

O pacto pela saúde nas cidades-gêmeas da fronteira do Rio Grande do Sul com a Argentina e o Uruguai

The pact for health in the twin cities-the border of Rio Grande do Sul to Argentina and Uruguay

LISLEI TERESINHA PREUSS*

VERA MARIA RIBEIRO NOGUEIRA**



RESUMO – Este artigo relata o processo de implementação do programa Pacto pela Saúde, na dimensão Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), junto aos sistemas locais de saúde das cidades-gêmeas na linha de fronteira do Brasil, no Rio Grande do Sul (RS) com a Argentina e o Uruguai. Discorre inicialmente sobre o Pacto pela Saúde, em seus três componentes – Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – e evidencia o avanço na gestão e nas relações entre os entes federativos. Apresenta os procedimentos metodológicos utilizados para coleta das informações e as referências de análise dos mesmos. A situação encontrada nas cidades-gêmeas sinaliza para uma lacuna entre as proposições da normativa. Identificou-se que a descentralização e a regionalização, previstas no Pacto de Gestão, não garantiram maior autonomia aos governos locais, não havendo, assim, transferência efetiva de poder decisório na gestão.

Palavras-chave – Política social de saúde. Sistema Único de Saúde. Pacto pela Saúde. Gestão. Fronteira.

ABSTRACT – This article describes the process of implementation of the Health Pact, the Pact of Dimension Management Unified Health System (SUS), along with local health systems of the twin cities along the border of Brazil, Rio Grande do Sul (RS) with Argentina and Uruguay. Initially talks about the Health Pact in its three components – Covenant for Life in defense of the NHS and Management – and highlights advances in management and relationships among federal entities. Presents the methodological procedures used to collect the information and references for examination. The situation found in the twin cities points to a gap between the normative propositions, and decentralization and regionalization under Management Pact, failed to ensure greater autonomy to local governments, and there is thus effective transfer of decision-making in management.

Keywords – Social policy health. System covenant for health. Health pact. Management. Border.

* Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); professora na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), Santa Rosa/RS. E-mail: lisprouss@terra.com.br

** Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); professora da Escola de Serviço Social/Programa de Mestrado em Política Social da Universidade Católica de Pelotas (UCPel) e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis – SC/Brasil. E-mail: vera.nogueira@pq.cnpq.br

Submetido em: outubro/2012. Aprovado em: novembro/2012.

Este texto sintetiza os resultados da pesquisa¹ sobre o processo de adesão e pactuação do Pacto pela Saúde, na dimensão Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), junto aos sistemas locais de saúde das cidades-gêmeas na linha de fronteira do Brasil, no Rio Grande do Sul (RS) com a Argentina e o Uruguai, área geográfica designada pelo Ministério da Integração Regional (MIR) como compondo parte da Fronteira Arco Sul (2005).² Busca contribuir para ampliar o debate sobre integração de ações e serviços de saúde em região de fronteira, especificamente sobre o processo de pactuação da política de saúde no Brasil, a qual favorece ações de cooperação em saúde e, assim, possibilita a concretização de ações conjuntas, locais e regionais, junto aos países que são os focos desse estudo, ou seja, Argentina e Uruguai.

Ainda são poucos os estudos empíricos, e incipientes a produção e o acúmulo acadêmico buscando compreender como se efetiva, no contexto do SUS, a pactuação dos municípios e os processos de implementação do Pacto pela Saúde. A temática é emergente e contribui para ampliar saberes e práticas sobre as garantias do direito à saúde – visto ser a primeira vez que uma resolução ministerial incluiu a fronteira como uma continuidade territorial – e incorpora o desafio das gestões locais em integrar ações que promovam, de fato, o acesso à saúde de estrangeiros residentes em municípios fronteiriços.

Atualmente, com os processos de integração regional em curso e os impactos da globalização, a fronteira tornou-se um foco interessante para a agenda econômica e política. A dimensão social da integração e, em especial, a proteção social à saúde vêm sendo enfatizadas, merecendo destaque os programas na Faixa de Fronteira.

Os extensos limites fronteiriços do Brasil com os demais países da América Latina, especialmente os integrantes do Mercosul, vêm sendo objeto de preocupações, pois afetam todo o país e, sobremaneira, as regiões fronteiriças. Os fenômenos de intensificação do livre comércio apresentam reflexos sobre o setor social, além da persistência de antigas questões relacionadas à Faixa de Fronteira, tal como a discrepância na proteção social entre os países, que se aguça nestes espaços. Neste sentido, os municípios de fronteira do Brasil têm enfrentado dificuldades em prover os seus munícipes de atenção integral à saúde, conforme preconizada pela Constituição Federal, pois faltam recursos humanos especializados, equipamentos para procedimentos de média e alta complexidade, distância entre os municípios e os centros de referência, dentre outros (GALLO; COSTA, 2003).

As regiões de fronteiras são territórios complexos e consideradas espaços-limite no âmbito jurídico formal e de convivência no âmbito cotidiano, pois nelas existem elementos de integração e de conflitos. Linha ou zona de fronteira assinala um “espaço de interação, uma paisagem específica, com espaço social transitivo, composto por diferenças oriundas da presença do limite internacional, e por fluxos e interações transfronteiriças, cuja territorialização mais evoluída é a das cidades gêmeas” (BRASIL, 2005, p. 21).

A região da Faixa de Fronteira caracteriza-se geograficamente por ser uma faixa de até 150 km de largura ao longo de 15.719 km da fronteira terrestre brasileira, que abrange 588 municípios de 11 estados: Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima e Santa Catarina. Essa área corresponde a 27% do território brasileiro e reúne uma população estimada em dez milhões de habitantes, ou seja, 19% da população brasileira. O Brasil faz fronteira com dez países da América do Sul e busca a ocupação e a utilização dessa faixa de forma compatível com sua importância territorial estratégica (BRASIL, 2005).

