

Pactos 2006 inovam processos e instrumentos

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem enfrentado, desde a sua criação, desafios que se renovam a cada etapa de implantação e que são – pode-se dizer – permanentes. Durante o processo de descentralização do sistema, evidenciaram-se especificidades sociais, políticas e administrativas das regiões brasileiras, confirmando a inviabilidade de se imporem normas gerais a um país tão vasto e diverso como o nosso. Uma nação de dimensões continentais não comporta modelos de gestão demasiadamente voltados à fixação de conteúdos normativos, técnicos e processuais, que tendem a excessos em exigências e detalhamentos complexos. Para superarmos a fragmentação das políticas e programas de saúde, o caminho que hoje se coloca é a estruturação de uma rede solidária e regionalizada de ações e serviços que qualifiquem o processo de gestão.

Com base nessas avaliações, os gestores do SUS, representados em suas três esferas, pactuaram, durante a reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 26 de janeiro de 2006, e foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 9 de fevereiro de 2006, o “Pacto pela Saúde”, nas suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, publicado na Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Realiza-se, assim, uma reforma institucional que defende o SUS como política de estado, facilitando processos de pactuação e de regionalização da saúde. O “Pacto pela Saúde” institui novas bases para que o SUS alcance um processo mais solidário de gestão.

Saiba mais:

Consulte as Portarias GM: 399, de 22 de fevereiro de 2006 - Pacto pela Saúde; 598, de 23 de março de 2006 - Descentralização dos processos administrativos relativos à gestão do SUS; 648, 649 e 650, de 28 de março de 2006 - Política Nacional da Atenção Básica; 687, de 30 de março de 2006 - Promoção da Saúde; 698, de 30 de março de 2006 - Financiamento; e 699, de 30 de março de 2006 - Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão.

As portarias serão detalhadas em um conjunto de publicações que compõe a série “Pactos pela Saúde 2006”, cujo primeiro volume é “Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”. Integram a série, outros volumes, abordando os temas Regulamento, Regionalização, Atenção Básica, Promoção da Saúde, Regulação, Contratação e Programação Pactuada e Integrada. Mantenha-se informado para saber que volumes já estão disponíveis. Para mais informações, contate o endereço eletrônico dad@saude.gov.br.



Pacto em Defesa do SUS

Diretrizes

- Expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação do processo da Reforma Sanitária Brasileira.
- Desenvolver e articular ações que visem a qualificar e assegurar o SUS como política pública.

Iniciativas

- Repolitização da Saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira, aproximando-a dos desafios atuais do SUS.
- Promoção da cidadania, como estratégia de mobilização social, tendo a saúde como um direito.
- Garantia de financiamento, de acordo com as necessidades do Sistema.

Ações

- Articulação e apoio à mobilização social, por meio da promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a saúde como um direito.
- Diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS.
- Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial com os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania.
- Elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS.
- Regulamentação da Emenda Constitucional (EC) nº 29 pelo Congresso Nacional, com aprovação do Projeto de Lei (PL) nº 01/03.
- Aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde, de acordo com a Constituição Federal.

Pacto pela Vida

O Pacto pela Vida estabelece um conjunto de compromissos sanitários, considerados prioritários, pactuado de forma tripartite, a ser implementado por cada ente federado. Esses compromissos deverão ser efetivados pela rede do SUS, de forma a garantir o alcance das metas pactuadas. Prioridades estaduais, regionais ou municipais podem ser agregadas às prioridades nacionais, a partir de pactuações locais.

Os estados, regiões e municípios devem pactuar as ações que considerarem necessárias ao alcance das metas e objetivos gerais propostos, que são os seguintes:

1. **Saúde do idoso:** implantar a “Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa”, buscando alcançar, nesse campo, a atenção integral.
2. **Câncer do colo do útero e da mama:** contribuir para a redução da mortalidade por câncer do colo do útero e da mama, cuja incidência, no Brasil, é ainda preocupante.
3. **Mortalidade infantil e materna:** reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal e infantil por doença diarreica e por pneumonia.
4. **Doenças emergentes e endêmicas:** fortalecer a capacidade de resposta do sistema às doenças emergentes e às endemias (dengue, hanseníase, tuberculose, malária e *Influenza*).
5. **Promoção da saúde:** elaborar e implantar a “Política Nacional de Promoção da Saúde”, promovendo a adoção de hábitos saudáveis pela população brasileira, que deve ser consentizada sobre a responsabilidade de cada indivíduo tem com a qualidade da própria saúde, com a prática regular de atividades físicas, com a adoção de hábitos alimentares saudáveis e com o combate ao tabagismo.
6. **Atenção básica à saúde:** consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família (SF) como modelo de atenção básica e como ordenadora das redes de atenção à saúde, no SUS.

Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão

SUS consolida saúde pública brasileira

Com uma década e meia de existência, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem ganhando, ano a ano, maior solidez, evoluindo no processo de descentralização e municipalização de suas ações e serviços, provando a viabilidade de construirmos uma rede de saúde democrática, universal, efetiva e eficiente. Somos o segundo país do mundo em número de transplantes e nos tornamos internacionalmente reconhecidos pelos avanços no atendimento às DST/Aids, na implementação do Programa Nacional de Imunização e na atenção básica à saúde.

O SUS busca viabilizar, a toda a população, acesso a uma gama abrangente e qualificada de ações e serviços de saúde. São mais de 63 mil unidades ambulatoriais e cerca de seis mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos, que recebem em torno de 12 milhões de internações por ano. Chega a um bilhão o total de procedimentos anuais de atenção à saúde, envolvendo 150 milhões de consultas médicas, dois milhões de partos, 300 milhões de exames laboratoriais, 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 12 mil transplantes de órgãos.

Pacto de Gestão do SUS

O Pacto de Gestão do SUS valoriza a relação solidária entre gestores, definindo as diretrizes e responsabilidades, em cada eixo de ação:

Descentralização

- Descentralização dos processos administrativos relativos à gestão nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), entendidas como instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos intraestaduais e para a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
- A CIT e o Ministério da Saúde (MS) promoverão e apoiarão processos de qualificação permanente, para as CIBs.

Regionalização

- As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estadual(ais) a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados no território.
- A delimitação de uma Região de Saúde deve propiciar um certo grau de resolatividade àquele território, como suficiência em atenção básica e parte da média complexidade.
- O planejamento deve considerar parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com equidade no acesso. Para garantir a atenção na alta complexidade e em parte da média complexidade da assistência, as regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, com agregação de mais de uma região em uma macrorregião.
- O ponto de corte da média complexidade, na região ou macrorregião, deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado.
- Em alguns estados com maior adensamento tecnológico, a alta complexidade pode estar contemplada dentro de uma mesma região.

Mecanismos de gestão regional

O conjunto dos gestores municipais da região e a representação do gestor estadual deverão constituir um espaço permanente de pactuação, co-gestão solidária e cooperativa, por meio de um Colegiado de Gestão Regional (CGR). A denominação e o funcionamento desse Colegiado devem ser acordados na CIB.

Financiamento do SUS

Princípios gerais

- Responsabilidade das três esferas de gestão – União, estados e municípios.
- Redução das iniquidades macrorregionais, regionais, estaduais e municipais.
- Repasse “fundo a fundo” definido como modalidade preferencial para a transferência de recursos entre os gestores.
- Financiamento federal de custeio constituído em blocos de recursos. Os recursos federais para o custeio do SUS devem ser organizados e transferidos em cinco blocos de financiamento, quais sejam:
 - Atenção básica
 - Atenção de média e alta complexidade
 - Vigilância em saúde
 - Assistência farmacêutica
 - Gestão do SUS

Os recursos podem ser utilizados de forma global, dentro de cada bloco, atendendo às especificidades previstas nos mesmos, conforme regulamentação específica.

Financiamentos para investimentos

Devem ser alocados com vistas à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde. São eixos prioritários para a aplicação de recursos federais de investimento: o estímulo à regionalização e o fortalecimento da atenção básica. Terão ainda prioridade aqueles que assinarem o Termo de Compromisso de Gestão.

Planejamento no SUS

Pontos de pactuação prioritizados

- Necessidades de saúde da população como critério para o planejamento, no âmbito do SUS.
- Integração dos instrumentos de planejamento, no contexto de cada esfera de gestão e no SUS como um todo.
- Institucionalização e fortalecimento do sistema de planejamento do SUS.
- Revisão e adoção de um elenco de instrumentos de planejamento (como planos, relatórios e programações) pelas três esferas de gestão de planejamento no SUS.

Programação Pactuada e Integrada (PPI)

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) da atenção à saúde objetiva definir a programação das ações de saúde, em cada território, e nortear a alocação dos recursos financeiros para a saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. Neste Pacto, foram definidos vários princípios que orientam a mudança no processo de PPI.

