

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



“Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP): análise da matriz normativo institucional e seus aspectos federativos”

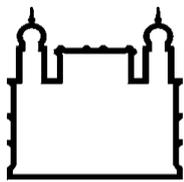
por

Gloria Maria Mussa Cury

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. José Mendes Ribeiro

Brasília, março de 2015.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP): análise da matriz normativo institucional e seus aspectos federativos”

apresentada por

Gloria Maria Mussa Cury

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Maria Isabel Boavista Seara Machado

Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro – Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 31 de março de 2015.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

C982c Cury, Gloria Maria Mussa
Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP):
análise da matriz normativo institucional e seus aspectos
federativos. / Gloria Maria Mussa Cury. -- 2014.
180 f.

Orientador: José Mendes Ribeiro
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Federalismo. 2. Municipalização da Saúde.
3. Regionalização. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Política de
Saúde. I. Título.

CDD – 22. ed. – 362.10425

Dedico este trabalho

A todos nós que temos em nosso cotidiano a construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas oportunidades oferecidas na vida, trajetória acadêmica e profissional. Tudo que sou e que tenho provém Dele que nada impõe, só propõe.

O presente trabalho somente foi possível em virtude de estratégia deliberada do Ministério da Saúde, mais especificamente ao **Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) parte da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP)**, voltada a qualificar sua força de trabalho e a produzir conhecimentos que possam ser úteis para o aperfeiçoamento do SUS.

Agradeço demais aos gestores do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI), de modo especial à **Doutora Neyde Gloria Garrido e à Doutora Isabel Senra** que incansavelmente se dispuseram à colaborar de forma contundente com suas informações.

Mesmo sendo a ENSP/FIOCRUZ parte integrante do Ministério da Saúde, não há como deixar de agradecer à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e a todos que fazem parte de sua história. É motivo de muito orgulho aprender na ENSP e ter como **Professor e Orientador o Doutor José Mendes Ribeiro**. Ele representa o ícone por meio do qual são acessados níveis mais elevados de conhecimento. Ele entrou na minha trajetória e jamais o esquecerei, inclusive pela incondicional sabedoria tendo sido capaz de me fazer outra pessoa ao término do estudo. À **Mônica Reis**, verdadeira parceira dos mestrados na ENSP, com sua ajuda imprescindível em todos os momentos. Ao grupo de coordenadores, professores que tanto se esmeraram para o aprendizado de excelência com seriedade para alcançarmos a “mudança de atitude” profissional. Ao Conselho de Ética em Pesquisa na figura da Maria Emília que tanto fez para o cumprimento dessa etapa.

Aos membros do CONASS E CONASEMS, nas figuras da **Doutora Lourdes Lemos** que, abraçou esta pesquisa como se fosse dela com disponibilidade integral e contribuições extremamente valiosas através do seu conhecimento ímpar da gestão do SUS e, tudo o que disser será muito pouco por tudo que fez para o sucesso desse estudo e do **Doutor Nilo Bretas** que fez o impossível para integrar suas informações à minha disponibilidade de estar em Brasília.

À **Doutora Lenir Santos**, advogada sanitária, que abriu sua residência à fim de contribuir de forma extremamente virtuosa com o tema abordado.

À Professora Doutora **Elaine Marqueze** que me ajudou a iniciar os estudos na ENSP/FIOCRUZ a partir de 2009 e sempre me atendendo à qualquer hora , mesmo quando realizando seu *pós doc* fora do país. Hoje, Doutora Elaine é mais do que uma profissional: é uma amiga que acompanha e incentiva os meus passos acadêmicos.

Aos demais membros da Banca Examinadora da qualificação do projeto e da dissertação apresentada, inclusos os coordenadores, pelo pronto atendimento, pelo tratamento a mim dispensado e pelas inestimáveis contribuições que me permitiram e permitirão aperfeiçoar o meu trabalho.

Aos colegas de turma que me fez aprender o segredo de conviver bem, com respeito e incentivo e à querida amiga **Leila Negrís** do Rio de Janeiro que tanto me ajudou com a “formatação, esquemas”, sempre com presteza, disponibilidade, e, principalmente conhecimento e paciência. **Obrigada.** Não poderia deixar de mencionar o colega Fernando Carneiro do SEAUD/BA que em vários momentos me ajudava com os recursos oferecidos pela era da informática.

Não poderia deixar de agradecer àqueles que não conseguiram valorizar o estudo acadêmico e seus produtos como sendo, senão a mais importante, uma das vertentes para a construção de novas estratégias alicerçadas no conhecimento e nas atividades laborativas (Mestrado Profissional). **Obrigada, pois a cada negativa meu empenho se superava.**

Se a produção de um estudo é revestida por uma boa dose de trabalho solitário, aqui se tratou de uma solidão acompanhada.

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos”.

Marcel Proust

RESUMO

Esse estudo analisou a matriz normativo institucional do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) no país e sua expressão neste espaço de governança, que inaugura uma nova etapa a partir do Decreto 7508/2011 à fim de aumentar o aprimoramento das relações interfederativas cooperativas e solidárias. A inserção do objeto deu-se ao COAP ser considerado um dos eixos centrais do Ministério da Saúde sobre as políticas públicas, sobretudo às intenções de favorecer políticas equitativas e de acesso universal trazendo uma nova forma organizativa para o funcionamento do SUS, tendo como sustentação o aspecto jurídico. Sendo assim torna-se imperativo inserir no debate a análise do processo desenvolvido para sua implementação, a partir das organizações centrais de saúde envolvidas. E ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) cabe verificar a conformidade do gasto e da execução e qualidade das políticas públicas de saúde previstas à fim de garantir **o direito à saúde**. A pesquisa teve também como pretensão, deslindar as percepções e perspectivas dos atores relevantes ao processo de implantação e/ou implementação do contrato referenciado, ainda que de forma sucinta, traduzindo como foco principal seus aspectos facilitadores e limitantes. O percurso metodológico mesclou distintas fontes e técnicas de coleta de dados como revisão bibliográfica sistemática, análise das bases administrativas de dados pertinentes e entrevistas orientadas por roteiro semi estruturado a atores centrais de reconhecida contribuição no processo de desenvolvimento, implantação e articulação à adesão do COAP. Estudos avaliativos têm evidenciado o impacto positivo na política de saúde brasileira com o SUS, porém a cronicidade do (sub)financiamento, a gestão equivocada sem o planejamento ascendente e regional compoendo a governança caótica, sobreposição de papéis e de responsabilidade, além da desqualificação de alguns gestores relacionados à gestão participativa solidária e compartilhada, são fatores que têm comprometido a consolidação do sistema público de saúde, seu funcionamento sistêmico e integrado e aumentando ou, no mínimo não diminuindo o padrão de iniquidade do Estado brasileiro. A autora concluiu que o Decreto 7508/2011 é mais uma tentativa do Ministério da Saúde em introduzir métodos de contratos ou pactos de gestão entre os entes federados, tendo como diferencial o instrumento jurídico com o peso esperado do “cumpra-se”. Contudo, a integração sistêmica ainda é extremamente baixa no Brasil (**pouco mais de cinco por cento das regiões mapeadas no país**).

Palavras chave: Federalismo; Descentralização da saúde; Regionalização da Saúde; Sistema Único de Saúde; Política de saúde; COAP.

ABSTRACT

This study analyzed the institutional normative matrix of Organizational Contract Public Action (COAP in Portuguese) in the Brazil and its expression in the governance of space, which opens a new stage from the Decree 7508/2011 to order to increase the improvement of interfederativas cooperation and solidarity relations. The insertion of the object given to the COAP be considered one of the central axes of the Ministry of Health on public policies, especially the intentions to promote equal and universal access policies bringing a new organizational form for the operation of the Single Health System (SUS in Portuguese), with the support the legal aspect. Therefore it is imperative to enter the debate process analysis developed for its implementation, starting from the central health organizations involved. The National Audit System is responsible for checking the conformity of expenditure, implementation and quality of public health policies provided to ensure the right to health. The research also had the pretension, unravel the perceptions and perspectives of relevant actors to the deployment process and / or implementation of the referenced contract, albeit succinct form, translating mainly focused their facilitators and limiting aspects. The methodological approach blended different sources and techniques of data collection as a systematic literature review, analysis of administrative data bases of relevant and targeted interviews by a semi structured the central actors of recognized contribution in the development process, implementation and coordination of the accession of the COAP. Evaluation studies have shown a positive impact on the Brazilian health policy with SUS, but the chronicity of the (sub) funding, misguided management without ascending and regional planning composing the chaotic governance, overlapping of roles and responsibility beyond disqualification some managers relating to joint participatory management and shared, are factors that have compromised the consolidation of the public health system, its systemic and integrated operation and increasing or at least not decreasing the iniquity of default of the Brazilian state. The author concluded that Decree 7508/2011 is more a health ministry's attempt to introduce methods of contracts or management agreements between federal, having as differential the legal instrument with the expected weight of the "let it be". However, the systemic integration is still extremely low in Brazil (just over five percent of the mapped regions in the country).

Key words: Federalism; Health's Decentralization; Regional Health Planning; Single Health System; Health Policy; Oorganizational Contract of Public Health Action.

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ABREVIações:

AB	Atenção Básica
CAP	Contrato da Ação Pública
CE	Ceará
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DAI	Departamento de Articulação Interfederativa
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
EC	Emenda Constitucional
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública
ENSP FIOCRUZ	Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz
EUA	Estados Unidos da América
FES	Fundo Estadual de Saúde
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
ICM	Imposto sobre Circulação de Mercadorias
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
INAMPS	Instituto Nacional de assistência Médica e Previdência Social
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IR	Imposto de Renda
ISS	Imposto sobre Serviços
IVVC	Imposto sobre Venda à Varejo de Combustíveis
LC	Lei Complementar

LOS	Lei Orgânica da Saúde
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
MS	Mato Grosso do Sul
NO	Norma Operacional
NOAS	Norma Operacional Básica
NOB	Norma Operacional Básica
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PGASS	Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada de Assistência á saúde
RCB	Receita Corrente Bruta
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do SUS
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

Página

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I	
<i>DESENHO DO ESTUDO</i>	16
<i>ASPECTOS ÉTICOS</i>	20
MARCOS TEÓRICOS CONCEITUAIS	
CAPÍTULO II	
<i>A - FEDERALISMO NO BRASIL</i>	22
<i>B - FINANCIAMENTO DA SAÚDE</i>	35
CAPÍTULO III	
<i>DESCENTRALIZAÇÃO E POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL</i>	44
CAPÍTULO IV	
<i>DECRETO 7.508/2011 e o CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE (COAP)</i>	60
CAPÍTULO V	
<i>PERCEPÇÃO DOS ATORES CENTRAIS ENVOLVIDOS</i>	72
CAPÍTULO VI	
<i>CONSIDERAÇÕES FINAIS</i>	92
REFERÊNCIAS	
<i>A- BIBLIOGRÁFICA</i>	97
<i>B- LEGISLATIVA</i>	103
<i>C- BASE ADMINISTRATIVA DE DADOS</i>	108
ANEXOS	
<i>I Formulário de Encaminhamento de Projeto de Pesquisa ao CEP/ENSP</i>	109
<i>II Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)</i>	110
<i>III Parecer Consubstanciado do CEP</i>	114
<i>IV Roteiro de Entrevista</i>	117
<i>V Decreto Nº 7.508/2011</i>	120
<i>VI Minuta do COAP (Modelo preconizado pelo Ministério da Saúde)</i>	130
<i>VII Estados Brasileiros e Suas Regiões de Saúde</i>	171

INTRODUÇÃO

*“Podemos facilmente perdoar uma criança que tem medo do escuro;
a real tragédia da vida é quando os homens têm medo da luz”.*
Platão

O presente estudo é uma pesquisa que visou ultrapassar a finalidade acadêmica, que pudesse transpor para a realidade viva do trabalho em saúde no Ministério da Saúde (MS), em especial na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) onde está inserido o Departamento de Articulação Interfederativa (DAI) e o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), departamento este em que exerço minhas atividades laborativas, e que originou, através de nova estratégia adotada, este estudo com o Mestrado Profissional em Desenvolvimento em Políticas Públicas da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ), como preceptor da qualificação de seus servidores. Ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA), que se espraia pelos entes da federação, cabe verificar a conformidade do gasto e da execução e qualidade das políticas públicas de saúde previstas à fim de garantir **o direito à saúde**. Elaboraões intelectuais oriundas do pensar, para que possam apontar a reorientação de políticas e estratégias de saúde não só dos órgãos formadores (universidades, institutos) como também do próprio sistema de saúde como co-responsável por este produto. Não pode ser outra a gênese da pesquisa senão a própria realidade que incomoda, que traz a necessidade de mudanças, ressalta MINAYO (2006).

