

Alessandra Schneider
Jorge A. Gimenez Peralta
Valdevir Both
Volmir Brutscher

Pacto pela Saúde

possibilidade ou realidade?

2ª Edição – Revisada e Atualizada

Passo Fundo
IFIBE/CEAP
2009

© 2009 - Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP

Texto: Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP

Elaboração da 2ª Edição: Alessandra Schneider, Jorge A. Gimenez Peralta, Valdevir Both e Volmir Brutscher.

Colaboração SEGEP/DEMAGS: André Luis Bonifácio de Carvalho, Iandara de Moura Silva, Isabel Maria Villasboas Senra e Célio da Silva Pereira

Colaboração especial: Gilson Carvalho

Edição: Editora IFIBE (do Instituto Superior de Filosofia Berthier)

Revisão de Texto: Deborah Matte

Ilustrações: Leandro Bierhals

Diagramação: Leandro Bierhals

Impressão: Gráfica Berthier

Apoio: Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS

Tiragem: 30.000

Distribuição: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa-SEGEP

Contato:

Esplanada dos Ministérios – Ministério da Saúde

Bloco G Edifício Sede – 4º andar

70058-900, Brasília-DF

Tel.: (61) 3315-3616/3326 Fax: (61) 3322-8377

E-mai: gestaoparticipativa@saude.gov.br

CIP - Catalogação na Publicação

C397p Centro de Educação e Assessoramento Popular

Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade? / CEAP. - 2. ed. -

Passo Fundo : IFIBE, 2009.

48 p. : il. ; 21 cm.

ISBN 978-85-99184-59-2

1. Movimentos sociais. 2. Saúde pública. I. Título.

CDU : 316.4

Catalogação: Bibliotecária Lidiane Corrêa Souza - CRB 10/1721

2009

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Sumário

Apresentação / 5

Introdução / 7

1 O contexto de surgimento do *Pacto pela Saúde* / 8

1.1 O *Pacto pela Saúde* e as novas exigências do SUS / 9

2 Dimensões do *Pacto pela Saúde*: pacto pela vida, pacto de gestão e pacto em defesa do SUS / 11

3 Temas relevantes do *Pacto pela Saúde* / 15

3.1 Atenção Básica / 15

3.2 Regionalização / 18

3.3 Financiamento / 23

4 A participação da comunidade no exercício do controle social / 29

5 O processo de construção e transição do *Pacto pela Saúde* / 33

5.1 Termo de Compromisso de Gestão / 33

5.2 A construção do Termo de Compromisso de Gestão / 34

5.3 Eixos para a construção do Termo de Compromisso Municipal / 36

5.4 Fluxograma para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão / 38

5.5 Aspectos da situação atual do processo de adesão ao *Pacto pela Saúde* / 39

6 *Pacto pela Saúde*: uma possibilidade / 42

Bibliografia / 43

Anexo - Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 / 45



Apresentação

Esta cartilha, elaborada pelo CEAP em 2007, logo depois da construção do *Pacto pela Saúde*, teve um papel importante junto aos conselheiros, profissionais, estudantes, gestores e lideranças sociais que atuam em saúde. Com linguagem simples e ilustrações leves, ela aproximou seus leitores as várias portarias do Ministério da Saúde que instituíram o *Pacto*.

Para o CEAP, a sociedade só consegue participar ativamente e controlar o Estado se entender a legislação vigente e trabalhá-la de forma crítica. Foi esta convicção que fez surgir a primeira edição desta cartilha, num firme propósito de contribuir com a qualificação da democracia brasileira, especialmente com o fortalecimento dos processos de participação social na saúde.

Dois anos depois de publicada a primeira edição, que rapidamente se esgotou, o mesmo propósito animou a reimpressão do *Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade*. Tendo passado por uma revisão e atualização completa, a presente cartilha não reproduz todo o conteúdo do *Pacto pela Saúde* e nem pretende ser uma interpretação analítica aprofundada, mas sim, oferecer uma leitura reflexiva e explicativa, especialmente em alguns temas. Este trabalho de revisão e atualização contou com a contribuição da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, representada pelo Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, e do médico sanitário Gilson Carvalho.

Para facilitar a compreensão da temática, a cartilha foi organizada em seis partes:

1. O contexto do surgimento do *Pacto pela Saúde*;
2. Dimensões do *Pacto pela Saúde*: *Pacto pela Vida*, *Pacto de Gestão* e *Pacto em Defesa do SUS*;
3. Temas relevantes do *Pacto pela Saúde*;
4. A participação da comunidade no exercício do controle social da saúde;
5. O processo de construção e transição do *Pacto pela Saúde*;
6. *Pacto pela Saúde*: uma possibilidade.

Espera-se que esta leitura sirva de estímulo para a busca de outros materiais sobre o tema, inclusive as portarias que criaram o *Pacto*. Mas, acima de tudo, fazemos votos de que a cartilha contribua com a implementação e o monitoramento do *Pacto pela Saúde* no Brasil, avançando gradativamente na reforma sanitária brasileira.

O CEAP é um Centro de Educação Popular fundado há 20 anos por lideranças sociais empenhadas com a construção de uma sociedade democrática, justa e solidária. Desde o início dos anos 90, o Centro vem atuando em políticas públicas sociais - especialmente de saúde - contribuindo para fortalecer e qualificar a participação da comunidade na proposição e no controle das políticas públicas, com o objetivo de efetivar o direito humano à saúde.

Introdução

Com a reforma sanitária iniciada há poucas décadas no Brasil a partir da criação do SUS, muito já avançamos na efetivação do direito humano à saúde. Atualmente, a população brasileira sabe e reconhece a importância do SUS. Hoje, 80% dos brasileiros/as se beneficiam exclusivamente do SUS na atenção à saúde, e 100% da população se beneficia das ações coletivas como a vigilância sanitária (controle dos alimentos, bebidas, remédios e ambientes de trabalho) e epidemiológica (vacinas e controle de epidemias). Não há como negar a evidência dos dados.

No entanto, se o SUS é reconhecido como um dos melhores sistemas de saúde do mundo, por outro lado, sua implementação ainda deixa muito a desejar e encontra grandes problemas. É preciso, por exemplo, melhorar a cobertura e a qualidade da atenção básica - especialmente através da Saúde da Família, ampliar o acesso à alta e média complexidade, a organização da referência entre os serviços e a assistência farmacêutica.

O enfrentamento destes problemas não depende de soluções mágicas ou de ações de curto prazo. Exige ações estruturais de médio e longo prazo que dêem conta de enfrentar uma herança histórica brasileira que durante séculos impediu o reconhecimento dos direitos da grande maioria da população. O direito à Saúde, por exemplo, só foi reconhecido na Constituição de 1988 e isso exige mudanças culturais profundas.

Mesmo que estes desafios exijam um longo prazo para serem vencidos, é preciso atuar no nosso dia-a-dia para construir novas práticas e novos contextos. Este é o objetivo do *Pacto pela Saúde*. Sua pretensão é contribuir na qualificação de um conjunto de questões que ainda são entraves na implementação e funcionamento do SUS e que impedem a radicalização da reforma sanitária brasileira. O *Pacto* é uma possibilidade real de avançarmos no processo da reforma sanitária iniciada há poucas décadas no Brasil. Ele apresenta um conjunto de instrumentos que vão desde a repolitização do debate do SUS até a qualificação do controle social, permitindo o seu acompanhamento através de metas e responsabilidades claras. No entanto, cabe aos sujeitos sociais, que têm compromisso com o direito humano à saúde, o indiscutível papel de transformar essa possibilidade em realidade.

1 O contexto de surgimento do *Pacto pela Saúde*

Você já deve ter ouvido falar sobre o *Pacto pela Saúde*. Trata-se de um esforço das três esferas de governo (municípios, estados e União) para, juntamente com o Conselho Nacional de Saúde, rediscutir a organização e o funcionamento do SUS. Seu objetivo principal é avançar na implantação dos princípios constitucionais referentes à saúde no Brasil e definir as responsabilidades de gestão de cada ente federado.

É importante reafirmar que o SUS é uma política pública da qual nós, brasileiros, podemos e devemos nos orgulhar. Temos uma das melhores propostas de sistema de saúde pública do mundo.

Facilmente reconhecemos que o Brasil é o país do futebol, do carnaval, da diversidade cultural, etc. Entretanto, não podemos dizer que o Brasil seja reconhecido pelo seu Sistema Único de Saúde – SUS – como mereceria ser. Primeiro, porque os interesses neoliberais buscam transformar nosso direito à saúde em mercadoria geradora de lucro. Para isso, há uma ação sistemática de alguns grupos para que a política pública não funcione e para que as pessoas tenham planos privados de saúde.

Segundo, porque o SUS ainda é uma proposta muito recente, considerando o longo período em que vivemos sem qualquer política pública de saúde universal e de qualidade no Brasil.

Para demonstrar a grandeza da conquista de cidadania que o SUS representa, resgatamos seus princípios e diretrizes:

- o atendimento é **universal** (para todos), independente da condição econômica, de estar com carteira assinada, ou da etnia;
- é **integral**, ou seja, além das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, oferece cuidados individuais e coletivos e garante respostas das mais simples às mais complexas;
- é **equitativo**, pois oferece programas e ações de acordo com as necessidades específicas.

Isso não quer dizer que tudo está perfeito ou que todos os cidadãos conseguem receber o devido atendimento imediatamente e com qualidade, mas os dados recentes mostram muitos avanços.

Veja o significado atual do SUS traduzido em números (por ano)¹:

- 2,8 bilhões de procedimentos;
- 28 mil Equipes de Saúde da Família (que atendem cerca de 100 milhões de pessoas);

¹ Dados disponíveis em: <http://sus20anos.saude.gov.br>. Acesso: 01-07-09.

