de Saúde do Distrito Federal

GAAF – Gerência de Apoio Administrativo e Financeiro

OMS – Organização Mundial de Saúde

PDPAS – Programa de Descentralização Progressiva das Ações de Saúde

SES/DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SIH – Sistemas de Informação Hospitalar

SUPRAC – Subsecretaria de Programação, Regulação, Avaliação e Controle

SUS – Sistema Único de Saúde

UEx – Unidades Executoras

URD – Unidades de Referência Distrital

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Objetivo Geral	14
1.2	Objetivos Específicos	14
1.3	Justificativa.....	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	Políticas Públicas	16
2.2	Princípios Constitucionais relacionados ao direito à saúde	19
2.2.1	Descentralização	21
2.3	O Programa de Descentralização Progressiva das Ações de Saúde – PDPAS.....	22
2.3.1	O Fracionamento de Despesas	26
2.3.2	Repasse de recursos	27
2.3.3	O Procedimento para Prestação de Contas	29
2.3.4	Procedimentos de Compra e a Lei nº 8.666/93	31
3	MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA	33
3.1	Tipo e descrição geral da pesquisa.....	33
3.2	Caracterização do órgão estudado	34
3.3	Participantes do estudo.....	35
3.4	Caracterização dos instrumentos de pesquisa.....	37
3.5	Procedimentos de coleta e de análise de dados	38
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
4.1	Caracterização do PDPAS	40
4.2	Implementação do PDPAS	42
4.3	Relação do programa com as políticas públicas de saúde	44
4.4	Execução do programa	45
4.5	Desafios futuros	49
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
	REFERÊNCIAS	55
	APÊNDICES.....	58
	Apêndice A – Roteiro de entrevista	58
	ANEXOS	59
	Anexo A – Valores dos repasses bimestrais as Unidades de Saúde	59

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, quando se pensou em garantir a saúde da população isto significou pensar a redemocratização do país e a constituição de um sistema de saúde inclusivo. Com isso em 1986, a 8ª. Conferência Nacional de Saúde (CNS) tinha como tema “Democracia é Saúde” e constituiu-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida (BRASIL, 1986). Era um momento chave para a garantia da saúde como direito social irrevogável e a garantia dos demais direitos humanos e de cidadania. O relatório final da 8ª CNS lançou os fundamentos da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

Na base do processo de criação do SUS encontram-se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população.

Os princípios do SUS, conforme Art. 7 da lei nº 8.080 de 1990, serão elencados a seguir:

- Universalidade: o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;
- Equidade: é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie .A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;
- Integralidade: significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades.
- Descentralização: política-administrativa consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS;

O Programa de Descentralização Progressiva das Ações de Saúde - PDPAS, consiste em uma iniciativa do Governo do Distrito Federal, no sentido de conceder a

disponibilização de verbas públicas aos hospitais e regionais de saúde, aqui tratados como Unidades de Referência Distrital (URD) ou Diretorias Gerais de Saúde (DGS). O PDPAS embasa-se no princípio de descentralização do SUS e o seu objetivo é simplificar a compra de medicamentos, insumos e equipamentos para as demandas emergenciais das unidades de saúde.

A execução descentralizada de ações visa dar autonomia gerencial progressiva para as Unidades Executoras (Uex) - DGS e URD, viabilizada por meio de transferência de recursos financeiros do Governo do Distrito Federal.

Pretende-se descrever as políticas públicas, demonstrar as projeções para o futuro do programa, tendo em vista a inovação legislativa que ele traz, verificando os aspectos legais envolvidos, tanto os princípios constitucionais ligados à saúde, quanto os normativos mais específicos que tratam diretamente do assunto.

O PDPAS surgiu de uma iniciativa do governo de transição do governador Rogério Schumann Rosso e consistiu, de maneira geral, na institucionalização de um Plano de Ações de Saúde, subdividido na criação de uma Secretaria Extraordinária, responsável pelas licitações e pela normalização do abastecimento da rede e, também, da criação concomitante do programa que descentraliza os recursos para que os hospitais possam atender às suas urgências e emergências.

O governador Rogério Rosso, a secretária de Saúde, Fabíola de Aguiar Nunes, e o secretário Extraordinário de Logística e Infraestrutura de Saúde, Herbert Teixeira Cavalcanti, apresentaram o Plano de Ação da Gestão de Saúde no DF simplificando os procedimentos para a aquisição de remédios, insumos e equipamentos para reabastecer a rede pública de saúde.

O PDPAS visa destinar aos hospitais e às regionais de saúde, mantidos pela Secretaria de Saúde do DF, recursos para manutenção e melhor funcionamento do sistema público. Esses recursos são utilizados para a compra de materiais de consumo e medicamentos, realizar pequenos reparos nas respectivas instalações físicas, contratar serviços com pessoas físicas e jurídicas, dentro das normas legais, bem como, pagar outras despesas, disciplinadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. A verba destinada não poderá ser aplicada no pagamento de despesas com pessoal e encargos sociais, implantação de novos serviços, gratificações, bônus e auxílios, nem em festas, recepções, viagens e hospedagens, obras de infraestrutura, com exceção de pequenos reparos de estrutura, nem em

aquisição de veículos, locação de equipamento de informática, publicidade ou pesquisas de qualquer natureza (Decreto nº 31.625/10).

O PDPAS torna-se tema de interessante discussão, pois pode ser um avanço, desenvolvendo uma gestão consciente, participativa e descentralizada, na qual o dinheiro público tende a sair da administração central e passar à gestão dos hospitais de forma direta, a longo prazo, num processo em que a administração central tende mais às ações de planejamento e controle que à execução das despesas propriamente dita. Nesse sentido surge a indagação: A implementação do referido Programa tem atendido realmente as demandas urgentes e emergenciais?

1.1 Objetivo Geral

- Investigar como tem ocorrido a implementação do Programa de Descentralização Progressiva das Ações de Saúde – PDPAS.

1.2 Objetivos Específicos

- Descrever as principais características do PDPAS;
- Averiguar a relação do PDPAS com o SUS e com as outras políticas de saúde existentes no DF;
- Analisar como têm sido executadas as ações administrativas e financeiras do PDPAS.

1.3 Justificativa

Com o objetivo de atender as demandas urgentes e emergenciais da população do Distrito Federal, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal criou o Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde – PDPAS, por se tratar de um programa tão recente, ele ainda não foi objeto de estudo de

outros pesquisadores e isso torna o tema instigante, que motiva ainda mais pesquisa.

O acesso a informações do PDPAS é dificultado a quem se encontra distante do contexto do serviço público, e como o programa é voltado para atender às demandas da população do Distrito Federal, torna-se relevante um estudo do que se tem realizado para alcançar tal objetivo.

O PDPAS é uma inovação nas ações administrativas no setor público, pelo fato de descentralizar as decisões e os recursos da Administração Central para os órgãos colegiados, as Unidades Executoras. Este trabalho busca investigar como tem ocorrido a sua implementação. Pelo PDPAS ter pouco tempo de existência não se pretende verificar se suas metas foram cumpridas ou não, mas como foram organizadas e postas em prática as ações de implementação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Políticas Públicas

Políticas públicas referem-se a um fluxo de decisões públicas, com o intuito de manter o equilíbrio social ou de introduzir desequilíbrios destinados a modificar a realidade (SARAVIA, 2006). Este mesmo autor define políticas públicas como:

um sistema de decisões públicas que visa a ações ou omissões, preventivas ou corretivas, destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou vários setores da vida social, por meio da definição de objetivos e estratégias de atuação e de alocação dos recursos necessários para atingir os objetivos estabelecidos (p.29).

Neste sentido, o PDPAS é uma ação corretiva do Governo do Distrito Federal destinada a modificar a realidade dos usuários do sistema público de saúde, por meio do programa de descentralização de recursos para atingir as demandas urgentes da população.

Para Parada (2006), as políticas públicas correspondem a soluções específicas sobre como gerir a coisa pública e os governos são instrumentos para a formulação e implementação dessas políticas. Neste estudo a formulação e implementação se dá pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Rua (1998) salienta que uma política pública geralmente envolve mais do que uma decisão e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas. As políticas públicas necessariamente representam algum tipo de simplificação dos problemas, característica que deriva seu caráter operacional (PARADA, 2006). Como foi o caso do PDPAS, que surgiu com o objetivo de solucionar o problema das demandas urgentes de saúde do Distrito Federal.

Parada (2006) afirma que uma política pública de excelência corresponde aos cursos de ações e fluxos de informações relacionados com um objetivo político definido de forma democrática. Uma política pública de qualidade deve incluir orientações e conteúdo, os instrumentos ou mecanismos, definições ou mudanças institucionais, e previsões de resultados.

Políticas públicas resultam do processamento, pelo sistema político, dos *inputs* – provenientes do meio ambiente – e de *withinputs* – demandas e apoio originados no interior do próprio sistema político (EASTON apud RUA, 1998).

Ainda de acordo com Easton, os *inputs* e os *withinputs* podem significar demandas e suportes. As demandas podem ser definidas como aspirações e necessidades, sejam elas expressas de maneira organizada ou não e digam respeito a amplos setores da sociedade ou a pequenos grupos. Reivindicações de bens e serviços como saúde pode ser um exemplo, no caso dessa ação governamental as demandas surgiram da necessidade da população por um serviço de saúde mais digno, sem que faltem os insumos básicos para um tratamento de qualidade.

Easton afirma que o suporte ou apoio nem sempre estão diretamente vinculados a cada demanda ou política específica. Geralmente, são direcionados para o sistema político ou para a classe governante. Exemplo de suporte ou apoio podem ser atos mais afirmativos, como o envolvimento na implementação de determinados programas governamentais.

Os *withinputs* também expressam demandas e apoio e distinguem-se dos *inputs* pelo fato de que são provenientes do próprio sistema político. Neste caso, tem-se o exemplo da Secretaria de Saúde que não estava conseguindo suprir as grandes demandas e criou um programa para descentralizar e agilizar as ações, dando maior autonomia para os hospitais. Essa demanda específica da Secretaria de Saúde pode ser entendida pela discussão do “estado de coisas” definido por Rua (1998) como uma dada situação que pode perdurar durante muito tempo, incomodando grupos e gerando insatisfações sem, entretanto, chegar a mobilizar as autoridades governamentais. Nesse caso, trata-se de um “estado de coisas”, algo que incomoda, prejudica, gera insatisfação para muitos indivíduos, mas não chega a constituir um item da agenda governamental, ou seja, não se encontra entre as prioridades dos tomadores de decisão. Quando esse estado de coisas passa a preocupar as autoridades e se torna uma prioridade na agenda governamental, então torna-se um “problema político”.

Quando deixa de ser um estado de coisas e se transforma em um problema político, uma demanda torna-se um *input*, passando a incluir-se na agenda governamental. A partir desse momento inicia-se a formulação das alternativas. Como o problema político da saúde era uma emergência, muitas pessoas estavam

deixando de ser atendidas e até morrendo. Nesse contexto, criou-se um Plano de Ação de Saúde urgente, que levou à criação do PDPAS.