Regulação da atenção à saúde e regulação assistencial

Foram pactuados os principais conceitos, diretrizes e metas. Ressaltamos algumas diretrizes:

- Cada prestador responde apenas a um gestor.
- A regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município, conforme desenho da rede da assistência pactuada na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto e considerando:
 - a descentralização, a municipalização e o comando único;
 - a busca da escala adequada e da qualidade;
 - a complexidade da rede de serviços locais;
 - a efetiva capacidade de regulação;
 - o desenho da rede estadual de assistência;
 - a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS.
- A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da Programação Pactuada Integrada da atenção à saúde, do processo de regionalização e do desenho das redes.
- A operação dos complexos reguladores, no que se refere à referência intermunicipal, deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada nos seguintes modos:
 - pelo gestor estadual, que se relacionará com a central municipal, responsável pela gestão do prestador;
 - pelo gestor estadual, que se relacionará diretamente com o prestador, quando este estiver sob gestão estadual;
 - pelo gestor municipal, com co-gestão do estado e representação dos municípios da região.

(Modelos que diferem das condições descritas neste item devem ser pactuados pela CIB e homologados na CIT.)

Metas gerais, no prazo de um ano

- Contratualização de todos os prestadores de serviço.
- Colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação.
- Extinção do pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.

Participação e controle social

A participação social no SUS é um princípio doutrinário assegurado pela Constituição e pelas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90), constituindo parte fundamental deste Pacto.

Ações pactuadas para fortalecer a participação social:

- Apoiar os Conselhos de Saúde, as Conferências de Saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da Saúde.
- Estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde.
- Apoiar os processos de educação popular em saúde.
- Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos estados, Distrito Federal e municípios.
- Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do Pacto.

Gestão do trabalho na Saúde

Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS

A política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização dos trabalhadores da Saúde, a redução dos conflitos e a humanização das relações de trabalho. Neste Pacto foram acordadas as diretrizes e responsabilidades para este eixo – mais detalhes na publicação “Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”.

Educação na Saúde

Foram acordadas as diretrizes e responsabilidades para este eixo, destacando:

- Avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente, assumindo o compromisso de discussão e avaliação dos processos e desdobramentos em sua implementação, para os ajustes necessários.
- Considerar que a proposição de ações para formação e desenvolvimento dos profissionais da Saúde deve ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre as instituições de ensino, de serviços e de controle social, podendo contemplar ações no campo da formação e do trabalho.

Responsabilidades sanitárias das três esferas de gestão

Foram definidas as responsabilidades de cada esfera de gestão, em cada eixo. As responsabilidades sanitárias e atribuições dos respectivos gestores, as metas e objetivos dos Pactos pela Vida e de Gestão para o ano em curso e os indicadores de monitoramento que integram os diversos processos de pactuação serão firmados, publicamente, por meio dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, Estadual, do Distrito Federal e Federal. A assinatura destes Termos substitui os “Processos de Habilitação” para os estados, Distrito Federal e municípios. Sua regulamentação é objeto de portaria específica.

Região de Saúde Interestadual

Região de Saúde Intramunicipal

Macrorregião de Saúde

Região de Saúde Intraestadual

divisa de estados

Fluxograma da gestão solidária

- Municípios integrantes das Regiões de Saúde**
- Distritos de Saúde** – São áreas organizadas dentro de um único município de grande extensão territorial e/ou densidade populacional que, conjuntamente, formam uma Região de Saúde Intramunicipal.
- Região de Saúde Interestadual** – É composta por municípios limítrofes, situados em diferentes estados.
- Região de Saúde Intraestadual** – É composta por municípios de um mesmo estado.
- Região de Saúde Intramunicipal** – Organizada dentro de um único município com grande extensão territorial e/ou densidade populacional, cuja área é composta por Distritos de Saúde.
- Regiões Fronteiriças** – Compostas por municípios limítrofes, situados em países vizinhos. Nesses casos, o Ministério da Saúde (MS) encarrega-se de promover a articulação entre os países e órgãos envolvidos, implementando os sistemas de saúde locais, coordenando e fomentando a constituição entre as Regiões de Saúde e participando dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs).
- Macrorregião de Saúde** – Arranjos inter-regionais pelos quais mais de uma Região de Saúde agrega-se para garantir o acesso à atenção de alta complexidade ou a parte da média complexidade, às populações das regiões que não disponham desses serviços.
- Colegiado de Gestão Regional (CGR)** – Espaço de decisão, definição e de pactuação das redes regionalizadas de atenção à saúde. Deve ser integrado pelos gestores municipais de saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais) – exceto nos casos das Regiões Intramunicipais de Saúde – sendo suas decisões por consenso.
- Setas** – Indicam possibilidades de fluxos definidos pela Programação Pactuada Integrada (PPI). As Regiões de Saúde têm liberdade para definir os fluxos que lhes permitam alcançar maior resolatividade. É importante que exista infra-estrutura de transportes e de comunicação para facilitar o trânsito dos usuários e de informações sobre saúde, entre as cidades.