A fronteira com os demais países do Mercosul é integrada por 69 municípios e uma população estimada em 1.438.206 habitantes (IBGE, 2011). O Rio Grande do Sul é o estado que possui maior número de municípios na fronteira (42,6%), totalizando 29 municípios, sendo dez na fronteira com Uruguai e 19 na fronteira com a Argentina. Em segundo lugar está o estado do Paraná, com 18 municípios (26,5%), sendo nove na fronteira com a Argentina e 9 na fronteira com o Paraguai. O estado de Mato Grosso do Sul possui 11 municípios (16,2%) na fronteira com o Paraguai e o estado de Santa Catarina dez

municípios (14,7%) na fronteira com a Argentina. Na fronteira com a Argentina estão localizados 38 municípios brasileiros (55,9%), na fronteira com o Paraguai 20 municípios (29,4%) e na fronteira com o Uruguai dez municípios (14,7%). Em termos populacionais há certa correspondência, pois o RS agrega 45,4% da população total dos municípios da linha de fronteira do Brasil com o Mercosul, seguido do estado do Paraná, com 32,1%, do estado de Mato Grosso do Sul, com 17,7%, e do estado de Santa Catarina, com apenas 4,9% da população total. Com referência aos países, há uma inversão quanto à fronteira brasileira com o Paraguai. Esta assume o primeiro lugar no contingente populacional, correspondendo a 42,7%. A Argentina está em segundo lugar com 33,8% e o Uruguai com 23,6%.

Gadelha e Costa (2007) reiteram os dados apresentados e acrescentam que 27% do território brasileiro localiza-se em faixa de fronteira e o perfil de porte populacional desses municípios é variável. Em geral, são pequenas cidades: do total de municípios da linha de fronteira, 73% têm até 20 mil habitantes e 50% têm até 10 mil. Apenas três municípios da linha de fronteira têm mais de 100 mil habitantes: Foz do Iguaçu (PR), Bagé (RS) e Uruguaiana (RS). Constata-se ainda que os piores indicadores de saúde se concentram nas fronteiras (OPAS/OMS, 2002).

O objetivo da pesquisa foi conhecer como ocorreu o processo de adesão e pactuação do Pacto pela Saúde/Gestão do SUS nas cidades-gêmeas delimitadas e qual a sua eficácia no acesso de brasileiros e estrangeiros aos serviços de saúde. As questões norteadoras do estudo foram as seguintes: qual é o nível de apreensão dos gestores acerca do Pacto pela Saúde? Qual é a apreensão dos gestores e profissionais de saúde locais acerca das negociações e arranjos efetivados, do nível de participação e da qualificação dos atores sociais envolvidos no processo de pactuação? As iniciativas dos sistemas locais de saúde contribuem para a concretização do Pacto pela Saúde? As iniciativas dos sistemas locais são compatíveis com as diretrizes e os objetivos do Pacto de Gestão do SUS? A partir da regionalização, eixo estruturante do Pacto de Gestão, ampliou-se o acesso à saúde aos brasileiros e aos estrangeiros?

Metodologia

A estratégia metodológica escolhida, para realização desta pesquisa, foi o estudo de múltiplos casos (casos múltiplos ou coletivos). Sabe-se da impossibilidade de estudar um único caso considerando o universo da pesquisa e também que a área da saúde abarca uma diversidade de enfoques e propostas de gestão, organização, ações, serviços, etc.

Realizou-se, primeiramente, um trabalho extenso de pesquisa bibliográfica, permitindo ampliar e aprofundar o conhecimento sobre a temática e verificar a existência ou não de estudos semelhantes. Neste sentido, resgataram-se aportes bibliográficos com diferentes pontos de vista e ângulos para estabelecer definições, conceitos e mediações, destacando-se as categorias centrais referentes à temática estudada.

Sendo abordagem qualitativa, insiste-se na relação dinâmica entre o sujeito e o objeto no processo de conhecimento, valorizando e estimulando a contradição dinâmica do fato observado e a atividade criadora, do sujeito que observa as oposições contraditórias entre o todo e a parte, e os vínculos do saber e do agir com a vida social dos homens (CHIZZOTTI, 1998). As categorias do método dialético – historicidade, totalidade e contradição – serviram de base e ponto de partida para a análise dos dados.

O estudo caracterizou-se como multicêntrico e os dados foram coletados nas cidades de São Borja, Itaqui, Uruguaiana, Paso de Los Libres, Barra do Quaraí, Bella Unión, Quaraí, Artigas, Santana do Livramento, Rivera e nos países Brasil, Argentina e Uruguai. Alguns cuidados foram tomados no que se refere à condução e à uniformidade dos procedimentos de pesquisa, visando a assegurar a validade dos resultados, considerando ainda as especificidades dos contextos locais, como: a utilização do roteiro de

entrevista padrão; conciliação das abordagens, dos procedimentos de coleta e sistematização das informações um coordenador em cada universidade, com a função de “apoio” (DHAI, 2006).

A coleta de dados deu-se a partir de dois instrumentos: entrevista semiestruturada e observação assistemática. As entrevistas, do lado brasileiro, foram realizadas com os gestores, secretários municipais de saúde, profissionais e diretores e/ou coordenadores responsáveis por setor, área e/ou programa específico. Do outro lado da fronteira, entrevistaram-se profissionais responsáveis pela política de saúde, mencionados como referências nas entrevistas com os brasileiros. Durante a realização das entrevistas, procurou-se “compreender a experiência que eles têm, as representações que formam e os conceitos que elaboram” (CHIZZOTTI, 1998, p. 84). Tais questões constituem o núcleo de referência para a análise e interpretação dos dados.