Conforme Saravia (2006), as etapas de uma política pública são a formulação, implementação e avaliação. Enrique Saravia ainda define várias etapas da política pública:

1. Agenda: conjunto de processos que conduzem os fatos sociais a adquirir status de “problema político”.
2. Elaboração: identificação e delimitação de um problema atual ou potencial da comunidade, a determinação das possíveis alternativas para sua solução, a avaliação dos custos e efeitos de cada uma delas e o estabelecimento de prioridades.
3. Formulação: inclui a seleção e especificação da alternativa considerada mais conveniente, definindo seus objetivos e seu marco jurídico, administrativo e financeiro.
4. Implementação: preparação para colocar em prática a política pública, a elaboração de todos os planos, programas e projetos que permitirão executá-la.
5. Execução: conjunto de ações destinadas a atingir os objetivos estabelecidos pela política.
6. Acompanhamento: supervisão da execução de uma atividade, que tem como objetivo fornecer a informação necessária para introduzir eventuais correções a fim de assegurar a consecução dos objetivos estabelecidos.
7. Avaliação: consiste na mensuração e análise dos efeitos produzidos na sociedade pelas políticas públicas.

Rua (1998, p. 252) define que a implementação das políticas públicas “diz respeito às ações necessárias para que uma política saia do papel e funcione efetivamente”. É um conjunto de ações realizadas por grupos ou indivíduos, de natureza pública ou privada, com vistas à obtenção de objetivos estabelecidos antes ou durante a execução das políticas. Dentre as etapas da política pública, este trabalho tem como foco a implementação do PDPAS.

Conforme a autora, existem dois tipos de implementação: administrada e a não administrada. A implementação administrada requer a constituição de uma estrutura organizacional complexa para a sua execução e a implementação não administrada apenas estabelece regras e condições e deixa aos interessados as iniciativas destinadas à sua realização. No caso de políticas públicas de saúde ocorre a implementação administrada, em que a SES/DF criou uma equipe responsável pela implementação programa, estabelecendo regras a serem seguidas por meio de Portarias e Decreto e com a criação de um Manual Prático de Rotinas.

Saravia (2006, p. 35) ressalta que “toda política pública está integrada dentro do conjunto de políticas governamentais e constitui uma contribuição setorial para a busca do bem-estar coletivo”. As políticas públicas podem dar prioridade a aspectos diferentes devido às urgências e relevâncias.

O Programa de Descentralização Progressiva das Ações de Saúde está pautado na política do Sistema Único de Saúde e foi criado a partir do Plano de Ação da Gestão de Saúde no Distrito Federal com intuito de atender às demandas urgentes de saúde da população.

2.2 Princípios Constitucionais relacionados ao direito à saúde

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) consagrou a todos os cidadãos, dentre outros, o direito social à saúde, estabelecendo tal proteção como competência comum entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Deste modo, o Art. 196 diz que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

É, portanto, pressuposto básico constitucional a possibilidade de se realizarem ações e serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde. A norma contida no Art. 196 está diretamente vinculada ao direito à vida, sendo considerados pela jurisprudência do Supremo Tribunal Federal como indisponíveis os direitos aqui assegurados. Assim:

O direito a saúde é prerrogativa constitucional indisponível, garantido mediante a implementação de políticas públicas, impondo ao Estado a obrigação de criar condições objetivas que possibilitem o efetivo acesso a tal serviço.

O Estado tem a obrigação de criar condições objetivas que possibilitem o acesso à saúde, sendo que essas ações devem promover proteger e recuperar a saúde. Neste sentido, Carvalho e Santos (1998, p.86):

O direito à saúde comporta, assim, duas vertentes: a) garantia de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e b) o acesso a serviços de saúde que garantam a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Como direito de todos e dever do Estado brasileiro, as políticas de saúde no Brasil precisam, por dever constitucional, ser temas prioritários, meio de defesa da vida, promoção da dignidade humana e realmente garantida por meio das políticas públicas, tanto preventivas como combativas.

Na sequência, o Art. 197 da Constituição Federal de 1988 trata em sua parte final de que a execução dos serviços de saúde deverá se dar diretamente pelo Estado ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. Tal instrução abre margens à adoção de formas alternativas de gestão dos processos de administração da saúde.

Art. 197 - São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é como “um bem estar físico, psíquico e social”, traduzido na Constituição Federal de 1988 como um direito de cidadania que deve ser garantido por políticas públicas de caráter social e econômico. É função de todo profissional que trabalhe no sistema de saúde contribuir com idéias que levem à construção de um modelo ideal, que não dependa somente de médicos e enfermeiros que dominem procedimentos médicos, mas de gestão eficiente, apoio legal e planejamento.

Um sistema de saúde que passasse pela participação popular, pela gestão minuciosa e próxima da situação prática, teria suas regras definidas pelas situações específicas de fato experimentadas por cada população. O sistema não consegue oferecer todos os serviços de saúde a todas as populações, tanto por questões humanas quanto por questões estruturais e orçamentárias, mas pode oferecer as condições específicas que cada comunidade precisa de modo geral, atendendo caso a caso as especificidades.

A Constituição Federal de 1988 trouxe como diretrizes do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) a equidade, a universalidade, integralidade e o controle social, sendo seus princípios básicos o acesso universal e igualitário a ações e serviços; a participação comunitária; a rede regionalizada e hierarquizada; e, por último, a descentralização, princípio este, a ser melhor analisado neste estudo em função da natureza descentralizadora do PDPAS.

2.2.1 Descentralização

O SUS existe em três níveis, chamados de esferas: nacional, estadual e municipal, cada uma com comando único e atribuições próprias. Os municípios têm assumido papel cada vez mais importante na prestação e no gerenciamento dos serviços de saúde. A partir da criação dos Fundos de Saúde, regulados no ano 2000, as transferências passaram a ser "fundo-a-fundo" e calculadas com base na população e no tipo de serviço oferecido, e não no número de atendimentos. Este foi um passo para a gestão mais próxima às populações diretamente envolvidas.

Partindo para a realidade prática enfrentada pelo Distrito Federal, percebe-se que tem havido uma desatenção aos preceitos constitucionais informadores da saúde, chegando ao ponto de perder vidas.

Há exemplos de situações de emergência, em que o desabastecimento crônico fez com que a única alternativa para não deixar a situação virar calamidade pública era recorrer à realização de procedimentos de compra mais ágeis. Outra situação semelhante refere-se aos casos de dispensas de licitação, analisando-se as condições do Distrito Federal, seria ideal que existissem mecanismos para que as compras pudessem ser realizadas com maior rapidez, pois existem exemplos de equipamentos que ficam parados durante meses por falta de simples manutenção.

Partindo deste cenário, em julho de 2010, a SES/DF decidiu pela adoção de um conjunto de práticas denominado “Plano de Ação para a Saúde”. Segundo o plano, o DF vivia uma situação de desabastecimento pelas seguintes causas:

- Processos licitatórios de aquisição dos insumos com tramitação lenta;
- Processos licitatórios com falhas na instrução;
- Processos licitatórios suspensos pelo Tribunal de Contas do DF – TCDF;
- Processos licitatórios paralisados na Central de Compras;
- Processos de aquisição de insumos por Dispensa de Licitação e de forma Emergencial;
- Contratos de prestação de serviço vencidos e vencendo a curto prazo;
- Ausência de contratos de manutenção de equipamentos;
- Rede com necessidades crônicas de reparos;
- Utilização indevida de contratos de manutenção predial.

Deste modo, foi criada a Secretaria Extraordinária de Logística e Infraestrutura, para organizar o abastecimento da rede. Nas palavras do governador Rogério Rosso na entrevista de lançamento do programa¹:

Não é possível que a secretária Fabíola pare o que está fazendo para resolver compra de determinado insumo. É por isso que convidei o secretário Herbert, que passará a ficar por conta dessa área. A Secretaria Extraordinária de Logística e Infraestrutura veio somar e não dividir. A nossa expectativa é que tenhamos a rede recuperada e funcionando plenamente, dentro de alguns meses.

Outra ação apontada foi a descentralização das regionais de saúde, a qual tem o objetivo de promover uma progressiva desconcentração das compras de insumos para os hospitais no DF, para que os hospitais possam adquirir insumos urgentes e oferecer aos pacientes maior qualidade nos atendimentos, ao tempo em que a rede de saúde possa promover novas licitações de produtos e serviços destinados ao abastecimento da rede sem estar tão presa a longos procedimentos de compra, tantas vezes paralisados por questões burocráticas.

O Decreto nº 31.625/10 deu vida ao processo e ratificou a questão de que as ações seriam progressivas ao estabelecer que somente permitissem compras emergenciais e de pequenos reparos nas instalações das unidades de saúde, tendo essas unidades sido separadas por Diretorias ou Unidades de Referência conforme se passará a expor mais a diante.

2.3 O Programa de Descentralização Progressiva das Ações de Saúde – PDPAS

O PDPAS adentrou o ordenamento jurídico a partir da publicação do Decreto nº 31.625/2010, com a finalidade principal de dar autonomia gerencial progressiva para as Diretorias Gerais de Saúde e Unidades de Referência Distrital da Rede Pública de Saúde, viabilizada por meio de transferência de recursos financeiros do Governo do Distrito Federal, é o teor do parágrafo único do Art. 1º.

O programa foi elaborado para aplicação das Diretorias Regionais e Unidades de Referência Distrital, que são Unidades Executoras dos recursos, tendo sido

¹ O material da apresentação do “Plano de Ação para a Saúde”, bem como a citação do Governador Rogério Rosso podem ser encontrados na página eletrônica da saúde do DF: <<http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00009108.pdf>>. Acesso em 26/04/2011.

definidas em conformidades com o plano diretor do Distrito Federal. Assim, são Diretorias Regionais:

- A. Asa Sul / HRAS
- B. Asa Norte / HRAN
- C. Sobradinho / HRS
- D. Planaltina / HRPL
- E. Taguatinga / HRT
- F. Ceilândia / HRC
- G. Gama / HRG
- H. Brazlândia / HRBZ
- I. Paranoá / HRP
- J. Guará / HRGu
- K. Núcleo Bandeirante, Candangolândia e Riacho Fundo
- L. Samambaia
- M. Recanto das Emas
- N. São Sebastião / HRSS
- O. Santa Maria / HRSM

Pela especificidade de suas características, foram definidas como Unidades de Referência Distrital:

- P. Hospital de Base do Distrito Federal / HBDF;
- Q. Hospital São Vicente de Paula / HSVP;
- R. Hospital de Apoio de Brasília / HAB;
- S. Centro de Orientação Médico-Psico-Pedagógica/ COMPP;
- T. Laboratório Central do Distrito Federal / LACEN DF;
- U. Instituto de Saúde Mental / ISM

Assim, conforme, a Portaria nº 83/10, itens IV a VII, os repasses têm sido feitos às vinte e uma unidades listadas, devendo se reunir em conselho pelo menos uma vez a cada mês, levando-se em consideração que as prestações de contas são bimestrais.

Cada uma das unidades realizou um cadastro no CNPJ e recebeu contas bancárias de titularidade da Secretaria de Saúde, com movimentação específica na unidade, por CNPJ, a título de movimentar os repasses.

Em que pese o Decreto tenha estabelecido que o repasse mínimo não será inferior a R\$ 30.000,00 (trinta mil reais), a Portaria nº 83/10, republicada em 06 de agosto de 2010, estabeleceu que o repasse mínimo será no importe de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), após a análise mais aprofundada das possibilidades de gasto de cada unidade. Tendo sido estabelecida na portaria a forma de cálculo dos recursos na forma estabelecida no capítulo IV da Portaria 83/10: "IX.1. O valor mínimo, equivalente a R\$ 50.000,00, será transferido a cada dois meses àquelas

DGS e URD, que não alcançarem, pela forma de cálculo descrita, esse montante estabelecido como piso.”