- 3,2 milhões de cirurgias;
- 1 bilhão de procedimentos especializados;
- Serviço de assistência móvel de urgência (SAMU) para mais da metade da população;
- 11,3 milhões de internações realizadas;
- 619 milhões de consultas médicas.

Os princípios do SUS e números acima parecem não deixar dúvidas sobre os avanços da saúde pública no país nos últimos 20 anos a partir da construção e implementação do SUS. E isso deve ser motivo de orgulho para todos os brasileiros.



1.1 O Pacto pela Saúde e as novas exigências do SUS

Apesar de registrar estes avanços importantes, a reforma sanitária brasileira – que está intimamente ligada à proposta do SUS, ainda enfrenta enormes limitações. Muitas regras estão ultrapassadas e são até contraditórias. Os sujeitos da participação da comunidade na saúde, especialmente os conselheiros, atuam em meio a uma burocracia que parece não ter fim e convivem com um sistema de normas inaplicável à sua realidade, dificultando assim a implantação do SUS. Alia-se a isso a dificuldade enorme que ainda existe para que o SUS funcione integrado como um sistema, embora tenhamos exemplos muito positivos de experiências de regionalização e descentralização. Por fim, não poderíamos deixar de fazer referência ao limite enorme enfrentado pela participação da comunidade no exercício da fiscalização do SUS. Faltam instrumentos que responsabilizem os gestores de forma clara, a partir de metas e indicadores para as ações e os serviços da saúde. Tudo isso mostra a necessidade de mudanças.



Essa realidade foi detectada há muito tempo e vem sendo discutida pela sociedade, por profissionais e por gestores comprometidos com o SUS. Foi pauta das últimas Conferências de Saúde e dos debates do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) que resultaram em profunda análise do SUS no contexto pós-NOBs (Normas Operacionais Básicas).

Esses diferentes debates resultaram na criação de uma nova proposta de pactuação sobre o funcionamento do SUS. Tratou-se, primeiramente, de um diálogo entre o Ministério da Saúde, o CONASS e CONASEMS sobre suas respectivas responsabilidades. Em seguida, esse diálogo entre as três esferas do governo proporcionou novas orientações quanto ao funcionamento do SUS que foram encaminhadas ao Conselho Nacional de Saúde. Estas novas orientações, depois de discutidas e aprovadas pelo CNS, em fevereiro de 2006, resultaram no que se chamou de *Pacto Pela Saúde*.

2 Dimensões do *Pacto pela Saúde*: pacto pela vida, pacto de gestão e pacto em defesa do SUS

É fundamental reafirmar que o *Pacto pela Saúde* busca preservar os princípios do SUS previstos na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 11 de dezembro de 1990). O próprio *Pacto* prevê estratégias que afirmam esses princípios. É a partir deles que se construiu uma pactuação que contempla três dimensões:

- a) Pacto pela Vida
- b) Pacto em Defesa do SUS
- c) Pacto de Gestão do SUS

No início, o debate estava centrado somente na gestão do SUS. Entretanto, as discussões posteriores indicavam a importância de se ampliar o processo e a pactuação para uma visão mais integral. Em que pese o *Pacto pela Saúde* contemplar três dimensões, as mesmas não podem ser tratadas separadamente, pois elas se correlacionam.

O **Pacto pela Vida** tem como foco central estabelecer um conjunto de prioridades a serem assumidas pelos gestores das três esferas. As prioridades estão expressas em objetivos, metas e indicadores, que são definidas nacionalmente, mas que permitem que os gestores indiquem situações a partir da realidade local. Até 2006, o Pacto pela Vida era constituído por indicadores do Pacto da Atenção Básica, da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância (PPI-VS), e pelos indicadores do *Pacto pela Saúde*. A Portaria nº 91 GM/MS, de 10 de janeiro de 2007, unificou o processo de pactuação de indicadores por meio de aplicativo eletrônico. Esta portaria foi alterada pela Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008, onde se incluíram novas responsabilidades. No ano de 2009 foi mantida a pactuação de 2008, por meio da Portaria GM/MS nº 48, de 12 de janeiro de 2009.

Essas prioridades buscam enfrentar os principais problemas de saúde que assolam o país, os estados, as regiões e os municípios. Por isso, o objetivo do *Pacto* é eleger prioridades nacionais e incentivar que estados e municípios elejam as suas a partir da realidade local e regional. Entretanto, é importante que as prioridades não sejam ações que já estão incluídas no cotidiano do sistema, como por exemplo, a vacinação. Elas devem continuar sendo feitas com qualidade, mas não necessariamente precisam constar como prioridade, porque já fazem parte da cultura dos gestores, conselheiros e cidadãos.

A importância do Pacto pela Vida é olhar para o contexto da saúde (lugar onde as pessoas moram e suas condições de vida) e definir prioridades que incidem progressivamente para a melhoria da situação de saúde dos brasileiros. No entanto, uma vez definidas e acordadas, é preciso estabelecer recursos orçamentários para que elas não sejam apenas boas intenções.

Para que essas prioridades expressem a realidade nacional, estadual, regional e municipal, elas devem estar em profunda consonância entre si. Isso não significa, por exemplo, que as metas nacionais sejam uma imposição ao município e/ou ao estado. Um dos objetivos do *Pacto* é exatamente eliminar este formato. Mas o município deve atentar para as prioridades das outras esferas e discutir como elas podem responder às suas necessidades. É preciso também definir as suas próprias prioridades, que dizem respeito especificamente ao seu território. O documento que deve guiar o estabelecimento dessas metas é o Plano de Saúde².

Vale destacar que o alcance das metas e objetivos do Pacto pela Vida está relacionado à implementação do Pacto pela Saúde.

O **Pacto em Defesa do SUS** objetiva discutir o sistema a partir dos seus princípios fundamentais. Repoliticizar o debate em torno do SUS, para reafirmar seu significado e sua importância para a cidadania brasileira, retomando seus princípios declarados na Constituição Federal. O SUS é parte do processo democrático do país e tem como primeira finalidade a promoção e efetivação do direito à saúde. Embora esse propósito muitas vezes seja desvirtuado por interesses diferentes, é fundamental que a sociedade compreenda a importância da política pública para a efetivação dos seus direitos.

As diretrizes operacionais do Pacto em Defesa do SUS recomendam:

- a) *expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal;*
- b) *desenvolver e articular ações no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.*

Para garantir a defesa dos princípios do SUS e assegurá-lo como política pública, foram definidas como fundamentais três frentes de ação.



² O Plano de Saúde é um dos instrumentos imprescindíveis para a qualificação da gestão do SUS, além de ser junto com o Relatório de Gestão, uma exigência legal para o recebimento dos recursos da saúde, conforme o artigo 4º da Lei 8142/90.

- 1) Primeiro, implementar um amplo processo de mobilização social para divulgar a saúde como direito de todos e o SUS como a política pública que deve responder a esse direito. Deste processo resultou a *Carta dos Direitos dos Usuários do SUS*, um instrumento conhecido e importante para a mobilização e controle social. Neste item específico, caberia um debate sobre a atual necessidade de ações e publicações que ampliem a divulgação da saúde como direito de todos e sobre o SUS.

Cabe destacar, que a partir de 2009, o Conselho Nacional de Saúde, em parceria com o Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, instituiu a Caravana em Defesa do SUS. O Objetivo é fortalecer o debate da saúde como um direito humano e repolitizar o SUS de acordo com os princípios da reforma sanitária. Junto com a Caravana, está em curso a proposta de reconhecimento do SUS como patrimônio imaterial da humanidade.

- 2) A segunda frente de ação é mobilizar a sociedade para que tenhamos mais recursos para a saúde. A perspectiva é que, em curto prazo, a Emenda Constitucional nº 29 seja regulamentada e, em longo prazo, que a saúde tenha aumentados seus recursos orçamentários e financeiros

O Pacto em Defesa do SUS destaca a intenção de evitar a proposição de políticas de governo. É fundamental que tenhamos uma política de financiamento de Estado. Os direitos não podem depender da boa vontade deste ou daquele governo. Necessitamos de uma política de financiamento que garanta estabilidade e o progressivo aumento dos recursos destinado à saúde.

Ao mesmo tempo em que se defende a necessidade de estabilidade da economia do país, devemos falar também da estabilidade financeira da política social. No caso da saúde, em sucessivos governos, encontrou-se um “jeitinho” para mudar ou burlar a legislação e tirar os recursos destinados a esta pasta. O financiamento das ações e serviços da saúde não pode depender da benevolência deste ou daquele gestor.

- 3) A terceira grande frente, que diz respeito à ampliação do diálogo com a sociedade, será abordada no quarto capítulo.

O **Pacto de Gestão** é outra dimensão do *Pacto pela Saúde*. Suas diretrizes dizem respeito à Regionalização, ao Financiamento, ao Planejamento, à Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI), à Regulação da Atenção à Saúde e da Assistência, à Participação e Controle Social, à Gestão do Trabalho e à Educação na Saúde. Seu foco é radicalizar os princípios da regionalização, hoje um dos maiores desafios do SUS. O sistema ainda convive, em muitos casos, com uma lógica velha, centralizada, e que não permite o pleno e qualificado acesso dos cidadãos às ações e aos serviços de saúde.