O estudo teve como **objeto de análise a matriz normativo institucional do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) no país**, e sua expressão nas possibilidades de saúde (existentes e potenciais) neste espaço de governança, que inaugura uma nova etapa a partir do Decreto 7508/2011, além do planejamento regional integrado à fim de aumentar o aprimoramento das relações interfederativas cooperativas e solidárias superando o embate entre as causalidades governamentais e partidárias e ainda a conscientização e mobilização **supra e apartidária** voltadas para as diretrizes constitucionais da política pública de saúde.

Segundo SANTOS (2013), o contrato é a forma de **regular** entre os entes federativos de uma região de saúde, as condições da integração dos serviços, garantindo sustentação jurídico-administrativa a essa forma aparentemente colidente de organização de serviços.

A **relevância do tema** deve-se ao COAP ser considerado um dos eixos centrais do Ministério da Saúde sobre as políticas públicas, sobretudo nas intenções de favorecer políticas equitativas e de acesso universal trazendo uma nova **forma organizativa para o funcionamento do SUS, tendo como sustentação o aspecto jurídico**. Sendo assim torna-se imperativo inserir no debate a análise, embora despretensiosa devido a escassez de tendências analíticas, **o processo desenvolvido para sua implementação, a partir das organizações centrais de saúde envolvidas**.

As perspectivas da **descentralização regionalizada e hierarquizada** das políticas e da gestão da saúde precisam ser analisadas nas suas potencialidades sob novas leituras que possam indicar possibilidades de, senão superar os impasses atualmente existentes, pelo menos discutir sobre seus argumentos facilitadores e limitantes existentes para o seu desenvolvimento, tendo como estratégia o COAP.

A autora procurou elucidar alguns questionamentos tais como a hipótese do COAP ter sido concebido na organização jurídica e administrativa do Sistema Único de Saúde (SUS), através de um decreto, a partir de um esgotamento infra legal da lavra do Ministério da Saúde como forma à indução do federalismo cooperativo e da relação solidária entre seus entes federados.

Além disso, outro fator importante discutido foi o financiamento da saúde. O Decreto 7508/11 trouxe um **instrumento novo** para organizar as ações de saúde, mas não equacionou o (sub)financiamento da saúde onde o pacto federativo constitucional de 1988 gerou aos municípios e estados novas e maiores responsabilidades, além de recursos financeiros. Ainda, sendo o contrato plurilateral, que **regime jurídico** será aplicado em seu descumprimento, não sendo pertinente o regime aplicado aos contratos bilaterais. Para tanto, faz-se necessário a inserção de uma análise do instrumento ressaltando aspectos normativos relevantes ao cumprimento do decreto e do contrato.

Hoje, até o presente, temos **quatrocentos e trinta e sete** regiões de saúde no Estado Brasileiro, das quais **vinte e quatro** (vinte no estado do Ceará e quatro no estado do Mato Grosso do Sul) encontram-se sob a égide do COAP segundo os critérios do Ministério da Saúde.

Apesar de ser exíguo o tempo de tal acontecimento, ressalta-se a importância de verificar possíveis mudanças emblemáticas na organização da saúde nas regiões

desses dois estados, embora não haja pretensão de discutir nesta pesquisa tal estudo.

Para tanto torna-se primordial afirmar que o presente estudo teve também como pretensão, **deslindar as percepções e perspectivas dos atores relevantes ao processo de implantação e/ou implementação do contrato referenciado, ainda que de forma suscinta, traduzindo como foco principal seus aspectos facilitadores e limitantes.** E a influência que os arranjos institucionais adotados na implementação do SUS, ante a um jogo federativo marcado por baixa cooperação e até por práticas predatórias segundo ABRÚCIO (2007), revelam na harmonia que aperfeiçoam as relações que se estabelecem entre os três níveis de governo em uma área específica como a saúde. Tais arranjos contribuem para aperfeiçoar o próprio pacto federativo ou o federalismo brasileiro, à medida que ajudam na melhor demarcação das responsabilidades de cada um dos níveis de governo, além de criar canais e instrumentos para o constante relacionamento, cooperação e interação entre esses níveis.

Assim, espero que o estudo possa contribuir para esclarecer alguns aspectos atuais das políticas de saúde no Brasil, da origem e da apropriação do conceito de democratização e sua relação com a descentralização e, mais ainda com a regionalização, como das possibilidades e limitações dessas políticas no âmbito da gestão municipal de saúde.

Com os desafios do SUS impostos pelos seus conteúdos complexos (conceito, estrutura, organização), dentre outros, esta pesquisa se propôs a fazer uma breve discussão nos capítulos a seguir:

O capítulo I demonstra o desenho do estudo como trajetória metodológica utilizada para o alcance dos objetivos propostos. O capítulo II discorre sobre os aspectos teóricos e conceituais do federalismo brasileiro (A) e financiamento da saúde (B). Na sequência o capítulo III demonstra os principais debates sobre descentralização e regionalização, originando assim o capítulo IV onde são apontados os principais fatores do Decreto 7.508/2011 e seu contrato organizativo proposto. Os capítulos V e VI compõem os resultados da percepção dos atores envolvidos com a produção documental e considerações finais respectivamente. O referencial bibliográfico estará em seguida e após, os anexos necessários por ora.

O esforço empreendido neste estudo foi no sentido de ampliar a discussão e abri-la para novas possibilidades de entendimento. Implicou ainda em descobrir e elucidar as diversas possibilidades de interação entre o campo profissional e a academia.

I – DESENHO DO ESTUDO

“A persistência é o menor caminho do êxito”.
Charles Chaplin

O percurso metodológico mesclou distintas fontes de informação e técnicas de coletas de dados, envolvendo uma diversidade de sujeitos para compreensão do objeto.

Seus aspectos implicaram em realizar a revisão bibliográfica (RB) sistemática para construção e apreensão do objeto em estudo sendo ele ***Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde: Análise da Matriz Normativo Institucional e Seus Aspectos Federativos.***

O diálogo com a literatura visou a delimitação teórica da pesquisa tendo como pressuposto central estruturar a ***análise do processo de desenvolvimento da matriz normativo institucional do COAP, bem como seus aspectos federativos, perfazendo seu objetivo geral (OG).***

A revisão de algumas teorias das políticas públicas de saúde, escolhidas em função de sua aparente adequação ao tema do trabalho, procurou combinar a leitura de alguns dos clássicos do campo com textos selecionados que se mostraram de interesse contemplando o federalismo brasileiro, o financiamento da saúde, a regionalização da descentralização originando o Contrato organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) através de um decreto, tendo como aspecto norteador principal, ser a forma de indução ao federalismo cooperativo e à relação solidária entre os três entes federados devido ao esgotamento normativo realizado pelo Ministério da Saúde, problema este que redundava em um contrato público multilateral, sustentado parcialmente por um marco jurídico para alcançar a gestão compartilhada pelo federalismo cooperativo com relação solidária da estrutura trina e autônoma. Esse percurso deverá chegar à uma saúde pública equânime e de acesso universal.

O contrato requer uma ***análise***, ainda que sintética, sobre o ***instrumento jurídico e seus aspectos normativos***, assim como ***as percepções e perspectivas dos atores centrais relevantes ao processo de implementação do COAP no país***, esperando com isso evidenciar, entre outros, ***os aspectos facilitadores e limitantes*** dessa nova tentativa organizativa e de funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal empreendimento perfaz a idéia dos ***objetivos específicos (OE).***

O período de produção, de forma geral, será compreendido de **2010 a 2014** com palavras de busca tais **como federalismo, financiamento da saúde, descentralização, regionalização e COAP**, recorrendo a uma visão sistemática de variáveis relevantes, objetivando classificar a produção de algumas correntes de pensamentos diferentes, e ainda evidenciando suas tendências e orientação dos principais conceitos para o debate no país em fontes de busca da Biblioteca Virtual em Saúde (***Scientific Electronic Library Online - SciELO; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - Lilacs***), principalmente. A revisão bibliográfica permitiu fazer a delimitação do tema e estabelecer algumas mediações e conexões provisórias com o objeto do trabalho.

Este momento foi apoiado por pesquisa documental de Leis e Decretos, Portarias e Resoluções, Constituição Federal, Normas Operacionais do SUS, dentre outros, que deliberem ou normatizem esses conceitos do ponto de vista da formulação ou implementação de políticas de saúde. A maioria dos dados está disponibilizado nos sítios institucionais públicos, por acesso pela *internet*, para gestores e cidadãos usuários do SUS, como exemplo o “*saúde legis*”. Visto que a maioria do material disponível é encontrado em material digital, foram utilizados instrumentos (*softwares*) de busca e localização em documentos dos critérios definidos, no caso, as palavras-chave.

O estudo sobre as políticas públicas é uma tarefa desafiante, que não pode ser desenvolvida de modo simples, e o COAP, por ser um objeto difuso que contempla todo o sistema de saúde pública, introduz um problema adicional que é o de precisar muito bem a que se está referindo e em que contexto, para não incorrer em equívocos teórico-metodológicos graves.

Minayo (2006) reconhece a importância da fase exploratória da pesquisa, por compreender a escolha do tema e delimitação do problema, objetivos, construção do marco teórico conceitual, construção dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo. A fase exploratória sobre o tema incluiu a leitura de artigos científicos advindos de campos distintos, teses de doutorado de diversas Instituições acadêmicas, dissertações também de instituições de ensino diversas, contato com os atores selecionados dentro do espaço laborativo, dentre outros.

Grande parte do que foi observado e, que foi estudado no caso concreto, está registrado nas bases administrativas de dados, inclusive do Ministério da Saúde, sendo tais dados acessíveis a qualquer cidadão, e foram classificados e

selecionados. A classificação visou estabelecer as diferenciações entre os documentos analisados, considerando, inclusive, que para o objeto estudado há, evidentemente, documentos que ganham maior importância que outros.

A análise das bases administrativas de dados públicos, permitiu evidenciar o desenvolvimento/implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), em que cenário foi criado, suas principais motivações e o reflexo apresentado até então como instrumento jurídico. Os documentos têm a vantagem inigualável de serem manifestações expressas e registradas. Com essas estratégias metodológicas pretendeu-se chegar aos objetivos elencados, especificamente nesse caso, o primeiro.

Para alcance do segundo e terceiro objetivos específicos, foi utilizada como estratégia metodológica, entrevista orientada por roteiro semi estruturado, com perguntas abertas, a atores centrais de reconhecida contribuição no processo de desenvolvimento, implantação e articulação à adesão do COAP. O roteiro de entrevista teve como matriz o diálogo com várias obras da literatura que não seriam diretamente ligadas ao objeto proposto, porém nortearam o contexto sócio, político, econômico e cultural das políticas públicas, em especial às concernentes à saúde.

A escolha dos atores deu-se pelo perfilamento de que tenham tido atuação sólida e consistente atuação no campo do debate e da formulação de políticas de saúde, principalmente gestando experiências para o desenvolvimento *in loco* do Decreto e suas normativas, tais como o representante do Ministério da Saúde na figura de ex ***Diretor do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI)***, hoje ***Secretário da pasta de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP)*** sendo o ***entrevistado de número 1***, assim como a ex ***Coordenadora Geral de Cooperação Interfederativa (CGCI)***, hoje ***Diretora do DAI (entrevistado 2)*** e a ***Coordenadora Geral de Contratualização Interfederativa (CGCOI)*** como ***entrevistado 3***, perfazendo membros da equipe então responsável pela articulação do COAP no país, colóquios esses que deram origem à elaboração do roteiro/questionário semi estruturado como instrumento norteador. Ainda a ***Advogada especialista em Direito da Saúde e Doutora em Saúde Pública (entrevistado 4)***, que, por ter tido atuação destacada e pública nas arenas da política de saúde, com sua consultoria, participou da discussão em torno do Decreto 7508/2011 regionalizando a descentralização. Cabe ressaltar que os gestores selecionados fazem parte do meu cotidiano laboral e ainda, com interesse na

pesquisa pretensa uma vez que “os resultados poderão nortear novas estratégias de adesão”, segundo o elenco consultado.

Sequencialmente **os representantes do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) na figura do Gerente do Núcleo de Planejamento Gestão e Financiamento (entrevistado 5)** ampliando o olhar para as discussões estaduais e **o representante do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) como entrevistado 6**, configurando a manifestação dos entes municipais.

Não podemos deixar de relatar **a impossibilidade de participação das entrevistas “in loco” dos Secretários Estaduais de Saúde do Ceará e do Mato Grosso do Sul, entrevistados 7 e 8 respectivamente**, onde estão sob a égide do Contrato, por motivo de agenda, embora tenham contribuído para a produção documental, assim como do **Secretário da SGEF** denominado entrevistado 1.

As entrevistas somente foram gravadas com autorização do entrevistado, e transcritas e analisadas a partir das mesmas variáveis selecionadas para análise dos documentos.