São usados como referência para as transferências bimestrais para as Diretorias Gerais de Saúde, Hospitais Regionais e Unidades de Referência Distrital, valores calculados com base no faturamento mensal aferido pelos Sistemas de Informação Hospitalar – SIH e Ambulatorial – SIA do SUS.

Esses sistemas são aqueles em que é feita a triagem de cada paciente antes do atendimento, servindo como uma espécie de estatística para determinar quantos atendimentos e que insumos são realizados para os tratamentos, balizando o repasse devido a cada hospital pelo SUS ou outros programas relacionados à saúde mantidos pelo governo.

Os itens “b”, “c” e “d” do capítulo IV da Portaria nº 83/10, estabelecem como são feitos os repasses:

B. Para as Diretorias Gerais de Saúde, o valor a ser transferido a cada dois meses será a soma do equivalente a 10% do faturamento médio mensal do Hospital Regional e do equivalente a 8% do faturamento médio mensal do conjunto das unidades localizadas na Regional, aí incluído o Hospital Regional.

C. Para as Regionais de Saúde que não dispõem de hospital em seu território, o valor será o equivalente a 10% do seu faturamento médio mensal.

D. Para as Unidades de Referência Distrital, o valor total será o equivalente a 10% do faturamento médio mensal do estabelecimento em questão.

Como regra para o gasto dos recursos, a portaria estabelece ainda que os recursos recebidos pela diretoria deverão ser aplicados em todas as unidades localizadas naquele território e que as prioridades devem ser definidas pelo Conselho de Administração da Diretoria Geral de Saúde (DGS), no momento das reuniões mensais, observando-se a proporcionalidade, tendo em vista que cada unidade representa um *quantum* do faturamento da DGS, sendo que, os valores serão reavaliados a cada quatro meses, com a possibilidade de serem elevados ou reduzidos, tendo em vista os fatores elencados na portaria, listados na sequência:

IX.2. O montante atribuído às DGS com base no faturamento da totalidade da Regional não poderá em nenhuma hipótese ser destinado para melhorias no Hospital Regional, devendo ser aplicado nas demais unidades existentes no território de abrangência da DGS, a partir de prioridades e cronograma definidos pelo Conselho de Administração da DGS, no que couber.

IX.3. O montante anual aplicado em cada unidade de atenção à saúde da DGS deverá ser proporcional à sua contribuição para o faturamento total da regional, aí excluída a participação do hospital, a não ser que de outra forma seja definido e justificado pelo Conselho de Administração da DGS.

[...]

IX.5. A cada quatro (4) meses, os valores de transferência serão reavaliados, podendo ser aumentados ou reduzidos, a partir do desempenho de cada DGS e URD constatado pela Comissão de Acompanhamento do PDPAS.

O Decreto nº 31.625/10 estabelece uma série de possibilidades para o uso dos recursos que foi reduzida tendo em vista o fato de que, nesta primeira etapa, as unidades ainda estão em fase de aprendizado sobre as possibilidades de gasto da nova ferramenta. Assim, as DGS/URD poderão adquirir material de consumo e material médico-hospitalar padronizados pela SES, ou seja, os insumos médicos deverão estar cadastrados num sistema da Secretaria de Saúde, o que garantirá que todas as aquisições para uso médico serão de uso comum e conhecido pela rede de saúde.

Outro ponto é que poderão realizar pequenos reparos nas instalações físicas, mobiliários e equipamentos, não se permitindo aquisição de equipamentos, aí incluídos os equipamentos de informática, bem como não poderão ser adquiridos materiais permanentes, ou aquisição de veículos. O terceiro ponto consiste na possibilidade de que as DGS/URD contratem serviços com pessoas físicas ou jurídicas observando-se as normas de licitações e contratos.

Ficam proibidos gastos com pesquisas, publicidade, festividades de qualquer natureza, eventos, treinamentos, gastos com pessoal e gratificações, viagens, obras de infra-estrutura, excetuando-se os reparos, entre outros itens enumerados no item X.1 da Portaria nº 83/2010.

O programa também prevê que as aquisições serão limitadas pelo valor do gasto, conforme a Lei nº 8.666/93, com o limite de oito mil reais, sob pena de responsabilidade pessoal do exequente, porém traz inovações no sentido de que, no caso deste programa de descentralização as despesas não se realizarão por elementos de despesa, mas sim por código de produto.

Isso se dá porque na classificação de elementos de despesa, os medicamentos pertenceriam a um único elemento de despesa, o que tornaria o programa inviável, pois, limitaria os gastos anuais a oito mil reais em medicamentos. Isso, na prática, significaria que as unidades teriam o dinheiro sem poder de fato realizar o gasto. Assim, definiu-se que, cada produto dentro do cadastro da SES possui um código e que, esse código seria a referência para o limite dos gastos.

Definiu-se então, que os gastos chegariam a até oito mil reais anuais por código de produto.

2.3.1 O Fracionamento de Despesas

A Lei nº 8.666/93 define em seu art. 23 § 5º em que consiste o fracionamento de despesas e a sua proibição. Haverá fracionamento sempre que a despesa for dividida para aquisição de insumos ou bens em modalidade de licitação inferior à devida por lei, ou, para efetuar a compra direta, sem licitação.

Um exemplo bastante comum é a utilização de fracionamento de despesas para realizar partes de uma mesma obra ou serviço ou que sejam de idêntica natureza e no mesmo local quando possam ser realizadas em conjunto e concomitantemente, sempre que o somatório de seus valores caracterizar o uso de uma outra modalidade de licitação.

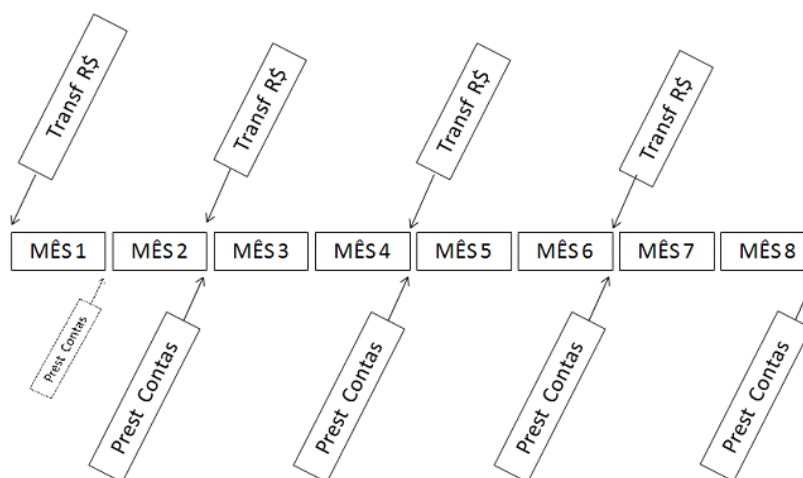
As DGS/URD só estão autorizadas a realizar compras sob dispensa de licitação, com limite de gastos até oito mil reais, assim, o fracionamento da despesa deve ser observado com muita atenção, tendo em vista as severas necessidades enfrentadas pelos hospitais e postos de saúde em todo o Distrito Federal. Neste sentido, o Manual Prático de Rotinas do PDPAS (2010, p. 7) estabelece:

Não serão consideradas como fracionamento de aquisição, as despesas relativas aos insumos adquiridos por mais de uma DGS ou URD, em um mesmo mês, quando os mesmos estiverem destinados a populações residentes em espaços geográficos distintos, em conformidade com a normatização complementar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

A determinação do Decreto nº 31.625/2010 é a de que quando a atividade ultrapassar o limite de gasto, a compra deve ser realizada pela administração central. O art. 7º, IV informa que “quando a aquisição de material ou contratação de serviços ultrapassarem o limite de que trata o parágrafo anterior, a licitação será realizada na modalidade pertinente, pelo nível central da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal”.

2.3.2 Repasses de recursos

Os repasses foram programados para se efetivarem a cada bimestre, devendo, portanto, somar seis repasses a cada ano. O caso específico do ano de 2010, por ter sido o início do programa, contou com somente dois repasses, tendo em vista os gastos realizados pelas unidades hospitalares num período inicial de aprendizado e adequação. A figura abaixo demonstra como se darão os repasses:



Fonte: Portaria 84, de 28 de maio de 2010
Figura 01 - Mapa de repasses

A figura exemplifica a forma como se programaram os repasses, sendo devidos bimestralmente, tendo sido o primeiro repasse realizado em 01/07/2010, correspondendo ao “mês 1”.

O segundo repasse seria devido no dia 01 do mês de setembro e o terceiro repasse de 2010, estaria programado para o dia 01 do mês de novembro. O que ocorreu de fato foi que muitas unidades, por inexperiência e por muitos outros fatores, tais como falta de recursos humanos ou materiais adequados, ainda não tinham feito uso da totalidade dos recursos, de modo que o segundo repasse não foi realizado na data prevista, mas somente quando se verificou o uso efetivo pela maioria das unidades, evitando-se que o dinheiro ficasse sem uso, aplicado em contas correntes.

Dessa forma, o segundo repasse se deu em 15/10/2010, um mês e meio, portanto, posterior à data programada, sendo que o repasse de duas unidades, sendo estas a Diretoria Geral de Samambaia e o Hospital de Base, que fizeram uso

de todo o recurso se realizou antecipadamente, entre o final de setembro e o início de outubro.

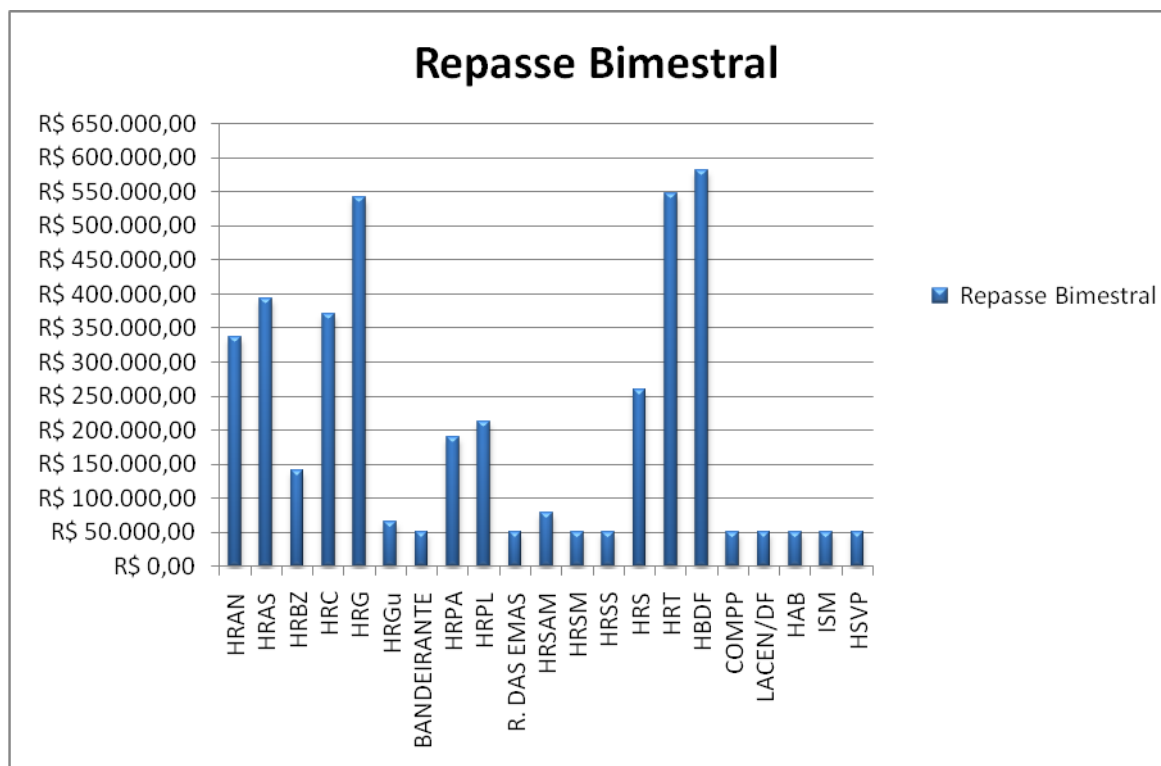
Entende-se que este atraso se justifica até mesmo pela previsão da Portaria nº 84/10 de que o Fundo de Saúde do Distrito Federal (FSDF) deverá controlar o uso dos recursos, o que pode incluir a suspensão ou retenção do repasse em caso de não uso.