O Pacto de Gestão do SUS definiu melhor as responsabilidades de cada esfera de governo. Essa definição é importante para que a política do SUS funcione a partir da gestão participativa. O que vemos

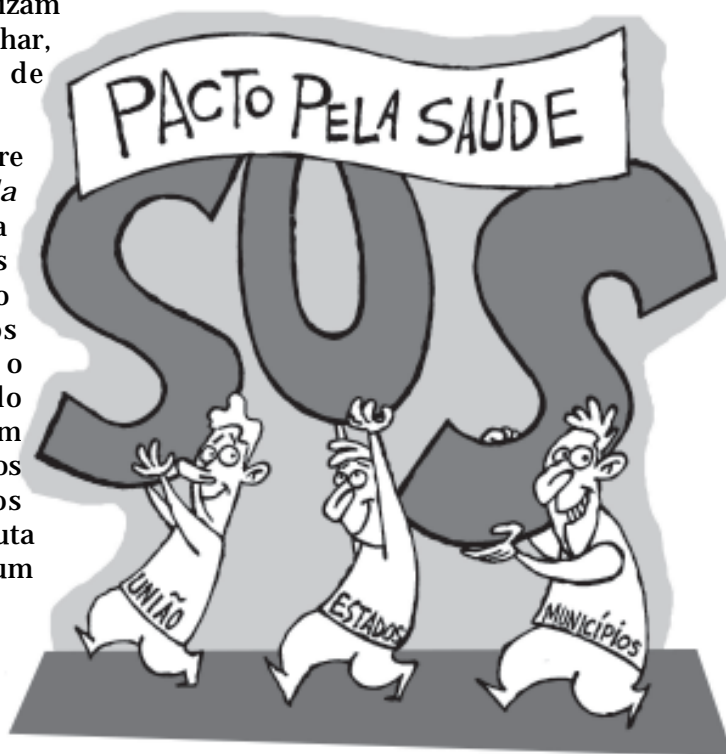
hoje é o chamado “empurra-empurra” (descumprimento de pactuações) entre os gestores, que aumentam cada vez mais as tensões entre si para ver de quem é a responsabilidade na saúde. E o cidadão fica no meio, sem saber ao certo a quem deve recorrer para garantir o seu direito. Com a nova pactuação as responsabilidades e o processo de monitoramento e avaliação da gestão do SUS ficaram mais claros.

Outro aspecto que deve ser ressaltado no Pacto de Gestão do SUS é reconhecer que a participação da comunidade tem importância estrutural na gestão do SUS. Já passou o tempo em que o gestor centralizava todas as decisões sobre a saúde.

Para que a participação da comunidade tenha melhores condições de atuação, o *Pacto* propõe um conjunto de ações e reconhece o dever dos gestores de destinar orçamento, cooperando técnica e financeiramente para sua qualificação.

Essa medida poderá resolver uma das maiores dificuldades atuais dos conselhos que é ter estrutura para realizar seu trabalho. Ainda hoje, muitos gestores desrespeitam as deliberações e inviabilizam a atuação dos conselheiros quando não apóiam ações formativas, negam recursos para viagens, não viabilizam sala com telefone para o conselho trabalhar, ou não cedem veículos para ações de fiscalização.

No entanto, fica ainda uma crítica sobre o processo de construção do *Pacto pela Saúde*. Apesar da proposta potencializar a participação da comunidade, os gestores envolvidos na sua construção não conseguiram dialogar com os representantes da comunidade. Embora o texto final tenha sido aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, poucos foram os debates públicos que possibilitaram aos movimentos, às organizações e aos conselhos do país inteiro colocar em pauta suas idéias, posições e perspectivas sobre um assunto tão importante.



3 Temas relevantes do *Pacto pela Saúde*

O *Pacto* se constitui a partir de uma unidade de princípios que buscam:

- respeitar as diferenças locais e regionais;
- reforçar a organização das regiões sanitárias (regionalização) instituindo mecanismos (colegiados) de cogestão e planejamento regional;
- qualificar o acesso ao direito humano à saúde;
- redefinir instrumentos de regulação, programação e avaliação;
- valorizar a cooperação técnica entre os gestores;
- unificar os diversos pactos existentes;
- estimular o financiamento tripartite com critérios de equidade nas transferências fundo a fundo e fortalecer o controle social.

O *Pacto* também é composto por diversos temas. Sem desmerecer a importância de nenhum, vamos priorizar aqueles que, ao nosso ver, mais se relacionam com as demandas e lutas dos sujeitos sociais populares pelo direito humano à saúde. São eles: Atenção Básica, Regionalização e Financiamento.

3.1 Atenção Básica

É preciso superar o conceito equivocado de que a Atenção Básica no SUS é saúde barata e sem qualidade para as pessoas pobres. Pelo contrário, ela deve ser universal e integral, envolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A Atenção Básica deve ser a porta de entrada do cidadão ao Sistema. Por isso, a sua importância estratégica para a organização geral do SUS, visto que os profissionais trabalham em contato direto com as realidades locais e conhecem suas especificidades. Essas informações que eles levantam - e que depois são consolidadas no Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB, são fundamentais para a organização do SUS.

Quando a Atenção Básica não é bem estruturada e não é reconhecida como estratégica, acaba ganhando força a lógica hospitalocêntrica, em que o cidadão estabelece relação direta com o hospital. Esse ainda é um dos grandes problemas do SUS e por isso a Atenção Básica precisa ser qualificada.

Com a proposta do *Pacto pela Saúde*, a organização da Atenção Básica tem como foco principal o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, que é importante para a ampliação e a promoção da integralidade. A Estratégia Saúde da Família busca promover a reorientação das práticas e ações de saúde -

que passa a acontecer de forma contínua e próxima da família, com humanização e acolhimento, fortalecendo assim o vínculo entre os profissionais e os usuários, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais e ampliando o acesso da população em situação de desigualdade.

Esse papel da Estratégia Saúde da Família fará mudar o seu status, deixando de ser um simples programa, para captar recursos e se transformar numa Estratégia da Atenção Básica. Gradativamente, todos os cidadãos e cidadãs (inclusive o padre, o prefeito e o juiz) devem estar vinculados a um território definido e sob os cuidados de uma equipe de saúde. Esta equipe deve ter boas condições de trabalho e salários condizentes com a profissão. Os profissionais devem atender bem ao cidadão, cumprindo integralmente a carga horária contratada.



Outro componente importante para o fortalecimento da Atenção Básica é a assistência farmacêutica e as ações de vigilância. O Pacto reafirma que os municípios devem estruturar a assistência farmacêutica, em conjunto com as demais esferas de governo. Além disso, os municípios devem assumir as ações de vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental).

O *Pacto* também define claramente as principais responsabilidades de cada esfera de governo na Atenção Básica. Se a União (esfera federal) tem a responsabilidade de elaborar as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde, ao Município cabe definir, implantar e organizar com qualidade a Atenção Básica em seu território. Ao Estado compete a responsabilidade de apoiar técnica e financeiramente a gestão da atenção básica, conforme o item 1.5 das responsabilidades gerais e de gestão do Termo de Compromisso de Gestão Estadual (TCGE). É importante ressaltar mais uma vez a autonomia do Município em definir sua política a partir das diretrizes nacionais.

Entretanto, não se pode confundir ‘autonomia’ com ‘irresponsabilidade’, pois todos têm o dever de se preocupar e qualificar cada vez mais a Atenção Básica. Se essa política não está organizada, aumenta o custo das ações em saúde; as pessoas sofrem mais e perdem qualidade de vida, enquanto o mercado da saúde aumenta seus lucros em detrimento dos nossos direitos.

A Atenção Básica e a participação da comunidade

O *Pacto*, no que se refere à implantação da política de Atenção Básica, recomenda que os gestores municipais aumentem gradativamente as equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de Agentes Comunitários de Saúde. Essa proposta deve seguir a regulamentação estadual aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB.

Os projetos de implantação de novas equipes devem ser aprovados pelo Conselho de Saúde do Município e em seguida encaminhados à Secretaria Estadual de Saúde (ou sua instância regional) para análise. A Secretaria Estadual os encaminha para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que os analisa e aprova. Finalmente, os Estados encaminham os projetos para o Ministério da Saúde até o dia 15 de cada mês. Com base nessas informações, os municípios receberão os recursos/incentivos do Piso de Atenção Básica (PAB) variável.

O Termo de Compromisso de Gestão, que veremos no próximo capítulo, traz a participação de diferentes sujeitos do controle social em relação ao fluxograma de construção. Depois que o Conselho aprova, o Termo é encaminhado para a Secretaria Estadual e para a CIB, que podem modificar a proposta. Todas as alterações propostas pela CIB devem ser aprovadas pelo Conselho. É necessário garantir o diálogo e o poder deliberativo do Conselho até a fase final.

A participação da comunidade deve estar atenta e exigir que o gestor construa uma proposta de Atenção Básica integrada ao Sistema. E esta proposta deve resolver as demandas a partir dos princípios do SUS, sempre tendo como base o Plano de Saúde. Aprovar essa proposta significa muito mais que simplesmente concordar ou não. É preciso discuti-la a partir de critérios bem definidos, que levem em conta os problemas da saúde da população e o atual estágio de implantação do Sistema naquele local.



Depois de construída a proposta, é fundamental um acompanhamento sistemático para que o projeto se traduza num sistema de saúde mais organizado e humanizado.