ASPECTOS ÉTICOS CONSIDERADOS

A atividade científica, como toda ação humana, regula-se por normas e orienta-se por valores. Finca-se nos valores coletivamente compartilhados, que definem tanto os comportamentos apropriados na produção do conhecimento quanto os relativos à incidência da investigação nos indivíduos e na sociedade. A tarefa dos comitês de ética é elucidar os valores em jogo na investigação científica e tecnológica e expor os seus resultados a consideração e discussão públicas. Desse modo, os comitês de ética são uma instância de argumentação crítica fundada na transversalidade de diversos saberes sobre questões relevantes à sociedade, à integridade e ao desenvolvimento dos sujeitos envolvidos no processo de pesquisa, e, ao mesmo tempo, à integridade e ao desenvolvimento da ciência. Caracteriza, dessa forma, uma instância que pode promover novos diálogos, tanto no âmbito da produção científica e da transmissão de seus resultados como entre a ciência e outras dimensões da sociedade.

Na ciência e na tecnologia, a ética e a bioética constituem uma categoria que abarca a responsabilidade social da ciência. Não são instrumentos para impor ditames ou repúdio a projetos de investigação.

A pesquisa foi realizada com participantes não vulneráveis. Juntamente com o envio do “convite” para a pesquisa, seguiu o Termo de Consentimento (TC), contendo informações e assinatura da pesquisadora responsável. No TC (**anexo II**) foi disponibilizado o telefone de contato da pesquisadora (comercial e móvel) e endereço eletrônico e caso seja de interesse do participante obter mais informações sobre o estudo.

Por não envolver procedimentos interventivos ou questões que pudessem colocar os participantes em situações constrangedoras, considerou-se a pesquisa de baixo risco, com a garantia aos participantes de que, durante a realização da pesquisa e divulgação dos resultados, ***serão seguidas rigorosamente as recomendações da Resolução CNS nº 446 de 12 de Dezembro de 2012, que dispõem sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.***

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ e aprovado sob o nº **845.165/2014; CAEE 33635014.0.0000.5240 (anexo III)**. Pretendeu-se com um instrumento semi-estruturado de entrevista e analisado pelo ***Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos***, após leitura e

assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obter as percepções e perspectivas desses atores sobre o desenvolvimento e implantação do COAP no país identificando possibilidades e limitações.

As entrevistas formaram o **corpus** desta pesquisa para atingir o terceiro objetivo específico.

Podemos, de forma compilada, demonstrar graficamente o pretendido alcance dos objetivos da presente pesquisa para fins didáticos, porém ressalta-se a importância de complementar as informações no texto analítico do **percurso metodológico** possibilitando seu melhor entendimento, além dos objetivos serem alcançados mesclando fontes e diversidade de sujeitos para melhor compreensão do objeto em estudo.

	FONTES	PERÍODO	OBJETIVOS ATENDIDOS
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA (SISTEMÁTICA)	Biblioteca Virtual em Saúde com critérios de palavras chave e comp. pertinentes ao estudo	2010 a 2014	Suporte teórico: Objeto e objetivos
PESQUISA DOCUMENTAL	Leis e Decretos, Portarias e Resoluções, Constituição Federal, Normas Operacionais do SUS.	2010 a 2014	Primeiro objetivo específico
BASE DE DADOS	A maioria dos dados está disponibilizado nos sítios institucionais, por acesso pela internet.	2010 a 2014	Primeiro objetivo específico
ENTREVISTAS	Atores com atuação sólida e consistente em formulação de políticas de saúde e desenvolvimento <i>in loco</i> do Decreto e suas normativas.	2014	Segundo e terceiro objetivos específicos

Elaboração própria

II - Aspectos Teóricos Conceituais sobre Federalismo e Financiamento da Saúde no Brasil.

A) - FEDERALISMO NO BRASIL

“As Nações-Estado tornaram-se pequenas demais para os grandes problemas e grandes demais para os pequenos problemas”.
Daniel Bell, sociólogo.

Etimologicamente a palavra federação vem do latim (foedus, foederis) onde significa aliança, pacto.

Segundo DOURADO (2011) o federalismo é uma forma de organização do Estado contemporâneo que nasceu do equilíbrio dialético entre a centralização e a descentralização do poder político. O sistema federal compatibiliza a coexistência de unidades políticas autônomas que em conjunto consubstanciam um Estado soberano, representado pela União estabelecida na Constituição Federal.

O Estado federal é, pois, aquele que melhor corresponde à necessidade de manutenção da unidade na diversidade, sem concentrar o poder em um único núcleo, nem tampouco pulverizá-lo. De sua “invenção” na sociedade estadunidense do século XVIII à conformação assumida atualmente, o federalismo adquiriu diferentes contornos à medida que o princípio federativo foi empregado com adaptações particulares, conforme as circunstâncias históricas, sociais, econômicas e políticas em que os Estados federais foram constituídos conforme explana ABRÚCIO (2007).

Na atual conjuntura histórica, em que os Estados têm o papel preponderante de promover o bem-estar social, a colaboração mútua entre as unidades federadas para a consecução dos objetivos sociais e econômicos tem sido um dos principais instrumentos de ação das federações. A ideia de cooperação advém da identificação de que determinadas funções públicas não podem ser de competência exclusiva ou hegemônica de algum dos entes federados por implicarem interdependência e interesses comuns. Esse modelo, atualmente predominante, é denominado federalismo cooperativo.

Nesse contexto, continua DOURADO (2011), a gestão de políticas públicas nas federações exige a construção de processos decisórios compartilhados para conduzir o planejamento e a execução das ações no âmbito socioeconômico em prol do bem-estar coletivo. Esses processos encontram-se geralmente entre dois tipos

básicos de mecanismos, que representam o inerente dilema entre a descentralização e a centralização: as negociações diretas entre os governos locais e os incentivos promovidos pelas instâncias centrais.

A Constituição de 1988 instituiu o federalismo cooperativo no Brasil e trouxe a novidade do ingresso definitivo dos municípios, compondo, com os estados e a União, a estrutura federativa trina particular do País. Consolidou-se, assim, a condição historicamente construída do poder local na organização do Estado brasileiro, propiciando a transferência de encargos e recursos para os governos municipais responsabilizarem-se pelo provimento de bens e serviços aos cidadãos.

A Formação do Federalismo Brasileiro

Há mais de um século, o Brasil adotou a forma federativa de divisão territorial de governo. Ao longo desse tempo, o país conviveu com grande variedade de arranjos federativos e experimentou períodos de autoritarismo e de regime democrático. Durante a vigência das sete constituições que regeram as instituições brasileiras após a República, as regras relativas ao federalismo fizeram parte integrante do corpo constitucional.

Um dilema constitutivo da formação e do Estado é o da centralização *versus* a descentralização do poder conforme aponta ABRÚCIO (2002).

Este autor faz um panorama histórico dos fatos relevantes que precederam o ideal do federalismo no Brasil.

No Segundo Reinado, a solução imperial unitária formou um Poder Central forte. O sistema federal foi introduzido em 1889 e somente com a Constituição de 1891, na ordem republicana, idealizada por Rui Barbosa, foi adotada uma estrutura federativa, rompendo o unitarismo imperial das províncias com a centralização monárquica em termos políticos e financeiros. O problema das desigualdades econômicas regionais, já no início da República, impossibilitou a união de todas as províncias em torno de um projeto comum de reforma tributária.

A primeira Constituição escrita do Brasil foi promulgada em 1824, após a independência de Portugal. Essa Constituição delegou poderes administrativos às então dezesseis províncias. Embora as províncias não contassem com autonomia política formal ou informal, essa delegação foi interpretada como abrindo o caminho para uma futura federação.

Como sabemos, continua ABRÚCIO (2002) e diferentemente de muitas federações, a brasileira nunca foi uma resposta às clivagens sociais decorrentes de conflitos étnicos, linguísticos ou religiosos. Movimentos separatistas ocorreram apenas durante o período colonial e, à partir da segunda metade do século XIX, a unidade do país não era questionada. Por isso, as constituições brasileiras não preveem regras para a secessão e a de 1988 ainda estabelece que nenhuma emenda constitucional pode abolir a "forma federativa de Estado".

Segundo ARRETCHE (2013), dado que a unidade do país não se constitui em ameaça, as constituições sempre declararam que "todo o poder emana do povo" e não da nação, do Estado ou das unidades constitutivas da federação, como ocorre em muitos países federais, sinalizando que o sistema federativo brasileiro está assentado no **princípio do individualismo e não no das instituições coletivas**.

O desenho do federalismo brasileiro pode ser mais bem compreendido por meio de uma breve descrição das constituições anteriores a 1988. Isso porque as constituições refletiram as barganhas políticas e territoriais que ocorreram ao longo da nossa história.

Debates sobre a divisão territorial de poder tiveram início muito antes do fim da era colonial e o principal objetivo do movimento republicano era o federalismo e não a liberdade, como nos mostram os historiadores. No entanto, federalismo (associado à descentralização) e liberdade eram tratados como sinônimos. A opção pelo federalismo, apesar de ser inspirada na experiência dos EUA, não foi uma simples cópia daquele sistema porque sua adoção foi precedida de debates e porque as elites regionais eram favoráveis à descentralização, vista como sendo alcançável por um sistema federal e não por um sistema unitário. Apesar de algumas instituições norte-americanas como o sistema presidencialista, o federalismo e o controle de constitucionalidade terem sido adotadas como uma das bases das instituições políticas brasileiras e, apesar da influência, mais tarde, das constituições de Weimar e do México na constitucionalização dos direitos sociais, o Brasil construiu sua própria história constitucional ao longo da elaboração de suas sete constituições.

ARRETCHE (2013) afirma que a Constituição de 1891, promulgada após a República, seguiu a promessa descentralizadora do mote republicano: centralização, secessão; descentralização, unidade. Por essa Constituição, recursos públicos foram canalizados para alguns poucos estados, mostrando que a federação

brasileira nasceu sob a égide da concentração de recursos em poucos estados e escassas relações existiam entre os entes constitutivos da federação, caracterizando esse período como o de uma federação isolada.

ABRÚCIO (2002) continua em seu passeio histórico que a autonomia financeira beneficiará as desigualdades da federação (SP e MG considerados estados ricos). Na autonomia política todas as províncias se uniram em prol do federalismo.

O governo de Campos Sales consolida o pacto federativo instituído pela Constituição de 1891, intitulado “política dos governadores”. No lugar do presidente de província, instala-se o governador de estado, onde a inexistência de partidos nacionais fortalecia mais ainda os governadores. Imperava o compromisso do poder público estadual com os “coronéis” (compromisso coronelista), além da fragilidade do poder federal que não competia com os estados na conquista de apoio aos chefes políticos locais. O governador tinha dois instrumentos básicos: a força policial e os empregos públicos que arrebanhavam eleitores de forma oligárquica e acima dos partidos.

Assim, o federalismo da Primeira República foi oligárquico, patrimonialista, ou seja, anti-republicano.

O fim da Primeira República ocorre devido aos movimentos organizados pelas classes médias urbanas, sobretudo o movimento tenentista, num contexto de crítica ao modelo oligárquico. O Governo Federal já estava se fortalecendo desde a primeira guerra gerando uma maior centralização do processo decisório.

A Construção do Estado Vargas-desenvolvimentista e o Federalismo

Um das primeiras medidas após o golpe de Vargas, ressalta ARRETCHE (2013), foi perdoar as dívidas dos estados com a União, inclusive a maior de todas, a de São Paulo, contraída por força dos subsídios ao café, pacificando, assim, os possíveis descontentamentos das elites regionais. A Revolução de 1930 deu início a um federalismo mais centralizador.

A Constituição de 1934, escrita como resultado do golpe de 1930 introduziu a tendência à constitucionalização de questões socioeconômicas e expandiu as relações intergovernamentais pela autorização para que o governo federal concedesse às instâncias subnacionais recursos e assistência técnica. Aos

municípios foram assegurados recursos próprios, que seriam por eles coletados, passando também a receber parcela de um imposto estadual. A peculiaridade dessa Constituição frente às demais é que o Senado Federal foi reduzido à órgão colaborador da Câmara dos Deputados. A Revolução de 1930 deu início a um federalismo mais centralizador.

A constituição seguinte foi promulgada por Vargas, em 1937, após o golpe militar por ele liderado. Vargas fechou o Congresso Nacional e as assembleias estaduais e substituiu os governadores eleitos por interventores. Um dos atos mais simbólicos de Vargas contra os interesses regionais foi queimar todas as bandeiras estaduais em praça pública. Ao negar aos governos estaduais o direito de decidir sobre um dos mais importantes aspectos de sua vida econômica, ou seja, a definição das regras de trocas de mercadorias, Vargas pavimentou o caminho para a industrialização.

