

Alessandra Schneider
Ana Maria Miranda
Henrique Kujawa
Jair Andrade
Valdevir Both
Volmir Brutscher

Pacto pela Saúde
possibilidade ou realidade?

Passo Fundo
IFIBE/CEAP
2007

© 2007 - Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP e Fórum Sul da Saúde (PR, SC e RS)

Texto: Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP

Elaboração: Ana Maria Miranda, Alessandra Schneider, Henrique Kujawa, Jair Andrade, Valdevir Both e Volmir Brutscher

Colaboração: Gilson Carvalho

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

Editor: Irio Luiz Conti

Revisão de Texto: Deborah Matte

Ilustrações: Leandro Bierhals

Diagramação, Impressão e Acabamento: Gráfica Berthier

Apoio: Misereor e Manos Unidas

Pedidos para

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

E-mail: ceap@ceap-rs.org.br e saude@ceap-rs.org.br

www.ceap-rs.org.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C333a Centro de Educação e Assessoramento Popular
Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade? –
Passo Fundo: IFIBE, 2007.
Nº 48p.

ISBN 978-85-99184-24-0

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

CDU 316.4

Catalogação na Fonte: Thiago Ribeiro Moreira CRB 10/1610

2007

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

SUMÁRIO

1. Apresentação	5
2. O Contexto de Surgimento do Pacto pela Saúde	7
2.1. O <i>Pacto pela Saúde</i> e a Reforma Sanitária Brasileira	7
2.2. O Pacto pela Saúde e as Novas Exigências do SUS	9
3. Entendendo o Pacto pela Saúde	10
4. Temas Estruturantes do Pacto pela Saúde	15
4.1 Atenção Básica	15
4.2 Regionalização e Hierarquização	19
4.3 Financiamento	24
5. A Participação da Comunidade no Exercício do Controle Social	29
6. O Processo de Construção e Transição do Pacto pela Saúde	33
6.1 Termo de Compromisso de Gestão	33
6.2 A Construção do Termo de Compromisso Municipal	34
6.3 Regras de Transição	39
7. Pacto pela Saúde: Ainda uma Possibilidade	41
Bibliografia	43
Anexo A - Portaria N° 399/Gm De 22 De Fevereiro De 2006	45
Anexo B - Termo Do Limite Financeiro Global Do Município	47



1. APRESENTAÇÃO

Esta cartilha, elaborada pelo CEAP a partir da sua atuação com os fóruns de saúde, é uma reflexão sobre a importância de organização e mobilização dos sujeitos sociais populares, tendo em vista a implantação do **Pacto pela Saúde**.

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.

Os *Fóruns de Saúde* surgiram no início desta década a partir da reflexão e da ação de diversas organizações populares que nos anos 90 atuavam no controle social das políticas públicas de saúde. Eles resultaram da necessidade de ampliar e qualificar a participação da comunidade na gestão do SUS. O objetivo da organização dos *fóruns* é reunir diversos sujeitos sociais populares que, com suas diferenças e especificidades, se encontram comprometidos com a saúde pública e buscam aprimorar a elaboração de políticas e de estratégias de atuação em saúde, de forma articulada.

Se não fosse a mobilização popular, com o apoio técnico e político de profissionais, o SUS certamente não estaria sendo efetivado na contra-mão da histórica tendência neoliberal de privatização e precarização dos sistemas públicos de saúde. É a organização e a luta popular que fazem a diferença no Brasil.

Atualmente a população brasileira sabe e reconhece a importância do SUS na efetivação do direito humano à saúde. Não há como ignorar os dados:

- são milhões de procedimentos primários, consultas, exames, internações, partos e
- milhares de transplantes;
- em torno de 80% dos brasileiros/as se beneficiam exclusivamente do SUS na atenção à saúde;
- 100% da população se beneficia das ações coletivas como de vigilância sanitária e epidemiológica (vacinas e controle de epidemias).

... 5 ...

O SUS é reconhecido como um dos melhores sistemas de saúde do mundo. Por outro lado, ainda há muito para se melhorar:

- a cobertura da atenção básica, especialmente através da Saúde da Família;
- o acesso à alta e média complexidade;
- a organização da referência entre os serviços;
- a assistência farmacêutica.

Para isto poder acontecer também é preciso aumentar os recursos para o Sistema e aplicá-los com mais cuidado.

Para contribuir na superação desses problemas, está sendo implantado o **Pacto pela Saúde**. Este é um acordo com pretensão de qualificar um conjunto de questões que ainda são entraves no funcionamento do SUS, mas que vai precisar da participação da comunidade para ser efetivado e não correr o risco de ser apenas uma boa intenção. Apostamos na garra da sociedade para participar acompanhando e exigindo o comprometimento dos gestores com o desafio de tornar o *Pacto* uma realidade. E esta cartilha pretende ser uma ferramenta que contribua neste sentido.

A cartilha **Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade?** não reproduz o conteúdo do **Pacto pela Saúde** e nem pretende ser uma interpretação analítica aprofundada, mas sim, oferecer uma leitura reflexiva e explicativa. Ela se propõe a alertar e mobilizar a comunidade para transformar o *Pacto* – hoje uma possibilidade - em realidade. Para tanto, ela aborda as seguintes temáticas:

- o contexto do surgimento do *Pacto*;
- suas dimensões;
- os temas estruturantes (Atenção Básica, Regionalização/Hierarquização e Financiamento);
- a participação da comunidade no exercício do controle social da saúde;
- o processo de construção e transição e
- o *Pacto* enquanto possibilidade.

Esperamos que esta cartilha contribua no fortalecimento dos sujeitos sociais populares que lutam pelo direito humano à saúde. Uma luta que neste momento passa, centralmente, pela efetivação do **Pacto pela Saúde**.

Boa leitura e atuação!