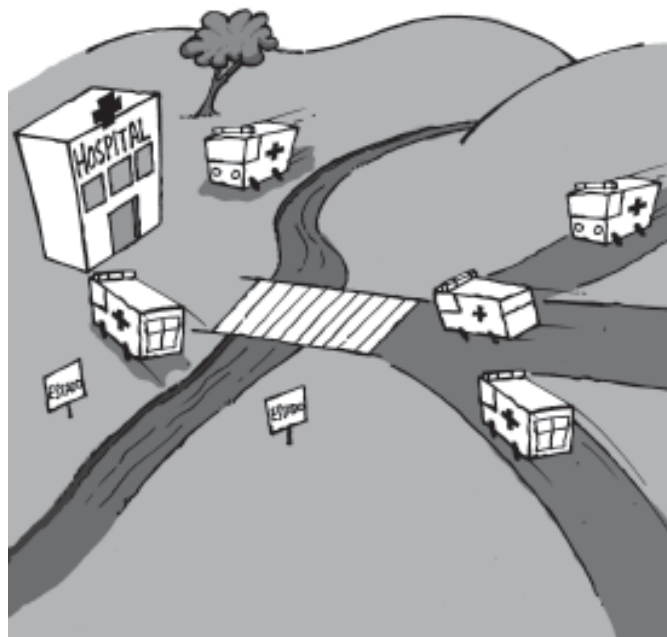
3.2 Regionalização

A regionalização é o eixo estruturante da implantação do *Pacto pela Saúde*. É também elemento fundamental para obtenção da integralidade do sistema e para melhorar a integração entre as bases municipais de serviços de saúde. Ao atribuir aos municípios um papel central no planejamento e na execução das ações e serviços de saúde, contribui para que cada espaço regional possa diagnosticar e responder às suas necessidades. A implementação progressiva da regionalização, mesmo abaixo do necessário, estimulou a articulação entre os pequenos municípios para organizarem os serviços de média e alta complexidade, garantindo assim maior acessibilidade.

Contudo, os serviços de média e alta complexidade são ainda um dos grandes gargalos no sistema público de saúde, onde o cidadão ainda encontra dificuldade de acesso. Isso acontece por vários fatores:

- a) a maioria dos municípios não têm estrutura própria para atender toda a sua demanda;
- b) muitas vezes, os gestores públicos, ao invés de pactuar os serviços entre si, organizando e fortalecendo a estrutura pública para este fim, acabam comprando os serviços da iniciativa privada;
- c) os serviços de média e alta complexidade geram um grande lucro. Por isso, há situações em que os profissionais - articulados com clínicas e laboratórios, estimulam o uso destes serviços, mesmo sem necessidade, aumentando cada vez mais o lucro do setor privado.

Como consequência, surgem longas filas de pessoas esperando serviços de diagnóstico (exames) e procedimentos de média e alta complexidade. Outra prática inconsequente de muitos gestores é transportar os cidadãos para os municípios maiores, sem que o município de



origem se responsabilize pelos custos. Se todos têm o direito igual à saúde e os serviços são regionalizados, é necessário o transporte das pessoas. Mas isso não pode ser feito sem um diálogo entre os gestores da região para pactuarem o funcionamento do sistema. O que acontece, em muitos casos, é que o cidadão acaba pagando a conta da desestruturação e do descompromisso dos gestores. E cobrar do usuário qualquer procedimento na rede de atenção à saúde do SUS, seja ela própria ou credenciada, é ilegal!

Este problema tem solução? Só se houver uma pressão social para que os gestores encontrem uma solução conjunta, criando uma estrutura para atender a demanda, que seja articulada entre os diversos municípios. É necessário que os municípios se organizem em torno de suas reais necessidades de saúde, constituam os Colegiados de Gestão Regionais e estabeleçam as redes de atenção à saúde para reduzir as filas de espera dos usuários do SUS.

É o que procura fomentar o *Pacto pela Saúde*. Não que seja uma novidade. Esta proposta é parte das diretrizes e regulamentações do SUS, mas o *Pacto* enfatiza esse processo e procura impulsioná-lo.

A diretriz que define a regionalização do SUS tem o grande papel de organizar as ações e serviços da saúde a partir de regiões sanitárias. Essa organização se torna ainda mais importante quando se trata do acesso dos cidadãos aos serviços de média e alta complexidade. Não é possível que todos os municípios tenham capacidade de realizar, por exemplo, a quimioterapia. Entretanto, todo cidadão tem direito a esse tratamento sem pagar nada, mesmo que seja fora do seu município.

Para que isso funcione, o *Pacto* identifica quatro tipos de regiões sanitárias:

- a) intramunicipais: formada dentro de um mesmo município;
- b) intraestaduais: formadas por municípios dentro de um mesmo estado;
- c) interestaduais: formada por municípios de estados diferentes;
- d) fronteiriças: formada por municípios brasileiros e de outros países.



Essas regiões de saúde possibilitam que todos os municípios brasileiros estejam solidariamente articulados. Buscando aprofundar as experiências anteriores, o *Pacto* amplia e facilita a articulação dos municípios localizados nas regiões limítrofes dos estados. Um município não precisa necessariamente fazer parte de uma região sanitária do seu estado. Se a localização geográfica e outros critérios facilitarem o acesso da sua população à região fora do seu estado, isso não poderá ser um problema. Para cada região de saúde é importante que se constitua um Colegiado de Gestão Regional³, no qual todos os gestores municipais de saúde devem participar e também os representantes do(s) gestor (es) do estado.

Para que a regionalização se efetive, é necessário um processo qualificado de planejamento. Os municípios, apoiados pelo Estado e União e junto com a participação da comunidade, devem se empenhar para que esse planejamento seja organizado levando em conta suas características geográficas, epidemiológicas, etc.

Como a regionalização da saúde implica na transformação da atual distribuição espacial das bases de serviços, o planejamento em saúde será o processo que permitirá essa mudança.

Em relação ao processo de planejamento no SUS o *Pacto* confirma a importância do Plano de Saúde, da Programação Anual, do Relatório Anual de Gestão, do Plano Diretor da Regionalização - PDR, do Plano Diretor de Investimento – PDI e da Programação Pactuada e Integrada de Atenção à Saúde – PPI..

O Plano Municipal de Saúde e o Relatório Anual de Gestão são os principais instrumentos do planejamento no âmbito da gestão do SUS. Eles devem traduzir a realidade da saúde no município, apontando os principais problemas e as ações que vão resolvê-los. O

³ Dados da Comissão Intergestores Tripartite de julho de 2007, dão conta que mais de 80% dos municípios brasileiros já fazem parte de Colegiados de Gestão Regional.



Plano não deve ser apenas um documento bem feito para se colocar na gaveta, mas deve servir de referência para a gestão e para a participação da comunidade. Sua avaliação deve ser feita a partir do Relatório Anual de Gestão. Esses dois instrumentos - Plano Municipal e Relatório Anual de Gestão, são fundamentais para avançar na organização e no funcionamento do SUS. Lembrando que o Plano de Saúde é feito para quatro anos, podendo ser reformulado anualmente, e o Relatório Anual de Gestão, como o próprio nome já diz, é anual e traz a Programação anual resultante do Plano de Saúde.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é o desenho das diversas regiões sanitárias de um estado. Observando o mapa e as especificidades de cada estado, se definirão as diversas regiões a partir de critérios como: facilidade de acesso, meios de transporte, necessidades e serviços ofertados, etc. Mas este desenho deve ser também resultado de um acordo entre os municípios envolvidos e deve se articular à PPI, sob coordenação do Estado. É importante sinalizar que as regiões sanitárias não são as regiões administrativas (muitos estados chamam de secretarias regionais). Elas devem seguir critérios de acesso, necessidades e considerar a oferta de serviços de saúde.

A Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI) é a programação dos serviços dos estados (que podem prever ações intraestaduais) e é construída com base nas demandas e planejamentos das regiões e municípios. Para esse processo é fundamental que aconteça o diagnóstico qualificado e a definição do que o município precisa e o que pode oferecer para que os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde.

Com base na sua realidade específica, o município vai pactuar serviços com outros municípios e pagar por eles. Se tiver algum serviço sobrando, pactua com outros o oferecimento destes serviços e recebe por isso. Mas é importante repetir: o serviço nunca deve ser cobrado do cidadão!

O Plano Diretor de Investimento (PDI) é o planejamento dos recursos necessários e a forma de desembolso dos mesmos, para garantir a oferta dos serviços acordados, ou seja, os municípios que têm a necessidade do serviço pagam, e os que prestam o serviço recebem por isso.

Para que estes acordos sejam efetivados e funcionem, está prevista no Pacto de Gestão a criação de um Colegiado de Gestão Regional, já citado acima. Esta é a grande novidade na regionalização no último período. Embora sejamos sabedores que a simples criação de mais um espaço não resolve todos os problemas, sabemos que essa medida representa uma possibilidade mais ampla e democrática para os gestores, podendo resultar em acesso com qualidade para o cidadão.

Com o objetivo de potencializar essa articulação regional, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria n.º 2.691 de 19 de outubro de 2007, iniciou um processo de repasse de recursos aos fundos estaduais de saúde para fortalecer os Colegiados de Gestão Regional. Portanto, há recursos específicos para tal finalidade.

Este colegiado deve ser composto por todos os gestores de uma determinada região. É neste colegiado que devem ser definidas as prioridades e as estratégias para atender todas as demandas por serviços de saúde da região. Essas definições devem refletir nos Planos de Saúde.

A Regionalização e a Participação da Comunidade

No processo de regionalização, a participação da comunidade tem um papel fundamental: garantir que este processo se efetue de acordo com os princípios do SUS. Se há muitos gestores compromissados com o SUS, há também aqueles que atuam contra, articulados com o mercado da saúde.

Para que o processo de regionalização seja feito de acordo com o direito à saúde do cidadão e não visando o lucro de algumas empresas ou indivíduos, é fundamental que os conselheiros e lideranças de saúde acompanhem o processo de construção do desenho regional e das discussões sobre a melhor forma de garantir os serviços. Primeiro é preciso participar desse debate no município. Isso é importante porque um dos grandes problemas do SUS é que os serviços nem sempre são organizados a partir das necessidades, mas a partir da oferta de serviços (mais rentáveis) disponibilizados por alguns grupos. Para isso, é fundamental a construção participativa de um Plano de Saúde qualificado; e é com base nele que os gestores devem implementar a política da saúde.



