

## AS DIMENSÕES DOS PACTOS NA GESTÃO DO SUS Área de concentração em Enfermagem: Saúde Coletiva

Gislene Alves de Souza<sup>1</sup>; Kalyane Souza Amarante<sup>2</sup>; Luciana Alves<sup>3</sup>; Valcicleia Lins Brasileiro<sup>4</sup>; Deilton Aires Batista<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Faculdades Integradas de Patos - FIP, gil\_sta@hotmail.com

<sup>2</sup> Faculdades Integradas de Patos - FIP, kalyaneamarante23@gmail.com

<sup>3</sup> Faculdades Integradas de Patos - FIP, lucyalves1982@gmail.com

<sup>4</sup> Faculdades Integradas de Patos - FIP, vallins2009@hotmail.com

<sup>5</sup> Faculdades Integradas de Patos - FIP, deiltonayres@hotmail.com

**INTRODUÇÃO:** A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde de 1992 estabelecem a descentralização e a regionalização como princípios norteadores dos processos de organização político-territorial do Sistema Único de Saúde. A descentralização redefine responsabilidades entre os entes governamentais e reforça a importância dos executivos subnacionais na condução da política de saúde. Ela envolve a transferência de poder decisório da gestão de prestadores e de recursos financeiros antes concentrados na esfera federal para estados e principalmente, para os municípios. O fortalecimento desses governos se justifica como forma de promover a democratização e melhoria na eficiência das políticas públicas, respeitando o desenho federativo e atendendo aos interesses territoriais da população. Com isso, frente à concentração geográfica de serviços de maior complexidade, às diferenças de porte populacional e condições político-institucionais dos entes federativos no Brasil, há necessidade de arranjos regionalizados na atenção à saúde que não se restringem aos seus limites administrativos, sendo a interdependência entre os governos bastante significativa. (LIMA et al., 2012). A regulação desses processos foi realizada pelo Ministério da Saúde, por meio da normatização, consubstanciada na edição anual de dezenas de portarias, que em geral, são associadas a mecanismos financeiros, que envolve as três esferas de governo e o Conselho Nacional de Saúde. O Pacto pela Gestão explicita que a regionalização deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde, já os processos de negociação e pactuação entre os gestores devem ser apoiados por três instrumentos de planejamento: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI). A proposta é que o PDR, que já era visto como a ferramenta prioritária na Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS) 2001/2002, seja o instrumento a expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso à promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e dos recursos. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2013).

**MATERIAIS E MÉTODOS:** O método utilizado para o desenvolvimento da temática em discussão foi decorrente de um apanhado de caráter bibliográfico de natureza descritiva. Esta pesquisa foi desenvolvida no período de setembro a novembro de 2016. Os dados foram obtidos através de bibliografias encontradas em sites eletrônicos como revistas e artigos científicos disponíveis no site Scientific Electronic Library Online (SciELO) e GOOGLE ACADÊMICO, entre os anos 2012 a 2017, contendo cinco bibliografias diferentes.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O desenvolvimento das políticas no Brasil vem sendo tema de inúmeros estudos que abordam vários aspectos da problemática nos serviços de saúde em diversas conjunturas. A preocupação com a organização do sistema nacional de saúde pode ser identificada desde o período da 3ª

