



## **Avaliação do processo de adesão dos municípios, dos estados e do Distrito Federal ao Pacto pela Saúde e proposta de estratégias de ação tripartite**

### **I. Introdução**

Em setembro de 2007 o plenário da Comissão Intergestores Tripartite estabeleceu o prazo de noventa dias para a Câmara Técnica da CIT apresentar uma avaliação do processo de adesão de Municípios, dos Estados e do Distrito Federal ao Pacto pela Saúde e definir estratégia de indução para adesão dos entes federados ao Pacto.

Nos dias 22 e 23 de janeiro de 2008 foi realizada em Brasília uma Reunião Ampliada do Grupo Técnico de Gestão da Comissão Intergestores Tripartite – CIT com os seguintes objetivos:

- Sistematizar um diagnóstico tripartite da situação atual de implantação do Pacto pela Saúde nos estados e municípios;
- Traçar estratégias tripartites para superação das dificuldades encontradas no processo de implantação, considerando a situação de adesão dos estados e municípios;
- Traçar estratégias de apoio aos estados e municípios que aderiram ao Pacto pela Saúde;
- Traçar estratégias de apoio aos estados e municípios que ainda não aderiram ao Pacto pela Saúde;
- Apresentar propostas de valorização de resultados alcançados.

Este documento resume o diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde sobre o processo de implantação do Pacto pela Saúde e apresenta propostas e estratégias provenientes daquela reunião.

### **II. Síntese da discussão sobre o Diagnóstico da Implantação do Pacto Pela Saúde**

#### **A. Situação Atual de Adesão ao Pacto**

No final do mês de janeiro havia 20 estados com os Termos de Compromisso de Gestão assinados sendo que 16 já tiveram a portaria publicada no Diário Oficial, 02 aguardam a publicação e 02 a homologação na CIT; 2.205 municípios com os Termos de Compromisso de Gestão assinados, sendo 917 com portaria já publicada, 1027 aguardando publicação e 261 aguardando homologação na CIT; 304 Colegiados de Gestão Regional implantados em todo o país.

Cabe ressaltar que as Secretarias Estaduais de Saúde coordenaram o processo de construção dos TCG com os municípios e um fator de

qualificação do processo de adesão dos municípios ao Pacto pela Saúde em muitos estados foi a constituição do grupo condutor Estadual para o processo de pactuação, com a participação dos COSEMS.

## **B. Situação do processo de implantação do Pacto**

Foi realizada uma análise do processo de implantação do Pacto pela Saúde nos seus três componentes e percebe-se que houve avanços nos estados de forma diferenciada e todos enfrentaram dificuldades.

### **1. Pacto em Defesa do SUS**

- a) É o componente menos compreendido do Pacto pela Saúde e também o menos divulgado. Desde a publicação do Pacto não houve mobilização efetiva da sociedade em defesa do SUS em parte provocada por uma percepção negativa, sobretudo pela população não usuária do SUS e pela mídia.
- b) O teor da Carta de Direitos dos Usuários do SUS não foi pactuado de forma tripartite e tem pouca divulgação junto aos usuários.
- c) Há um sub-financiamento do SUS e apesar do aumento de recursos aplicados por estados e municípios o Orçamento continua insuficiente. Deve-se ressaltar a mobilização tripartite pela regulamentação da EC-29 com o apoio do Conselho Nacional de Saúde e do Congresso Nacional.

### **2. Pacto pela Vida**

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

### **3. Pacto de Gestão**

- a) O denominado “choque de descentralização” com ênfase na atuação das CIB pouco avançou e como decorrência essas Comissões não assumiram em sua plenitude seu papel no processo de descentralização previsto no Pacto pela Saúde.<sup>1</sup>
- b) Há um processo heterogêneo de revisão dos Planos Diretores de Regionalização – PDR e dos Planos Diretores de Investimento - PDI nos estados.
- c) O Plano de Saúde e o Relatório de Gestão são reconhecidos como os principais instrumentos do sistema de planejamento do SUS, mas os Planos de Saúde não têm sido atualizados regularmente.
- d) Há dificuldades para operar os parâmetros assistenciais definidos na programação Pactuada e Integrada - PPI, tendo em vista que estão desconectados do processo de pactuação dos Termos de Compromisso de Gestão.
- e) Não estão incluídas na PPI as ações de vigilância em saúde e até o momento não se avançou em relação à construção da PPI interestadual.