No entanto, há ainda uma dificuldade grande para que a participação da comunidade acompanhe sistematicamente esse processo da regionalização: não existe um espaço regionalizado de controle social que possa deliberar sobre a organização regional. Para os conselhos estaduais, fica difícil acompanhar e deliberar cotidianamente sobre os problemas de cada região. Desta forma, fica prejudicada a participação da comunidade nas regiões.

Não estamos propondo criar novos conselhos regionais de saúde deliberativos, que seriam novas instâncias da participação da comunidade. Sua criação implicaria num novo problema, pois os conselhos

de saúde, com caráter deliberativo, estão vinculados a esferas de governo (municipal, estadual e federal). Uma exceção é o Estado do Rio Grande do Sul, onde há muitos anos existem os Conselhos Regionais. Embora tenham dado uma rica contribuição histórica na organização do SUS, existem conflitos de competência dos Conselhos Regionais com os Conselhos Municipais e o Conselho Estadual.

Embora exista essa dificuldade, acreditamos que a participação da comunidade deva insistir em formatos alternativos de organização para incidir no processo de implantação da regionalização. Pensar o SUS somente dentro do nosso município vai contra o princípio da solidariedade e é irracional para uma proposta que se pensa como sistema.

3.3 Financiamento

Entender o financiamento da saúde parece difícil para quem atua no controle social. Mas o SUS só funciona se tiver dinheiro e se for administrado de forma transparente e com responsabilidade. Claro que só isso não é suficiente, mas sem dinheiro, responsabilidade e transparência, o SUS jamais se efetivará plenamente.

Se olharmos para a história das políticas públicas no Brasil, é fácil perceber que a saúde sempre recebeu menos recursos do que o necessário. Nota-se, também, que muitos gestores não gastaram o dinheiro da saúde de forma racional e responsável e que até esconderam o dinheiro e a metodologia de gestão dos olhos dos cidadãos. Com a construção do SUS, houve avanços, mas restam ainda muitos desafios.

A Constituição de 1988 define que a responsabilidade de financiamento da saúde é das três esferas de governo: municípios, estados e União. A Lei 8.080/90 define que os recursos a serem repassados ao SUS devem ser suficientes para a realização de suas finalidades. Estabelece ainda os critérios para o repasse de recursos aos estados e municípios, dizendo que a metade deve ser repassada de acordo com o número de habitantes.

Já a Lei 8.142/90 complementa o processo de financiamento estabelecendo que:

- os recursos da saúde serão repassados de forma regular e automática;
- estes recursos só podem ser gastos com ações e serviços de saúde;
- os gastos em saúde só podem ser realizados com ações previstas no Plano Municipal da Saúde, que é aprovado pelo Conselho.

A própria Constituição e também a Lei Orgânica da Saúde não impediram um conjunto de desmandos e equívocos que deixaram a saúde cada vez com menos recursos. Criou-se até a CPMF como um incremento de receita para a saúde, mas também isto não resolveu, porque foram reduzidos recursos de outras fontes. Construíram caminhos para burlar a Constituição e a Lei, e a saúde foi perdendo

dinheiro. Muito foi gasto com ações que não são específicas da saúde. A corrupção com o dinheiro da saúde é outro problema histórico. Há também o repasse do dinheiro por parte da União a estados e municípios através de um conjunto de programas que também desconsideram a legislação, engessando os recursos por meio das famosas 'caixinhas'.

Tudo isso gerou uma mobilização social que rediscutiu o formato de financiamento da saúde no Brasil. A primeira ação foi a proposição da PEC-169, em 1993, que só foi aprovada no ano de 2000 como EC-29.

Entre as principais inovações da Emenda Constitucional 29 estão:

- a definição de um percentual mínimo a ser investido pelos gestores (não podemos esquecer que a União ficou com menor responsabilidade do que estados e municípios);
- a definição do que é ação e serviço em saúde;
- a constitucionalização do Fundo de Saúde e da Participação da Comunidade.



A EC-29 determina ainda a necessidade de sua própria regulamentação depois de cinco anos. Portanto, a regulamentação é o grande desafio da sociedade, inclusive aumentando a participação da União no financiamento da saúde.

O Pacto pela Saúde enfatiza o tema do financiamento no Pacto em Defesa do SUS, propondo um processo de mobilização pela regulamentação da EC-29 e pelo aumento dos recursos para o SUS. No Pacto de Gestão, o financiamento também é enfatizado, conforme podemos ver a seguir.

O Pacto de Gestão traz como princípios:

- a responsabilidade das três esferas de gestão no financiamento da saúde;
- a redução das iniquidades que ainda persistem no país;
- o repasse Fundo a Fundo.

Entretanto, uma das principais mudanças está no financiamento do custeio com recursos federais. A intenção é avançar no processo de descentralização dos recursos para que os estados e municípios tenham maior autonomia. Diante disso, o Ministério da Saúde editou a portaria n.º 204, de 19 de janeiro de 2007, alterada pela portaria n.º 837, de 23 de abril de 2009, regulamentando o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde na forma de Blocos de Financiamento, definidos no Pacto pela Saúde, e seu respectivo monitoramento e controle.

Blocos:

- I- Atenção básica;
- II- Atenção de média e alta complexidade;
- III- Vigilância em saúde;
- IV- Assistência farmacêutica;
- V- Gestão do SUS;

VI- Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (este Bloco foi inserido pela portaria n.º 837, de 23 de abril de 2009).

Cada um desses Blocos é constituído por estratégias e rubricas específicas, através das quais o recurso será repassado (ver volume 1 da Série “Pactos”). Com essa mudança, o propósito é reduzir as mais de cem ‘caixinhas’ de repasse para menos de cinquenta. Se olharmos para os critérios da Lei Orgânica da Saúde, esse número ainda é alto, mas representa um avanço em relação ao que temos hoje.

Uma inovação importante diz respeito ao Limite Financeiro Global dos Municípios, Estados e Distrito Federal. A portaria 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta o Pacto pela Vida e o Pacto de Gestão, define que os gestores devem elaborar o “Termo de Limite Financeiro Global” explicitando a totalidade de recursos a serem investidos nos Blocos acima descritos, conforme exemplo a seguir:



Bloco	Componente	Recurso Federal*	Recurso Estadual de custeio	Recurso Municipal de custeio
ATENÇÃO BÁSICA	Componente Fixo (a)			
	Componente Variável (b)			
MAC/ ASSISTÊNCIA	Total população própria (c)			
	Total população referenciada (d)			
	Outros recursos e ajustes (e)			
	Total da PPI Assistencial (f)	c+d±e		
	Recursos transferidos ao Fundo Estadual (g)			
	Recursos retidos pelo FNS para pagamento direto a prestadores (h)			
	Recursos alocados em outras UF (i)			
	Total MAC alocado no FMS (j)	f-g-h-i		
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Componente básico (k)			
	Componente estratégico (l)			
	Componente excepcional (m)			
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Vigilância Epidemiológica e Ambiental (n)			
	Vigilância Sanitária (o)			
GESTÃO	(p)			
TOTAL FMS		a+b+j+k+l+m+n+o+p **		

* Considerando apenas o recurso federal repassado fundo a fundo para custeio

** Valor a ser transferido do FNS ao FMS

Devem constar os recursos a serem repassados pelo Ministério da Saúde, os recursos do estado e os recursos que o município irá investir. Se um determinado município for referência para serviços a cidadãos de outros municípios, também deverá discriminar os recursos necessários para atender àquela população. As alterações dos valores declarados neste Termo devem ser objeto de acompanhamento, análise e debate nos Conselhos de Saúde.

Outra mudança refere-se ao processo de declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo gestor municipal. Nessa declaração, o gestor municipal registra a pactuação feita com o gestor estadual, com relação à gestão das unidades de saúde situadas em seu território. Deverá, preferencialmente, ser definido um cronograma para que o gestor municipal possa assumir a gestão dos serviços de saúde que estão sob responsabilidade do Estado. Esse, por sua vez, deverá apoiar técnica e financeiramente os municípios, para que eles assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde em seus municípios. Assumir a gestão significa assumir responsabilidades que dizem respeito à seleção, cadastramento, contratação, estabelecimento de contratos, regulação, controle, avaliação e pagamento desses prestadores. Cabe ressaltar que o comando único é uma diretriz operacional do SUS, e o Pacto apenas cria um instrumento (a Declaração) que a concretiza.

A pergunta que salta aos olhos é a seguinte:

Será que o *Pacto* se constituirá num instrumento capaz de produzir avanços no financiamento da saúde?

Essa é uma grande dúvida, na medida em que normas maiores do que esta, inclusive a própria Constituição, já foram desrespeitadas. Porém, é possível dizer que o *Pacto* se propõe a qualificar o repasse de recursos para estados e municípios. Busca, ainda, tornar mais transparente o processo de gestão dos recursos. Entretanto, apresenta poucos sinais que indicam o aumento de recursos para a saúde. Será verdade que as três esferas de governo estarão comprometidas com a regulamentação da EC-29, inclusive com o aumento da participação da esfera federal no financiamento do SUS? Isso é fundamental num momento em que a saúde está recebendo menos recursos do que precisa.

Por fim, resta ainda uma importante pergunta: o *Pacto*, quando define o repasse Fundo a Fundo como uma “modalidade preferencial” e não obrigatória, avançará realmente na intenção de acabar com o financiamento carimbado? A própria criação do *Pacto*, que reduziu as modalidades de repasse, foi um indicativo importante. No entanto, dentro desses Blocos ainda há caixinhas que limitam o uso do dinheiro. Neste sentido, o desafio é ampliarmos ainda mais o repasse Fundo a Fundo.