∴ 6 ∴

2. O CONTEXTO DE SURGIMENTO DO PACTO PELA SAÚDE

2.1. O *Pacto pela Saúde* e a Reforma Sanitária Brasileira

Você já deve ter ouvido falar sobre o novo **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. Semelhante a outros pactos, o objetivo principal deste é avançar na implantação dos princípios constitucionais referentes à saúde no Brasil.

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 merecia ser. Primeiro, porque os interesses neoliberais buscam transformar nosso direito à saúde em mercadoria geradora de lucro. Para isso, muita gente atua sistematicamente 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 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 de etnia ou classe social;
- é integral, ou seja, temos ações de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- é equitativo, possui 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, mas os números mostram que avançamos muito.

... 7 ...

Por exemplo:

- a) o SUS tem hoje uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e aproximadamente 6 mil unidades hospitalares, somando mais de 440 mil leitos;
- b) o SUS garante anualmente cerca de:
- 12 milhões de internações hospitalares;
 - 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde;
 - 150 milhões de consultas médicas;
 - 2 milhões de partos;
 - 300 milhões de exames laboratoriais;
 - 132 milhões de atendimentos de alta complexidade;
 - 14 mil transplantes de órgãos.
- c) o Brasil é o segundo país no mundo em número de transplantes;
- d) a política de atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS pelo SUS é reconhecida mundialmente;
- e) possui um efetivo sistema de vacinação que vem combatendo e erradicando várias epidemias.

Frente a estes números, cabe uma pergunta: a saúde no Brasil, considerando-se o total da população, era melhor antes ou depois da construção do SUS?

Os dados parecem não deixar dúvidas sobre os avanços da saúde pública no país nos últimos 15 anos. E isso deve ser motivo de orgulho para todos os brasileiros.



∴ 8 ∴

2.2. O Pacto pela Saúde e as novas exigências do SUS

Tanto a implantação quanto a consolidação desta nova política pública de saúde vem exigindo um esforço muito grande da sociedade organizada. Isso prova que o SUS ainda enfrenta problemas. Considerando-se que os seus princípios e diretrizes devem permanecer da forma como foram propostos na Constituição, vemos que as normatizações apresentam limites que impedem avanços estruturais. Convivemos com muitas regras e algumas delas ultrapassadas e até contraditórias. Os gestores e as lideranças que atuam no controle social perdem-se, em muitos casos, numa burocracia que parece não ter fim, ou convivem com um sistema de normas inaplicável à sua realidade, dificultando assim a implantação do SUS. Além disso, as diversas experiências de hierarquização e descentralização demonstram que há problemas e indicam 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 do Congresso do CONASEMS, realizado em 2004, o que resultou em profunda análise do SUS no contexto pós-NOBs.

Esses diferentes debates demandaram a criação de uma nova proposta de pactuação sobre o funcionamento do SUS. Tratou-se, primeiramente, de um diálogo iniciado há mais de dois anos entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) sobre suas respectivas responsabilidades. 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***.

... 9 ...

3. ENTENDENDO O PACTO PELA SAÚDE

É fundamental reafirmar que o novo acordo busca preservar os princípios do SUS previstos na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde. O próprio *Pacto* prevê estratégias que afirmam esses princípios. É a partir deles que se construiu uma pactuação que contempla três grandes áreas:

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

No início do processo, o debate estava centrado somente na gestão do SUS. Entretanto, os acúmulos posteriores indicavam a importância de se ampliar a discussão e a pactuação para uma visão mais integral. Embora atualmente o *Pacto pela Saúde* contemple essas três dimensões separadamente, a perspectiva é que ainda em 2007 tenhamos um único *Pacto*.

O **Pacto pela Vida**, tem como foco central o estabelecimento de um conjunto de prioridades sanitárias a serem assumidas pelos gestores das três esferas. As prioridades são apresentadas em forma de metas nacionais, estaduais, regionais e municipais. Elas se originam a partir da realidade específica de cada gestão.

Para 2006, foram pactuadas nacionalmente seis prioridades:

1. saúde do idoso;
2. controle do câncer do colo de útero e da mama;
3. redução da mortalidade infantil e materna;
4. fortalecimento das capacidades de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
5. promoção da saúde;
6. fortalecimento da atenção básica

Essas prioridades buscam enfrentar os principais problemas de saúde que assolam o país, os estados, as regiões e os municípios. Definidas as prioridades nacionais, os estados e municípios constroem as suas a partir do contexto local. Entretanto, é importante que as prioridades não focalizem algo que já é parte do cotidiano do

::: 10 :::

sistema, como por exemplo, a vacinação. Ela deve continuar sendo feita com qualidade, mas não necessariamente precisa constar como prioridade porque já faz parte da cultura dos gestores, conselheiros e cidadãos.

A importância do Pacto pela Vida é a definição e vinculação de recursos financeiros para essas prioridades. Uma vez acordadas, é preciso definir recursos orçamentários, para que elas não passem de boas intenções.

Para que essas prioridades expressem a realidade nacional, estadual, regional e municipal, devem estar em profunda consonância entre si. Isso não significa, por exemplo, que as metas nacionais sejam uma imposição ao município. Com o *Pacto* o objetivo 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 Saúde”.

O **Pacto em Defesa do SUS** tem como objetivo discutir o sistema a partir dos seus princípios fundamentais. Pode-se dizer que se trata de repolitizar o debate em torno do SUS para reafirmar seu significado e sua importância para a cidadania brasileira. Ele 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 diferentes interesses, é fundamental que a sociedade compreenda a importância da política pública para a efetivação dos direitos.

Diferente do que já aconteceu com o **Pacto Pela Vida** e o **Pacto de Gestão**, o **Pacto em Defesa do SUS** ainda não foi regulamentado, mas suas diretrizes operacionais foram pactuadas e 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.

∴ 11 ∴

- 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 famosa *Carta dos Direitos dos Usuários do SUS*, um instrumento importante para a mobilização e controle social;
- 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 aumentado seus recursos orçamentários e financeiros;
- 3) A terceira grande frente, que diz respeito à ampliação do diálogo com a sociedade, será abordada no quinto capítulo.