---

<sup>1</sup> Restringiu-se a três áreas - hospitalar, saúde do trabalhador e alta e média complexidade - , referidas na Portaria/GM 598 de 23/03/06.

- f) O reconhecimento de regiões de saúde intra-estaduais está em curso positivo, entretanto não há avanços nas questões referentes às regiões interestaduais e de fronteiras com outros países.
- g) Falta pactuação tripartite com vistas à construção de redes de atenção à saúde.
- h) Verifica-se que onde houve construção conjunta (SES e COSEMS) dos TCG houve maior envolvimento dos municípios, com melhor qualificação do processo de implantação do Pacto.
- i) No que se refere aos mecanismos de gestão regional, estão sendo criados os Colegiados de Gestão Regional ainda com pouca clareza do seu papel e sua interlocução com as CIB.
- j) Quanto ao financiamento houve avanços como, por exemplo, a flexibilidade para utilização dos recursos dentro dos cinco Blocos de Financiamento e os ganhos obtidos com os recursos para financiamento da regulação, do planejamento e do controle social, entretanto:
- O Bloco de Financiamento da Gestão incorporou uma série de incentivos, o que ocasionou pouca flexibilidade para a utilização dos recursos dentro desse bloco.
  - No Bloco MAC permanecem as mesmas “caixinhas” na medida em que os valores referentes ao FAEC ainda não migraram para o limite de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.
  - Em algumas situações não está sendo identificado o financiamento solidário tripartite.
- l) Apesar dos avanços na disponibilidade do SISREG III ainda há muita coisa por fazer na Política Nacional de Regulação.
- m) O processo de monitoramento do Pacto ainda não está com seus fundamentos normativos totalmente definidos.
- n) As ações previstas no Pacto pela Saúde para a área de participação e controle social ainda estão em fase incipiente, ressaltando-se entre outros aspectos a baixa mobilização social em torno do Pacto pela Saúde.
- o) As ações referentes à gestão do trabalho ainda são insuficientes para dar conta das diretrizes estabelecidas no Pacto, apesar dos avanços em relação à definição das diretrizes do PCCS e da assinatura do protocolo que trata da constituição da mesa de negociação.
- p) Na Educação em Saúde houve avanços com a instalação da Comissão Interministerial de Gestão da Educação que deverá promover mudanças na área da residência médica e com a regulamentação da formação e capacitação em serviço.

### **III. Propostas de encaminhamentos:**

- 1) Retomar a discussão do Pacto pela Saúde na agenda da CIT, promovendo uma forte articulação interna no Ministério da Saúde, de forma a evitar ações fragmentadas.
- 2) Avaliar quais os itens pendentes na agenda que CONASS e CONASEMS enviaram ao Ministério da Saúde em 2007, tendo em vista sua importância e urgência quanto às definições necessárias à implementação do Pacto.