Estado Nacional fortalecido continuamente sendo denominado Varguista-desenvolvimentista (tornou-se o principal irradiador do desenvolvimento econômico brasileiro). Era um modelo de acomodação de interesses, compromissos entre setores e classes sociais.

Nesse contexto o federalismo tinha se dissociado da república na Primeira República e no Estado Novo desapareceu termina ABRÚCIO (2002).

O Federalismo no período 45-64: Início da democracia competitiva de massas no Brasil.

ABRÚCIO (2002) cita que as eleições foram mais livres e mais competitivas com a população no universo eleitoral. A Constituição de 1946 inovou ao aumentar a autonomia financeira e política dos municípios. O federalismo se desenvolveu com a abertura política pós Estado Novo. As relações federativas se tornaram mais equilibradas porque a União (forte em termos políticos e econômicos) e os estados (voltaram a ter autonomia) se tornaram mais equipotentes, onde suas relações se estabeleciam por barganhas clientelistas tanto no Congresso como na burocracia federal. Os estados construíram nesse período as carreiras políticas de deputado estadual e federal sem nenhum controle dos partidos e da sociedade (política anti-republicana). O centro dessa política estadual era o governador, onde seriam os chefes partidários e controladores de grande parte dos recursos políticos.

A relação federativa começou a atingir os alicerces do estado-desenvolvimentista. Ela chegou ao limite quando tentou compatibilizar os interesses do poder Central com os governos subnacionais.

ARRETCHE (2013) ressalta que estava sendo necessário reforma nas relações federativas. O período democrático não conseguiu realizá-las. Foi a motivação para a conformação de o governo militar onde optou-se pela saída autoritária para concretizá-la. Os desequilíbrios financeiros entre os estados não só persistiram, mas aumentaram: em 1945, três estados concentravam mais de 70% das receitas estaduais.

Com o retorno do regime democrático, veio a nova Constituição, de 1946. Inicialmente influenciada por ideais liberais, eles não prevaleceram devido ao reconhecimento de que era preciso perseguir rapidamente o crescimento econômico sob a égide do governo federal. A Constituição de 1946 introduziu o primeiro mecanismo de transferências intergovernamentais da esfera federal para as municipais, excluídos os estados, na tentativa de diminuir os desequilíbrios verticais de receita, mas o critério de transferência não continha nenhum mecanismo de equalização fiscal, dado que consistia em dividir o montante a ser transferido pelo número de municípios existentes. Tal Constituição ainda manteve a marca de ter sido a de “vida mais longa” da história constitucional brasileira. Seus dispositivos e o regime democrático por ela regulado sobreviveram a várias crises políticas: suicídio de Vargas, renúncia de Jânio Quadros e posse de João Goulart. No entanto, não foi capaz de sobreviver à crise econômica e política iniciada em meados dos anos 1960.

O golpe de 1964 explicita LIMA (2007), colocou o Brasil na rota dos regimes autoritários que passaram a governar a América Latina nos anos 1960. A nova Constituição do regime só foi promulgada em 1967 e em 1969 uma longa emenda constitucional foi editada. Como se sabe, a Constituição de 1967-1969 e a reforma tributária de 1966 centralizaram na esfera federal poder político e tributário, afetando o federalismo e suas instituições. No entanto, apesar da centralização dos recursos financeiros, foi a reforma tributária dos militares que promoveu o primeiro sistema de transferência intergovernamental de recursos da esfera federal para as subnacionais, por meio dos fundos de participação (Fundo de Participação dos Estados (FPE) e Fundo de Participação dos Municípios (FPM)).

O processo de reforma no Brasil começou com o fim do período militar. Com a crise do regime autoritário e a derrocada do modelo nacional-desenvolvimentista. A principal preocupação dos atores políticos na redemocratização foi tentar corrigir os erros cometidos pelos militares, dando pouca importância à necessidade de se construir um modelo de Estado capaz de enfrentar os novos desafios históricos. O regime autoritário potencializou problemas históricos da administração pública brasileira, como o descontrole financeiro, a falta de responsabilização dos governantes e burocratas perante a sociedade, a politização indevida da burocracia nos estados e municípios, além da fragmentação excessiva das empresas públicas, com a perda de foco de atuação governamental.

A Carta Magna de 1988

O projeto da reforma sanitária brasileira que levou ao reconhecimento da saúde como direito de cidadania na *Constituição de 1988* e à instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público e universal, pressupunha profundas mudanças no papel e no modelo de intervenção do Estado na saúde.

Em 1990, a promulgação da *Lei Orgânica da Saúde* (LOS) e a incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde marcam o surgimento de uma *nova autoridade sanitária nacional*, que pela primeira vez na história brasileira tem a responsabilidade de comando único sobre a política de saúde no âmbito federal. Já a diretriz de descentralização político-administrativa em um contexto federativo democrático implica o fortalecimento de milhares de outras autoridades sanitárias: os gestores estaduais e municipais de saúde.

Para combater o legado do regime militar, as mudanças mais profundas vieram com a Constituição de 1988 e três conjuntos de mudanças são destacados na visão de ABRÚCIO (2002):

- a democracia do Estado com o fortalecimento do controle externo da administração pública como exemplo o novo papel do Ministério Público (MP) com o reforço dos princípios da legalidade e da publicidade;
- a descentralização abrindo maior participação cidadã e a gestão pública baseada nas realidades e potencialidades locais;

- profissionalização da burocracia tendo o princípio da seleção meritocrática e universal (concurso público). Em 1986 foi criada a Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) para capacitar a alta burocracia. Tais mudanças trouxeram ganhos à administração pública, mas não foram totalmente concretizadas, Podemos citar o exemplo dos tribunais de contas que pouco controlaram os governantes, a multiplicação exagerada de municípios gerando um federalismo compartimentalizado prejudicando o processo de descentralização e a profissionalização do serviço público resultou em corporativismo estatal e não na produção de servidores públicos.

A renovação da agenda reformista é proposta com quatro eixos estratégicos: Profissionalização, eficiência, efetividade e transparência/*accountability*.

A democracia brasileira avançou muito nos últimos anos, mas a frágil conexão entre eleitores e eleitos favorece o clientelismo e o patrimonialismo em várias instâncias do poder, sobretudo no plano subnacional.

A redemocratização trouxe como uma de suas principais bandeira a "restauração" do federalismo e a descentralização por meio da elaboração de uma nova constituição de acordo com ARRETCHE (2013). A Constituição de 1988 foi a mais detalhada de todas as constituições brasileiras. Dessa tendência à constitucionalização resultou uma Constituição que regula não apenas princípios, regras e direitos (individuais, coletivos e sociais), mas também um amplo leque de políticas públicas.

A Constituição de 1988 apresenta algumas peculiaridades em relação às constituições anteriores. A primeira é que não foi produto de um texto desenhado por especialistas, especialmente juristas, como aconteceu em 1891 e em 1934, nem se espelhou em constituições anteriores, como em 1946. A segunda é que as constituições anteriores foram o resultado de um processo de ruptura política que já ocorrera, ao passo que em 1988 sua elaboração ocorreu ainda como parte do processo de transição democrática. A terceira inovação, e mais diretamente relacionada com o federalismo, é que aos constituintes foi permitido decidir sobre a manutenção ou não do sistema federativo, proibido na convocação das constituintes anteriores. Em algumas questões, a Constituição de 1988 contrastou com as anteriores, principalmente nos seguintes aspectos: na provisão de mais recursos para as esferas subnacionais; na expansão dos controles institucionais e societários sobre os três níveis de governo, pelo aumento das competências dos poderes

Legislativo e Judiciário e pelo reconhecimento dos movimentos sociais e de organismos não governamentais como atores legítimos de controle dos governos e pela universalização de alguns serviços sociais, em particular a saúde pública, antes restrita aos trabalhadores do mercado formal, tendo como princípio diretivo a descentralização e a participação dos usuários.

ARRETCHE (2013) descreve em seu estudo que diferentemente de muitas federações, a brasileira, assim como a belga, é um sistema de três níveis (triplo federalismo) porque incorporou os municípios, juntamente com os estados, como partes integrantes da federação, refletindo uma longa tradição de autonomia municipal e de escasso controle dos estados sobre as questões locais. Desde a promulgação da Constituição de 1988, outorgar o rótulo de centralizado ou descentralizado ao federalismo brasileiro parece não dar conta da sua atual complexidade. A federação tem sido marcada por políticas públicas federais que se impõem às instâncias subnacionais, mas que são aprovadas pelo Congresso Nacional e por limitações na capacidade de legislar sobre políticas próprias, esta última também constrangida por decisões do poder Judiciário. Além do mais, destaca SANTOS (2013), poucas competências constitucionais exclusivas são alocadas aos estados e municípios, como também ocorre em outros países em desenvolvimento, tais como o México e a África do Sul. Por outro lado, estados e municípios possuem autonomia administrativa considerável, responsabilidades pela implementação de políticas aprovadas na esfera federal, inclusive muitas por emendas constitucionais, e uma parcela dos recursos públicos poucas vezes concedida pelas constituições anteriores, em particular para os municípios, superior a outros países em desenvolvimento. O Brasil adotou um modelo de *federalismo simétrico em uma federação assimétrica*.

As constituições brasileiras sempre detalharam as competências dos três níveis de governo, embora a de 1988 seja a mais detalhada conforme já mencionado. A União detém o maior e o mais importante leque de competências exclusivas. Apesar de a competência residual ser dos estados, tal como nos EUA, Austrália e México, o alto nível de detalhe da Constituição de 1988 deixa pouco espaço para o exercício da competência residual. A despeito do poder residual dos estados, a União tem amplos poderes legislativos, o que permite que a regulamentação de qualquer matéria de interesse nacional seja apresentada ao Congresso Nacional. No Senado que de fato é uma arena de veto, o comportamento

parlamentar dos senadores é partidário e disciplinado, pois a disciplina partidária prevalece sobre a coesão das bancadas regionais. Sob tais condições, os partidos têm condições de inibir tendências inerentemente limitadoras do federalismo. O fato é que no Brasil matérias de interesse federativo não têm tramitação especial. Adotamos a fórmula menos exigente de emendamento constitucional no leque de escolhas possíveis ao mesmo tempo em que matérias de interesse federativo podem ser aprovadas sob a forma de legislação complementar ou mesmo lei ordinária. Essas escolhas reduzem os custos de formação das maiorias necessárias para aprovação de matérias no Congresso ao mesmo tempo em que dificultam as estratégias de veto segundo ABRÚCIO (2007).

Assim, combinada às instituições do federalismo brasileiro, o potencial poder de veto do Senado, o amplo campo de competências legislativas da União, o comportamento partidário dos senadores e a inexistência da exigência de super maiorias, a fórmula da desproporção na representação das unidades constituintes não implica constrangimentos à maioria. Na verdade, aproxima o Brasil das fórmulas que favorecem a autoridade do governo central.

No que se referem às competências concorrentes, os constituintes de 1988 fizeram uma clara opção pelo princípio de que a responsabilidade pela provisão da maioria dos serviços públicos, em especial os sociais, é comum aos três níveis, isso gera debates acalorado sobre qual nível é responsável por qual política ou serviço público.

Sinalizando que o federalismo brasileiro teria um caráter mais cooperativo do que dual ou competitivo, o objetivo do federalismo cooperativo está longe de ser alcançado por duas razões principais de acordo com LIMA (2008). A primeira está nas diferentes capacidades dos governos subnacionais de implementarem políticas públicas, dadas as enormes desigualdades financeiras, técnicas e de gestão existentes. A segunda está na ausência de mecanismos constitucionais ou institucionais que estimulem a cooperação, tornando o sistema altamente competitivo. Diante do exposto, pode-se afirmar que a lógica que rege a distribuição de competências entre os entes constitutivos da federação é paradoxal.

Na literatura, existe corrente argumentando que a federação é dominada pelos interesses estaduais. Várias são os argumentos apresentados, mas a maioria das razões explicativas recai sobre o desenho das instituições políticas brasileiras, que eleva o poder informal que os governadores exercem sobre os parlamentares de

seus estados no Congresso Nacional. Essa corrente associa essa divisão informal e formal de poder a problemas de governabilidade e à paralisia decisória.

Outra corrente analisa a divisão de poder dentro da federação como fragmentada entre vários centros de poder, embora com capacidades desiguais, mas que competem entre si. A partir dessa perspectiva, os governos federal e estaduais partilham o poder de deliberar sobre questões que afetam seus interesses. ARRETCHE (2013) enfatiza que, contrariando as expectativas de grande parte da literatura, de 1994 a 2011, foram aprovadas **setenta** emendas constitucionais no Brasil. Dessas, vinte e oito disseram respeito a matérias de interesse federativo. A taxa anual de emendamento do período é de 4,1. Se medirmos apenas as matérias de exclusivo interesse federativo, a taxa anual seria de 1,6.