O processo de pactuação no Rio Grande do Sul

O Pacto pela Saúde foi firmado em 2006 para consolidação do SUS; publicado na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, contempla o pacto firmado entre os gestores (União, estados e municípios) do SUS, em três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de gestão. O Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do sistema e da atenção à saúde (BRASIL, 2006).

Trata-se de um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de Gestão do SUS, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, a melhoria dos serviços ofertados à população, garantindo assim acesso a todos. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG),³ que substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. Com relação à transferência dos recursos, estes passam a ser divididos em seis blocos de financiamento: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde.

Esta implementação apresenta claras mudanças na execução do SUS, dentre as quais se destacam: a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; a integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a unificação dos vários pactos hoje existentes.

Considerando as questões que nortearam a pesquisa apresentam-se dois eixos de análises: Pacto pela Saúde/processo de pactuação e Gestão do SUS/regionalização. Estes, por sua vez, foram agrupados em questões que sintetizam a abordagem realizada nas entrevistas.

O Pacto pela Saúde: o processo de pactuação

– Iniciativa de proposição, conhecimento, socialização das informações, atores envolvidos e o processo de pactuação nos municípios: analisando o conjunto dos dados coletados é possível verificar que há um entendimento do Pacto pela Saúde enquanto ferramenta, instrumento de trabalho, no qual são traçados metas e objetivos como mote para a direção e desenvolvimento de ações na área. Observou-se ainda falta de clareza no tocante ao dispositivo ministerial, apontando-o em seus aspectos estritamente formais, como do preenchimento de planilhas, dados, informações, etc. Os entrevistados

referem à iniciativa de proposição feita pelo Ministério da Saúde, tendo como referência a Coordenadoria Regional de Saúde a qual estão adstritos.

O Conselho Municipal de Saúde é apontado como principal ator envolvido no processo de pactuação nos municípios pesquisados, embora se evidencie críticas sobre sua direção e funcionamento. A aprovação do Pacto no Conselho é o ponto de partida para sua homologação, mas isso não garante por si só o envolvimento, seu acompanhamento e fiscalização. Chamam à atenção as falas que informam conselhos municipais pouco atuantes e seguem o modelo autoritário de decisões centradas no poder, com baixa participação popular e grande espaço de interferência do poder executivo.

O pacto estabelece um novo patamar em relação à forma de financiamento, definição de responsabilidades, metas sanitárias e aos compromissos entre os gestores da saúde das três instâncias governamentais, consubstanciados em metas e plano operativo. Frente a isso, os gestores, técnicos e/ou responsáveis pela saúde, nos municípios, cada vez mais buscam responder às demandas do Ministério da Saúde, de acordo com suas possibilidades, sendo que a maior preocupação apontada refere-se às questões financeiras. É possível perceber certa tensão entre a implementação das diretrizes políticas definidas na esfera federal, a partir dessa pactuação, e a realidade do município. É consenso para os entrevistados que o Pacto pela Saúde delega mais responsabilidade à gestão municipal, ou seja, há uma maior responsabilização ao município. Os relatos sugerem que o processo de implementação do Pacto pela Saúde/Gestão do SUS nas cidades-gêmeas delimitadas ocorreu de forma induzida pela União, através do Ministério da Saúde, e Estado, pelas coordenadorias no caso Alegrete e Santo Ângelo.

– Implementação, operacionalização e reorganização do sistema local de saúde a partir da adesão ao Pacto pela Saúde: as experiências municipais relatadas pelos entrevistados revelam que o processo de pactuação responde às exigências e obedecem aos trâmites institucionais postos pelas instâncias federal e estadual. No que tange à sua operacionalização, apenas em São Borja, em processo de implementação do pacto, os entrevistados informaram que, por serem os pioneiros e desconhecem inicialmente a proposição, pactuaram ações e metas e que, hoje, têm dificuldades para implementá-las.

Os entrevistados referem que haverá alterações e reorganização do sistema de saúde, inclusive a adesão ao pacto é a expectativa para isso, desde que os recursos financeiros sejam, realmente, repassados aos municípios. Uma das alterações mais significativas introduzidas pelo pacto são os blocos de financiamento, constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados, como exposto anteriormente. Em que pesem os avanços e mudanças que serão proporcionados com esses blocos, há relativa autonomia do ente municipal na gestão orçamentária, pois os recursos passam a ser depositados em conta única para cada bloco. A lógica de distribuição de grande parte dos recursos não se modificou. Tal informação é reiterada por Andrade e Santos (2008, p. 30) ao afirmarem que o Pacto pela Saúde está ainda contaminado, “contendo o DNA das NOBs (Normas Operacionais Básicas) e NOAs (Normas Operacionais de Assistência à Saúde), com todos os incentivos à indução de políticas de saúde e suas ‘caixinhas de gastos e programações’, ainda que dentro de cinco blocos de atividades e programações”. O repasse só é efetivado mediante a adesão do município ao referido dispositivo e o compromisso da implementação das ações a que se destinam, permanecendo assim limitada a sua autonomia decisória.

– Pontos positivos e negativos em relação ao Pacto pela Saúde: não há consenso entre os entrevistados sobre os pontos positivos e negativos do pacto. É oportuno destacar que uma das principais variáveis para isso é a autonomia do município na gestão da saúde. Para alguns, esta autonomia representa responsabilização, comprometimento e até mesmo ônus aos municípios, portanto, um aspecto negativo; para outros, autonomia significa emancipação e ampliação do poder local na gestão da política de saúde no município.