O Financiamento do SUS e a Participação da Comunidade

Para a participação da comunidade fica o desafio de fazer do *Pacto pela Saúde* um instrumento de luta que qualifique nossa proposta de financiamento da saúde.

O primeiro passo é discutir nas nossas organizações sociais e nos conselhos como estão os gastos com a saúde no nosso município. Será que o gestor está cumprindo com a EC-29? Além de fazer o dever de casa - que é cumprir com a EC-29, é preciso um comprometimento local com a mobilização nacional em prol da regulamentação desta Emenda Constitucional.

Outro item fundamental é ver qual o custo das ações e serviços de saúde e como é efetuado o pagamento. Também é importante conferir se os gastos estão sendo feitos a partir das ações previstas no Plano Municipal da Saúde.

A comunidade, especialmente através dos conselhos de saúde, deve participar e exigir que o município construa o “Termo do Limite Financeiro Global do Município”. Esse processo deve estar articulado ao planejamento regional que se efetiva na relação com outros municípios. Uma vez definida a origem e o destino do recurso, o controle social tem a tarefa de fiscalizar a execução orçamentária e as mudanças no “Termo de Limite Financeiro Global”, tendo em vista uma saúde de qualidade para todos e todas.

4 A participação da comunidade no exercício do controle social

Quando o Movimento pela Reforma Sanitária construiu a proposta do SUS, partiu de algumas convicções importantes, das quais destacamos duas:

- 1º) o SUS e seus princípios fundamentais deveriam constar na Constituição;
- 2º) a sociedade deveria participar ativamente da construção e implantação do SUS.

Para isso, seria importante que os conselhos de saúde estivessem garantidos na Constituição Federal.

Passados todos esses anos, é possível afirmar que essas convicções que impulsionaram o Movimento pela Reforma Sanitária são de importância estrutural para se construir uma nova proposta de saúde que seja compreendida como direito de todos e dever do Estado.

Podemos compreender a importância da participação da comunidade na elaboração e controle do SUS, olhando o modo como são construídas e executadas as políticas públicas de saúde atualmente no Brasil.

Mesmo com os avanços significativos conquistados por uma rede de milhares de cidadãos e cidadãs que atuam no controle do SUS, ainda persistem fragmentos de uma cultura administrativa ultrapassada na qual gestores resistem em discutir com a sociedade o quê fazer e como fazer. Pior: há casos em que gestores ainda fazem da máquina pública um meio de atender a interesses de grupos e indivíduos particulares em detrimento aos direitos dos cidadãos.

Os motivos que explicam essa realidade são diversos. Mas é importante considerarmos o fato de que a experiência democrática brasileira é ainda muito recente. Fomos disciplinados a não participar dos espaços públicos e não intervir nos rumos do país e de nossas cidades. Temos uma cultura política brasileira muito influenciada pelos períodos de autoritarismo e de



desmandos; e ainda existem cidadãos que acham que as decisões devem ficar com os “entendidos” e que a nós, o “povo” cabe aceitar as decisões.

Com o SUS, tivemos avanços em direção à participação cidadã. Aos poucos, estão se consolidando espaços específicos de exercício dessa participação, como é o caso dos conselhos de saúde. Por isso o SUS representa um passo importante para a radicalização da democracia no país.

Os espaços de participação formal dos Conselhos não nasceram num piscar de olhos. São fruto do próprio processo de participação e organização social. Isso comprova que a participação, a capacidade de mobilização e a pressão são os motores das mudanças estruturais na saúde. Entretanto, a participação não pode se resumir à atuação em conselhos e conferências. Precisamos fazer uma profunda avaliação para verificar até que ponto estamos conseguindo incidir nas políticas públicas a partir da nossa atuação nesses espaços.

A participação social vai muito além e é bem mais rica. Temos um conjunto de experiências em todo Brasil mostrando como ela pode ser efetiva na saúde, cruzando ações entre espaços formais e não formais.

Ou seja, para que o Conselho de Saúde cumpra bem com seu papel, é fundamental que a sociedade em geral o entenda e que participe da luta pelo direito humano à saúde, inclusive através de outros meios e instrumentos.

Com o *Pacto pela Saúde*, há o reconhecimento de que a participação da comunidade no SUS não se esgota na esfera dos Conselhos. Os movimentos e os outros sujeitos sociais envolvidos com a construção do SUS desempenham papel fundamental na promoção e no desenvolvimento da cidadania, para além dos limites institucionais do SUS.



É fundamental, porém, considerarmos dois aspectos:

- 1º) Não podemos perder de vista a importância dos Conselhos como espaços legítimos e deliberativos do SUS. Reconhecer outras formas de participação não significa criar outras instâncias de deliberação aos moldes dos conselhos;
- 2º) A sociedade organizada deve ter completa autonomia e espaços próprios para construir suas estratégias e ações. Se o Estado tem o papel de fortalecer a participação, não significa tutelar ou mostrar à sociedade como ela deve fazer a luta social. A sociedade deve ter seu espaço autônomo, inclusive de críticas e tensões com o Estado, mesmo que ele apóie essas iniciativas. Somente assim a democracia será fortalecida.

A partir dessa compreensão, é importante observar que o *Pacto* amplia as possibilidades de fortalecimento e qualificação da participação social. Como vimos anteriormente, essa é uma luta histórica. Vejam quais as ações que devem ser desenvolvidas pelos gestores conforme as responsabilidades contidas no eixo VII - Participação e Controle Social do Termo de Compromisso de Gestão:

- Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;
- Promover condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;
- Organizar e prover as condições necessárias para a realização de Conferências de Saúde;
- Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;
- Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;
- Promover junto à população em geral ações de informação e conhecimento do SUS;
- Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;
- Implantação e implementação de ouvidorias nos municípios e estados, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS;
- Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do *Pacto*.

Mais uma vez, podemos perguntar: *Será que isso é uma novidade?* É claro que não!

Porém, cabe destacar que diferente das normatizações anteriores, o estabelecimento destas responsabilidades em um eixo específico do Pacto de Gestão possibilita realizar essas ações de maneira mais efetiva.

O que o *Pacto pela Saúde* procura fazer é explicitar e ampliar essas possibilidades. Busca, inclusive, definir claramente as responsabilidades dos gestores no trato desta questão e indica que eles estabeleçam um cronograma para implantar ações que ainda não realizam (detalhado no próximo capítulo).

Por estes e outros aspectos, mais uma vez afirmamos que o *Pacto* é uma possibilidade para avançarmos no SUS e no fortalecimento do controle social. Mas é tarefa de todos aqueles que têm um compromisso

com o SUS atuarem para que ele seja implantado. A luta da sociedade em geral e a ação dos conselhos não podem andar a reboque dos entes públicos, mas qualquer iniciativa que contribua para sua dinâmica própria deve ser fortalecida.

Quem sabe, com o *Pacto pela Saúde* façamos do nosso direito e do dever de participar, uma realidade cada vez mais presente em nosso cotidiano.

Conforme procuramos argumentar, todos temos um papel enorme na implementação do *Pacto*. Mas temos também um desafio muito grande, que é fortalecer e qualificar nossa ação para além deste *Pacto*. Dessa forma, teremos mais condições de apontar os seus limites e as possibilidades de superá-los. Afinal, o que deve guiar nossa luta não é o *Pacto* em si, mas como ele contribui para efetivarmos o direito de todos e todas de terem uma saúde de qualidade. E que, a partir disso, conforme as palavras do grande sanitarista brasileiro Gilson de Carvalho, “as pessoas sejam mais felizes”.

5 O processo de construção e transição do Pacto pela Saúde

Agora você deve estar se perguntando: Como se dará o processo de construção e transição do *Pacto pela Saúde*? Será que o meu município e o meu estado já aderiram ao *Pacto*? Como efetivar uma estratégia para que a participação da comunidade cumpra com o seu papel estabelecido pelo *Pacto*? Por onde começar?

5.1 Termo de Compromisso de Gestão

Em 30 de março de 2006, o Ministro da Saúde assinou a portaria nº 699/GM que deu sequência ao processo de implantação do *Pacto pela Saúde*. Um dos objetivos desta portaria foi apontar as diretrizes operacionais e os desdobramentos para o processo de gestão do SUS. Ela determinou também como seria a transição e o monitoramento destes pactos, dando unidade aos processos de definição de indicadores e metas.

A principal definição desta portaria foi o Termo de Compromisso de Gestão - TCG. Trata-se de uma espécie de contrato que os gestores assinam. E no caso do *Pacto pela Saúde*, o TCG vale para os três gestores do SUS. No TCG constam todas as suas responsabilidades no tocante às ações e serviços de saúde. É um contrato porque os gestores devem ser sujeitos do processo de discussão das suas responsabilidades com as outras esferas, sem que ninguém defina autoritariamente suas obrigações.

Esse Termo passou a ser o meio pelo qual os gestores fazem sua adesão ao *Pacto*. Isto significa que a adesão não será automática, mas que todos os municípios, estados, o Distrito Federal e a União devem desencadear um processo de discussão com os agentes do controle social e as outras esferas de gestão, para que se estabeleça a adesão.



5.2 A construção do Termo de Compromisso de Gestão

Primeira premissa:

Os Termos de Compromisso substituem o processo de habilitação.

Os Termos de Compromisso de Gestão, tanto de estados, Distrito Federal e dos municípios substituem os antigos processos de habilitação ao SUS. Dissemos também, que todos os municípios e estados terão responsabilidades das quais não podem abrir mão em nenhuma hipótese. Isso não significa que todos os gestores devam ou consigam dar conta dessas atribuições imediatamente. Entretanto, devem pactuar um cronograma que mostre 'como' e 'quando' estas atribuições serão assumidas.