A partir de meados dos anos 1990, os governos locais passaram a ser os principais provedores dos serviços de saúde e de educação fundamental, a partir de regras e de recursos federais, as quais visam a garantir aos cidadãos locais padrões mínimos de atendimento. A adesão dos municípios a essa transferência tem sido avaliada como um sucesso em termos quantitativos, principalmente no que se refere à saúde. Tal sucesso tem sido creditado a uma política concebida como um sistema complexo de relações intergovernamentais que combina incentivos e sanções aos entes subnacionais. Essa transferência pela responsabilidade de implementação é avaliada como tendo reduzido os conflitos entre os governos locais pela disputa pelos recursos federais. Por outro lado, e dado que as políticas de saúde e de educação foram basicamente municipalizadas, as relações intergovernamentais que se estabeleceram são muito mais frequentes entre a União e os municípios, com participação limitada dos governos estaduais.

A municipalização não se tem restringido aos governos como provedores de políticas sociais, mas também às comunidades locais. Vários programas federais e outros financiados com recursos de agências multilaterais exigem a constituição de conselhos comunitários para o repasse de recursos.

A Constituição de 1988 abriu o caminho para essa participação e para a municipalização por ter incorporado o princípio, que se aplica à maioria das políticas sociais, de que elas deveriam ser descentralizadas e participativas.

A experiência brasileira de sete constituições em pouco menos de um século demonstra as dificuldades do país para sustentar a governança constitucional

ameaçada quando o ambiente político e econômico é reestruturado ou quando o sistema político torna-se incapaz de encaminhar alternativas para grandes crises ou realinhamentos. O constitucionalismo brasileiro muitas vezes não foi capaz de sustentar o regime democrático, nem tampouco de encaminhar soluções para um dos problemas cruciais da prática do federalismo no Brasil, que são as desigualdades econômicas entre as regiões.

Os problemas atuais do federalismo e do constitucionalismo no Brasil apontam para três questões citadas por ARRETCHE (2013): A primeira, e mais importante, é que a federação está assentada em alto grau de desigualdade entre as regiões, a despeito das medidas constitucionais que buscam diminuí-la. Tal desigualdade é histórica e parece que soluções para minimizá-la vão requerer prolongadas negociações e longo tempo para seus efeitos serem sentidos, isso se e quando entrarem na agenda política e não apenas durante a elaboração de novas regras constitucionais. Ainda relacionada a essa questão, a abertura da economia brasileira também tende a aumentar a distância econômica entre os estados.

A segunda relaciona-se à tendência ao tratamento uniforme das esferas subnacionais, em particular os estados, associada à maior redução relativa de suas receitas, inclusive pelo pagamento de suas dívidas com a União, federalizadas no final dos anos 1990. Paralelamente, existem hoje relações diretas entre o governo federal e os municípios decorrentes da descentralização das políticas sociais. Esses fatores limitam a capacidade de iniciativa dos governos estaduais, inclusive no que se refere a novos investimentos tanto em infraestrutura como nas áreas sociais.

A terceira questão é a escassa existência de mecanismos de coordenação e cooperação intergovernamentais, tanto vertical como horizontal, coibindo a criação de canais de negociação que diminuam a competição entre os entes federados.

A síntese que pode ser feita é que a solução para os principais problemas que afetam o federalismo brasileiro depende menos de como o federalismo está hoje desenhado na Constituição e das instituições que o modelam do que do encaminhamento de conflitos políticos mais amplos, em que o das desigualdades regionais inscreve-se e da redefinição de prioridades governamentais, tema portanto do território das políticas públicas e não da Constituição.

ARRETCHE (2013) ainda enfatiza em seu estudo que, apesar das controvérsias sobre as principais características dos sistemas federativos, existe um consenso de que essa instituição tem duas dimensões principais: desenho

constitucional e divisão territorial de poder governamental. Embora outros fatores e instituições também sejam objeto de análise sob a ótica do federalismo, tais como as dinâmicas da economia política, da competição partidária e da chamada cultura política, as manifestações territoriais do federalismo requerem uma análise não apenas de sua aplicação prática, mas também do ponto de vista das constituições. Essas manifestações territoriais dizem respeito à divisão de competências entre os entes constitutivos e no poder legislativo, ao papel do poder judiciário, à alocação de recursos fiscais e de responsabilidades entre os entes constitutivos da federação e suas garantias constitucionais.

A análise do federalismo brasileiro ainda estabelece escassas ligações com a teoria constitucional propriamente dita e também raramente focaliza as instituições políticas estabelecidas constitucionalmente que regem o federalismo de acordo com LIMA (2007).

Devido à importância que a descentralização assumiu no Brasil posterior a 1988, a maioria dos trabalhos focaliza o federalismo mais como sinônimo de descentralização, do que associando o federalismo a uma ordem política e constitucional com especificidades próprias. A federação foi criada a partir das vinte províncias herdadas do sistema unitário, contando hoje com vinte e seis estados e o Distrito Federal.

Uma agenda de longo prazo para a gestão pública brasileira depende não só de ideias e análises. Acima de tudo, é preciso construir coalizões.

LIMA (2008) considera que o sucesso dos sistemas federativos deve ser medido por sua capacidade de regular conflitos, já que suas instituições, por serem sensíveis à diversidade, atuam no sentido de amenizar as tensões da sociedade.

Para fins do presente estudo citamos a questão federativa para o setor saúde como uma estrutura “aberta” onde a “cooperação” não tem um caráter impositivo, apesar de um número expressivo de normas orientadas à cooperação, mas depende fortemente das “vontades” das partes em cooperar, podendo gerar uma diversidade de situações.

B) - FINANCIAMENTO DA SAÚDE

“Impostos são o preço a pagar por uma sociedade civilizada”
Oliver Wendell Holmes

A década de 1990 é marcada pela liberalização econômica e a democratização, com o predomínio de uma agenda de reforma estatal que visou a desmontar o modelo de intervenção econômica e social conformado na “era Vargas”, norteando-se pela redução do tamanho da administração pública e de seu papel de prestação direta de serviços como afirma BAHIA (2005). Achamos controversa tal afirmativa, pois na década citada houve um aumento dos estados pela inclusão de novos municípios gerando criação de prefeituras, câmaras legislativas e pastas de secretariado, além de, com a municipalização, ter uma expansão de serviços estatais, embora possa ter havido uma diminuição da prestação direta de serviços por parte do estado, porém tal evento não reduz seu tamanho. Não podemos deixar de citar a criação de agências reguladoras na década de 90, que caracteriza também administração pública.

O novo marco de atuação estatal é orientado para o mercado, transformando os cidadãos em consumidores pela limitada capacidade de intervenção do Estado nas políticas sociais.

LIMA (2008) destaca que, como arranjo institucional concreto, o federalismo fiscal é moldado por fatores econômicos, sociais, culturais e históricos, sendo, antes de tudo, resultado de escolhas políticas. Ele expressa o modo como os princípios de autonomia e interdependência são incorporados na gestão dos tributos, revela os valores federais que caracterizam uma dada sociedade e as formas como determinados conflitos são acomodados em um contexto histórico específico. LIMA (2008) afirma que influencia decisões importantes dos atores políticos com impacto significativo para as políticas públicas e as políticas de saúde em particular.

As mudanças no próprio campo das políticas de saúde têm sido fortemente influenciadas por reformas da seguridade, das relações federativas e pelas restrições no campo tributário de acordo com GIAMBIAGI (2011). Desenham-se novos formatos institucionais no plano das relações intergovernamentais, bem como entre o governo e as organizações não governamentais e, finalmente, entre o setor público e o setor privado.

Diversificam-se as características do financiamento e provisão das políticas, tornando mais essenciais e complexas suas múltiplas dimensões, entre as quais a

dimensão econômico-financeira. Sob este enfoque, LIMA (2007) propõe identificar alguns limites e constrangimentos institucionais impostos ao financiamento público da saúde no Brasil. Uma primeira ordem de fatores diz respeito à forma como se estrutura a divisão das competências tributárias (que nível de governo administra e arrecada cada tributo) e os dispositivos que determinam a partilha intergovernamental de recursos no federalismo fiscal brasileiro. A segunda refere-se ao **modus operandi** das transferências federais para o financiamento das ações e serviços descentralizados do Sistema Único de Saúde (SUS), que respeitam, na sua maioria, a capacidade instalada e a produção de ações e serviços de saúde nos estados e, principalmente, nos municípios.

Estes dois fatores, em um Estado marcado por acentuadas desigualdades socioeconômico e um contexto de escassez de recursos para a saúde, têm moldado o posicionamento dos atores federativos e relações de cooperação e conflito, estimulando a criação de novos critérios e mecanismos de redistribuição de recursos federais a partir da segunda metade da década de 1990.

A federação brasileira, constituída atualmente por 26 estados, mais de 5500 municípios e um Distrito Federal, surgiu como uma reação ao centralismo do império, com os objetivos de descentralização e autonomia diante do governo central. Com o governo militar de 1964, entretanto, iniciou-se um processo de forte centralização de poder e de recurso no âmbito do governo federal que, principalmente com as mudanças introduzidas pela Constituição de 1967, ampliou consideravelmente sua intervenção nas estâncias subnacionais de governo, reduzindo significativamente, sua autonomia. A reforma de 1967, segundo LIMA (2007), caracterizava-se por:

- 1) Forte centralização da arrecadação tributária no governo federal, principal responsável pelo estímulo ao desenvolvimento da economia;
- 2) Reforço da capacidade tributária própria de estados e municípios, com a criação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICM) na competência dos estados e do Imposto sobre Serviços (ISS) na competência dos municípios;
- 3) Implantação de mecanismo de repartição regular de receitas federais com fins redistributivos e não-condicionados a gastos específicos. Fundos de Participação dos Estados (FPE) e Municípios (FPM);
- 4) Implantação de mecanismo de alocação de receitas federais para investimentos, caracterizado por forte vinculação setorial e funcional (despesas de capital), as

devoluções tributárias dos impostos sobre combustíveis, energia elétrica, minerais e comunicação que se destinavam às empresas públicas federais, estaduais e municipais;

5) Criação de mecanismo de devolução tributária do ICM para os municípios.

O sistema tributário brasileiro foi gradualmente modificado ao longo dos anos da ditadura, de modo a concentrar o controle sobre a receita e a alocação do gasto no âmbito federal.

Com o agravamento da crise econômica e o processo de redemocratização do país ao fim dos anos 1970, as esferas subnacionais de governo começaram sua luta pela descentralização tributária. No caso brasileiro, a importância do fenômeno da descentralização é realçada pela dimensão geográfica do país.

A Constituição de 1988, ao introduzir mudanças nas relações intergovernamentais, aprofundou o processo de descentralização fiscal iniciada no final da década de 1970. Observou-se uma crescente descentralização tanto de receitas quanto de gastos. Em contraste com a expressiva liberdade de aplicação de recursos de estados e municípios, com a Constituição de 1988, segundo GIAMBIAGI (2011), e ainda houve um aumento significativo das vinculações dos gastos da própria União.

A centralização associada à perda de autonomia dos governos subnacionais do período de 1968 até o final dos anos 70 desencadeou uma forte reação contrária no processo de abertura política dos anos 80, onde os municípios e estados ganham gradativamente espaço para atendimento de suas demandas e revisão do sistema tributário brasileiro. DAIN (2008) enfatiza que, nesta época, a dimensão federativa se impôs aos demais aspectos relativos à reformulação do sistema tributário brasileiro.

Em relação às competências tributárias, amplia-se o papel das esferas subnacionais na arrecadação tributária e sua autonomia na gestão dos impostos. Esta ampliação se deu por diversos mecanismos na década de 1980, um deles relacionado ao aumento de abrangência do ICM com a criação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS). Este passou a incluir os impostos únicos federais (combustíveis, energia elétrica, minerais, comunicação e transporte). Isso representou um aumento do poder do estado na alocação municipal deste tributo que passa a incorporar um componente redistributivo à fórmula do repasse.

A Constituição de 88 estabelece como atribuição dos estados a composição e definição dos valores das alíquotas do ICMS. Segundo LIMA (2008) os governos estaduais passam a utilizá-lo como instrumento de política econômica para atração de novos investimentos em prejuízo do objetivo arrecadatário, fenômeno esse denominado de “guerra fiscal” dos estados nos anos 90.

No plano municipal, DAIN (2008) complementa que o reforço das receitas diretamente arrecadadas também se verifica. Mesmo tendo sido frustradas as tentativas de incorporação do Imposto sobre Serviços (ISS) ao Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), são mantidas na Constituição os mecanismos de compensação para os municípios. Entre eles, a criação do Imposto sobre Vendas a Varejo de Combustíveis (IVVC), que foi extinto posteriormente, o aumento de 20% para 25% do percentual de partilha do ICMS para as esferas locais e o compartilhamento com o estado da arrecadação do antigo imposto sobre a transmissão de bens imóveis. O governo estadual passa a arrecadar o imposto de heranças e doações e os governos municipais o imposto de transmissão “inter vivos” de bens imóveis. Em decorrência, cresce a parcela da receita federal do Imposto de Renda (IR) e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) que compõem os Fundos de Participação.