O exercício das novas competências, previstas pelo pacto, para os entrevistados de forma geral, passa pela capacidade efetiva dos municípios exercerem a sua autonomia na gestão da saúde. E, nesse sentido, a gestão está relacionada às questões culturais, sociais, econômicas, demográficas, localização geográfica, competência técnica-administrativa, de disponibilidades de recursos financeiros e

tecnológicos para garantir o direito à saúde de seus municípios. Se por um lado a autonomia assume uma perspectiva negativa, representando uma preocupação, um problema, por outro significa contribuição para a eficiência e eficácia da gestão da política de saúde do SUS.

Gestão do SUS e regionalização

– Responsabilidade de cada instância gestora do SUS, autonomia e capacidade dos estados e municípios para assumirem suas responsabilidades e, no caso das cidades-gêmeas, articulação entre os países e órgãos envolvidos, na implementação e organização da atenção à saúde, nestes municípios fronteiriços: as entrevistas apontam que as ações voltadas à integração são isoladas, informações nem sempre compartilhadas e, devido às distâncias com os principais centros decisórios, há dificuldades de comunicação, acordos firmados parecem não se concretizar, dentre outras questões aqui apontadas.

Na atualidade, a região de fronteira muda radicalmente seu papel, passa a representar um território de integração regional, com forte apelo à cooperação, intercâmbio e integração transfronteiriça. Segundo Harvey (2005), o acesso à informação, ao conhecimento, ao saber é uma mercadoria importantíssima e o seu controle implica vantagens competitivas. Esse é o discurso tão difundido no mundo globalizado. Porém, de acordo com os relatos, tal situação é uma realidade bastante distante nesses municípios. Ali a fronteira ainda está à margem das políticas centrais de desenvolvimento.

Um mergulho no universo da pesquisa proporcionou a apreensão de cenas do cotidiano dos serviços de saúde das cidades-gêmeas e de situações da rotina institucional. Pode-se visualizar que persistem modelos de gestão de saúde pautados em formas tradicionais, na racionalidade burocrática, na divisão do trabalho a partir de tarefas, atribuições e cargos e/ou funções ocupadas e na organização normativa. Foi possível identificar nas falas de alguns dos sujeitos entrevistados elementos que compõem a operação administrativa, a divisão de tarefas a partir desse enfoque. A pesquisa revela ainda que muitos gestores de saúde seguem a racionalidade instrumental ou normativa: a hierarquia fundada em diplomas credenciadores, o saber especializado, o cargo como profissão, a fidelidade ao cargo. Uma das características desse modelo de administração, identificada nas falas, é a centralização das informações na figura do gestor e/ou coordenador, secretário.

É possível afirmar que, nesse contexto, convivem formas tradicionais de gestão com formas inovadoras e contemporâneas: identificadas nos municípios, as formas tradicionais de gestão estão presentes na administração burocrática, na racionalidade gerencial, na hierarquia e centralização do poder, das tarefas, da informação, de controle e dominação e na separação entre quem gere e quem executa o trabalho como atividade predeterminada pelo gestor/organização; as formas contemporâneas no discurso sobre eficiência, recursos econômico-financeiros, capacidade de gestão, autonomia, responsabilização e social.

Tragtenberg (1992), ao abordar o tema da burocracia, afirma que é imprescindível referenciar Weber, um clássico que considera a burocracia como uma forma particularmente racional da dominação. A burocracia para Weber é um tipo de poder, um sistema racional em que a divisão de trabalho se dá racionalmente com vista aos fins. “Para Weber a burocracia implica predomínio do formalismo, de existência de normas escritas, estrutura hierárquica, divisão horizontal e vertical de trabalho e impessoalidade no recrutamento dos quadros” (TRAGTENBERG, 1992, p. 139). O modelo de administração burocrática, a divisão de tarefas, hierarquia, autoridades e limites são os mais difundidos e adotados em organizações públicas e privadas. São também os mais identificados nos discursos dos entrevistados, em relação ao conhecimento sobre o Pacto pela Saúde.

É oportuno lembrar a complexidade de mudança e assimilação da substituição de um modelo de assistência à saúde, baseado no princípio contributivo e centralizado por um de direito ao acesso gratuito e universal, a ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade. Nessa área a mudança de paradigma representou a alteração da trajetória histórica da formação do Estado brasileiro, baseado na centralização e na concepção de cidadania assentada na vinculação entre direitos sociais e a inserção no mercado formal de trabalho.

Os conteúdos das falas revelam uma fragilidade no processo de descentralização e, conseqüentemente, na pactuação, na medida em que aconteceram nesses municípios por meio de indução e regulação do processo pelo governo federal. Vale lembrar que, no Brasil, o sistema descentralizado da saúde foi construído através de inúmeras portarias – as NOBs, editadas pelo Ministério da Saúde.

Pode-se constatar nos municípios pesquisados que a necessidade de recursos – repassados apenas àqueles que aderiram ao pacto – induziu a gestão municipal à adesão ao Pacto pela Saúde. Há uma explícita indução do governo federal na determinação da política local através da imposição de condicionantes, no repasse de recursos financeiros condicionado à adesão a programas, interferindo de maneira autoritária e controladora sobre os municípios. A não adesão caracteriza-se como a penalização no repasse de verbas.

Pensar em políticas públicas exige também considerar o território, no caso do Brasil, marcado por acentuadas diferenças, heterogeneidades regionais e socioculturais, político-administrativas. Exige também um exercício de revisita à história, ao cotidiano, ao universo cultural da população que ali vive e, principalmente, “o reconhecimento pelo Estado das particularidades enraizadas na própria sociedade brasileira, que precisam ser consideradas no processo de desenvolvimento” (KOGA, 2003, p. 26).