Conferência Nacional de Saúde, convocada em 1963, na qual se contemplou a difusão de muitas das propostas então em voga no âmbito internacional, como a descentralização e a regionalização dos serviços. Estas propostas de reorganização das ações governamentais no âmbito da saúde, fomentadas na década de 1960, só começaram a ser implantadas, de fato, em meados da década de 1970, quando alguns municípios, insatisfeitos com as deficiências do modelo de saúde hegemônico no país, começaram a formular políticas locais de saúde e a implantar modelos alternativos de organização de serviços (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2013). Nessa perspectiva, a 8ª CNS, realizada em março de 1986, foi o cenário de reivindicações em prol da municipalização, considerando-se que os municípios deveriam definir as políticas locais de saúde, com a formulação dos Planos Municipais de Saúde ou Planos Diretores Municipais Integrados. A regionalização como estratégia de descentralização da provisão estatal do cuidado à saúde no Brasil faz parte da agenda política setorial há no mínimo 30 anos. Dada à ampliação e o fortalecimento do federalismo promovido no texto constitucional. As normas ministeriais explicitavam o propósito de evitar a atomização do Sistema Único de Saúde (SUS) em sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos. Nesse direcionamento inicial, foram valorizados instrumentos de planejamento regional como referência para a concertação intergovernamental, no âmbito dos quais se definiriam as regiões de saúde nos estados (RIBEIRO, 2015). De acordo com o discurso institucional do Ministério da Saúde (MS), o instituto do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) - “acordo de colaboração entre os entes federativos para organização da rede Interfederativa de atenção à saúde”, conforme o Decreto Federal nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8080/90, pode ser entendido como um dispositivo que aprimorou o Termo de Compromisso de Gestão previsto pelo Pacto de Gestão. Os contratos organizativos encontram respaldo constitucional através do art. 37, § 8º, da Constituição Federal (CF), que previu acordos organizatórios, visando à ampliação da autonomia dos entes e órgãos públicos em nome da maior eficiência dos objetivos públicos. Todavia, adverte que somente COAP’s serão capazes de vincular os entes federativos signatários na organização das redes de saúde, no que se refere às suas obrigações, responsabilidades e demais compromissos, e que sem eles a governança da rede poderá ser falha, ante a ausência de segurança jurídica aos compromissos sanitários pactuados (ROCHA; FRANCO, 2014). O processo de gestão do SUS tem no Pacto pela Saúde a estratégia para um novo pacto federativo, articulado em três dimensões, o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. A recente construção do Pacto pela Saúde e seu aprimoramento com a promulgação do Decreto 7508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta aspectos da Lei 8080/90, tem como fundamento principal o respeito aos princípios constitucionais do sistema de saúde, com ênfase nas necessidades de saúde da população, o que implica o exercício simultâneo da definição de prioridades articuladas e integradas buscando a melhoria do acesso a ações e serviços de saúde, o fortalecimento do planejamento regional com a consequente definição das redes de atenção nas regiões de saúde. O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da Saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses. Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas, no sentido de reforçar o plano, como Política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na CF. A concretização do Pacto pela Saúde passa por um movimento de repolitização da Saúde, com uma clara estratégia de mobilização social com envolvimento conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da Saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público como um

dos pontos centrais. Já o Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado, de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Radicaliza a descentralização, reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, instituindo colegiados de gestão regional. A importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação e explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite, buscando critérios de alocação equitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores, através da instituição de cinco grandes blocos de financiamento federal: atenção básica, média e alta complexidade da assistência à saúde, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS (CARVALHO et al.,2012).

**CONCLUSÕES:** O Pacto pela Saúde permitiu uma mudança de visão no processo de organização das pactuações locais, regionais, estaduais, federais no sistema de saúde, na medida em que mudou as regras para recebimento dos recursos, até então condicionadas a critérios ligados ao desenvolvimento do ponto de vista técnico e da gestão, para uma perspectiva de que responsabilidade sanitária é uma responsabilidade de todos e que os colegiados regionais precisam ser os espaços de debates e discussão, viabilizando um processo de pactuação dialogado. Os Problemas de ordem estrutural como as desigualdades territoriais, dificilmente podem ser resolvidos somente pela ação articulada dos estados e municípios, sem uma efetiva atuação do governo federal. As realidades regionais exigem o fortalecimento territorial no processo de planejamento e formulação de políticas de saúde, bem como um esforço financeiro da União e dos estados, de modo a permitir uma diversificação de políticas e investimentos que relacionem as necessidades de saúde às dinâmicas territoriais específicas. As políticas setoriais, particularmente a descentralização e a regionalização, só poderão ter viabilidade se articuladas a políticas de desenvolvimento.

**Palavras-Chave:** Descentralização na Saúde, Gestão no SUS, Saúde Coletiva.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. LIMA, L.D. et al. Descentralização e regionalização: Dinâmica e condicionantes da implantação do pacto pela saúde no Brasil. **Ciências & saúde coletiva**, 17(7):1903-1914, 2012.
2. OLIVEIRA, S.R.A; TEIXEIRA, C.F. Avaliação da regionalização do SUS: Construção do modelo teórico-logico, Revista baiana de saúde publica, **Revista Baiana De Saúde Pública**, VOL. 37, NO 1 (2013).
3. ROCHA, J.R; FRANCO, T.B. Do pacto de gestão ao contrato organizativo de ação publica-COAP: olhando a gestão do SUS na Bahia. **DIVERSITATES International Journal**: Vol. 06, N. 02 – dezembro (2014) – Revista de saúde coletiva e bioética Universidade Federal Fluminense - Brasil.
4. CARVALHO, A.L.B. et al. A gestão do SUS e as praticas de monitoramento e avaliação :possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & saúde coletiva**, 17(4):901-911, 2012.
5. RIBEIRO, P.T. Perspectiva territorial regionalização e r:uma abordagem a politica de saúde da republica federativa do brasil, **saúde social**.. São Paulo, v.24, n.2, p.403-412, 2015.