Sobre o **Pacto em Defesa do SUS**, temos duas observações a destacar. Primeiro, devemos evitar discutir políticas para este ou aquele governo. O que se procura, no caso do financiamento, é construir uma política de Estado 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 à esta pasta. O financiamento das ações e serviços da saúde não pode depender da benevolência deste ou daquele gestor.

A outra observação que consideramos importante destacar é a tensão gerada entre os diversos segmentos envolvidos, durante a construção deste item do *Pacto*. Nem todos concordaram com o conteúdo do mesmo, a tal ponto de ainda não ter sido regulamentado. As perguntas que a sociedade deve fazer são: “Quais os motivos que vêm impedindo essa regulamentação?” “Qual o problema de se defender com todas as letras o SUS como projeto político?” A lição que se tira desse processo é que precisamos estar alertas, pois nem todos que dizem defender o SUS o querem de fato. Por isso, é fundamental que os agentes do controle social se mobilizem para regulamentar esse **Pacto em Defesa do SUS**.

O **Pacto de Gestão do SUS** é a terceira 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 está em radicalizar os princípios da regionalização e hierarquização - hoje um dos maiores desafios do SUS. O sistema ainda convive, em muitos casos, com uma lógica arcaica, centralizada, e que não permite o pleno e qualificado acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde.

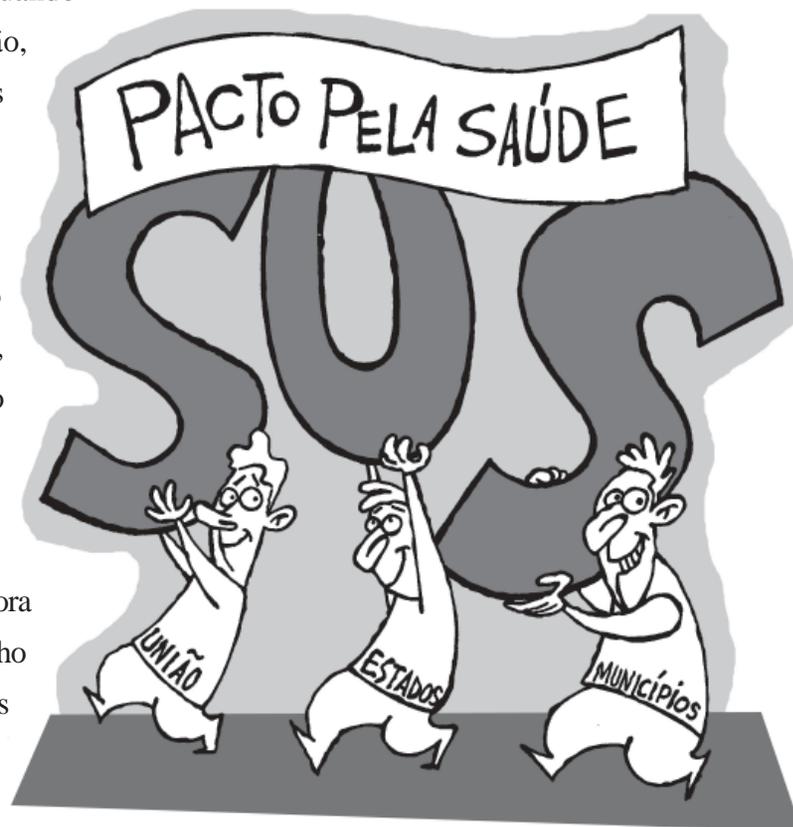
Da mesma forma, o **Pacto de Gestão do SUS** definiu com maior clareza as responsabilidades de cada esfera de governo. Com certeza, todos convivemos com o chamado “empurra-empurra” (descumprimento de pactuações) entre os gestores, que aumentam cada vez mais as tensões para ver de quem é a responsabilidade 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 ficaram melhor definidas.

Outro aspecto que deve ser ressaltado no **Pacto de Gestão do SUS** é o esforço de reconhecer que o controle social tem importância estrutural na gestão do SUS. Já passou o tempo em que o gestor centralizava todas as decisões sobre a saúde. Para que o controle social tenha melhores condições de atuação, o *Pacto* propõe um conjunto de ações. A título de exemplo, uma das maiores dificuldades atuais dos conselhos é ter estrutura para realizar seu trabalho. Além dos gestores muitas vezes desrespeitarem as deliberações, ainda inviabilizam a atuação dos conselheiros quando não apóiam ações formativas, quando se recusam a liberar recursos para viagens e hospedagem para conselheiros em eventos importantes, quando não viabilizam sala

∴ 13 ∴

com telefone para o conselho trabalhar, quando negam veículos para ações de fiscalização, etc. O *Pacto*, reconhece o dever dos gestores de destinar maior orçamento para o exercício do controle social.

No entanto, é preciso dar eco a uma crítica feita no Brasil inteiro sobre o processo de construção do *Pacto pela Saúde*. Se, por um lado, ele se propõe a potencializar o controle social, por outro, os gestores envolvidos na sua construção não conseguiram dialogar substancialmente com todos os segmentos do controle social. Embora o texto final tenha sido aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, poucos foram os debates públicos em 2004, 2005 e 2006 que possibilitassem aos movimentos, às organizações e aos conselhos do país inteiro colocar em pauta suas idéias, posições e perspectivas sobre tão importante assunto. O *Pacto* propõem-se a potencializar o controle social, mas a forma como ele foi desencadeado inicialmente deu a impressão de não estar coerente com o seu propósito.



4. TEMAS ESTRUTURANTES DO PACTO PELA SAÚDE

Até aqui, fizemos uma retomada sobre o processo de construção do *Pacto da Saúde*, apresentando e analisando suas três dimensões: **Pacto pela Vida**, **Pacto em Defesa do Sus** e **Pacto de Gestão**.

Além disso, 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 gestão 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 de 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 Hierarquização** e **Financiamento**.