Os dados desta pesquisa vêm ao encontro das discussões teóricas realizadas por Arretche (2003), pois eles informam que os anos 1990 expuseram o poder de indução do Ministério da Saúde sobre as decisões dos governos locais. A trajetória da adesão de estados e municípios às sucessivas Normas Operacionais Básicas (NOBs) revela esse fato: as NOBs 91 e 92 obtiveram a adesão de 1.074 municípios, um percentual de 22% dos municípios brasileiros em 1993; a NOB/93, respectivamente, 3.127 municípios, 63% do total em 1996 e 26 estados foram habilitados; a NOB/96 alcançou a adesão de 99,6% e 12 estados. A referida autora ainda diz que a adesão de 22% dos municípios às NOBs 91 e 92 não é irrelevante, se considerado que: parte de suas regras contrariava princípios da LOS, recentemente aprovada; sua estratégia de habilitação feria a autonomia dos municípios; a extensão da modalidade de pagamento por produção aos provedores públicos reduzia o volume de transferências para os gestores locais e; acrescido a isso, “pode-se concluir que uma taxa de 22% naquela ocasião já revelava a capacidade de indução do Ministério da Saúde” (ARRETCHE, 2003, p. 340).

Ainda de acordo com Arretche (2003), a NOB/93, por sua vez, formulada a partir de um amplo processo de debates nos quais municipalistas tiveram participação, expressa uma estratégia que considera a capacidade de veto de estados e municípios à descentralização. A possibilidade de opção entre três condições de habilitação, hierarquizadas de acordo com o grau de complexidade das funções de gestão, permite aos governos locais avaliar os custos e benefícios envolvidos em cada uma delas. A escolha é expressão de um cálculo que considera capacidades gerenciais, extensão da responsabilização política pela gestão da saúde que os gestores locais pretendiam assumir. A NOB/93 ainda punia a não adesão com o não recebimento das transferências do Ministério da Saúde e premiava a escolha pela condição de gestão mais próxima dos objetivos da reforma com o recebimento da totalidade das transferências automáticas.

A elevada taxa de adesão dos governos locais à NOB/96 é expressão dos efeitos cumulativos do processo de implantação da descentralização na saúde no Brasil e dos incentivos à adesão. A possibilidade de escolhas para a habilitação permaneceu relacionada à gestão da média e alta complexidade. Na implementação da NOB/96, o Ministério da Saúde foi capaz de conferir credibilidade ao cumprimento de seus compromissos com os governos locais (ARRETCHE, 2003).

[...] a autonomia local para a gestão de políticas cria oportunidades institucionais para que os governantes implementem decisões de acordo com suas próprias preferências, as quais não são necessariamente compatíveis com o interesse público e o bem-estar da população. São as regras institucionais de uma política pública – isto é, regras do processo decisório, mecanismos de controle e punição, arenas institucionalizadas de representação de interesses, etc. – que propiciam os incentivos ao comportamento dos governos locais (ARRETICHE, 2003, p. 335).

Nesta mesma linha de entendimento, contribuindo para essa discussão, Brêtas e Silva (2010) dizem que o excesso de portarias continua acontecendo e não raro trazendo novas políticas indutórias que muitas vezes se chocam com as diretrizes organizacionais contidas no componente Pacto de Gestão, por serem contraditórias com as mudanças pretendidas.

Cabe lembrar, ainda, que os três níveis de entes da federação têm autoridade, competências, atribuições e poder de influência sobre as políticas locais. Se as três esferas cumprirem suas atribuições, previstas no pacto, a região de saúde definida para as referências de média e alta complexidade e uma Programação Pactuada e Integrada (PPI) voltada para as realidades e especificidades *loco-regionais*, os municípios terão mais possibilidades de avançar no atendimento das necessidades e na garantia do direito à saúde dos usuários.

Nos municípios de menor porte pesquisados – Barra do Quaraí, Quaraí e Itaqui –, não há como garantir o acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida no próprio município, pois esses não dispõem de serviços, equipamentos e profissionais capacitados a realizar as ações denominadas, nas normas do SUS, de média e alta complexidade. O atendimento a essas necessidades depende da articulação desses municípios com os municípios de maior porte, que dispõem destes serviços. Mesmo assim, embora considerados municípios de médio porte, caso de Uruguaiana, São Borja e Santana do Livramento, sendo referência em média e alta complexidade, a população busca atendimento nos países vizinhos.

A distância foi outro fator apontado como dificultador para serviços de referência e contrarreferência, repercutindo assim na regionalização. A exemplo, Santana do Livramento dista 507 km de Ijuí, 530 km de Porto Alegre, capital do estado, e 245 km de Santa Maria.

A regionalização e descentralização, diretrizes constitucionais e eixos estruturantes do Pacto de Gestão, adquirem outra conotação em municípios fronteiriços, sendo necessários novos arranjos e estratégias para a garantia do direito à saúde, enquanto direito universal. Nesse sentido, o pacto, em seu aspecto legal, inova ao introduzir a possibilidade de organização e consolidação de regiões de fronteiras, a partir de um pressuposto que

consiste em respeitar as diversidades regionais próprias a um país de grandes dimensões, como o Brasil, no processo de identificação das Regiões de Saúde. A heterogeneidade territorial brasileira revela-se de muitas formas: nas especificidades estaduais e municipais, nas dinâmicas regionais distintas, e mesmo nas distribuições desiguais de serviços de saúde. Também é necessário que haja flexibilidade no reconhecimento das melhores conformações para as regiões de saúde, tendo em vista que podem ser compostas por municípios pertencentes a um ou mais de um estado; podem ser formadas dentro de um único município ou por diversas municipalidades e, ainda, por municípios de mais de um país, desde que situados em regiões de fronteiras (BRASIL, 2006, p. 16).