Art. 8º O controle do uso dos recursos do PDPAS será feita pela SES/DF e pelos órgãos de Controle Interno e Externo do Distrito Federal.

§ 1º O controle da aplicação dos recursos serão prévios, concomitantes e subsequentes.

§ 2º Poderá haver a qualquer tempo, além das Prestações de Contas Bimestrais e Anuais, a realização de levantamentos, Auditorias e Tomadas de Contas Especiais sobre os recursos do PDPAS.

O valor total dos repasses atinge a monta de R\$ 4.168.191,59 (quatro milhões, cento e sessenta e oito mil, cento e noventa e um reais e cinquenta e nove centavos), valores repassados a cada unidade de saúde segundo critérios de faturamento já especificados acima e que foram contemplados pela Portaria nº 82/2010. A planilha contendo o valor do repasse realizado para cada unidade encontra-se anexa ao final deste estudo. O gráfico a seguir ilustra os valores recebidos pelas Unidades Executoras, conforme p. 53, sendo possível perceber que o Hospital de Base do Distrito Federal, Hospital Regional de Taguatinga e o Hospital Regional do Gama, respectivamente, são os que recebem maiores repasses da SES/DF.



Fonte: elaboração da autora a partir de dados fornecidos pela Gerência de Análise do PDPAS
 Figura 2 – Gráfico dos valores repassados as DGS e URD.

As prestações de contas foram programadas para se realizarem a cada final de bimestre, até o dia dez subsequente ao final do bimestre e será analisada no prazo de vinte dias úteis pelo Fundo de Saúde, cuja análise condicionará o repasse subsequente a partir do segundo repasse. Isto porque a portaria determinou que ao final do primeiro mês do programa seria realizada uma prestação de contas educativa e que a primeira prestação de contas ainda não condicionaria o segundo repasse.

2.3.3 O Procedimento para Prestação de Contas

A Portaria nº 84/2010 prevê a criação de uma Gerência de Prestação de contas nas DGS/URD, tal gerência, que ainda não foi criada, em que pese já existam servidores trabalhando nos processos, seria denominada Gerência de Apoio Administrativo e Financeiro/GAAF. Tal gerência fica responsável por organizar os processos de compras e de prestação de contas e encaminhá-los à Diretoria Geral e Administrativa das DGS/URD para que sejam avaliadas e previamente aprovadas e

na seqüência encaminhadas ao Fundo de Saúde do DF, à Diretoria Executiva do Fundo de Saúde (art. 5º VI):

VI – As DGS ou URD enviarão os processos bimestrais ao Diretor Executivo do FSDF até o dia 10 do mês subsequente ao fechamento do bimestre e o processo anual até o último dia útil de fevereiro do ano subsequente.

No Fundo de Saúde, a teor do art. 7º, VIII e seguintes:

A Gerência de Análise das Prestações de Contas do PDPAS/FSDF/SES/DF disporá de vinte dias úteis para análise e manifestação sobre as Prestações de Contas recebidas, submetendo-os para aprovação, pela Comissão de Acompanhamento do PDPAS e caso necessário, outros dez dias para dirimir dúvidas e omissões, em contato com a DGS / URD.

Parágrafo único. Caberá a Gerência de Análise das Prestações de Contas do PDPAS/FSDF/SES/DF formalizar o registro dessa aprovação no cadastro da DGS ou URD. O extrato, com a designação das DGS e URD que tiveram suas contas anuais aprovadas, deverá ser publicado no DODF e divulgado no site da SES DF até o 90º (nonagésimo) dia subsequente ao último mês de competência do ano de referência.

Deste modo, cabe à Gerência de Análise das Prestações de Contas do FSDF analisar toda a prestação de contas, que compreende todos os documentos que instruem as compras realizadas pelas DGS/URD, para que sejam, ao final, avaliados e aprovados pela comissão de acompanhamento.

Desta forma, o FSDF realiza a análise documental dos processos, bem como saneia as dúvidas das DGS/URD, fiscalizando o gasto dos recursos, recebendo as prestações de contas e gerando os relatórios cabíveis, e também atendendo as solicitações e requisições do Tribunal de Contas do DF, logo após as prestações de contas são avaliadas e aprovadas ou não pela comissão de acompanhamento.

Quanto ao armazenamento dos procedimentos, diz a Portaria nº 84/10, em seu art. 6º que:

Art. 6º Os originais dos documentos a que se refere o art. 3º deverão ser mantidos em arquivo, em boa ordem, nas dependências da DGS ou URD, à disposição da SES/DF e dos órgãos de Controle Interno e Externo do Distrito Federal, pelo prazo de cinco anos, a contar da data de aprovação das contas anuais da Secretaria de Saúde pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal.

Sendo que tais processos devem ser instruídos da forma como determina o Art. 7º:

Art. 7º Para cada aquisição de insumo ou serviço, deverá ser aberto um processo, a ser mantido em arquivo na DGS ou URD, em que deve constar a justificativa para aquisição descentralizada do medicamento, insumo ou serviço, declaração de inexistência no Almoxarifado Central da SES/DF e em outras unidades próprias de saúde, declaração de inexistência de ata de registro de preço válida, preço apresentado por pelo menos três

fornecedores (com comprovação) ou caracterização da inexistência de três fornecedores, autorização da aquisição por pelo menos dos dois responsáveis, fatura do fornecedor selecionado e cópia do cheque utilizado para pagamento.

Além dos requisitos do art. 7º devem ser respeitados os aspectos formais e apresentadas as planilhas relacionadas na Portaria nº 84/10 que oferecem informações detalhadas sobre a prestação de contas, os insumos adquiridos, oferecendo informações detalhadas sobre a necessidade das compras, a aplicação dos recursos, a forma de realização dos pagamentos, e movimentações bancárias relativas à compensação de pagamentos e aplicação de valores em contas autorizadas.

2.3.4 Procedimentos de Compra e a Lei nº 8.666/93

Licitação, nas palavras do Meirelles (2003, p.264), é “o procedimento administrativo mediante o qual a Administração seleciona a proposta mais vantajosa para o contrato de seu interesse”. Os procedimentos de compra autorizados pelo PDPAS são realizados por dispensa de licitação por limitação do valor, conforme disciplina da Lei 8.666/93. Este preceito foi fundamentado no item “X.6” da Portaria nº 83, de 28.05.2010, republicada em 06/08/2010.

A regra constitucional para aquisições do setor público, na forma do Art. 37 é a de que se realizem licitações, nas modalidades pertinentes, para que seja assegurada a igualdade de participação a todos os concorrentes. Assim dispõe a norma:

Art. 37 [...]

XXI - ressalvados os casos especificados na legislação, as obras, serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de licitação pública que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes, com cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta, nos termos da lei, o qual somente permitirá as exigências de qualificação técnica e econômica indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações.

Da mesma forma, a Lei 8.666/93, estabeleceu no art. 2º que:

Art. 2º. As obras, serviços, inclusive de publicidade, compras, alienações concessões, permissões e locações da Administração Pública, quando

contratadas com terceiros, serão necessariamente precedidas de licitação, ressalvadas as hipóteses previstas nesta lei.

Assim, em conformidade com a lei de licitações é possível dispensar a licitação em dois casos, (Art. 24, I e II):

Art. 24. É dispensável a licitação:

I - para obras e serviços de engenharia de valor até 10% (dez por cento) do limite previsto na alínea "a", do inciso I, do artigo anterior, desde que não se refiram a parcelas de uma mesma obra ou serviço ou ainda para obras e serviços da mesma natureza e no mesmo local que possam ser realizadas conjunta e concomitantemente; (limite: R\$ 15.000,00)

II - Para outros serviços e compras de valor até 10% (dez por cento) do limite previsto na alínea "a", do inciso II, do artigo anterior e para alienações, nos casos previstos nesta lei, desde que não se refiram a parcelas de um mesmo serviço, compra ou alienação de maior vulto que possa ser realizado de uma só vez (limite: R\$ 8.000,00)

O PDPAS foi instituído para progressivamente descentralizar os recursos financeiros aos hospitais e, neste primeiro momento permitiu que as dispensas se realizassem para cobrir urgências e emergências, sendo que, inicialmente, as dispensas somente ocorrerão no caso enumerado no inciso II do Art. 24.

Na vigência da Lei nº 8.666/93, o Tribunal de Contas da União proferiu o seguinte parecer:

Além da adoção das formalidades previstas no art. 26 e seu parágrafo único da Lei 8.666/93, são pressupostos da aplicação do caso de dispensa preconizados no art.24, inciso IV, da mesma lei:

a1) que a situação adversa, dada como de emergência ou de calamidade pública, não se tenha originado, total ou parcialmente da falta de planejamento, da desídia administrativa ou da má gestão dos recursos disponíveis, ou seja, que ela não possa, em alguma medida, ser atribuída à culpa ou dolo do agente público que tinha o dever de agir para prevenir a ocorrência de tal situação;

a2) que exista urgência concreta e efetiva do atendimento a situação decorrente do estado emergencial ou calamitoso, visando afastar risco de danos a bens ou à saúde ou à vida das pessoas; a3) que o risco, além de concreto e efetivamente provável, se mostre iminente e especialmente gravoso;

a4) que a imediata efetivação, por meio de contratação com terceiro, de determinadas obras, serviços ou compras, segundo as especificações e quantitativos tecnicamente apurados, seja o meio adequado, efetivo e eficiente de afastar o risco iminente detectado.

A normatização do PDPAS não só cumpriu as regras da Lei nº 8.666/93 como também criou certas restrições que vinculam o gasto e exige a apresentação de três propostas válidas para justificar a escolha do fornecedor vencedor.

3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

A partir da formulação da metodologia a ser adotada, ou seja, da forma como a pesquisa será realizada, será possível atingir os objetivos propostos neste projeto de pesquisa, assim como responder ao seu problema central.

3.1 Tipo e descrição geral da pesquisa

Conforme Minayo (2010, p. 16) “pesquisa é a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade. Ela alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo.” Gil (1996) propõe três classificações para pesquisa quanto à natureza: explicativa, descritiva e exploratória.

Este trabalho trata-se de uma pesquisa descritiva, pois visa descrever uma realidade estudada. Para Cervo, Bervian e Silva (2007, p. 62), a pesquisa descritiva “busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano”. Para alcance do objetivo foi feita pesquisa documental por meio de materiais disponibilizados pela Gerência de Análise das Prestações de Contas do PDPAS; pesquisa bibliográfica embasada em artigos científicos sobre políticas públicas, legislação relacionada ao tema e com material disponibilizado na Internet; e pesquisa de campo com a realização de entrevistas com os implementadores e os executores do programa estudado.