4.1 Atenção Básica

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

No âmbito do SUS, a Atenção Básica envolve ações que se relacionam com aspectos coletivos e individuais. Ela busca resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população. Para isso, os

∴ 15 ∴

profissionais de saúde constituem equipes que trabalham seguindo os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade. Estes profissionais também devem estar atentos para a acessibilidade, a coordenação, o vínculo, a continuidade, a humanização, a responsabilização e a participação social.

A Atenção Básica deve ser a porta de entrada do cidadão ao Sistema, garantindo assim o seu acesso. Por isso ela é tão importante para a organização geral de 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 principal estratégia o fortalecimento da Saúde da Família, que é importante para a ampliação e a promoção da integralidade. A 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.

Esse novo papel da Saúde da Família fará ela mudar de 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 adscritos num território definido e sob os cuidados de uma equipe de saúde.

Ainda sobre a Saúde da Família, o *Pacto* reafirma que as equipes sejam formadas, no mínimo, por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Todos os integrantes da equipe mínima devem ter

jornada de trabalho de 40 horas semanais. Conforme a necessidade, a equipe pode ser ampliada com horas de trabalho de outros profissionais, como, por exemplo, dentistas e psicólogos. Vale lembrar o esforço do *Pacto* para que os profissionais tenham boas condições de trabalho e salários condizentes com a profissão. Por outro lado, cabe a eles atender bem o cidadão, cumprir integralmente a carga horária contratada e, juntamente com as lideranças locais, cuidar das questões relacionadas à saúde da comunidade, como, por exemplo, o destino do lixo. Aliás cumprir a carga horária deveria ser óbvio, mas não é. Muitos profissionais ainda acham que o seu compromisso é atender um número “x” de consultas. O dever de fazer cumprir a carga horária é do gestor municipal. Quando o gestor não o faz, o Conselho de Saúde deve exigir que o faça.

Todos devem lutar para que o trabalho do profissional da saúde seja valorizado, mas não podemos aceitar que alguém trabalhe menos do que foi contratado, às custas do dinheiro público.

O *Pacto* também define claramente as principais responsabilidades de cada esfera de governo. Se a União (esfera federal) tem a responsabilidade de elaborar as diretrizes da política nacional de Atenção Básica em Saúde, ao Município cabe definir e implantar o modelo de Atenção Básica em seu território. 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 o Controle Social

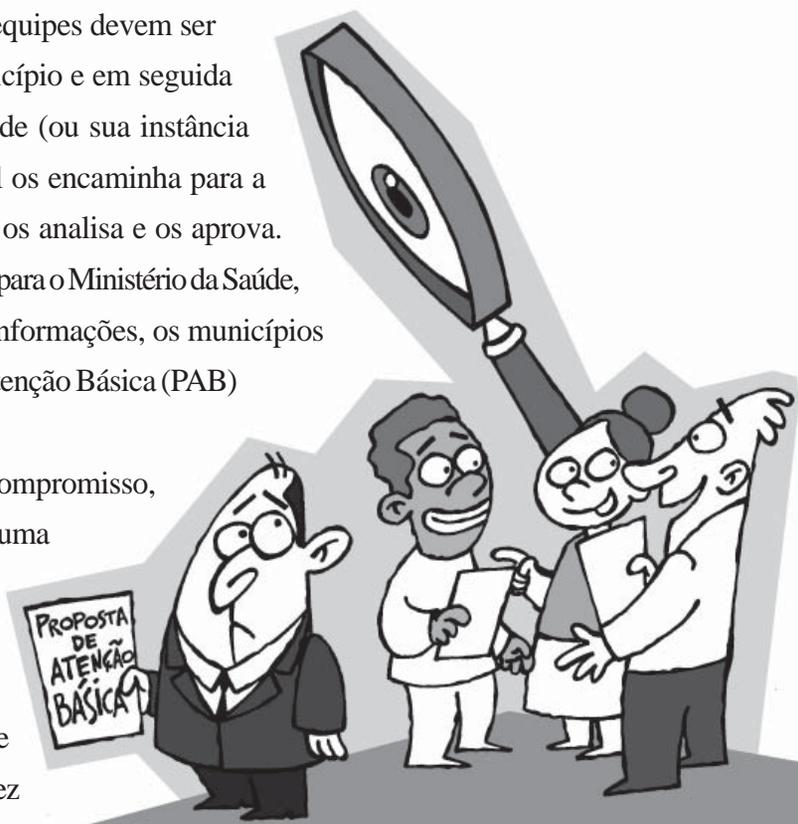
O *Pacto*, no que se refere à implantação da política de Atenção Básica, recomenda que os gestores municipais aumentem gradativamente as Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de Agentes Comunitários de Saúde. Essa proposta deve seguir a regulamentação estadual aprovada pela Comissão Intergestores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

∴ 17 ∴

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 os 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.

Da mesma forma como no Termo de Compromisso, que veremos no próximo capítulo, aqui existe uma crítica de diferentes sujeitos do controle social em relação ao fluxograma de construção. Depois que o Conselho aprova, é encaminhado para a Secretaria Estadual e para a CIB que podem modificar a proposta sem voltar outra vez para o Conselho. A crítica aponta a necessidade de garantir o diálogo e o poder deliberativo do Conselho até a fase final.

As lideranças que fazem o controle social devem estar atentas 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.



4.2 Regionalização e Hierarquização

A Saúde como direito de todos exige do SUS ações que garantam a universalidade do acesso. Nos 16 anos de história do Sistema Único de Saúde avançamos muito neste sentido.

A municipalização, ao atribuir aos municípios um papel central no planejamento e na execução das ações e serviços de saúde, contribuiu para que cada local pudesse diagnosticar e responder às suas necessidades.

A Atenção Básica, tendo como estratégia a Saúde da Família, possibilitou a ampliação da promoção e da garantia do acesso aos serviços em cada município. A implementação progressiva da regionalização, mesmo aquém do necessário, estimulou a articulação entre os pequenos municípios para organizarem os serviços de média e alta complexidade, garantindo assim maior acessibilidade.