Muitas são as críticas formuladas pelos especialistas do federalismo fiscal sobre o sistema tributário vigente no Brasil. Uma delas diz respeito aos conflitos gerados entre o poder central e as instâncias subnacionais de governo pela forma como se conduziu o processo de descentralização do sistema tributário. LIMA (2008) afirma que o sistema tributário brasileiro, pelas regras atuais, está entre um dos mais descentralizados do mundo, tanto no que se refere ao poder de tributação como de gasto auferidos às instâncias subnacionais.

DAIN (2008), em seu estudo, informa que na atual estrutura tributária brasileira, o alto peso das contribuições sociais em relação aos impostos sobre o valor adicionado e aos impostos diretos sobre renda e propriedade causam um desequilíbrio na composição da carga tributária. Continua essa autora que a base de financiamento da Seguridade Social ficou comprometida, assim como o processo de descentralização das políticas sociais previsto na Constituição de 1988, pois, mesmo aportando recursos próprios para o setor, os governos subnacionais dependem dos recursos oriundos do orçamento do MS para suprir suas necessidades de gasto, embora os municípios tenham sido beneficiados pelas mudanças operadas. Sua

capacidade de gasto foi ampliada nas duas últimas décadas, enquanto os estados permanecem hoje com a mesma disponibilidade líquida de recursos que tinham há vinte anos.

Apesar da importância do ICMS, a dependência dos municípios em relação ao governo federal é maior. De sua receita final, 80% dos recursos são derivados de transferências e, dessas, 50% se originam da União. Isso leva a uma grande fragilidade das conexões administrativas e orçamentárias existentes entre os municípios e os estados. O padrão que predomina privilegia as articulações entre o governo central e cada um dos governos municipais, o que dificulta a integração de políticas e a formação de redes de serviços.

GIAMBIAGI (2011) enfatiza que a noção da evolução política no Brasil caracterizou-se por uma espécie de oscilação, ao longo do tempo, entre os movimentos de centralização e descentralização, sendo explicitado na frase do General Golbery do Couto e Silva, chefe do Gabinete Civil nos governos Geisel e Figueiredo, referiu-se a esse movimento como “uma sequência interminável de sístoles e diástoles” de forma análoga aos pulsos do coração, representado pelo país.

As formas como se distribuem os poderes e se estabelecem as relações intergovernamentais, fiscais e orçamentárias, no âmbito das federações, configuram o federalismo fiscal.

Segundo LIMA (2007) o modelo de federalismo fiscal, adotado sob os imperativos da política de estabilização econômica e contenção de gastos em saúde, acabou gerando constrangimentos e desequilíbrios federativos e não favoreceu a redistribuição de recursos a favor da redução das desigualdades nas condições de financiamento em saúde dos estados e municípios brasileiros.

A legislação que instituiu o SUS definiu as bases do modelo de transferência de recursos federais para os governos subnacionais, tendo em vista o financiamento das ações e serviços descentralizados de saúde. Ela estabelece que os recursos sejam transferidos de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais de Saúde (FES) e Municipais (FMS), observando-se critérios diversos.

Preconiza que os recursos transferidos sejam destinados a investimentos na rede de serviços, cobertura assistencial e hospitalar e demais ações e serviços de saúde. As transferências do SUS têm início somente em 1994, após quatro anos da

publicação das Leis. Em 2000, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), aprovada no Congresso Nacional, estabelece condições duras a serem observadas na gestão das contas públicas das três esferas de governo e nos três poderes para sustentar a disciplina fiscal BRASIL (2000). A lei enfatiza a transparência como condição para aumentar o controle dos contribuintes sobre as ações governamentais e estabelece, entre outras, que os gastos com pessoal não devem ultrapassar 60% das receitas líquidas correntes.

Na prática, a publicação de centenas de portarias federais, entre elas as Normas Operacionais (NO) do SUS, acabaram por alterar o padrão de transferência federal originalmente proposto.

Os diferentes tipos de transferência federal estão sujeitos às regras previstas na legislação da saúde, existência de Conselho de Saúde, Plano de Saúde e Fundo de Saúde e nas portarias ministeriais específicas (habilitação nas condições de gestão previstas nas NO), certificação nos programas de atenção básica, cumprimento dos requisitos para o recebimento dos recursos, informação da produção. Apesar dos dispositivos legais e normativos do SUS darem certa garantia aos fluxos financeiros, admite-se que todas as formas descritas podem ser interrompidas e seus montantes substantivamente alterados, na medida em que estão sujeitas a uma série de variáveis tais como as revisões periódicas dos tetos financeiros e as alterações frequentes das portarias ministeriais. LIMA (2007) ainda ressalta uma tendência crescente do Ministério da Saúde em vincular os recursos transferidos a determinadas políticas e programas definidos no âmbito nacional na tentativa de aumentar seu poder indutor e regulador sobre o sistema.

Segundo MACHADO (2007) estes instrumentos representam formas utilizadas pelo gestor federal para incentivar ou inibir políticas e práticas pelos gestores estaduais, municipais e prestadores de serviços. A prática de vinculação de recursos federais suscita debate no que diz respeito à delimitação do poder da União **versus** o grau de autonomia necessário para que os gestores estaduais e municipais implementem políticas voltadas para a sua realidade local e compromete a gestão orçamentária destas esferas sem garantir uma maior eficiência e efetividade no gasto. LIMA (2008) complementa que os diversos mecanismos e critérios que informam as transferências SUS determinam capacidades diferenciadas para redistribuição de recursos entre estados e municípios. Cada mecanismo de transferência SUS está atrelado em maior ou menor grau à capacidade instalada e

de produção de serviços públicos e privados credenciados ao SUS existente em uma dada jurisdição.

Estudo produzido por SOUZA (2005) aponta a importância das negociações que se dão em torno das emendas parlamentares para alteração das transferências da União aos governos estaduais na área da saúde. Em 2000, por exemplo, uma emenda ao orçamento da União, “puxada” pela bancada da Bahia, alocou recursos adicionais aos tetos estaduais inversamente ao *per capita* existente, privilegiando os estados do Nordeste.

Se estados e, principalmente, os municípios foram beneficiados pela descentralização tributária, dificilmente poderiam dar conta dos compromissos de universalização e integralidade da atenção à saúde, sem a participação efetiva da União nesse processo. Além disso, mesmo a publicação da emenda constitucional n.º 29 do ano 2000 (EC 29), ao definir patamares mínimos de despesas em saúde nos orçamentos descentralizados, não resolve o problema das desigualdades na capacidade de financiamento por meio de recursos próprios das instâncias subnacionais.

VIANA (2008) diz que a não prorrogação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em dezembro de 2007, representou o fim de uma das principais fontes de recurso do governo federal para o financiamento da saúde, o que tende a comprometer a capacidade de execução das políticas de investimento definidas pelo Ministério da Saúde. Destaca ainda que os recursos arrecadados pela cobrança da CPMF foram de uso exclusivo da saúde apenas nos dois primeiros anos (1997 e 1998). Em 1999, parcela dos recursos passou a ser direcionada para financiamento da Previdência Social e, em 2001, outra parcela passou a formar o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. Por fim, é preciso lembrar que percentual importante da CPMF, assim como das demais contribuições sociais, não foi aplicado em nenhuma das três áreas sociais, ficando disponível no caixa do Tesouro para ser utilizado em outras áreas, de modo que a parcela efetivamente repassada para a saúde, nos últimos anos, foi de aproximadamente 40% do total arrecadado.

A proposta de escalonamento da aplicação dos 10% da Receita Corrente Bruta (RCB) segundo SANTOS (2008) foi apresentada nas negociações, com base na previsão de 10% no crescimento anual da RCB constando para 2008 de 8,5% (59,9 bilhões), para 2009 de 9% (69,5 bilhões), para 2010 de 9,5% (80,5 bilhões) e

para 2011 de 10% (94,3 bilhões). E continua, sem sua aprovação ficará afastada a vinculação do financiamento pela esfera federal à sua arrecadação, isto é, permanecerá a opção dessa esfera por um SUS não equitativo nem integral, e de baixa qualidade e resolutividade para os usuários.

MACHADO (2007) levanta a hipótese de que a diminuição da participação da União, que passa de 72% para 52% da despesa pública total em saúde no período de 1992 a 2002, representa uma estratégia de deslocamento da responsabilidade sobre o gasto social para as esferas subnacionais, que nem sempre têm condições de assumir tais encargos.

O esforço para superação das desigualdades regionais e locais prescinde formas de redistribuição de recursos financeiros pela esfera federal voltado para a maior homogeneidade no financiamento da saúde. Essa é uma importante função a ser desempenhada pelas esferas com elevado poder de arrecadação para correção dos desequilíbrios verticais (entre as esferas de distintos níveis) e horizontais (entre esferas do mesmo nível de governo) no sentido da implantação do caráter nacional e universal da política de saúde.

Estudos recentes sobre o federalismo fiscal no Brasil apontam algumas deficiências do nosso sistema tributário que, apesar de prover uma redistribuição inter-regional de recursos, não atende aos requisitos da equalização fiscal e criação de níveis mais homogêneos na capacidade final de gasto das esferas subnacionais de governo. LIMA (2012) afirma que a importante descentralização fiscal, ocorrida a partir da década de 1980, tornou o Brasil uma das federações com maior autonomia orçamentária dos entes subnacionais. Esta mudança não foi acoplada a um projeto nacional, impôs constrangimentos à esfera federal, privilegiou fortemente a esfera municipal em detrimento da esfera estadual e se caracteriza por forte dependência dos municípios aos recursos transferidos da União. E ainda o grau de desigualdade subjacente dos municípios e estados brasileiros, a falta de um planejamento integrado dos diversos critérios que regem as transferências SUS, assim como o entendimento das transferências da saúde como um componente do sistema de partilha tributário da federação acabam por reforçar determinados padrões de assimetria e gerar novos desequilíbrios orçamentários, dificultando a compensação das desigualdades na capacidade de gasto público em saúde das esferas subnacionais.

Em seu estudo LIMA (2012) conclui que no Brasil, diferentemente de outros países, a Constituição e as leis federais não se traduzem como garantias para o pacto federativo, o que contribui para um clima de incertezas e tensões permanentes. Os canais de negociação intergovernamental também são insuficientes para a criação de mecanismos de coordenação e cooperação que expressem objetivos comuns e diminuam a competição entre os entes federados por recursos financeiros. Ainda aqui, o grau de tolerância às desigualdades regionais acaba comprometendo os princípios federativos de interdependência e autonomia, pois não há precisão da equidade ou dos padrões nacionais que se quer alcançar nem das capacidades institucionais que se quer promover por meio do sistema tributário, no qual a saúde se insere.

Um aspecto central do financiamento setorial é que a forte dependência de muitos municípios perante a União, no caso Ministério da Saúde, não se traduz em obediência imediata às suas “determinações”, com isso o COAP não parece afetado pelo protagonismo financeiro do Ministério da Saúde embora não exista até o momento qualquer incentivo financeiro direto ou indiretamente relacionado à sua adesão.

III - Descentralização e Política de Saúde no Brasil

- REGIONALIZANDO A DESCENTRALIZAÇÃO À CAMINHO DO COAP

“A democracia tem a demanda fácil e a resposta difícil”
Norberto Bobbio, pensador italiano.

O tema ora abordado é o tema central do nosso estudo por estar intimamente entrelaçado com o tema “COAP”. Para fins de melhor compreensão será abordada a trajetória da descentralização chegando ao contrato, e em seguida, analisar brevemente o Decreto 7.508/2011 com seus principais componentes, objetivos e características.

A descentralização é um fenômeno marcante das reformas dos Estados Nacionais desde o final dos anos 1970, devido à crise econômica mundial e redemocratização. Se expressa como forma para melhorar a eficiência, a efetividade e os instrumentos de *accountability*. A experiência internacional (Inglaterra, Alemanha, Itália e Espanha e Canadá) sugere que a descentralização articulou-se a processos de regionalização que possibilitaram a organização de redes de serviços.

O SUS é obrigação legal há vinte e quatro anos, com as Leis 8080 e 8142 de 1.990. A literatura afirma que, no seu processo histórico o SUS começou na prática nos anos 70, há quarenta anos, com movimentos sociais e políticos contra a ditadura, pelas liberdades democráticas e democratização do Estado, que se ampliava e fortalecia por uma sociedade justa e solidária e um novo Estado com políticas públicas para os direitos humanos básicos, com qualidade e universais. Na saúde, este movimento libertário fortaleceu-se com a bandeira da Reforma Sanitária, antecipando o que viria, anos depois, a ser as ***diretrizes constitucionais*** da ***Universalidade, Igualdade e Participação da Comunidade***.