A pesquisa possui uma abordagem qualitativa. Segundo Neves (1996), a pesquisa qualitativa vem sendo comumente utilizada no campo das pesquisas sociais, ajudando ao entrevistador entender as realidades estudadas. Verifica uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números (MINAYO, 2010).

A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicos no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o

pesquisador é o instrumento chave. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem.

3.2 Caracterização do órgão estudado

As principais características da organização na qual os dados foram coletados são descritas nessa seção. Trata-se da Secretaria de Estado de Saúde – SES, órgão da Administração Direta integrado ao Governo do Distrito Federal.

A SES tem como objetivo geral consolidar o Sistema Único de Saúde observando os princípios doutrinários da Universalidade, Equidade e Integralidade, num sistema descentralizado, regionalizado, hierarquizado, com resolubilidade, participação dos cidadãos e completariedade do setor privado dentro das prioridades e linhas de ação do SUS/DF².

A Portaria nº 40/2001 apresenta o regimento interno da SES e o Art. 1º discorre sobre as competências básicas que são:

- I - formular a política de saúde do Distrito Federal;
- II - planejar, organizar e coordenar a execução, a fiscalização e a avaliação das atividades de promoção, proteção e recuperação da Saúde;
- III - equipar e operar suas unidades executivas;
- IV - fiscalizar os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde e correlatos;
- V - fiscalizar os estabelecimentos farmacêuticos e controlar a produção e a comercialização de drogas e de medicamentos;
- VI - fiscalizar a manipulação e a comercialização de gêneros alimentícios;
- VII - realizar estudos no campo da saúde, englobando a pesquisa básica, clínica e epidemiológica;
- VIII - sugerir a criação e/ou dar parecer quanto a instalação de instituição de ensino superior e técnico específico para saúde pública do Distrito Federal.

A Secretaria de Saúde possui vinte e uma Unidades de Saúde, elas são divididas em Diretorias Regionais e Unidades de Referência Distrital – conhecidas como Unidades Executoras do PDPAS. As Diretorias Gerais de Saúde são responsáveis pelas ações e serviços de saúde no território das respectivas Regionais de Saúde e as Unidades de Referência Distrital são unidades públicas de atenção à saúde vinculadas diretamente à SES/DF, destacadas por seus atributos

² Disponível o objetivo geral em <http://www.saude.df.gov.br/003/0030100asp?ttCD_CHAVE=22974>. Acesso em 15/05/2011.

de complexidade, especialização ou finalidade como de referência para todas as Diretorias Gerais de Saúde.

As Diretorias Regionais são Asa Sul; Asa Norte; Sobradinho; Planaltina; Taguatinga; Ceilândia; Gama; Brazlândia; Paranoá; Guará; Núcleo Bandeirante, Candangolândia e Riacho Fundo; Samambaia; Recanto das Emas; São Sebastião; Santa Maria.

São definidas como Unidades de Referência Distrital: Hospital de Base do Distrito Federal/HBDF; Hospital São Vicente de Paulo/HSVP; Hospital de Apoio de Brasília/HAB; Centro de Orientação Médico-Psico-Pedagógica/COMPP; Laboratório Central do Distrito Federal/LACEN DF; Instituto de Saúde Mental/ISM. Todas as Unidades de Saúde possuem uma equipe responsável pelo Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde – PDPAS.

3.3 Participantes do estudo

O estudo foi realizado com os funcionários da Secretaria de Estado de Saúde, responsáveis pela implementação e execução do programa abordado. Este estudo tem como sujeitos os gestores do programa com intuito de responder ao problema central e seus objetivos.

A escolha dos participantes foi feita de acordo com determinados critérios intencionais, como esta pesquisa procurou investigar como tem ocorrido a implementação do PDPAS, buscou-se pessoas que atuaram na implementação e que executam o programa, o que permite, conseqüentemente, uma análise mais crítica do assunto estudado. Os responsáveis pelo PDPAS nos Hospitais foram escolhidos de acordo com os maiores repasses do programa, com isso foram realizadas entrevistas com os responsáveis pelas gerências do programa no Hospital de Base do Distrito Federal, Hospital Regional de Taguatinga, Hospital Regional do Gama e Hospital Regional Regional da Asa Norte, sendo esse o hospital tem que o sexto maior repasse, porém não foi possível entrevistar o quarto e quinto por indisponibilidade de tempo dos mesmos.

Para isso, foram entrevistados três implementadores e cinco executores. Os perfis dos entrevistados estão detalhados a seguir:

- Entrevistado 1: Déa Mara Tarbes de Carvalho, médica clínica da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) há 28 anos. Atua na Subsecretaria de Programação, Regulação, Avaliação e Controle (SUPRAC), que é responsável por projetos e serviços da SES/DF, implementadora do PDPAS, e trabalha com o programa desde maio de 2010.
- Entrevistado 2: Marcelo Mousinho Quaresma, técnico em saúde há 10 anos. Atua no Fundo de Saúde do Distrito Federal (FSDF), implementador do PDPAS, e trabalha com o programa desde abril de 2010.
- Entrevistado 3: Marcos Mousinho Quaresma, técnico em saúde há 10 anos. Atua no Fundo de Saúde do Distrito Federal (FSDF), implementador do PDPAS, e trabalha com o programa desde junho de 2010.
- Entrevistado 4: Fernanda Borges Oliveira, analista de Políticas Públicas e Gestão Governamental há 3 anos. Atua na Gerência de Análise das Prestações de Contas do PDPAS, gerente do PDPAS, e trabalha com o programa desde julho de 2010.
- Entrevistado 5: Silvano Justino da Costa, especialista em saúde - administrador há 1 ano. Atua na Gerência do PDPAS do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) desde julho de 2010.
- Entrevistado 6: Maria Mirian de Melo Paiva, especialista em saúde - administradora há 1 ano. Atua na Gerência do PDPAS do Hospital Regional de Taguatinga (HRT) desde agosto de 2010.
- Entrevistado 7: Elder Gomes Leite, especialista em saúde - administrador há 1 ano. Atua na Gerência do PDPAS do Hospital Regional do Gama (HRG) desde agosto de 2010.
- Entrevistado 8: Telma Mouro de Souza, especialista em saúde - administradora há 33 anos. Atua na Gerência do PDPAS do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) desde julho de 2010.

3.4 Caracterização dos instrumentos de pesquisa

Foram utilizados neste estudo dois instrumentos de pesquisa: o primeiro trata-se da pesquisa documental e o segundo uma pesquisa qualitativa com entrevistas individuais semiestruturadas.

A pesquisa documental complementa a informação obtida por outros métodos, espera-se encontrar nos documentos informações úteis para o objeto de estudo. Para fazer essa análise foram usados documentos disponíveis pela Gerência de Análise das Prestações de Contas do PDPAS entregues pelas Unidades de Saúde, contendo o relatório anual.

O outro instrumento de pesquisa é a entrevista, segundo Minayo (2010, p. 64) ela “tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e a abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a esse objetivo”. Sendo muito utilizado em pesquisas qualitativas de cunho social.

A técnica de entrevista escolhida é a semiestruturada. Gil (1993) aponta que a entrevista semiestruturada é guiada por uma relação de questões de interesse, tal como um roteiro, que o investigador vai explorando ao longo de seu desenvolvimento. Triviños (1992) contribui com o tema quando afirma que a entrevista semiestruturada parte de alguns questionamentos básicos, apoiados por teorias que interessam à pesquisa, e que, logo após, surgem outras interrogativas à medida que se recebem as respostas dos informantes. Os informantes podem ser submetidos a várias entrevistas para que se obtenha o máximo de informações e para se avaliar as mudanças das respostas em momentos diferentes.

A pesquisa qualitativa realizada na forma de entrevista semiestruturada, segundo Minayo (2010) consegue combinar perguntas fechadas e abertas, de forma que o entrevistado pode discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. Flick (2004) ressalta que esse tipo de entrevista traz mais resultados do que questionários fechados.

As entrevistas foram embasadas em um roteiro semiestruturado composto por 11 questões (Apêndice A). No Quadro 1, encontra-se resumidamente explicitados os objetivos das questões formuladas para as entrevistas:

Questões presentes no roteiro de entrevista	Objetivo
Questões 1, 2 e 3	Identificar as principais características do PDPAS, confrontando-as com o referencial teórico; conhecer o processo de criação do programa.
Questão 4 e 5	Averiguar se existe relação do programa com o SUS e outras políticas públicas de saúde.
Questões 6, 7, 8, 9, 10 e 11	Analisar em quais parâmetros as ações do programa têm sido executadas; identificar se o PDAS tem atingido o seu objetivo.

Fonte: Elaboração da autora a partir do roteiro de entrevista
 Quadro 1 – Resumo do roteiro de entrevista.

3.5 Procedimentos de coleta e de análise de dados

As entrevistas, baseadas no roteiro citado acima (Apêndice A), foram realizadas pela pesquisadora no mês de junho, por meio de encontros individuais e presenciais com os participantes da pesquisa, no período de 7 (sete) dias. Encontros esses, realizados nos locais de trabalho dos entrevistados.

Os encontros foram agendados por telefone, momento em que foi esclarecido o objetivo da pesquisa. Durante as entrevistas foi solicitada a autorização para gravar a conversa em áudio, a fim de facilitar a análise posterior dos dados pela pesquisadora, em todos os casos a gravação foi concedida. As entrevistas duraram cerca de 30 minutos cada.

Para análise de dados, primeiramente foi empregada a transcrição integral das entrevistas. Posteriormente, sobre as transcrições foram sistematizados os dados, conforme frequência de respostas. Em seguida, foi utilizada a análise de conteúdo, que identifica os temas que surgiram e o que foi dito a respeito daqueles temas (VERGARA, 2000), os organizando em categorias. De acordo com Bardin, esta análise é definida como:

conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (apud Minayo, 2010, p.83).

Para Roesch (1996, p. 156 e 157) a técnica de análise de conteúdo procura seguir os padrões da análise quantitativa, tem como "propósito contar a frequência de um fenômeno e procurar identificar relações entre os fenômenos, sendo que a interpretação dos dados se socorre de modelos conceituados definidos a priori". Richardson (1999, p. 230), define como "[...] uma série de operações que visam estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais podem estar relacionadas".

Minayo (2010) enfatiza que a análise de conteúdo visa verificar hipóteses e/ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto. A mesma autora cita que as obras que tratam desse tipo de análise costumam apresentar as seguintes etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados. Na pré-análise foi feita a organização do material coletado, a formulação de suposições e objetivos e a elaboração de indicadores para a interpretação dos resultados; na exploração do material buscou-se encontrar sínteses coincidentes e divergentes de idéias; e no tratamento de resultados foi realizada a análise propriamente dita, por meio da categorização de temas, relacionando os referidos temas buscando com objetivos e pressupostos da pesquisa.

De acordo com Bardin (1979 apud Minayo, 2010), a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia). Nessa pesquisa as categorias foram definidas a *posteriori* a realização das entrevistas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas seções seguintes serão apresentados e discutidos os resultados obtidos após a análise de conteúdo, à luz do referencial teórico abordado. Os participantes da pesquisa serão identificados por meio da denominação “Entrevistado” seguindo-se por um número, conforme exposto na seção 3.3.