Contudo, estes serviços de média e alta complexidade são ainda um dos grandes estrangulamentos que dificultam o acesso universal do cidadão ao SUS. Isso acontece por vários fatores:

- a) a maioria dos municípios não têm estrutura própria para atender esta 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) o setor privado é predominante na oferta destes serviços e disponibiliza ao sistema um número menor do que a demanda necessária (um pouco por causa da baixa remuneração do SUS). Isso acaba sendo estratégico, pois cria filas de espera forçando a população a pagar pelo atendimento;
- d) 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 e a “ambulancioterapia”, que é uma prática comum de transportar os cidadãos para os municípios maiores onde há oferta privada destes serviços. Nestes casos, é comum a necessidade do pagamento por estes serviços, inclusive, porque muitos municípios, ao invés de organizar a regionalização (pactuação e encaminhamento),

∴ 19 ∴

optam por estimular a famosa consulta social para especialistas. Neste caso, os gestores municipais fazem acordos com clínicas, profissionais ou hospitais que cobram das pessoas um preço um pouco menor do valor de mercado e o gestor canaliza toda a sua demanda para lá. Por mais que essa prática pareça, para alguns, uma boa alternativa, ela é nociva. Além de ser ilegal, ferindo o princípio da gratuidade, transfere a responsabilidade do gestor para o usuário.

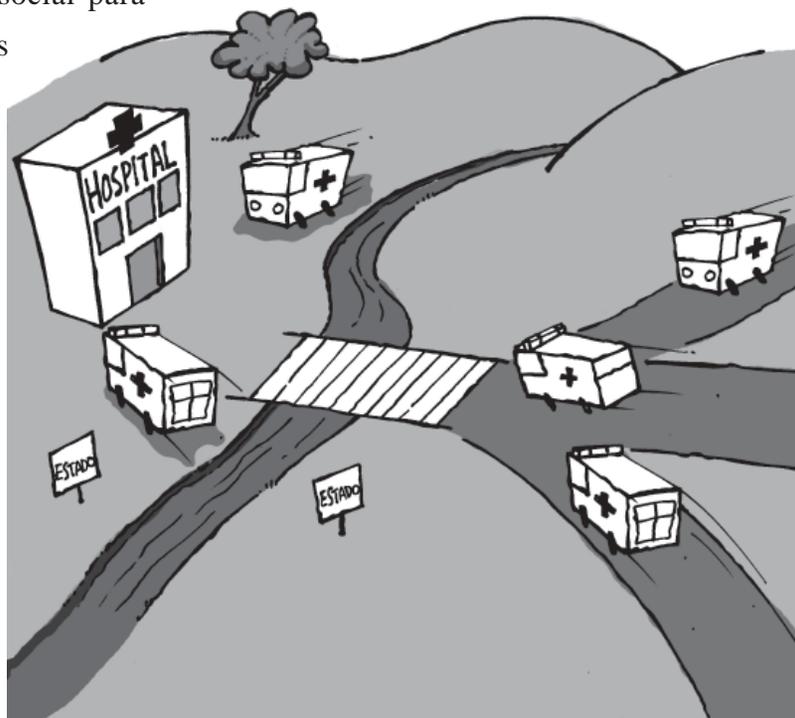
Este problema tem solução? Só se houver uma pressão social para que os gestores elaborem uma solução conjunta, buscando criar uma estrutura articulada entre os diversos municípios para atender a demanda. É o que procura

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 da 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 têm direito ao acesso a esse tratamento de forma gratuita, 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;



::: 20 :::



c) interestaduais: formada por municípios de estados diferentes;

d) fronteiriças: formada por municípios brasileiros e de outros países.

Essas regiões sanitárias 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 que a regionalização se efetive, em vista da garantia do acesso, equidade e integralidade do Sistema, é necessário um processo qualificado de planejamento. Os municípios, apoiados pelo Estado e União e junto com o controle social, devem se empenhar para que ele seja organizado levando em conta suas características geográficas, epidemiológicas, etc.

O *Pacto* reafirma no processo de planejamento a importância do Plano Municipal de Saúde, do Relatório 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 de Gestão** são os principais instrumentos do planejamento dos municípios. Eles devem traduzir a realidade da saúde no município, apontando os principais problemas e as ações para resolvê-los. O Plano não deve ser apenas um documento bem feito para se pôr na gaveta, mas deve servir de referência para a gestão e para o controle social. Sua avaliação deve ser feita a partir do Relatório de Gestão. Esses dois instrumentos - Plano Municipal e Relatório de Gestão, são fundamentais para avançar na organização e no funcionamento do SUS.

O **Plano Diretor de Regionalização (PDR)** é o desenho das diversas regiões sanitárias de um estado. Observando o mapa 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 esse desenho deve ser também resultado de um acordo entre os municípios envolvidos e deve se articular à PPI.

A **Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI)** é o planejamento

dos serviços de uma região, ou seja, é o diagnóstico e a definição do

que o município precisa e pode ofertar para que seus

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 e recebe por

isso. Mas é importante repetir: “o

serviço nunca deve ser cobrado do

cidadão!”

O **Plano Diretor de**

Investimento (PDI) é a pactuação

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 previsto no **Pacto de Gestão** a criação de um **Colegiado de Gestão Regional**. 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.

Este colegiado deve ser composto por todos os gestores de uma determinada região. Quando isso não for possível imediatamente, é necessário estabelecer um cronograma onde esteja prevista a inserção de todos. É neste colegiado que deve ser construída a PPI e o PDI, e definidas as prioridades e as estratégias do atendimento de todas as demandas por serviços de saúde. Essas definições devem estar de acordo com os Planos Municipais de Saúde.