SANTOS (2013) cita em seu estudo que também nos anos 70, a ausência de estatuto da terra e reforma agrária, no modelo de desenvolvimento, levou ao grande empobrecimento da população e provocou intensa migração da zona rural e pequenas cidades, para as periferias das cidades médias e grandes, o que gerou grande tensão social nessas periferias, de difícil controle pela repressão da ditadura, e as prefeituras iniciaram várias providências, entre as quais, atendimentos precários à saúde com viaturas de saúde itinerantes em bairros e vilas, e também “postinhos” de saúde. Essas providências precárias foram se beneficiando com propostas e iniciativas de um número crescente de jovens sanitaristas, que foram

qualificando os serviços municipais de saúde e aplicando nas realidades brasileiras, as diretrizes da Atenção Primária à Saúde, inclusive com equipes compostas pelas várias profissões de saúde, integrando as ações preventivas e curativas e ganhando grande apoio da população antes excluída. Aconteceram inúmeros encontros estaduais e nacionais de troca de experiências municipais de saúde, configurando o movimento municipal de saúde que se fortaleceu, pressionou os governos nacional e estadual por mais recursos e se tornaram, em sua assertiva, as ***diretrizes constitucionais*** da ***Universalidade***, da ***Descentralização***, da ***Integralidade*** e da ***Regionalização***.

Deve ser lembrado, enfatiza SANTOS (2013) que, paralelamente aos bons resultados da descentralização e dos primeiros repasses de recursos federais, o governo federal, nos anos 80, inicia a retração da sua participação no financiamento da saúde perante o crescimento da participação estadual e principalmente municipal. Foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1.986, que aprofundou e legitimou os princípios e diretrizes do SUS. A Constituição Federal de 1988 formaliza que "*a saúde é direito de todos e dever do Estado*", com acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

Em 1.980, o governo federal participava com 75% do financiamento público na saúde, e os Estados e Municípios com 25%. Desde então, e especialmente após novo pacto federativo constitucional de 1.988, os municípios e Estados vêm assumindo suas novas e maiores responsabilidades, o mesmo não ocorrendo com a União, cuja participação porcentual caiu.

Somente este grande subfinanciamento já impede prosseguir no cumprimento das diretrizes constitucionais. O conjunto de consequências leva à chamada privatização por dentro do SUS, isto é, o peso de interesses privados e pessoais dentro do sistema público, no processo da oferta de serviços. Nossas históricas desigualdades regionais, agravadas durante a ditadura, foram, na saúde, agravadas com este severo subfinanciamento.

O SUS foi criado nesse contexto, fruto do reconhecimento do direito à saúde no Brasil, como instituição de caráter federativo orientada pela descentralização político-administrativa. Estabelece-se, assim, uma forma de organização política que pode ser adequadamente designada federalismo sanitário brasileiro.

A descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, nos termos do **Artigo. 7º da Lei nº 8.080/90**, foi concebida

compreendendo a ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, associada à regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. Todavia, a opção política do primeiro decênio da implantação do SUS seguiu o movimento que marcou a descentralização das políticas sociais no País na década de 1990, de modo que a municipalização da saúde foi priorizada, enquanto a regionalização foi praticamente desconsiderada, complementa SANTOS (2011).

De acordo com DOURADO (2011), a primeira década do SUS foi marcada por um processo de intensa transferência de competências e recursos em direção aos municípios, orientado pelos instrumentos normativos emanados do Ministério da Saúde: as Normas Operacionais Básicas (NOBs). Mediante a definição de critérios de habilitação e de incentivos operados pelo financiamento, as sucessivas NOBs conduziram os municípios à assunção progressiva da gestão de ações e serviços de saúde em seus territórios.

LIMA (2012) ressalta a primazia da dimensão municipalista da descentralização trouxe avanços para o SUS, sobretudo relacionados à responsabilização e à ampliação da capacidade de gestão em saúde dos municípios. Além disso, o esforço necessário para seu cumprimento possibilitou a instituição de componentes importantes para o sistema, progressiva modificação dos critérios de financiamento, passando do pagamento por produção para a transferência automática *per capita* e a criação e consolidação dos colegiados intergovernamentais: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no nível federal e as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) no nível estadual.

A fragilidade das relações estabelecidas entre estados destacando-se a firmação dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, a de municípios dificultou as definições de responsabilidades e até mesmo do comando sobre os serviços de saúde quando se iniciaram as propostas para redefinição desse quadro. Apesar da tentativa de fortalecimento do papel dos estados na condução política do SUS, por meio da ampliação do funcionamento das CIBs e da instituição das Programações Pactuadas e Integradas de Assistência à Saúde (PPIs), a partir da NOB/96, isso não foi suficiente para a organização de redes assistenciais organizadas com base nos preceitos da regionalização. Um elemento complicador nesse sentido foi o fato de as instâncias estaduais terem permanecido desprovidas de incentivos financeiros para assumirem essas funções.

Dessa forma, a concentração política do processo de descentralização na esfera federal foi crucial para o alcance da municipalização, mas criou obstáculos para a conformação de mecanismos de coordenação federativa com incidência sobre as relações intermunicipais, função que deveria ter sido desempenhada pelos governos estaduais. Esses fatores foram determinantes para a inflexão da condução política do SUS na década seguinte, no sentido da regionalização.

O reconhecimento dessa situação, continua LIMA (2012), levou ao caminho da regionalização no início da década de 2000, com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).

Na NOAS, a regionalização foi enfatizada como estratégia necessária para que o processo de descentralização se aprofundasse *pari passu* à organização da rede de assistência, dando melhor funcionalidade ao sistema e permitindo o provimento integral de serviços à população.

A esfera estadual passou a ordenar o processo de regionalização sanitária com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), instrumento que traduziria o planejamento regional de acordo com as particularidades de cada estado (e do Distrito Federal), em consonância com os recursos disponíveis. Estes seriam alocados conforme a Programação Pactuada e Integrada (PPI), e com previsões de necessidades de novos recursos expressas no Plano Diretor de Investimento.

A partir desse planejamento regional, pretendia-se garantir acesso aos serviços de saúde em qualquer nível de atenção a todos os cidadãos, fundamentando-se na configuração de sistemas funcionais e resolutivos, na organização de redes hierarquizadas de serviços e no estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra referência intermunicipais.

Embora se conjecturassem grandes potencialidades, a efetivação da orientação operativa engendrada pela NOAS enfrentou importantes obstáculos. A atribuição às secretarias estaduais de saúde das competências referentes ao planejamento regional sofreu resistências por parte dos municípios que, já tendo adquirido autonomia na gestão da saúde, identificaram uma perspectiva de (re) centralização.

Em decorrência da prévia relegação do papel da esfera estadual e da pouca prática de mecanismos de cooperação federativa, a proposta da NOAS não foi bem-sucedida, justamente por ter se deparado com a estrutura política instituída pela municipalização. Em vez de cooperação, desencadearam-se disputas entre

governos estaduais e municipais pela administração de serviços, e a ação indutora exercida pelo governo federal não foi suficiente para criar espaços de coordenação federativa nos níveis subnacionais.

Nessas circunstâncias, explana LIMA (2012), ganhou força a ideia, desenvolvida no Ministério da Saúde e na CIT, de que a efetiva responsabilização dos gestores deveria surgir de um acordo de vontades a partir do qual os gestores sanitários das três esferas de governo assumiriam compromissos negociados e definiriam metas a serem atingidas de forma cooperativa e solidária, fixando um "pacto de gestão". Essa proposta foi acatada e, após sua aprovação na CIT e no Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi ratificada no instrumento normativo infra legal denominado Pacto pela Saúde 2006.

No Pacto 2006, a direção nacional do SUS reafirma a condição da regionalização como elemento basilar do sistema e assume essa diretriz como o **eixo estruturante do Pacto de Gestão**, devendo orientar o processo de descentralização e as relações intergovernamentais. São mantidos os instrumentos operacionais instituídos pela NOAS (Planos Diretores de Regionalização e de Investimento e a Programação Pactuada e Integrada), cujas elaborações são de responsabilidade compartilhada entre estados e municípios, sob a coordenação dos gestores estaduais. Enunciam-se os objetivos de melhorar o acesso e a qualidade da assistência, reduzindo as desigualdades existentes, de garantir a integralidade da atenção, de potencializar a capacidade de gestão das esferas estaduais e municipais e de racionalizar os gastos e o uso dos recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

Pressupõe-se que todos os municípios estejam capacitados para ofertar ações e serviços da atenção básica e as ações básicas de vigilância em saúde.

Desse modo, espera-se que as regiões de saúde sejam delimitadas a partir do entendimento entre os gestores estaduais e municipais, legitimado nas deliberações das CIBs (apenas para os casos em que os municípios estejam situados em fronteiras com outros países, o Pacto 2006 prevê a necessidade de deliberação na CIT, a fim de delimitar "regiões fronteiriças").

Para operacionalizar o planejamento e a gestão nessas regiões de saúde continua DOURADO (2011), o Pacto 2006 instituiu a figura do Colegiado de Gestão Regional (CGR). Os CGRs foram concebidos para funcionar como instâncias deliberativas semelhantes às CIBs, diferenciando-se pela abrangência, restrita às

regiões, e pela obrigatoriedade da participação de todos os gestores municipais envolvidos nas regiões. A gestão e o processo decisório referentes às regiões de saúde devem, portanto, ser realizados conjuntamente pelas esferas estaduais e municipais no âmbito dos CGRs, exercidos, segundo o Ministério da Saúde, de forma **solidária e cooperativa** e sendo as suas decisões sempre por **consenso**. Essa caracterização é muitas vezes encontrada em publicações oficiais do Ministério da Saúde para designar o processo de planejamento regional.

A intenção geral dessa nova proposta é reduzir o protagonismo do Ministério da Saúde na relação direta com os municípios em prol de uma maior participação dos estados. A maior liberdade dada aos governos subnacionais para conduzirem os processos de regionalização revela a concretização de um rearranjo político ocorrido no nível nacional. A estratégia é flexibilizar a dimensão prescritiva, que vinha sendo priorizada na NOAS, para intensificar o exercício da negociação política, privilegiando os acordos constituídos no contexto estadual/regional.

O desafio posto é, então, como conceber mecanismos de gestão regional que possam ser utilizados nas mais diversas regiões do País, considerando a atual concentração política e financeira na esfera federal e a necessidade de promover uma participação mais efetiva dos governos estaduais, com preservação da autonomia municipal na execução de ações e serviços de saúde.

Nesse sentido, a maior inovação trazida pelo Pacto 2006, conforme já mencionado, foi a criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs), instâncias que institucionalizam o relacionamento horizontal entre os governos municipais e o emprego dos processos decisórios compartilhados para a definição das políticas de saúde de abrangência regional. Diante dos objetivos formalizados pelo Pacto 2006 e da necessidade de operacionalizar o federalismo cooperativo, esses colegiados são instrumentos políticos indispensáveis para ultrapassar os constrangimentos intrínsecos ao federalismo sanitário brasileiro, representando uma proposta de equilíbrio entre os dois mecanismos básicos de cooperação e coordenação federativa: negociações diretas entre os governos locais (relação horizontal) e indução pelo ente central (relação vertical).

Em razão da sua condição descentralizadora, a escolha do modelo de negociações diretas entre os governos locais tem inegáveis benefícios no que tange à participação e à conseqüente aproximação dos cidadãos dos processos

decisórios, mas traz alguns riscos que precisam ser observados enfatiza LIMA (2012).

Em primeiro lugar, deve-se admitir que não há condições no federalismo brasileiro para que a livre negociação entre gestores municipais seja suficiente para conduzir as definições das políticas de saúde nas regiões observando os princípios do SUS, notadamente a universalidade e a igualdade. A enorme assimetria de informações e de poder político existente entre os municípios brasileiros inviabiliza a aplicação exclusiva desse modelo, sob pena de agravar as desigualdades intra e inter-regionais e de criar barreiras de acesso ao sistema.

Outro ponto importante a ser considerado diz respeito à pressuposição de que as deliberações dos CGRs ocorram sempre por consenso. O consensualismo é um tema tradicionalmente associado ao federalismo e vem ganhando espaço no perfil contemporâneo da administração pública. No entanto, vale notar que o emprego do conceito de consenso muitas vezes é feito, de maneira imprópria, como sinonímia de unanimidade.

No intuito de conferir maior consistência conceitual ao termo, SANTOS (2013) explica, que se pode dizer que há consenso quando uma proporção significativa de membros de determinada sociedade está de acordo em relação a decisões sobre valores que poderiam criar conflitos e tem sentimentos de afinidade uns com os outros e com a sociedade à qual pertencem.