Nesta pesquisa foi possível agrupar os dados em cinco categorias: caracterização do PDPAS, implementação do programa, relação do programa com as políticas públicas de saúde, execução do programa e desafios futuros.

4.1 Caracterização do PDPAS

Conforme Decreto nº 31.625/10, a execução descentralizada de ações visa dar autonomia gerencial progressiva para as Unidades Executoras (UEX), viabilizada por meio de transferência de recursos financeiros do Governo do Distrito Federal.

Todos os entrevistados dizem que a principal característica é a descentralização progressiva administrativa e financeira, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) para as UEX.

O PDPAS dá autonomia financeira para os hospitais fazerem compras, consertos. E dá autonomia administrativa também, pois dão condições de orçamento, planejamento, tudo para o hospital (Entrevistado 5).

O programa objetiva, de forma progressiva, que a gestão administrativa das Unidades de Saúde seja realizada pelos seus gestores e não de forma centralizada pela Administração Central (Entrevistado 3).

De acordo com a percepção dos entrevistados, o PDPAS foi criado para atender as demandas emergenciais das UEX, porém ele tem sido usado para suprir a escassez de insumos da Administração Central da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

O programa deve atender às demandas emergenciais das Unidades de Saúde devidamente motivadas, e devem comprovar a não existência daqueles materiais no estoque da SES (Entrevistado 3).

O intuito do PDPAS é dar maior autonomia aos hospitais, porque administrar um hospital como esse [HBDF] dependendo de outras pessoas para fazer algo para você...fica difícil, porque nunca chega a tempo e a hora (Entrevistado 5).

Do ponto de vista técnico, o PDPAS foi criado com intuito de descentralizar as ações de saúde, visando dar autonomia gerencial progressiva para as Unidades Executoras (...) do ponto de vista político, o PDPAS foi criado para atender uma situação emergencial de desabastecimento nas DGS e URD (Entrevistado 2)

Por meio das entrevistas foi possível perceber que o programa não atende apenas às demandas emergências e urgentes dos hospitais, ele vem sendo utilizado para suprir todas as necessidades dos hospitais devido a falta de abastecimento pela Administração Central. Conforme os entrevistados, muitos itens não podem ser mais adquiridos no ano de 2011 pelo PDPAS por terem atingido o valor limite de R\$ 8.000,00.

Conforme um dos entrevistados a descentralização de gestão não é possível no âmbito do Distrito Federal, que se configura como uma única Unidade de Federação, indivisível, por força da Constituição Federal de 1988. Por similaridade, disseram que é possível a descentralização de ações, por intermédio de uma desconcentração administrativa e financeira.

É preciso salientar que, principalmente por questões legais, não se cogita a total autonomia das regionais, mas a possibilidade de que as regionais passem a gerir algumas contas mensuráveis atreladas a consecução de metas e bonificação por resultados, sendo que a gestão dos gastos regionais, neste caso, serão sempre condicionais ao obediência das diretrizes de saúde planejadas para o DF como organismo único (Entrevistado 4).

Por solicitação das Regionais, foi constatada a necessidade de uma descentralização de ações que possibilitasse à Unidade de Saúde ter mais recursos financeiros (Entrevistado 6).

Com a descentralização, as ações voltadas para saúde serão melhor desenvolvidas, mantendo o foco nas peculiaridades de cada Regional de Saúde, como por exemplo a DGSAN [Diretoria Geral de Saúde da Asa Norte] é referência em queimados na região Centro-Oeste (Entrevistado 8)

O PDPAS é uma forma de desconcentração, conforme trata o texto da Portaria nº 83 (Entrevistado 7)

A Portaria nº 83/10 que regulamenta o PDPAS salienta nas disposições gerais que:

I. Quando totalmente implementada a desconcentração administrativa e financeira da Saúde no Distrito Federal, as Regionais de Saúde passarão a ter grande parte das responsabilidades atribuídas aos municípios, no aparato legal que rege o Sistema Único de Saúde / SUS, condição limitada pela

Constituição Federal de 1988 que proíbe o fracionamento do território do DF em unidades autônomas.

4.2 Implementação do PDPAS

Apenas três dos entrevistados participaram da formulação e implementação do programa, os outros cinco pouco ou quase nada falaram a respeito, fazem parte somente da execução do mesmo.

O PDPAS possui uma particularidade, que é o fato dos implementadores terem participado também da formulação do programa. Sobre isso, Meter e Horn (apud Viana, 1996) consideraram que deve haver participação dos implementadores na fase de formulação, a fim de se aumentar a clareza da política e reduzir resistências. Hoppe, Van de Graaf e Van Dijk (apud Viana, 1996) consideram que as fases de formulação e implementação constituem os dois momentos mais importantes na formulação de políticas. Sendo assim, os autores afirmam que o sucesso de uma política é determinado pelo grau de interação entre formuladores, implementadores e público-alvo das políticas.

Silva e Melo (2000) aponta que o implementador toma as decisões cruciais de uma política setorial, a ponto que a adesão normativa do implementador de decisões é variável decisiva do seu sucesso. O mesmo autor fala que a implementação “cria” políticas, pois a implementação de políticas constantemente orienta novas políticas. E com isso, tem-se que como a implementação implica em tomada de decisões, ela própria se constitui em fonte de informações para a formulação de políticas.

Segundo um dos entrevistados, o PDPAS demandou certa urgência em sua formulação, pois foi estipulado um prazo de 24 horas e em seguida publicado no Diário Oficial do Distrito Federal. Essa pode ter sido a razão da participação dos servidores tanto na formulação quanto na implementação e não propriamente uma estratégia de gestão de políticas públicas. Isso demonstra que, como afirma Rua (1997), diferentes tipos de políticas e de arenas políticas envolvem diferentes participantes com distintos níveis de envolvimento, afetando o processo de implementação. A autora afirma que quando se trata de uma realidade efetiva, a implementação não se distingue do próprio processo de formulação.

Conforme o Entrevistado 2, a criação do PDPAS decorreu de um processo de discussão existente na Administração Central da SES/DF sobre a necessidade de desconcentração administrativa para as DGS e URD, decorrente do histórico de desabastecimento e as dificuldades encontradas pelos Diretores das Unidades em manter de forma regular o funcionamento das ações de saúde. O processo foi acelerado pelo momento político vivenciado no Distrito Federal no final do ano de 2009 e início de 2010, em razão da Operação Caixa de Pandora, que foi deflagrada pela Polícia Federal para investigar a suposta distribuição de recursos ilegais à base aliada do Governo do Distrito Federal, a investigação apontava desvios de verbas e distribuição de propina entre secretários e deputados distritais para financiamento de campanha e enriquecimento ilícito dos participantes, e isso teve efeito relevante para o desabastecimento da rede.

O PDPAS foi elaborado, a partir de demanda do Governador Rogério Rosso, pelas equipes da SUPRAC e do FSDF, com participação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS).

A minuta do Decreto [31.625/10] foi escrita em menos de 24 horas, prazo dado pelo Governador. Os técnicos da SES entendiam que essa minuta passaria por amplo processo de discussão antes de ser aprovada, mas tal não aconteceu. Ela foi assinada e publicada no DODF [Diário Oficial do Distrito Federal] no dia seguinte ao seu envio. As Portarias da SES [82/10; 83/10 e 84/10] de regulamentação do Decreto foram mais trabalhadas e discutidas, apresentando algumas diferenças em relação ao disposto no Decreto, diferenças essas decorrentes de alterações propostas pelos órgãos de controle do DF – Controladoria, Procuradoria e Tribunal de Contas (Entrevistado 1).

O principal objetivo do então Governador [Rogério Rosso] foi de minimizar os problemas decorrentes da falta de abastecimento da rede (Entrevistado 2).

Raramente é possível afirmar que a implementação de um dado programa tenha, na prática, atingido integralmente os objetivos e as metas previstas. Mais difícil ainda é que um dado programa seja implementado inteiramente de acordo com o desenho e os meios previstos por seus formuladores. Em outras palavras, entre os objetivos e o desenho de programas, tal como concebidos por seus formuladores originais, e a tradução de tais concepções em intervenções públicas, tal como elas atingem a gama diversa de seus beneficiários e provedores, há uma grande diferença (ALMEIDA, 2003).

A implementação pode ser entendida como o conjunto de atividades pelas quais se pretende que esses objetivos, tidos como desejáveis, sejam alcançados. Embora possa ocorrer coincidência entre a figura dos formuladores e a figura dos implementadores, a implementação pode ser encarada como um jogo em que uma autoridade central procura induzir agentes (implementadores) a colocarem em prática objetivos e estratégias que lhe são alheias (Mitnick & Backoff, apud Arretche, 2002). De qualquer modo, seja qual for o âmbito de operação e abrangência de um programa, sua implementação supõe que uma autoridade central busque fazer que os agentes implementadores atuem de modo a realizar seus objetivos, segundo uma estratégia de atuação considerada a mais adequada pelos agentes formuladores.

Segundo um dos entrevistados, os implementadores viram no Programa uma oportunidade de inserir uma mudança cultural de gestão nos servidores com o objetivo de criar Unidades Gestoras independentes da SES/DF.

“(...) a área técnica de planejamento [SUPRAC] e a financeira [FSDF] encararam a proposta como uma oportunidade para induzir uma mudança cultural, introduzindo processos gerenciais de planejamento e execução de aquisições, controle de dispensação e utilização de insumos, e de prestação de contas (Entrevistado 1).

4.3 Relação do programa com as políticas públicas de saúde

Em geral, os entrevistados alegaram que o PDPAS integra a política pública do SUS tendo como essência colocar em prática o princípio da descentralização. O Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser descentralizado, como expressamente prevê a Constituição Federal. A descentralização não significa outra coisa senão “a transferência de atribuições em maior ou menor número dos órgãos centrais para os órgãos locais ou para pessoas físicas ou jurídicas. Centralização é a convergência de atribuições, em maior ou menor número, para órgãos centrais.” (CRETELLA JÚNIOR, 1993, p. 4.346).

Para um dos entrevistados, o PDPAS segue os preceitos do princípio da descentralização do SUS, na qual a SES/DF transfere recursos financeiros para as DGS e URD dando maior autonomia administrativa e financeira.

O PDPAS tenta colocar em prática o princípio da descentralização, para o qual a União descentraliza recursos para os Estados e estes para os Municípios, possibilitando maior capilaridade de recursos e menor

concentração de poder, conseqüentemente mais proximidade com o bem público (Entrevistado 4).

Outros entrevistados corroboram com a visão de que há relação do Programa com a política pública do SUS:

Um dos princípios norteadores do SUS é a descentralização. E o PDPAS descentraliza os recursos financeiros (Entrevistado 3).

O PDPAS integra a política do SUS, de descentralização, conforme diz a Constituição [CF/88] (Entrevistado 7).

Em contrapartida, um dos entrevistados pontuou que a teoria e a prática do programa divergem, pois na teoria o programa deveria estar integrado a política de desconcentração administrativa e financeira e de gestão por resultados. Mas na prática, o PDPAS não está integrado a nenhuma política pública de saúde.