Vale destacar que no caso dos municípios, existem responsabilidades que não se aplicam, devido ao porte do município ou mesmo a natureza da responsabilidade.



A partir dessas prerrogativas é que todos os municípios e estados devem construir o seu Termo para que seja possível o acesso às ações e serviços de qualidade para todos os cidadãos. De posse do documento final, os conselheiros de saúde, os gestores (sejam municípios, estados ou União) e os cidadãos em geral poderão monitorar permanentemente se determinado município está cumprindo ou não com os compromissos acordados. Será um documento público que permitirá a fiscalização, o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS, de forma mais eficiente.

Para isso acontecer, é importante a participação da comunidade já na construção do Termo. Afinal, caberá ao Conselho de Saúde aprovar a proposta. Mas como deve ser construído o processo e como podemos participar?

A primeira questão fundamental para o sucesso deste processo é:

O Termo não deve ser uma construção individual, somente dentro do município, como se ele fosse uma ilha isolada.

É claro que cada gestor municipal é responsável para tomar a iniciativa de responder por seu território e população. Nenhum gestor deve esperar que outros façam por ele o que é responsabilidade sua.

Entretanto, aqui vale o grande princípio da *solidariedade* presente no SUS. Todo gestor municipal pode solicitar o apoio de outros gestores municipais, principalmente os que participam dos Colegiados de Gestão Regional e de outras esferas de governo, para pôr em prática um processo de negociação e construção do Termo. Até porque não é possível pensar o sistema isoladamente.

Segunda premissa:

Termos devem necessariamente estar relacionados com o Plano Municipal de Saúde.

O Termo não pode diminuir ou substituir o Plano de Saúde. Ao contrário, espera-se que o Termo, o Plano de Saúde e o Relatório de Gestão tenham coerência entre si e se efetivem como instrumentos de planejamento do SUS.

Neste sentido, o Plano de Saúde é um meio para que o conteúdo do Termo de Compromisso de Gestão seja realizado. A construção do Termo requer um plano de ação que, compatibilizado com a programação anual de gestão, identifique os problemas e apresente soluções de curto, médio e longo prazos. Assim, estaremos contribuindo para evitar os famosos “planos de gaveta”, que são bem elaborados por alguns técnicos, mas depois desconsiderados no cotidiano do fazer saúde.

Terceira premissa:

Nada pode ser construído sem a participação e a aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

Gestor que não discute e submete sua política ao Conselho ainda não compreendeu a concepção de Estado com ampla participação que a sociedade mundial e brasileira vem construindo nos últimos tempos. Construir a política de Saúde junto com o Conselho não significa garantir apenas o espaço formal de participação, em que os conselheiros são convocados, muitas vezes de última hora, e sua atuação se restringe a levantar o crachá, mesmo sem entender o que estão votando. Ao contrário, significa

criar as condições para que os conselheiros e cidadãos possam efetivamente participar e discutir. Neste sentido, cabe um grande desafio à participação da comunidade que é conhecer os eixos que compõem a estrutura do Termo e seu fluxograma de aprovação, para poder contribuir no debate e ter condições de votá-lo conscientemente.

Quarta premissa:

A adesão ao Pacto pela Saúde é o início e não o fim do processo.

A adesão ao Pacto pela Saúde é o início do processo para o Poder Executivo responder com qualidade às necessidades de saúde da população.

Cumprir com as responsabilidades sanitárias de forma satisfatória e com qualidade significa, entre outras medidas, manter um diálogo permanente entre gestores e os Conselhos de Saúde. Significa enxergar o *Pacto* como um todo, compreendendo que a unificação de indicadores representa um acordo de metas para melhoria da qualidade da saúde da população, e que acaba por refletir-se também no Pacto de Gestão. Além disto, o Pacto em Defesa do SUS garante a sustentabilidade do sistema de saúde como um todo.

Outro aspecto importante diz respeito à utilização do processo que envolve o *Pacto* para a qualificação das ações da equipe de saúde, respeitando o diálogo com os conselhos de saúde e os movimentos populares.

5.3 Eixos para a construção do Termo de Compromisso Municipal

O Termo prevê que os gestores municipais tenham responsabilidades sanitárias claras e que as pactuem nas negociações correspondentes. Essas responsabilidades obedecem basicamente a sete eixos:

- 1) Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS;
- 2) Regionalização;
- 3) Planejamento e Programação;
- 4) Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;
- 5) Gestão do Trabalho;
- 6) Educação na Saúde;
- 7) Participação e Controle Social.

Cada um destes eixos é detalhado em diferentes ações e o Termo deve informar se as ações são realizadas com qualidade (satisfatoriamente) ou não, qual o prazo para que venha a se realizar, ou se esta ação não se aplica ao contexto em questão. A não aplicação, como destacado anteriormente, é aceita somente nos casos em que a complexidade do sistema local de saúde não permite a realização de uma responsabilidade, ou em uma situação previamente pactuada. Entretanto, na maioria das ações, essa opção não existe, pois, de forma geral, o município é obrigado a realizá-las. Se não fizer imediatamente, então deverá fazê-lo num período que ele mesmo irá propor, informando no Termo. Como exemplo, trazemos o modelo do Termo, citando as responsabilidades do eixo 7 - que trata das responsabilidades do município com a Participação e o Controle Social.

Participação e o Controle Social	REALIZA	NÃO REALIZA	PRAZO PARA REALIZAÇÃO	NÃO SE APLICA
7.1 Todo município deve apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;				
7.2 Todo município deve prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;				
7.3 Todo município deve organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Municipais de Saúde;				
7.4 Todo município deve estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;				
7.5 Todo município deve promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;				
7.6 Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social no SUS;				
7.7 Implementar ouvidoria municipal com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.				

No caso das responsabilidades 7.1 a 7.5, o município é obrigado a apoiá-las porque aparece em seus textos a expressão 'deve'. Portanto, para preenchimento do Termo de Compromisso Municipal é importante verificar a existência ou não da expressão 'deve'.

- Neste caso, se a responsabilidade já estiver sendo feita, será preciso assinalar somente a coluna 'realiza'.
- Em caso negativo, marca-se a coluna 'não realiza ainda' e indica-se o período em que ela será realizada.

Diferente é o caso da responsabilidade 7.6 e 7.7, pois não têm a expressão 'deve'. Porém, mesmo não tendo a expressão 'deve', como são ações de relevância e estratégicas para o controle social, os gestores, caso já não as realizem, devem envidar esforços para fazê-lo.

Este formato é importante por alguns fatores:

- 1º) Pela facilidade do seu preenchimento. É acessível a todos e simples de responder (isso quando se tem a informação precisa);
- 2º) Porque possibilita uma radiografia precisa do município. Se respondido com seriedade, é possível visualizar de forma clara a situação e os compromissos assumidos pela gestão;
- 3º) Porque diminui a possibilidade de um município forçar dados como acontecia nos formatos de habilitação anterior. Se caso alguma ação ainda não é realizada, não tem problema, desde que se informe o prazo para que isso aconteça;
- 4º) Destaca-se que o Termo apresenta-se como um importante e fácil instrumento de controle social. É possível transformá-lo, dependendo da criatividade e do contexto local, em diferentes mecanismos de monitoramento e avaliação da saúde no município.

5.4 Fluxograma para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão

Como já dissemos antes, a responsabilidade na elaboração do Termo é primeiro do gestor, que o fará a partir de diferentes debates, principalmente com o Conselho de Saúde. Este processo seguirá o seguinte caminho:

- 1º Passo:** O Conselho de Saúde aprova o Termo, que deve ser construído preferencialmente com a participação do Conselho e dos gestores envolvidos;
- 2º Passo:** O Termo é encaminhado para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que reúne os representantes dos gestores municipais e do estado. Caso haja alteração do Termo na CIB, este deve ser reencaminhado para nova aprovação no Conselho. Somente depois de devidamente pactuado e aprovado, o Termo será enviado à CIT;

3º Passo: Após a pactuação na CIB, o Estado encaminha o Termo para a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne representantes dos gestores municipais, estaduais e do Governo Federal;

4º Passo: Depois da homologação na CIT, o Ministério da Saúde publicará em portaria;

5º Passo: A revisão de responsabilidades pode ser realizada a qualquer momento, desde que pactuada com os gestores e aprovada pelo Conselho.

É importante lembrar que anualmente vem sendo realizada a Pactuação Unificada de Indicadores, que é a base do Pacto pela Vida, onde se faz a análise dos resultados dos indicadores do ano anterior e a proposição das metas. Essas metas devem ser aprovadas pelo Conselho de Saúde e encaminhadas para pactuação na CIB.

Vale destacar que no caso do Termo de Compromisso de Gestão, a CIB e a CIT têm 30 dias, a partir da data do protocolo, para se manifestarem.

Diversas avaliações em todo Brasil já apontaram problemas em relação a este fluxograma. Isto porque, após a aprovação do Termo, não há uma agenda de acompanhamento do mesmo pela participação da comunidade. A consequência é que os conselheiros não conseguem mais acompanhar e incidir no processo de implementação do Pacto.

Frente a isso, poderia ser discutida a possibilidade de retorno do Termo aos Conselhos de Saúde se houvesse qualquer alteração em qualquer instância. Isso permitiria nova análise e deliberação pelos respectivos Conselhos de Saúde.

Muitos devem se perguntar: o *Pacto* não significa aumentar a burocratização no SUS, já que, quando nos apropriamos do conteúdo das normas anteriores, novamente fazemos mudanças que dificultam a participação e fiscalização?