A Regionalização e o Controle Social

No processo de regionalização, o controle social tem um papel fundamental: garantir que este processo se efetue de acordo com os princípios do SUS. Se há muitos gestores comprometidos 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 se apropriar 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 Municipal da 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 os agentes do controle social acompanhem sistematicamente esse processo da regionalização: não existe um espaço regionalizado de controle social que possa deliberar sobre a organização regional. Em estados como o RS, já existem os Conselhos Regionais de Saúde, mas eles não condizem necessariamente com as futuras Regiões da Saúde. Assim, mesmo que os conselhos estaduais tenham esse papel, será difícil acompanhar e deliberar cotidianamente sobre cada região, ficando prejudicado o exercício do controle social.

Acreditamos que o controle social deva qualificar sua participação 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. O controle social deve ser o ‘grilo chato’ que insiste sempre para que seja levado em conta todo o conhecimento acumulado na história do SUS.

4.3 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

::: 24 :::

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. E 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.

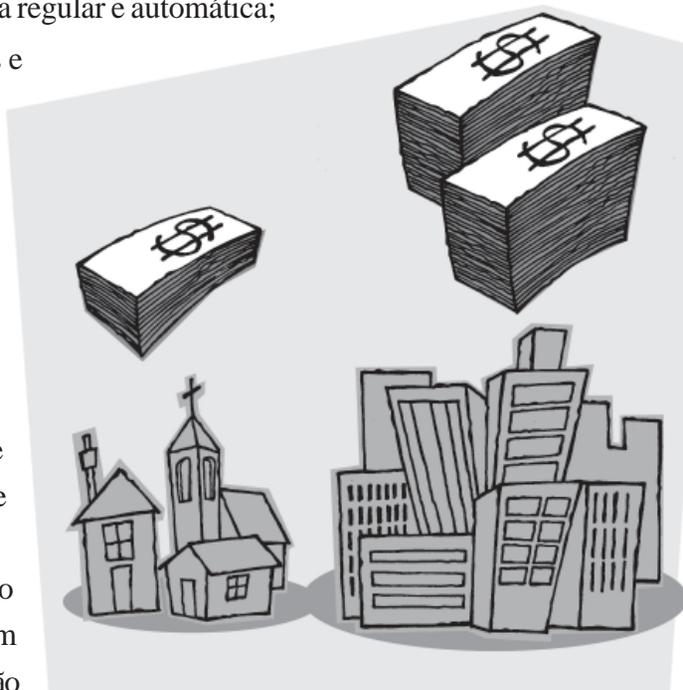
Já a Lei 8.142/90 complementa o processo de financiamento estabelecendo que:

- 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 se reduziu recursos de outras fontes.

Foram construídos caminhos para burlar a Constituição e a lei, e a saúde foi perdendo dinheiro. Gastou-se também muito com ações que não são específicas da área. A corrupção com o dinheiro da saúde nos acompanha desde sempre. Recentemente vivemos o escândalo dos sanguessugas que desviou muito dinheiro para um bando de corruptos. Há também o repasse do dinheiro por parte da União a estados e municípios por um conjunto de programas que também burlam 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.

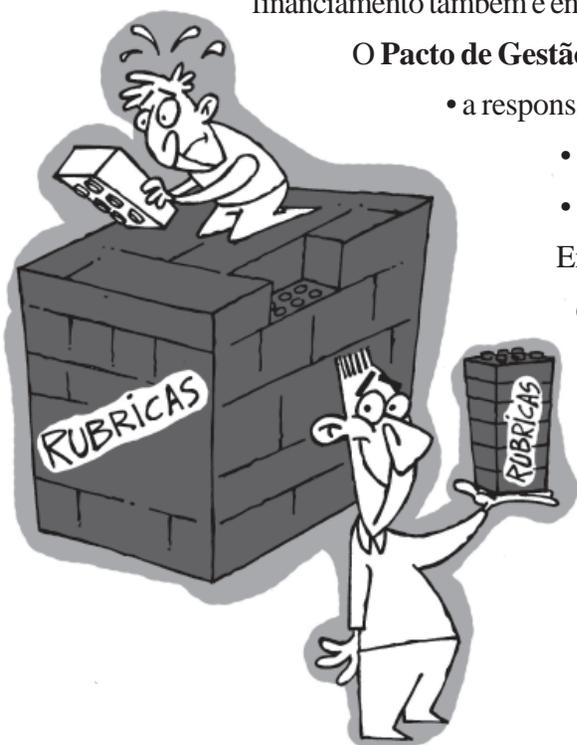
O **Pacto pela Saúde** enfatiza o tema do financiamento no **Pacto em Defesa do SUS**, propondo um processo de mobilização pela regulamentação da EC-29 e pelo aumento dos recursos para o SUS. No **Pacto de Gestão** o financiamento também é enfatizado, conforme podemos verificar a seguir.

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 recurso federal será organizado e transferido em blocos, para:

- a) atenção básica;
- b) atenção de média e alta complexidade;
- c) vigilância em saúde;
- d) assistência farmacêutica;
- e) gestão do SUS.



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 à prática existente.

Outra mudança importante diz respeito ao Limite Financeiro Global dos Municípios, Estados e Distrito Federal. A portaria 699/GM, de 30 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. 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.

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 leis maiores do que esta, inclusive a própria Constituição, já foram desrespeitadas. Para além dessa dúvida, 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 principalmente a média e a alta complexidade estão extremamente estranguladas. Por fim, sobre o repasse fundo a fundo, também resta uma lacuna, na medida em que o *Pacto* o define como uma “modalidade preferencial” e não obrigatória.

O Financiamento do SUS e o Controle Social

Ao exercício do controle social 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

... 27 ...

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 efetuados 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 profundamente articulado ao planejamento regional que se efetiva na relação com outros municípios. Uma vez definido a origem e destino do recurso, o controle social tem a tarefa de fiscalizar a execução orçamentária, tendo em vista uma saúde de qualidade para todos e todas.

5. A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL

Quando o Movimento pela Reforma Sanitária construiu a proposta do SUS, partia 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 tivéssemos os conselhos de saúde garantidos em Lei como instâncias institucionalizadas de proposição e controle social.

Passados todos esses anos de SUS, 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.