Em teoria, o programa deveria integrar a política de desconcentração administrativa e financeira e de gestão por resultados. Porém na prática, na forma como vem sendo operacionalizado, configura-se como um programa pontual e desvinculado das políticas públicas de saúde (Entrevistado 1)

4.4 Execução do programa

Foi questionado aos entrevistados se o programa tem alcançado o seu objetivo, a maioria respondeu que não diretamente, pois o objetivo do PDPAS é destinar recursos financeiros SUPLETIVAMENTE às ações da SES/DF. Porém, ele vem sendo utilizado como ABASTECEDOR das Unidades de Saúde, adquirindo materiais ou medicamentos que há mais de três anos não são comprados por procedimento licitatório.

Entendo que ele [PDPAS] é usado, no momento, apenas como suprimento de fundos, para minimizar os problemas de abastecimento recorrentes na SES/DF (Entrevistado 1).

Apesar de inúmeras tentativas de se direcionar as aquisições exclusivamente para atender aquisição de itens imprescindíveis e pequenos reparos e consertos, as necessidades de material básico se faz mais urgente (Entrevistado 8).

O processo de desconcentração/descentralização precisa de uma reorientação, a fim de alcançar seus objetivos (Entrevistado 2)

Em razão das altas necessidades das Regionais e o prolongado desabastecimento da rede, ele [PDPAS] perdeu sua característica de emergencial, passando a ser a “tábua de salvação” de praticamente toda a rede, e com isso tornando-se um abastecedor (Entrevistado 7)

Dentre as formas de acompanhamento do PDPAS, tem-se na Portaria nº 83/10 item III, que cabem aos órgãos integrantes da estrutura formal da SES, as seguintes atribuições:

- A. Estruturar, capacitar e apoiar as DGS e URD para o exercício de suas atividades;
- B. Transferir bimestralmente os recursos financeiros para as DGS e URD na forma definida por essa Norma;
- C. Monitorar, avaliar e controlar as DGS e URD no que se refere ao desempenho administrativo, financeiro e de adequação das atividades por eles implementadas às necessidades de saúde da população;
- D. Regulamentar a metodologia e os instrumentos de prestação de contas das DGS e URD, analisar os relatórios por elas enviados e manifestar-se de forma conclusiva sobre sua regularidade;
- E. Elaborar e implementar um plano anual de auditoria que contemple todas DGS e URD;
- F. Elaborar, publicar e implementar normas complementares com vistas à regulamentação e organização dos sistemas regionais de saúde, bem como ao aprofundamento do processo de descentralização das ações de saúde.

Conforme o Entrevistado 4, para o acompanhamento do programa existe no FSDF um grupo de servidores envolvidos no acompanhamento das compras, análise das prestações de contas e realização de capacitação dos servidores, bem como existe uma Comissão responsável pela aprovação dessas prestações de contas. O item VI da Portaria nº 83/10 regulamento a composição desta Comissão de Acompanhamento do PDPAS, no âmbito da SES/DF, ficando estabelecido que terá:

- a) Um (1) representante da Secretaria Extraordinária de Logística e Infra-estrutura em Saúde – SELIS
- b) Dois (2) representantes do Fundo de Saúde do Distrito Federal – FSDF/SES DF;
- c) Dois (2) representantes da Subsecretaria de Atenção à Saúde – SAS/SES DF;
- d) Dois (2) representantes da Subsecretaria de Programação, Regulação, Avaliação e Controle – SUPRAC/SES DF;
- e) Dois (2) representantes da Unidade de Administração Geral – UAG/SES DF.

E essa mesma Portaria estabelece que as competências desta Comissão são:

- a) Acompanhar a implantação, avaliar e propor a adoção de ações complementares para a execução do PDPAS.
- b) Apreciar a prestação de contas bimestral e anual das DGS e URD, sugerindo, quando necessário, medidas para a correção de falhas ou inconsistências encontradas.

- c) Examinar os resultados alcançados pelas DGS e URD em relação às metas acordadas com a Administração Central da SES/DF, sugerindo, quando necessário, medidas para a correção de inconsistências encontradas ou dos indicadores de avaliação.
- d) Reunir, dar consistência e armazenar os dados e informações da execução do PDPAS.
- e) Requisitar documentos, informações, diligências e auditorias necessárias à atuação da Comissão, bem como acionar as áreas técnicas da SES, para parecer de mérito que se faça necessário.
- f) Propor alterações das normas que regem o PDPAS e o processo de prestação de contas sempre que isso se fizer necessário.

Sobre os aspectos positivos do programa, de forma geral, houve convergência nos seguintes pontos:

- Agilidade nas aquisições;
- Agilidade na solução de problemas referentes a pequenas reformas e conserto de equipamentos não cobertos por contratos;
- Criação de cultura de descentralização nas Unidades;
- Melhoria do atendimento aos usuários, garantindo prestação de serviços básicos de saúde;
- Possibilidade de atendimento das necessidades específicas das Regionais;
- Compras com preços inferiores as da Administração Central;

Tais pontos podem ser percebidos nos depoimentos de alguns entrevistados:

O PDPAS cria a cultura de administração nas Unidades e isso permite a melhoria do atendimento aos usuários (Entrevistado 3)

O Programa possibilita reduzir as filas nos hospitais tendo em vista a maior mobilidade na realização das compras (Entrevistado 4)

Dá maior agilidade nas compras, possibilitando o atendimento das necessidades específicas das Regionais (Entrevistado 7)

A disponibilidade dos recursos financeiros do PDPAS permitiu de forma ágil resolver problemas imediatos, como serviços de manutenção corretiva de aparelhos/máquinas obsoletos e sem cobertura contratual, como por exemplo, retirada de vazamento, desobstrução, limpeza e hidrojateamento; substituição ou colocação de divisórias danificadas; reposição de vários vidros quebrados ou danificados nos diversos setores (Entrevistado 6)

Quanto à execução do PDPAS, foi possível detectar as seguintes dificuldades encontradas:

- Contínuo desabastecimento da rede pública de saúde;
- Equipe de trabalho com pequeno número de servidores;
- Sobrecarga de trabalho;
- Pouco treinamento e capacitação dos servidores;
- Alta rotatividade de pessoal nas UEx;
- Falta de estrutura administrativa;
- Falta de implantação dos Conselhos de Administração;
- Não-estruturação das Gerências de Apoio Administrativo e Financeiro (GAAF);

Segundo depoimento dos entrevistados:

A equipe é muito pequena, volume alto de trabalho e pouco treinamento para desenvolver esse trabalho e a não criação da GAAF desmotiva (Entrevistado 5)

Em algumas unidades houve resistência a implantação do programa, especialmente pela falta de estrutura administrativa ou pela falta de uma cultura gerencial. Outra dificuldade é a falta de implantação dos Conselhos de Administração nas Regionais (Entrevistado 2)

O grande problema foi em relação à capacitação de profissionais para exercer as tarefas pertinentes ao programa, uma vez que pela ausência de capacitação massiva e de estruturação nas regionais muitos desanimaram e abandonaram o programa (Entrevistado 4)

Uma das dificuldades é o descaso no empenho de serem efetivamente criadas as GAAF nas Regionais (Entrevistado 8)

Os Conselhos de Administração, por exemplo, serviriam para estabelecer as prioridades, monitorar e validar as atividades em cada UEx e estes estão previstos na Portaria nº 83/10. Deveria ser presidido pelo Diretor-Geral de Saúde da Regional e teria como membros o Diretor Administrativo, os Gerentes/Diretores de todos os estabelecimentos públicos de saúde localizados no território de abrangência e dois representantes da comunidade usuária.

Quanto à GAAF está previsto no item II, parágrafo III, da mesma Portaria que:

III.1. Para apoio às suas atividades, as Diretorias Gerais de Saúde e as Unidades de Referência Distrital contarão com uma Gerência de Apoio Administrativo e Financeiro / GAAF, diretamente subordinada ao Diretor Administrativo. Essa Gerência ficará responsável pela coordenação e implementação das atividades inscritas no escopo do PDPAS, aí incluídos o planejamento e execução das aquisições de insumos e serviços, o controle da movimentação dos recursos financeiros transferidos pelo FSDF e a consolidação das informações de faturamento; a apuração de custos, propostas e especificações para aquisição de bens e serviços e pela elaboração de relatórios de prestação de contas.

4.5 Desafios futuros

Conforme os entrevistados, seria necessário o aumento do repasse para as UEx, pois muitos dos itens adquiridos comprometem o valor permitido de R\$ 8.000,00 em apenas uma compra. De forma irônica um dos entrevistados disse:

[...] R\$ 8.000,00 aqui no Base [HBDF] é brincadeira (Entrevistado 5).

Muitos dos itens em uma única compra comprometemos 100% do valor permitido. Nós estamos em junho e muitos itens só poderão ser comprados novamente pelo PDPAS em 2012 (Entrevistado 6)

Para melhorar os resultados, segundo os entrevistados, é necessário que criem as GAAF nas UEx, afim de valorizar e motivar mais os servidores, além da implantação de um sistema de treinamento e capacitação contínua.

É necessário o avanço do programa com a criação das GAAF, pois seria um passo importante para a melhoria da gestão da saúde (Entrevistado 3).

O principal desafio é dar continuidade ao programa, com a criação das GAFF, valorizando e treinando a equipe envolvida no programa (Entrevistado 8)

Deve-se estruturar as DGS e URD para as funções típicas de gestores locais de saúde, mudar a cultura prevalente de descompromisso quer com a instituição, quer com a população e suas necessidades (Entrevistados 1)

Um dos principais desafios apontados é que o programa deve centralizar as ações para o alcance do seu objetivo, que é repassar os recursos de forma suplementar para a manutenção e o regular funcionamento dos serviços das Regionais de Saúde, mantidas pela SES/DF. Como afirmam dois entrevistados:

É preciso restabelecer o funcionamento da rede de saúde do DF para que o PDPAS possa de fato operar com suas características suplementares e, em condições ideais ir progressivamente criando condições necessárias para que no futuro se opere a descentralização de recursos de forma mais eficiente e autônoma (Entrevistado 4).

Com todos os acontecimentos no cenário político e na gestão administrativa pública, o PDPAS vem sendo uma saída para que o sistema não entre em colapso (Entrevistado 6)

Nesse sentido, conforme os entrevistados, para focar nos objetivos do programa percebe-se a necessidade de a rede pública de saúde se restabelecer, o que poderia resolver o problema de desabastecimento da própria rede. Enquanto isso não acontecer, o programa continuará praticamente preenchendo as lacunas que são de responsabilidade da SES/DF, quando deveria garantir o melhor atendimento do usuário.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresentado buscou investigar o processo de implementação do Programa de Descentralização Progressiva das Ações de Saúde – PDPAS. A partir da visão dos seus implementadores e executores considera-se que este objetivo foi atendido. Percebe-se que com a implementação do programa as demandas urgentes da população estão sendo atendidas, porém de forma descontrolada onde os hospitais estão tendo de suprir todas as demandas e não somente as urgentes, devido a contínua falta de abastecimento pela rede da SES/DF. As principais características do programa e os parâmetros em que as ações do PDPAS têm sido executadas foram descritos por meio da pesquisa bibliográfica e da percepção dos entrevistados, sendo detectado que o programa integra a política pública de saúde do SUS, tendo como preceito o princípio da descentralização.

A pesquisa foi realizada com os servidores da SES/DF responsáveis pela implementação e execução do programa estudado. Portanto, as visões apresentadas no estudo refletem a percepção desses servidores diante do ambiente institucional e organizacional em que foi implementado o PDPAS.