Entendemos que esta preocupação é legítima. Mas entendemos também que o *Pacto pela Saúde* amplia o diálogo com a sociedade, e por isso, é uma possibilidade de avançarmos num conjunto de questões travadas no SUS.

5.5 Aspectos da situação atual do processo de adesão ao

Pacto pela Saúde

O período de adesão à Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS durou de 2001 a 2005. Somente 256 municípios se habilitaram na Gestão Plena do Sistema de Saúde e 1.580 municípios tiveram a habilitação na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.. O *Pacto pela Saúde*, em três anos, teve a adesão de todas as Secretarias de Estado e de 2.915 municípios, que representam 52,4% dos municípios

do país. A maior concentração de municípios que aderiram ao *Pacto* está nas Regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul.

Esses dados podem indicar que o *Pacto* ampliou o grau de responsabilidade do gestor local com o sistema de saúde e possibilitou a celebração de um acordo de cooperação técnica entre os gestores.

Porém, cabe aqui fazer referência a algumas reflexões sobre o atual processo de implementação dessa estratégia, feitas durante a primeira reunião da Comissão Intergestores Tripartite de 2008, que teve como base a oficina de trabalho de outubro de 2007 onde se envolveram o CONASS, CONASEMS e Ministério da Saúde:

No que diz respeito ao **Pacto em Defesa do SUS**:

É o componente menos compreendido do *Pacto pela Saúde* e também o menos divulgado. Verificou-se que desde a publicação do *Pacto*, não houve um movimento sistemático de mobilização efetiva da sociedade em defesa do SUS. Dentre os possíveis motivos estaria uma percepção negativa do Sistema, sobretudo pela população não usuária do SUS e por boa parte da mídia.

Outro ponto destacado é que o teor da Carta de Direitos dos Usuários do SUS ainda tem pouca divulgação junto aos usuários. Por fim, o aspecto do subfinanciamento do SUS, esbarra ainda na situação da não regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29).

No que diz respeito ao **Pacto pela Vida**:

As prioridades pactuadas em 2006 foram ampliadas em 2008 e o Conselho Nacional de Saúde e alguns estados já apresentaram propostas de inclusão, contemplando áreas importantes da atenção à saúde. Porém, as metas definidas em 2006 e 2007 precisam ser avaliadas, considerando a capacidade dos gestores em cumpri-las. É importante destacar que as metas não foram impositivas aos estados e



municípios, mas foram construídas a partir de um processo de pactuação.

Quanto ao financiamento, houve avanços como, por exemplo, a flexibilidade na utilização dos recursos dentro dos cinco blocos de financiamento, e os recursos para financiamento das ações do âmbito da gestão, como regulação, planejamento e gestão estratégica e participativa. Entretanto, algumas questões relativas à regulamentação do financiamento e da transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde ainda ficaram pendentes (Portaria GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007). Por falta de clareza normativa e da cultura instituídas, os gestores têm tido dificuldades em utilizar o recurso para ações pertinentes ao mesmo bloco de financiamento, ficando reféns das inúmeras ‘caixinhas’ dentro de cada bloco de financiamento.

No que diz respeito ao Pacto de Gestão:

O processo de descentralização, com ênfase na atuação das CIB, pouco avançou e, como decorrência, essas comissões não assumiram plenamente o seu papel no processo de descentralização previsto no *Pacto pela Saúde*.

Outro ponto avaliado tem vínculo com a operacionalização dos processos de Regionalização. Constatou-se que existe um processo heterogêneo de revisão dos Planos Diretores de Regionalização (PDR) e dos Planos Diretores de Investimento (PDI) nos estados.

Destacou-se, também, que apesar do Plano de Saúde e do Relatório de Gestão serem reconhecidos como os principais instrumentos do sistema de planejamento do SUS, as evidências apontam que em sua maioria, não têm sido atualizados regularmente, e quando são feitos, na maioria das vezes não guardam consonância com os TCG.

Com relação à Programação Pactuada e Integrada (PPI) foram identificadas dificuldades para operar os parâmetros assistenciais definidos, tendo em vista que eles ainda não estão conectados com o processo de pactuação dos termos de compromisso de gestão, e as ações de vigilância em saúde ainda não estão incluídas na PPI. No que se refere aos mecanismos de gestão regional, um dos pontos avaliados positivamente é a criação dos Colegiados de Gestão Regional, a partir do reconhecimento de regiões de saúde intraestaduais; porém, ainda com pouca clareza do seu papel e sua interlocução com as CIB. Vale destacar que, na avaliação feita, ainda são incipientes os avanços nas questões referentes à configuração das regiões interestaduais e de fronteira com outros países.

Por fim constatou-se que onde houve construção conjunta das Secretarias de Saúde, dos Conselhos de Secretarias Municipais e da participação da comunidade nos TCG, o processo de implantação do *Pacto pela Saúde* se deu de forma qualificada.

6 Pacto pela Saúde: uma possibilidade

Com a construção e a implementação do SUS, vive-se no Brasil uma façanha histórica na área da saúde. Ao mesmo tempo em que muitos países seguem o caminho da privatização e do sucateamento dos sistemas públicos de saúde, o Brasil resiste e mostra que é possível construir um sistema universal, integral e equitativo. Sabemos dos obstáculos que enfrentamos, desde a redemocratização, para que a saúde fosse um direito de todos e dever do Estado. No entanto, permanece o desafio da constante efetivação ou concretização desse direito. É isso que justifica a luta permanente da sociedade pelo direito humano à saúde. A efetivação do *Pacto pela Saúde* representa mais um grande esforço nesta direção.

É a partir dessa perspectiva que o *Pacto pela Saúde* deve ser analisado. Ele é um acordo que pretende garantir avanços no SUS. Entretanto, a simples pactuação, transformada posteriormente em portarias, não garante que as mudanças efetivamente ocorram.

Isso significa que o *Pacto* configura uma possibilidade de organizar, corrigir e qualificar um conjunto de questões que ainda impedem o funcionamento pleno do SUS, e de permitir o avanço na efetivação do direito humano à saúde. Mas é preciso estar atento para o risco de não se desenvolver uma pactuação burocrática/formal, pouco efetiva e não contributiva com o processo de reforma sanitária pela qual tanto lutamos no Brasil.

O que pode efetivamente garantir que essas mudanças ocorram será a organização e mobilização da comunidade para comprometer os profissionais e principalmente os gestores, que deverão implantar estratégias e realizar ações diversas no sentido de garantir os propósitos do *Pacto pela Saúde*.

O *Pacto*, por si só não passa de uma possibilidade que, por mais importante que seja para este momento, só será efetivada da forma como queremos, se criarmos as condições para tal.

Se isso é verdade, é importante fazermos um conjunto de esforços para multiplicarmos os debates sobre o novo *Pacto*, a fim de construirmos as condições de participação e pressão social.

Bibliografia

BOTH, Valdevir; BRUTSCHER, Volmir; KUJAWA, Henrique. *Direito à Saúde com Controle Social*. Passo Fundo: CEAP, 2003.

BOTH, Valdevir; et al. *Financiamento do SUS: A luta pela efetivação do Direito Humano à Saúde*. Passo Fundo: CEAP, 2005.

CARVALHO, Gilson. *Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde, 1988-2001*. São Paulo: [S.N.] 2002.

CARVALHO, Guido Ivan de; Santos, Lenir. *Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica da saúde (lei 8.80/90 e lei 8.142/90)*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

TATAGIBA, Luciana. *Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil*. In: DAGNINO, Evelina (Org). *Sociedade civil e espaço público no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

VASCONCELOS, Eymar Mourão. *Educação Popular em tempos de democracia e pós-modernidade: uma visão a partir do setor saúde*. In: COSTA, Marisa Vorraber (org). *Educação Popular Hoje*. São Paulo: Loyola, 1998. p. 69-93.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Editora MS, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão*. Brasília: Editora MS, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Editora MS, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde*. Brasília: Editora MS, 2006.

BRASIL, Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 2006.

BRASIL, Congresso Nacional. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>>. Acesso em 04/01/2007.

BRASIL, Congresso Nacional. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8142.htm>>. Acesso em 04/01/2007.

BRASIL. *Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS*. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/direducao/pacto_pela_saude_2006.pdf>. Acesso em: 18/09/06.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação do processo de adesão dos municípios, dos estados e do Distrito Federal ao Pacto pela Saúde e proposta de estratégias de ação tripartite*. In: II reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, Fevereiro de 2008, mimeo.

CAVALHO, A.L.B.C. et al.. *O Pacto pela Saúde e os desafios para a implementação da política de gestão estratégica e participativa*. Brasília, Série CONASEMS/CEBES, 2009, p. 46-61.

ANEXO - PORTARIA Nº 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006

Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e

Considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal de 1988, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando o art. 7º da Lei nº 8080/90 dos princípios e diretrizes do SUS de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando a necessidade de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS à luz da evolução do processo de pactuação intergestores;

Considerando a necessidade do aprimoramento do processo de pactuação intergestores objetivando a qualificação, o aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de definição de compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Considerando o compromisso com a consolidação e o avanço do processo de Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS;

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada no dia 26 de janeiro de 2006; e

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS, na reunião do Conselho Nacional de Saúde realizada no dia 9 de fevereiro de 2006,

RESOLVE:

Art. 1º Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, na forma do Anexo I a esta portaria.

Art 2º Aprovar as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, na forma do Anexo II a esta Portaria.

Art. 3º Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica – NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA



Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP
Rua Independência, nº 95, sala 2 – Caixa Postal: 576
99010-040 – Passo Fundo – RS
Fone: (54) 3313 6325
ceap@ceap-rs.org.br
www.ceap-rs.org.br

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.