Por outro lado, podemos compreender a importância da participação da sociedade no 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 onde o gestor resiste em discutir com a sociedade o quê e como fazer. Pior: há casos em que o gestor ainda faz 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

... 29 ...

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, cujo papel é realizar o controle social. Por isso o SUS representa um passo importante para a radicalização da democracia no país.

Os espaços de participação formal como os Conselhos não nasceram de uma mágica. São frutos do próprio processo de participação e organização social. Isso deixa a convicção de que a participação e a capacidade de mobilização e pressão são os motores das mudanças estruturais na saúde. Entretanto, a participação não pode se resumir à atuação em conselhos e conferências. (Inclusive, 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 os Conselhos não esgotam a participação da comunidade no SUS. 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.

Para o Fórum Sul da Saúde e o CEAP esse reconhecimento é importante porque complementa um processo organizativo iniciado há muitos anos nos três estados do sul do Brasil e que, recentemente, está começando a se articular com a luta pela saúde realizada no Nordeste. Mas é fundamental considerarmos dois aspectos:

- 1º) Não podemos perder de vista a importância dos conselhos como espaços legítimos e deliberativos do SUS. Nesse sentido, reconhecer outras formas de participação não significa criar outras instâncias de deliberação aos moldes dos conselhos.

::: 30 :::

2º) A sociedade organizada deve ter completa autonomia e espaços próprios para construção de 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 o *Pacto*:

- a) apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento, para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis;
- b) apoiar o processo de formação dos conselheiros;
- c) estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde;
- d) apoiar os processos de educação popular na saúde para ampliar e qualificar a participação social no SUS;
- e) apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos municípios e estados, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS;
- f) apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do *Pacto*.



Mais uma vez podemos nos perguntar:

Será que isso é uma novidade?

É claro que não!

Com a normatização anterior, já se tinha possibilidade de realizar essas ações. O que o *Pacto pela Saúde* procura fazer é explicitar e ampliar essas possibilidades.

... 31 ...

Procura, inclusive, definir claramente as responsabilidades dos gestores no trato desta questão e incide para que eles estabeleçam um cronograma para implantar ações que ainda não realizam (detalhado no próximo capítulo).

O *Pacto*, é uma possibilidade para avançarmos no SUS e no fortalecimento do controle social. Mas é tarefa de todos 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 mostrar, temos um papel enorme em todos os itens tratados pelo *Pacto*. Mas temos também um desafio enorme que é fortalecer e qualificar nossa ação para além deste *Pacto*. Dessa forma, teremos mais condições de apontar os limites intrínsecos a ele 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”.

6. 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 os agentes do controle social cumpram com o seu papel estabelecido pelo *Pacto*? Por onde começar?

6.1 Termo de Compromisso de Gestão

Em 30 de março de 2006, o Ministro da Saúde assinou a portaria nº 699/GM que deu seqüência ao processo de implantação do **Pacto pela Vida** e do **Pacto de Gestão**.

Um dos objetivos desta portaria foi definir as diretrizes operacionais e os desdobramentos para o processo de gestão do SUS. Ela definiu também como seria a transição e o monitoramento destes pactos, dando unidade aos processos de pactuação de indicadores e metas.

A principal definição desta portaria foi o **TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO**.

Trata-se de uma espécie de contrato que os gestores assinam, constando todas as suas responsabilidades no tocante às ações e serviços de saúde. É um contrato porque os gestores devem ser sujeitos de todo um processo de discussão das suas responsabilidades com as outras esferas, sem que ninguém defina autoritariamente suas obrigações. Claro que esse processo



... 33 ...

sempre pressupõe a vigência dos princípios e diretrizes do SUS. O termo trata apenas como os princípios serão implantados dentro dos contextos específicos.

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.

O prazo inicial para adesão dos estados, Distrito Federal e municípios foi de nove meses após a publicação desta portaria, portanto, até 30 de dezembro de 2006. No entanto, este prazo está sendo prorrogado para que o processo possa acontecer de forma democrática e convincente.

6.2 A construção do Termo de Compromisso Municipal

Já dissemos acima que os Termos de Compromisso de Gestão, tanto de estados, Distrito Federal e dos municípios irão substituir os atuais processos de habilitação ao SUS. Dissemos também, que todos os municípios terão responsabilidades básicas das quais não podem abrir mão em nenhuma hipótese a partir do *Pacto*. Isso não significa que todos os municípios devem ou consigam dar conta dessas atribuições imediatamente. Entretanto, devem pactuar um cronograma que mostre ‘como’ e ‘quando’ elas serão assumidas.

A partir dessas prerrogativas é que todos os Municípios 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 outros gestores (sejam municípios Estados e 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 uma fiscalização mais eficiente.

Para isso acontecer, é importante a participação do controle social já na construção do Termo. Afinal, caberá ao Conselho de Saúde aprovar a proposta.

::: 34 :::

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 no 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 deve contar com o apoio dos outros gestores municipais diretamente envolvidos 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.

A segunda premissa é:

A necessária relação entre o Termo de Compromisso e o Plano Municipal de Saúde.

O Termo não pode diminuir ou substituir o Plano de Saúde. Ao contrário, a perspectiva é que o Plano de Saúde e o Relatório de Gestão se efetivem como os únicos instrumentos de planejamento do SUS.

Neste sentido, o Termo é um meio para que o conteúdo do Plano de Saúde seja realizado. A construção do Termo requer um Plano de Saúde muito bem construído, que consiga identificar os problemas e apresentar soluções de curto, médio e longo prazo. Assim,



... 35 ...

estaremos contribuindo para evitar os famosos “planos de gaveta”, que são bem elaborados por alguns técnicos mas depois desconsiderados no cotidiano do fazer saúde.

O terceiro pressuposto é que:

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 que a sociedade brasileira vem construindo nos últimos tempos. Construir a política de Saúde junto com o Conselho não significa o gestor 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 ao controle social: buscar se apropriar dos eixos que compõem a estrutura do Termo e seu fluxograma de aprovação, para contribuir no debate e ter condições de votá-lo conscientemente.