- 3) Aprofundar o diagnóstico já referido buscando identificar e analisar quais os fatores que contribuíram para a não adesão de um conjunto de estados e municípios ao Pacto, bem como quais os fatores que impulsionaram a adesão em conjunto de estados e municípios.
- 4) Rever, quando couber, os atos normativos já publicados de forma a compatibilizá-los com o Pacto.
- 5) Qualificar as Comissões Intergestores Bipartite para atuarem como apoiadoras e formuladoras do processo de construção dos Termos de Compromisso de Gestão por estados e municípios.
- 6) Dar prioridade na agenda da Câmara Técnica da CIT à discussão sobre o modelo de atenção no SUS.
- 7) Estimular a elaboração dos instrumentos de planejamento do SUS, com ênfase na regionalização, de forma que reflitam a realidade do Pacto evitando processos meramente burocráticos e dele dissociados.
- 8) Elaborar uma agenda conjunta, tripartite, de cooperação técnica, visando superar as dificuldades de estados e municípios que não aderiram e apoiando aqueles que aderiram e estão em processo de implantação do Pacto.
- 9) Recomendar que a adesão ao Pacto seja realizada de forma conjunta, com a valorização dos espaços regionais, com base em experiências até agora identificadas.
- 10) Divulgar nos estados e municípios um guia orientador sobre a construção dos Termos de Compromisso de Gestão.
- 11) Estimular um processo de planejamento estratégico, regional, contínuo e integrado e um financiamento adequado para a elaboração da PPI.
- 12) Contemplar em um Plano Nacional de Investimentos prioritariamente as propostas contidas nos PDI, observando para a alocação dos recursos critérios que contemplem a redução das desigualdades regionais.
- 13) As prioridades do Pacto pela Saúde devem estar contempladas nas decisões estratégicas do MS
- 14) Pactuar estratégias de apoio aos Colegiados de Gestão Regional - CGR, com atuação conjunta do MS, CONASS e CONASEMS.
- 15) Unificar o mais breve possível os atuais incentivos do componente de Qualificação da Gestão, do Bloco de Financiamento da Gestão, acabando com a atual fragmentação.
- 16) Construir um processo de valorização da gestão no Pacto pela Saúde cujas estratégias devem ser elaboradas de forma tripartite, avaliando não só os resultados, mas também a gestão como um todo.
- 17) Disponibilizar recursos para financiamento da valorização da gestão, que devem fazer parte do Bloco de Financiamento de Gestão do SUS, no componente de Qualificação da Gestão.
- 18) Elaborar uma metodologia de avaliação para valorização dos resultados e propor um fator de valorização da gestão.
- 19) Na elaboração da metodologia citada devem ser considerados os seguintes pontos:
  - O processo de avaliação da gestão deve ser realizado nos espaços colegiados da CIB e da CIT.

- Na construção do fator de valorização da gestão devem ser considerados os indicadores do Pacto pela Vida e as responsabilidades sanitárias assumidas.
- A avaliação dos indicadores deve ser contínua.
- Utilizar indicadores cuja apuração seja compatível com o período de vigência dos TCG e que possibilitem a avaliação da gestão.
- Possibilitar mecanismos que promovam a avaliação de forma ágil e simples.
- Definir recursos financeiros para a valorização da gestão que contemplem a avaliação do processo (construção e implantação dos TCG) e dos resultados (cumprimento das metas)
- Promover uma discussão sobre a possibilidade de criar um selo de qualidade no SUS, com a participação de organismos internacionais.

20) Unificar, em futuro próximo todos os incentivos do componente de Qualificação da Gestão do Bloco de Financiamento de Gestão do SUS transformando-os em um único componente voltado à qualificação e valorização da gestão.

21) Quanto ao monitoramento deve ser retomada essa discussão considerando os seguintes pontos:

- Que o TCG seja um instrumento vivo de gestão, no qual são explicitadas as renegociações (anuais) de metas e indicadores, acompanhando permanentemente o cronograma e o plano de ação definido em cada esfera de governo.
- Promover uma compatibilização do TCG e do Plano de Saúde a cada período de gestão com a participação dos Conselhos de Saúde.
- Priorizar o espaço dos CGR, CIB e CIT no processo de monitoramento do Pacto.
- Ressaltar a importância de integrar os vários processos de monitoramento conduzidos pelo MS tendo como base os indicadores do Pacto pela Saúde.

#### **IV. Próximos passos:**

1) Realizar uma Oficina de Trabalho das CIB com a participação de representantes das SES e dos COSEMS, no mês de março próximo, para ampliar a avaliação da implantação do Pacto pela Saúde, bem como reforçar informações relevantes para a estruturação das Câmaras Técnicas nas CIB e construção dos TCG.

2) Promover uma ação conjunta MS/CONASS/CONASEMS de apoio a estados e municípios visando a sua adesão ao Pacto pela Saúde, inclusive com a realização de oficinas nos estados.

3) Manifestação conjunta do MS, CONASS e CONASEMS na reunião da CIT de fevereiro de 2008, reafirmando a importância do Pacto pela Saúde e do compromisso de todos pela sua implantação, principalmente em relação às prioridades estabelecidas.