A inclusão no Pacto pela Saúde de financiamento diferenciado para o desenvolvimento de ações e serviços sanitários nos municípios de fronteira é um grande avanço. Em suas três dimensões, o pacto

contempla algumas estratégias já consolidadas pelos gestores do SUS, respeitando as diferenças regionais, além de agregar os pactos já existentes, reforçando a organização das regiões por meio de mecanismos de gestão e planejamento. Especificamente, o item IV do Pacto de Gestão detalha o caso das regiões fronteiriças, ressaltando a responsabilidade do Ministério da Saúde em promover a articulação entre os países e órgãos “na perspectiva de implementação do sistema de saúde e consequente organização da atenção nos municípios fronteiriços, coordenando e fomentando a constituição dessas regiões e participando do Colegiado de Gestão Regional” (BRASIL, 2006, p. 107).

Ou seja, considerando as identidades e características regionais tão diversas, é fundamental que haja flexibilidade no processo de configuração das regiões de saúde. Esses arranjos territoriais, portanto, devem possibilitar, também, a estruturação de regiões nas faixas territoriais fronteiriças com outros países latino-americanos, pois, conforme o Ministério da Saúde, o Brasil possui aproximadamente 447 municípios em 11 estados que podem constituir regiões bi ou trinacionais. A identificação dessas regiões de saúde fronteiriças deve contar com o envolvimento direto deste Ministério, por implicar, na articulação dos sistemas locais de saúde, ações e decisões diplomáticas e legais (BRASIL, 2006).

Os achados da pesquisa permitem afirmar que existem contradições entre as premissas estabelecidas pelo pacto e as condições, a capacidade efetiva, desses municípios para implementá-lo. A cooperação entre os povos como princípio constitucional (art. 4º) esbarra na burocracia institucional, nos limites da lei e na visão de gestão, por isso muitos acordos são tecidos apenas verbalmente, sem nenhuma legalidade. Pode-se constatar que cooperação e integração entre as cidades-gêmeas ocorrem de forma pontual, através de programas e ações isoladas.

Em função dos elementos aqui apontados, cabe afirmar que existe ainda, no Brasil, uma tendência à uniformização na condução, organização e gestão da política de saúde em todo território nacional. Utilizando-se de processos políticos centralizados e mecanismos financeiros de indução para adesão ao pacto, o Ministério da Saúde inibe (mais uma vez) a autonomia dos municípios de operacionalizá-lo de acordo com as especificidades locais, como no caso das fronteiras.

Concorda-se com Santos e Andrade (2008) quando estes afirmam que o pacto é o modelo mais acabado e o que mais atende ao princípio da regionalização de ações e serviços de saúde e a integralidade da atenção. Porém, ele não logrará o efeito pretendido se não livrar-se das formas de repasse fracionadas, do subfinanciamento e dos arranjos administrativos não institucionalizados.

Em reunião extraordinária realizada para avaliação do Pacto pela Saúde, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) apresentaram suas considerações. Dentre os aspectos avaliados, destacam-se:

- a) a não regulamentação da Emenda Constitucional 29 (EC29);
- b) *a continuidade do fracionamento do financiamento – apesar de as transferências federais terem sido organizadas em blocos de financiamento, ainda existem muitos recursos que são alocados fora destes blocos* (grifo nosso);
- c) insuficiência de recursos humanos;
- d) *a normatização vertical excessiva – o MS ainda tem papel central na definição da política de saúde por meio da transferência de recursos para programas e ações predefinidos* (recursos carimbados) (grifo nosso);
- e) a permanência da necessidade de discutir o papel do gestor estadual (BRASIL, 2010).

Em sua avaliação, o CONASS destacou avanços em alguns blocos de financiamento e, também, a criação, em 2009, do Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde, que consolida os mecanismos de transferências fundo a fundo, reduzindo, assim, os repasses via convênios. Contudo, chama atenção para o fato de que terminou por se incorporar uma série de incentivos que “[...] *vão na contramão da proposta original, que era reduzir o chamado número de ‘caixinhas’ de repasse de recursos*” (BRASIL, 2010) (grifo nosso). Para isso, propõe uma revisão do bloco de gestão para unificação dos incentivos e um

processo centrado em repasse único de recursos baseado no cumprimento das metas estabelecidas no Pacto pela Saúde.

Acrescentou-se, ainda, a necessidade de se avançar na redução da normatização vertical excessiva, na unificação de incentivos e em um processo efetivo de pactuação baseado em metas, indicadores e resultados. Com relação à pactuação de metas e indicadores, o Ministério da Saúde informa que esse processo apresenta uma série de problemas, como, por exemplo, metas inadequadas aos objetivos, propósitos pactuados que precisavam ser revistos, assim como a necessidade de maior clareza nas definições de atribuições de cada ente federado, entre outros (BRASIL, 2010).

Estas questões foram problematizadas no XXVII Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde e VIII Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não violência, em Brasília, julho de 2011. A temática foi inserida na programação do evento, através de curso denominado Pacto pela Saúde e Relações Interfederativas. Teve como objetivo discutir a implantação do Pacto no Brasil, estabelecer uma relação entre adesão ao pacto e Comitê Gestor Regional (CGR) e seu impacto nos municípios e realizar um balanço sobre até que ponto o pacto tem sido indutor de fortalecimento da gestão municipal.

O Pacto pela Saúde, estabelecido em 2006, expressa o compromisso firmado entre os gestores para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do Sistema Único de Saúde (SUS), com base nos princípios constitucionais e ênfase nas necessidades de saúde da população. O Pacto, entretanto, não parece ter sido potente até aqui para transformar de maneira significativa a realidade da gestão. De maneira geral, houve pouca descentralização de recursos de média e alta complexidade para os municípios, como consequência desses não terem assumido a gestão descentralizada dos estabelecimentos de saúde em seu território. Isso, apesar do Pacto afirmar ser o gestor municipal pleno de responsabilidade sobre a saúde da população em seu território e de ter sido, em grande parte, transferida para os municípios a responsabilidade da gestão e execução das políticas de saúde. Constata-se que isto se dá em parte por esse processo ser afetado por escassez de alguns consensos necessários à condução do processo de descentralização nos estados, como as questões relativas ao comando único e compartilhamento de responsabilidades sobre serviços de saúde entre estados e municípios, além da persistência dos obstáculos estruturais e conjunturais, como as grandes amarras burocráticas que dificultam a gestão do trabalho, os processos de compras, contratação de serviços e a realização de investimentos, e dos limites de contratação de pessoal, impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (CONASEMS, 2011, p. 37).