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.

::: 36 :::

Cada um destes eixos é detalhado em diferentes ações e o Termo deve informar quais ações são realizadas 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 se aceita somente nos casos em que a complexidade do sistema local de saúde não permite a realização de uma responsabilidade ou numa 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 médio que ele mesmo irá propor, informando no Termo. Como exemplo, trazemos o modelo do Termo, citando as ações 4 e 6 do eixo 6, que trata das responsabilidades do município com a Educação na Saúde:

	REALIZA	NÃO REALIZA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
6.4 Todo município <u>deve</u> incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS				
6.6 Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem				

No caso da ação 6.4, o município é obrigado a implantar porque é precedida pela expressão **‘deve’**. Portanto, para preenchimento do Termo de Compromisso Municipal, é importante verificar a existência ou não da expressão **‘deve’**.

* Neste caso, se a ação 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 ação 6.6. Nesta, é possível a opção **‘não se aplica’** porque a ação não inicia com a expressão **‘deve’**. É o caso, por exemplo, de municípios onde não existem Escolas Técnicas. Neste caso, é claro que não pode existir a obrigatoriedade desta ação.

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.

Fluxograma para aprovação do Termo de Compromisso Municipal

Como já dissemos anteriormente, 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 Municipal de Saúde aprova o Termo. Depois disso não poderá mais haver alteração no município;
- 2º Passo: o Termo é encaminhado para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que reúne os representantes dos gestores municipais e do estado;
- 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.

::: 38 :::

4º Passo: depois da homologação na CIT, esta encaminhará o Termo ao Ministério da Saúde para publicação em portaria.

Obs.: A CIB e a CIT têm 30 dias, a partir da data do protocolo, para se manifestar.

Diversas avaliações em todo Brasil já apontaram questionamentos em relação a este fluxograma. A razão está no fato de que o Controle Social, após a aprovação do Termo no município, não participa mais e nem delibera sobre as alterações feitas tanto na CIB quanto na CIT. Frente a isso, duas possibilidades poderiam ser discutidas e adotadas:

- a primeira é o Conselho Municipal de Saúde voltar a analisar e deliberar se houver qualquer alteração nessas instâncias;
- a segunda seria os Conselhos Estadual e Nacional de Saúde analisarem e deliberarem nas respectivas esferas quando tiver alterações. Claro que isso exigiria uma consonância com o Conselho Municipal de Saúde do município em questão.



6.3 Regras de transição

Sempre que são propostas alterações estruturais na política pública da saúde, principalmente quando são revogadas leis anteriores, é fundamental que se tenha claro como será feita a transição da política anterior para a nova. No caso dos **Pactos de Gestão e pela Vida**, esse processo se fará da seguinte forma: Enquanto o município não assinar o Termo, fica mantido o seu atual formato de habilitação definida pela NOB SUS 96 e NOAS SUS 01/2002. Logo, a transição para o *Pacto* é automática, assim que o município fizer sua assinatura.

O prazo inicial para que os municípios assinassem o *Pacto* foi 30 de dezembro de 2006, mas este está

... 39 ...

sendo prorrogado conforme já mencionamos anteriormente. Mas como fica a situação do Município que não fizer a assinatura do *Pacto*? Terminado a prorrogação do prazo para a adesão, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) fará uma avaliação sobre a situação dos Municípios que não assinaram o Termo.

Por fim, reafirma-se a importância de acompanhar sistematicamente o processo.

Muitos devem estar se perguntando: o *Pacto* não significa aumentar a burocratização no SUS, de modo que, quando nos apropriamos do conteúdo das NOBs/NOAS, novamente fazemos mudanças que dificultam a participação e fiscalização?

Entendemos que esta preocupação é legítima. Mas, entendemos também, que o *Pacto pela Saúde* é uma possibilidade de avançarmos num conjunto de questões travadas no SUS. Se está perto ou longe do que deveria ser, tudo isso é passível de debate.

7. PACTO PELA SAÚDE: AINDA 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 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 desafio.

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 transformações efetivamente ocorram.

Esta é a nossa compreensão e posição em relação ao Pacto pela Saúde: ele é uma pretensão e, portanto, uma POSSIBILIDADE de organizar (corrigir e qualificar) um conjunto de questões que ainda travam o funcionamento do Sistema, e de permitir o avanço na efetivação do direito humano à saúde. Mas é preciso estar atento para o risco (à exemplo da NOAS e tantos outros documentos) de não passar de uma pactuação formal, sem ter efetivação, e não contribuir para as mudanças necessárias à reorganização e à qualificação do SUS.

O que pode efetivamente garantir que essas mudanças ocorram será a organização e mobilização da comunidade em 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 na perspectiva que 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.

∴ 41 ∴

Sem informação e reflexão coletiva, o controle social não acontece. Sem a participação da comunidade, o Pacto pela Saúde não passará de uma possibilidade. Eis o nosso desafio: fazer com que a possibilidade se torne uma realidade, comprometendo todos os gestores, especialmente os do nosso município, todos os profissionais e os cidadãos em geral, com a efetivação do Pacto pela Saúde.



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 pública 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 nº8.142, 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.



ANEXO A - 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.

... 45 ...

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

Anexo B - Termo do Limite Financeiro Global do Município

Código _____

Município _____ UF _____

BLOCO	COMPONENTE	RECURSO FEDERAL*	RECURSO ESTADUAL DE CUSTEIO	RECURSO MUNICIPAL DE CUSTEIO
PAB ASSISTÊNCIA	Componente fixo (a)			
	Componente Variável (b)			
	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 alocados no FMS (j)	f - g - h - i		
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Componente básico (k)			
	Componente estratégico (l)			
	Componente excepcional (m)			
VIGILÂNCIA DE 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

... 47 ...

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

E-mail: ceap@ceap-rs.org.br e saude@ceap-rs.org.br
www.ceap-rs.org.br
www.fss.org.br
www.fsms.org.br

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