A partir da pesquisa é possível dizer que a principal característica do programa é a descentralização progressiva administrativa e financeira, por meio de transferência de recursos financeiros do GDF. Esses recursos estão sendo transferidos e com isso as UEx podem atender as necessidades específicas de cada Regional, demandas essas não supridas pela Administração Central da SES/DF por meio de licitação. O objetivo do PDPAS é atender as demandas emergenciais e urgentes das UEx, utilizando-se a dispensa de licitação prevista na Lei nº 8.666/93, porém devido a escassez contínua de insumos no estoque na SES/DF e a demora nos procedimentos licitatórios o programa tem sido utilizado como suprimento de fundos, um abastecedor de toda a rede hospitalar. Os entrevistados argumentam que com o programa podem adquirir materiais de consumo e medicamentos em média de três dias e quando adquirido por meio de licitação demora em média seis meses e a população, geralmente, não pode aguardar todo esse tempo. A idéia do programa é que ele atue de forma complementar, e com isso ocorra uma desconcentração administrativa e financeira dando autonomia gerencial progressiva.

Devido à urgência em que foi demandada a formulação do programa, prazo de 24 horas, há uma coincidência entre as figuras dos formuladores e dos implementadores, algo que pode ter contribuído para maior clareza do programa e redução de resistências. Porém, o fato do programa ser novo e feito em 24 horas também pode ter contribuído para as visões contraditórias de quem trabalha com o programa, pois quando foi abordado se o PDPAS integra alguma política pública houve divergências de repostas, pode ser que o programa esteja claro para quem o criou e não para quem o executa. Essa urgência foi decorrente do histórico de desabastecimento e as dificuldades encontradas pelos diretores das Unidades em manter o funcionamento regular dos hospitais.

O PDPAS integra a política pública do SUS, buscando colocar em prática o princípio de descentralização, ou seja, isto significa transferir competências e recursos às DGS e às URD para que eles possam desenvolver suas respectivas administrações com mais eficiência, mais próximos das necessidades da população do Distrito Federal.

Como forma de acompanhamento da execução do programa, tem-se no FSDF um grupo de servidores responsáveis pela análise das prestações de contas entregues bimestralmente pelas DGS e URD e pela capacitação dos servidores. Esses servidores verificam toda a parte burocrática das compras, como motivação da aquisição, comprovação da não disponibilidade do item nas Centrais de Abastecimento da SES e verificação da existência da ata de registro de preços vigentes relativas ao item a ser adquirido, e também verificação das propostas recebidas em relação ao menor preço. Outra forma de acompanhamento é pela Comissão de Acompanhamento, que realiza controle geral da prestação de contas e aperfeiçoamento do programa.

O PDPAS permitiu uma maior agilidade nas aquisições, pois quando detectada a necessidade do hospital, conforme dito anteriormente, a dispensa de licitação permite que a compra seja realizada rapidamente. Houve a possibilidade de resolver problemas referentes a pequenas reformas e consertos de equipamentos, que antes do programa não era possível, pois os contratos, por meio de licitação, não cobriam. O programa trouxe uma melhora na qualidade do atendimento aos usuários, garantindo o funcionamento regular dos hospitais com prestação de serviços básicos de saúde. E conforme o Relatório Anual do Hospital Regional de

Ceilândia, o PDPAS tem feito compras com preços inferiores aos adquiridos pela Administração Central.

Porém, algumas dificuldades foram detectadas, como o contínuo desabastecimento da rede; o tamanho das equipes das UEx, que geralmente são pequenas, dificultando o cumprimento dos prazos estabelecidos para a entrega das prestações de contas (muitos servidores trabalham além de suas cargas-horárias); o programa iniciou em julho de 2010 e desde então teve apenas três treinamentos, que não foram suficientes para uma eficiente execução do programa, sendo possível perceber que os trabalhadores ainda possuem insegurança nas tomadas de decisões; e devido a alta rotatividade, nem todos servidores participaram dos três treinamentos, quando assumem o programa aprendem o trabalho por meio da experiência passada pelos parceiros de equipe; a não-criação das GAFF gera desconforto por parte dos servidores, pois as equipes responsáveis pelo PDPAS nos hospitais já executam as tarefas previstas para as GAFF dispostas na Portaria nº 83/10, porém sem o devido reconhecimento e isso faz com que muitos se desmotivem.

Dentre os desafios futuros, os entrevistados apontaram que o valor do exercício fiscal de R\$ 8.000,00 não supre as demandas dos hospitais, pois em alguns itens comprometem esse valor em apenas uma compra. Se o abastecimento for feito de forma adequada pela SES/DF talvez esse valor seja suficiente, mas da forma como o programa tem sido usado, como abastecedor, esse valor realmente não será capaz de atender a todas as demandas das DGS e URD. Como foi citado nas principais dificuldades, tem-se como desafio a urgente criação da GAFF, com o intuito de valorizar e motivar os servidores, sendo necessário um treinamento contínuo a fim de acompanhar o andamento do programa e sanar todas as dúvidas surgidas com a execução. O restabelecimento do abastecimento da rede de saúde seria fundamental para que o programa pudesse operar com as suas características, possibilitando o cumprimento do seu objetivo com mais eficiência, mas também garantindo eficácia e efetividade.

Este estudo busca contribuir trazendo para o meio acadêmico um programa pouco conhecido e estudado, identificando suas falhas e conquistas, destacando que podem ser desenvolvidas futuramente novas pesquisas sobre a avaliação do programa com um todo. A apresentação desta monografia contou com pesquisas bibliográficas à legislação e à doutrina constitucional e administrativa brasileiras,

respeitando sempre a limitação do tema ao Distrito Federal e foi feita entrevistas usando o método de análise de conteúdo, maior parte da pesquisa partiu de casos práticos e processos de prestações de compras, bem como de situações reais vividas no cotidiano dos entrevistados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. L. **Da formulação à implementação:** análise das políticas governamentais de educação profissional. Tese de doutorado defendida no Instituto de Geociências da Unicamp, 2003.

ARRETCHE, M. **Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas.** In: BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. C. B. (Orgs). *Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais*. São Paulo: IEE/PUC, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. - Título VIII ("Da Ordem Social"), Capítulo II ("Da Seguridade Social"), Seção II ("Da Saúde").

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Os médicos e a saúde no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CRETELLA JÚNIOR, J. **Comentários à Constituição –1988**. 1 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.

DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº 31.625**, de 29 de abril de 2010. Institui o Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde – PDPAS para as Diretorias Regionais de Saúde e as Unidades de Referência Distrital da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal.

Diário Oficial [do] Distrito Federal, Brasília, DF, 30 abr. 2010. Disponível em <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2010/04_Abril/DODF%2082%2030-04-2010/Seção01-%20082.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2011.

DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Portaria nº 82**, de 28 de maio de 2010. Estabelece os valores a serem transferidos no escopo do Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde – PDPAS da SES DF.

Diário Oficial [do] Distrito Federal, Brasília, DF, 01 jun. 2010. Disponível em <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2010/06_Junho/DODF%20105%2001-06-2010/Seção01-%20105.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2011.

DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Portaria nº 83**, de 28 de maio de 2010. Regulamenta o Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde– PDPAS instituído pelo Decreto nº 31.625, de 29 de abril de 2010. Diário Oficial [do] Distrito Federal, Brasília, DF, 01 jun. 2010. Disponível em <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2010/06_Junho/DODF%20105%2001-06-010/Seção01-%20105.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2011.

DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Portaria nº 84**, de 28 de maio de 2010. Dispõe sobre o Controle, a Avaliação de Resultados e as Prestações de Contas dos recursos do Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde – PDPAS no âmbito da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial [do] Distrito Federal, Brasília, DF, 01 jun. 2010. Disponível em <http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2010/06_Junho/DODF%20105%2001-06-010/Seção01-%20105.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2011.

DISTRITO FEDERAL. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Manual Prático de Rotinas do PDPAS** – Aquisição de Bens e Serviços. 2010, 1ª Edição. Disponível em <<http://www.saude.df.gov.br/>>. Acesso em 20 de abril de 2011.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1993.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1992.

MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

NEVES, J. L. Pesquisa Qualitativa – Características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**. São Paulo, v.1, n. 3, 2º sem./1996.

MEIRELLES, H. L. **Direito Administrativo Brasileiro**. 28 ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2003.

PARADA, E. L. **Política y políticas públicas**. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Orgs). *Políticas Públicas: coletânea*. Brasília: ENAP, 2006.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

ROESCH, S. M. A. **Projetos de estágio do curso de administração**: guia para pesquisas, projetos, estágios e trabalhos de conclusão de curso. São Paulo: Atlas, 1996.

RUA, M. G. **Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos**. In: RUA, M. G. *O Estudo da Política*: Tópicos selecionados. Brasília: paralelo 15, 1998.

SARAVIA, E. **Introdução à Teoria da Política Pública**. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Orgs). *Políticas Públicas*: coletânea. Brasília: ENAP, 2006.

SILVA, E. L. **Metodologia da Pesquisa e elaboração de Dissertação**. 3. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distancia da UFSC, 2001.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

VERGARA, S. C. **Projeto e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

SITES PESQUISADOS:

Disponível em <http://www.saude.df.gov.br/003/0030100asp?ttCD_CHAVE=22974>. Acesso em 15/05/2011.

Disponível em <<http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00009108.pdf>>. Acesso em 26/04/2011.

APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro de entrevista

Perfil do entrevistado:

Nome do entrevistado

Cargo e tempo de serviço.

Há quanto tempo trabalha com o PDPAS?

Perguntas:

1. Quais as principais características do PDPAS? (O que é o PDPAS?)
2. Com que intuito o programa foi criado?
3. Como foi o processo de criação do PDPAS? Você participou do processo? Quem elaborou o PDPAS?
4. Ele integra uma política pública específica? (relação com o SUS e outras políticas de saúde existente no DF) Se sim qual?
5. Você acha que esse programa é uma forma de descentralização de gestão?
6. Existe alguma forma de acompanhamento do programa?
7. Você acha que o PDPAS tem alcançado o seu objetivo?
8. Você acredita que o programa continuará sendo executado em outras gestões?
9. Pontos positivos (Algum fator interfere no bom andamento do programa)
10. Quais as principais dificuldades na implementação do programa (sobrecarga ao desempenho das funções dos envolvidos/Alguma coisa no programa deixou de ser implementado adequadamente? Se sim, o que e por que?/Houve resistência a implantação do programa?)
11. Quais os principais desafios?

ANEXOS

Anexo A – Valores dos repasses bimestrais as Unidades de Saúde

Fluxo Financeiro de 2011

DGS/URD	Repassse Bimestral (em R\$)
ASA NORTE - HRAN	336.208,99
ASA SUL - HRAS	393.209,58
BRAZLÂNDIA - HRBZ	140.964,59
CEILÂNDIA - HRC	370.555,28
GAMA - HRG	542.353,47
GUARÁ - HRGU	64.919,51
NÚCLEO BANDEIRANTE	50.000,00
PARANOÁ	189.202,66
PLANALTINA	212.426,04
RECANTO DAS EMAS	50.000,00
SAMAMBAIA	79.346,76
SANTA MARIA	50.000,00
SÃO SEBASTIÃO	50.000,00
SOBRADINHO	259.865,46
TAGUATINGA	546.798,09
HOSPITAL DE BASE DO DF	582.341,16
COMPP	50.000,00
LACEN/DF	50.000,00
HAB	50.000,00
ISM	50.000,00
HSVP	50.000,00
Relatório de Totais	4.168.191,59

Fonte: elaborado pela autora a partir de dados fornecidos pela Gerência de Análise do PDPAS