Estes foram alguns dos pontos que culminaram na aprovação do Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. Esse decreto regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, reconfigurando a gestão e a atenção à saúde. Ou seja, visa a reorganizar o SUS para garantir a melhoria no acesso às ações e serviços de saúde em todo território nacional.

A partir do art. 2º deste decreto, considera-se região de saúde:

– espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

O decreto define e consolida o modelo de atenção regional, em que municípios vizinhos deverão se organizar para ofertar atendimento de saúde às suas populações. Cada uma das regiões identificadas deverá ter condições para realizar atenção primária à média e alta complexidade. Caso não haja capacidade física instalada naquela região para a execução de determinado procedimento, os gestores daquela rede têm de construir parceria com outras regiões, que atenderão à demanda (MACHADO, 2011).

De acordo com Andrade (apud MACHADO, 2011), secretário de gestão estratégica e participativa do Ministério da Saúde, a nova lógica será implantada por meio de um retrato geográfico da distribuição dos serviços de saúde, usado como apoio ao planejamento da saúde e a configuração dos contratos de ação pública.

No Rio Grande do Sul, a Resolução 555/12 – CIB/RS altera a configuração e a quantidade de regiões de saúde no estado e institui as Comissões Intergestores Regionais (CIR). Desde então são 30 regiões, sendo que cada região conta com uma CIR. Nesta Resolução, o seu artigo primeiro, parágrafo único, define região de saúde como

território vivo composto por um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Estas recentes mudanças nas legislações são esforços na condução da gestão do SUS, principalmente no aspecto da divisão de responsabilização entre os entes federados, a partir do território, e a legitimação de iniciativas de processos de organização e cooperação entre os municípios, através das regiões, considerando suas fragilidades e potencialidades no atendimento às demandas. A consolidação do Pacto pela Saúde, enquanto processo dinâmico, requer envolvimento, negociação e articulação permanente entre os sujeitos e as instâncias envolvidas.

Algumas considerações

A análise do contexto local da política de saúde forneceu elementos centrais para afirmar que a pactuação não ocorreu com a mesma racionalidade definida no enunciado teórico e no amparo legal. Além da morosidade e burocracia no processo de adesão, constataram-se resistências e dificuldades de compreensão e socialização da proposta.

Regiões de fronteira mudam radicalmente seu papel na atualidade; passam a representar um território de integração regional, com forte apelo à cooperação, intercâmbio e integração transfronteiriça. Nas cidades-gêmeas pesquisadas, tal situação é uma realidade bastante distante: as ações voltadas à integração são isoladas, informações nem sempre compartilhadas e, devido às distâncias com os principais centros decisórios, há dificuldades de comunicação, acordos firmados parecem não se concretizar, dentre outras questões aqui apontadas. Ali a fronteira ainda está à margem das políticas centrais de desenvolvimento. Há centralização da União nas decisões, na formulação de programas e projetos e no repasse dos recursos aos municípios.

Os dados da pesquisa evidenciam que, em sua maioria, os gestores e os profissionais de saúde têm um entendimento superficial acerca das proposições do Pacto pela Saúde, o que fragiliza o processo de pactuação. Identificou-se ainda que isto se deve à centralização das informações e à falta de um nivelamento do conhecimento sobre o pacto, tanto entre os diferentes níveis de governo, como também entre os profissionais da área de saúde nos municípios. Nesse sentido, é imprescindível a horizontalidade

nas relações entre o conhecimento de todos, para o sucesso do pacto, uma vez que o documento pretende romper com práticas antigas da normatização do SUS.

Nas cidades-gêmeas pesquisadas encontrou-se um contexto adverso à consolidação dos preceitos constitucionais de gestão descentralizada, um descompasso entre os princípios e diretrizes estabelecidas e a realidade concreta. Em municípios de pequeno porte, para efetivar a gestão do sistema municipal de saúde, através da descentralização, o descompasso é ainda maior. O projeto de regionalização, reforçado com o Pacto de Saúde de 2006, desempenha papel importante nesse sentido. Ao contemplar regiões fronteiriças, este objetiva, além de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais universalidade, a equidade e integralidade das ações e serviços de saúde e ampliar a capacidade operacional dos municípios.

Os dados autorizam concluir que a regionalização, eixo estruturante do Pacto de Gestão do SUS, ainda não foi concretizada, e, assim, não ampliou o acesso à saúde aos brasileiros e estrangeiros. Entende-se que a intenção originária do pacto é ampliar a capacidade operacional dos municípios, incluindo a população estrangeira nos mesmos patamares de atenção integral e universal garantida nos termos constitucionais aos brasileiros. Os municípios brasileiros, com distintas dimensões geográficas, apresentam estrutura econômico-social heterogênea, especificidades no que se refere à região, ao porte, à capacidade de gestão e distância a um centro regional ou capital. Tais características repercutem diretamente em ações, serviços e na gestão da saúde. Esse quadro aponta para a importância da descentralização das políticas públicas e a autonomia do governo local. Esta situação foi evidenciada pelo Decreto 7.508, de 2011.

Tais informações reiteram e contribuem para a defesa da seguinte tese: a descentralização e regionalização preconizadas no Pacto pela Saúde, especificamente no Pacto de Gestão do SUS, não têm sido efetivadas. O processo de pactuação não ocorreu com a mesma racionalidade como definido no enunciado teórico e no amparo legal. Além da morosidade e burocracia no processo de adesão, constataram-se, nas entrevistas, resistências e dificuldades de compreensão e socialização da proposta. Observou-se ainda a centralização da União nas decisões, na formulação de programas e projetos e no repasse dos recursos aos municípios.

Referências

- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; SANTOS, Lenir. Redes interfederativas de saúde e o SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 42, p. 27-34, abr. 2008.
- ARRETCHE, Marta. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciênc. e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v8n2/a02v08n2.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2009.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1994.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. Lei nº 8080 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. Brasília: 1990.
- _____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/legislacao>>. Acesso em: 12 mar. 2010.
- _____. Ministério da Integração Regional. Secretaria de Programas Regionais. Programa de desenvolvimento da faixa de fronteira. Proposta de reestruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira: bases para uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira. Brasília: Ministério da Integração Regional, 2005.
- _____. *Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão: diretrizes operacionais*. Brasília: Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 1)
- _____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Relatório do Seminário de Avaliação do Pacto pela Saúde*. Brasília, 2010.

- _____. Decreto nº 7.508. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, seção 1, Brasília, 28 jun. 2011.
- BRÊTAS, Nilo; SILVA, Silvio Fernandes da. Avaliando o pacto pela saúde: uma oportunidade estratégica para promover avanços no SUS. *Divulg. Saúde Debate*, Londrina, v. 46, p. 27-31, maio 2010.
- CHIZZOTTI, R. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998.
- CONASEMS. CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 27.; CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE, DA CULTURA DE PAZ E NÃO VIOLÊNCIA, 8. *Anais...* Brasília, 2011.
- COSTA, Vera Lucia Cabral; SILVA, Pedro Luz Barros; BIASOTO, Geraldo (Org.). *Efetividade das políticas de saúde: experiências bem-sucedidas na América Latina*. São Paulo: Biruta, 2008.
- DHAL, Ames. Ética na pesquisa. 2006. Disponível em: <<http://www.wits.ac.za/bioethics/modelos.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2010.
- GADELHA, Carlos Augusto Gorbois; COSTA, Laís. Integração de fronteiras: a saúde no contexto de uma política nacional de desenvolvimento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, sup. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/10.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2010.
- GALLO, Edmundo; COSTA, Laís (Org.). A integração dos sistemas de saúde que atendem a população fronteiriça dos países do MERCOSUL – SIS-MERCOSUL. In: _____; _____ (Org.). *SIS-MERCOSUL: uma agenda para a integração*. 2003.
- HARVEY, David. *A produção do espaço capitalista*. São Paulo: Annablume, 2005.
- IBGE. Cidades@. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em: 3 abr. 2011.
- KOGA, Dirce. *Medidas de cidades: entre territórios de vida e territórios vividos*. São Paulo: Cortez, 2003.
- MACHADO, Kátia. Novo passo na construção do SUS: acertos e ressalvas no decreto que regulamenta a Lei 8.080, organiza regiões de saúde e cria contratos de metas. *RADIS: Comunicação em Saúde*, Rio de Janeiro, n. 109, p. 18-19, set. 2011.
- NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. *Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde*. Projeto de Pesquisa. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. 2003.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução nº 555/12 – CIB/RS – Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. 2012.
- TRAGTENBERG, M. *Burocracia e ideologia*. São Paulo: Ática, 1992.

¹ Pesquisa realizada para a construção da tese de doutoramento em Serviço Social junto à PUCRS. A coleta de dados se deu em janeiro de 2011, nas cidades-gêmeas São Borja, Itaqui, Uruguaiana, Paso de Los Libres (Argentina), Barra do Quaraí, Bella Unión (Uruguai), Quaraí, Artigas (Uruguai), Santana do Livramento e Rivera (Uruguai).

² É um recorte do projeto de pesquisa “A implementação dos programas SIS Fronteiras e Pacto pela Saúde – perspectivas para a ampliação do direito à saúde aos usuários estrangeiros na Fronteira Arco Sul”, coordenado pela professora doutora Vera Maria Ribeiro Nogueira, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq. Integra a linha de pesquisa Mercosul, Fronteiras e Direitos Sociais, vinculada ao Núcleo de Estudos Estado Sociedade Civil, Políticas Públicas e Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Catarina. Integra, igualmente, as linhas de pesquisa Seguridade Social, Direitos Sociais e Fronteiras, junto ao Núcleo de Estudos Políticas Sociais, Cidadania e Serviço Social do Programa de Pós-Graduação da Universidade Católica de Pelotas e Serviço Social e Políticas Sociais, do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Violência, Ética e Direitos Humanos da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

³ O TCG é um documento que explicita as responsabilidades sanitárias e atribuições do município, do estado, do Distrito Federal e da União. Contém as metas e objetivos do Pacto pela Vida, que definem as prioridades dos três gestores para o ano e os indicadores de monitoramento que integram os diversos momentos de pactuação existentes. A assinatura desse termo significa a declaração dos compromissos assumidos por parte de cada gestor perante os outros e perante a população sob sua responsabilidade. Com o Pacto de Gestão (abordado nas próximas páginas) e a assinatura do termo, fica extinto o processo de habilitação de estados e municípios estabelecido na NOB-SUS 1/96 e na NOAS-SUS 1/2002. Salienta-se ainda que deve ser construído em sintonia com o Plano de Saúde, em negociação com o governo federal, os estados e os municípios e o Distrito Federal, e aprovado no conselho de saúde da respectiva esfera de gestão e na CIB e na CIT (BRASIL, 2006).