Assim, o consenso é atingido quando se chega a um acordo por razões outras que não o temor da coerção. Isso quer dizer que, para haver consenso, o desacordo deve ser considerado uma possibilidade tão natural quanto o acordo, e isso o diferencia essencialmente da unanimidade. O autor argumenta que nas teorias da ciência política contemporânea o consenso está diretamente relacionado com os ideais democráticos e que, por isso, não é contrário ao dissenso e sim ao princípio da obediência pura e simples. E conclui que a institucionalização de oportunidades para divergência é condição indispensável contra os "efeitos perversos" das teorias consensuais, pois a aceitação das diferenças é princípio básico da atitude federalista.

DOURADO (2011) continua, diz que é importante reconhecer que os municípios que possuem maior poder político nas relações regionais são, em regra, aqueles mais populosos e/ou mais inseridos economicamente, que são os detentores de maior capacidade instalada na rede assistencial.

Nessas condições, os consensos dos CGRs podem se transformar numa forma velada de concentração da autoridade nos maiores municípios, uma vez que os demais não terão recursos nem força política para divergir. Essa situação manifestamente subverteria a própria concepção desses colegiados, pois, ante os diversos interesses em jogo na arena política, não se pode assumir que os municípios que exercem a função de polos regionais estejam sempre socialmente interessados em oferecer as mesmas condições de acesso de seus municípios a todos os habitantes das suas regiões.

Isso reforça as necessidades de coordenação do processo de regionalização por instância central, que, no caso, é representada pela CIB, e de formalização de espaços de dissenso, tanto nos CGRs como nas próprias CIBs, para que os consensos possam verdadeiramente ser construídos nesses colegiados. Os conflitos federativos horizontais e verticais têm que primeiramente aflorar para que possam ser atenuados e até mesmo absorvidos.

Essa atual proposta de regionalização da assistência à saúde é resultado de duas décadas de maturação política e institucional do SUS e, sem dúvida, representa um dos mais engenhosos modelos concebidos para o exercício do federalismo cooperativo no Brasil. A identificação das tensões e potencialidades desse modelo deve contribuir para a superação da dicotomia entre centralização e descentralização, que é fundamental para a construção de mecanismos de cooperação e coordenação federativa necessários para efetivar essa diretriz que, em última instância, visa a garantia do direito à saúde no nosso País.

Segundo SANTOS (2011), mesmo que se vise, desde tempos atrás, organizar o sistema em rede, essa rede ainda não está dotada dos elementos necessários ao seu pleno funcionamento, tais como a interligação dos serviços mediante o necessário suporte tecnológico de informação, a assunção por todas as organizações, serviços, profissionais, da interdependência existente inerente ao SUS, compartilhamento do poder. Documentos que deem segurança jurídica aos laços criados.

No mundo globalizado, aparentemente sem fronteiras, pela internacionalização da produção, as empresas operam sob uma visão plana de seus processos produtivos, o que lhes permite, por exemplo, contratar um profissional na Argentina para produzir na fábrica de Santiago, no Chile, entregar o produto no Iraque e receber no Brasil, construindo-se assim uma rede de serviços e processos

que possibilita à empresa ser mais econômica e obter mais lucro. Aqui, as redes são organizadas e operadas por diversos entes privados, que se congregam em torno de um fim comum: O baixo custo, a internacionalização da produção e o lucro, continua SANTOS (2011).

Na área pública, há anos tenta-se estruturar redes de serviços como forma de garantir a efetividade das políticas públicas, uma vez que já se comprovou à exaustão que o modelo burocrático, estático, compartimentado, hierárquico e formal de Estado não é capaz de sustentar esses direitos operando serviços, na maioria das vezes, com desperdício de tempo e de recursos, gerando dificuldades na expansão desses serviços e no acesso a eles.

O SUS, na mesma época em que se aprofundava o desenvolvimento das tecnologias da informação, foi gestado no formato de rede de serviços.

É o que está previsto no artigo 198 da Constituição. Os artigos 198 e 200 dispõem especialmente sobre o sistema público de saúde, designando-o como **único**, em razão da unificação de todas as ações e serviços públicos de saúde em um só sistema, a ser executado por muitos entes políticos e autônomos.

Bastariam essas duas características, **ser único**, ao mesmo tempo em que é **descentralizado** para impor a esse sistema um modelo de rede no qual todos os envolvidos se interconectam e se mantêm como unidade autônoma. Mas outro elemento integrador das ações e serviços foi adicionado ao sistema de saúde: "**a integralidade da assistência à saúde do indivíduo**" (*artigo 198, II, da CF, e artigo 7º, II, da Lei nº 8.080/90*). Sem uma rede de serviços, não é possível garantir a integralidade da atenção à saúde.

Há que se ressaltar segundo SANTOS (2011) que, sendo o país uma federação da qual faz parte o município, com poderes políticos e competência para cuidar da saúde, é preciso resolver o intrincado problema de se ofertar serviços, cuja complexidade é uma escala crescente de tecnologias, especialidades e conhecimentos, capazes de garantir ao cidadão a integralidade de sua saúde e prestados por municípios com grande diversidade social, econômica e demográfica.

Na realidade, é o conceito de integralidade da assistência à saúde que conforma o sistema de saúde como uma rede de serviços e relações. A integralidade é resultado da visão sistêmica da vida, a qual compreende que somos totalidades integradas, cujas propriedades essenciais sempre serão do todo, uma vez que nenhuma das partes as possui isoladamente. É a partir da integralidade que

todo o sistema tem que manter essa configuração de rede, o que passará a exigir dos entes federativos uma série de atos jurídico-administrativos que possam dar consistência ao mandamento constitucional, tanto quanto tornar realidade "uma verdadeira rede de serviços, operada por entes autônomos entre si, mas interdependentes na prestação de serviços de saúde" continua SANTOS (2011).

A rede deve garantir que o conhecimento humano e o aparato tecnológico sanitários, organizados de modo racional e compartilhado entre os entes federativos, estejam à disposição do profissional da saúde e do usuário, numa rede que se articula, permeia territórios de diversos entes federativos, é contínua e resolutiva explica DOURADO (2011).

Podemos afirmar, de maneira abrangente, que rede de serviço, ou de atenção à saúde, é a interconexão, integração, interação, interligação dos serviços, em todos os níveis de densidade tecnológica do sistema de saúde, dotada de elementos técnico-sanitários e organizacionais que permitam uma gestão racional, eficiente, sistêmica e harmônica, com o objetivo de garantir o direito à saúde da pessoa humana. Somente assim a integralidade da assistência, princípio que informa e conforma o SUS como rede (**artigo 198 da CF e artigo 7º, II, da Lei nº 8.080/90**), será atendida, lembrando que o conceito de integralidade garante ao cidadão ações e serviços contínuos e articulados "dentro do sistema", ou seja, na rede de saúde, e nunca isoladamente em um município.

O Sistema Único de Saúde, conforme concebido constitucionalmente pode nos levar a inferir se tratar de um modelo mais afeito a um Estado unitário, uma vez que todos os serviços de todos os entes federativos devem integrar-se, constituir uma rede de serviços e ser um único sistema", capaz de garantir ao indivíduo a integralidade de sua saúde.

Sendo o Brasil um Estado federal, conforme disposto no artigo 18 da CF, (**A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição**), muitas são as dificuldades jurídico-administrativas para organizar e operar esse sistema.

O modelo organizativo da saúde (sistema único) causaria, em um Estado unitário, menor dificuldade executiva. Mas em um Estado federado, como o brasileiro, o qual compreende o município como ente político e autônomo, e não

como divisão política do Estado-membro, muitas são as complexidades a serem deslindadas, assertiva essa defendida por SANTOS (2011).

Na saúde, é fundamental que os serviços de uns se interconectem ou interajam com os dos outros, para compor uma rede de serviços que seja capaz de garantir ao cidadão de um ou de outro município a integralidade de sua saúde, uma vez que a maioria das municipalidades não é capaz de arcar sozinha com a assistência à saúde de seus habitantes. Por isso a necessidade de articulação entre os entes federativos para seus habitantes. Por isso a necessidade de articulação entre os entes federativos para compor uma rede interfederativa, dotada de instrumentos jurídico-administrativos que lhes permitam, de maneira integrada e compartilhada, planejar e gerir serviços, transferir recursos e se referenciar uns aos outros de forma sistêmica, numa interdependência política, administrativa e financeira, sem hierarquia e sem perda de autonomia.

A rede interfederativa se caracteriza pela necessidade de haver, no SUS, gestão intergovernamental, e não apenas relações entre os governos. Na saúde, é imperioso haver gestão compartilhada, planejamento integrado e financiamento tripartite. O SUS é uma política pública dotada de elementos que exigem um modelo de gestão mais condizente com as tendências atuais da moderna administração pública, que deve atuar mais próxima do cidadão e mediante permanente articulação entre os entes políticos, cita ANDRADE (2011).

A instituição de uma rede interfederativa de saúde altera substancialmente a forma de relacionamento entre os entes políticos, que passam a discutir, sem hierarquia, os interesses e as realidades locais, as diversidades culturais, econômicas e sociais dos territórios, superando a "dicotomização entre a administração e a política".

Surgem assim o pluralismo, a multiplicidade de interações, a proximidade sem fusão, a unidade sem isolamento. O Estado deixa de ser isolado e centralizado e passa a ser mais participativo enfatiza SANTOS (2011).

A rede interfederativa comporta em si as redes de serviços em todas as suas formas: por nível de atenção ou especialidade, por ciclo de vida, por gênero, por patologias e assim por diante, conforme a melhor técnica e a inteligência organizativa sanitária. Ela é a interconexão dos entes políticos responsáveis pela saúde (ações e serviços), que devem, conjuntamente, em espaços como os colegiados, decidir de comum acordo todas as questões referentes à saúde, como

planejamento integrado, financiamento compartilhado, prestação de serviços em rede, fiscalização dentre outros.

Para manter a unicidade do sistema, há que se definir conjuntamente o padrão de integralidade, critérios de incorporação tecnológica, regulamentos técnicos, protocolos clínicos, critérios para controle e avaliação, e demais fatores. A rede interfederativa deve ter como abrangência o Estado federal (nacional) com seus recortes políticos (União, estados, Distrito Federal e municípios) e pode, ainda, se organizar por regiões.

A partir dessa configuração jurídico-administrativa do SUS, somente colegiados interfederativos de âmbito nacional, estadual e regional serão capazes de operar uma rede de entes federados, todos autônomos entre si, ao mesmo tempo em que são interdependentes na garantia da integralidade da atenção à saúde dentro do sistema (rede). Os colegiados serão capazes de unir entes autônomos e interdependentes na realização de serviços integrados, sem ferir a autonomia de cada um, uma vez que toda decisão deverá ser consensual (consensos interfederativos de saúde).

Esses colegiados, compostos pelos entes federados, deverão ter suas decisões consensuais consubstanciadas em documentos jurídicos (avenças), como contratos organizativos e contratos de ação pública (que organizam a ação da saúde), definindo as responsabilidades de todos os entes nessa rede interfederativa, defende SANTOS (2013).

As comissões intergestores federal e estadual precisam ser institucionalizadas e ter segurança jurídica, devendo ser pautadas pela lei e não por portarias. As comissões, que denominamos "colegiados interfederativos", compostas pelos entes federativos responsáveis pela saúde, devem produzir decisões consensuais, única forma de respeitar as autonomias federativas, ao mesmo tempo em que todos se veem e se sentem interdependentes. Esses colegiados devem ter âmbito nacional e estadual.

Os consensos interfederativos, tornados públicos por meio de deliberação, devem ser consubstanciados em contratos de ação pública, quando envolverem ação conjunta ou integrada dos entes na rede da saúde, termina DOURADO (2011).

O contrato organizativo tem por objeto *promover uma estrutura de bens e a organização do esforço de pessoas para o desempenho de atividades de interesse comum*. Adentramos o campo da conjugação de esforços e recursos para a

consecução de interesses comuns. Aqui o objetivo é somar esforços para atingir o mesmo fim, defende ANDRADE (2011).

De acordo com o pensamento de JUSTEN (2005), esses contratos têm regime jurídico diverso dos contratos bilaterais e comutativos. São plurilaterais, diferentes, portanto, do regime jurídico clássico do direito civil, que cuida somente dos contratos bilaterais. Segundo a definição de JUSTEN (2005), ***o contrato administrativo plurilateral ou organizacional se configura como um acordo de vontades de que participa uma ou mais pessoa administrativa, por meio do qual os contratantes se obrigam reciprocamente a promover condutas ativas ou omissivas, visando à obtenção de certo resultado de interesse conjunto.***

SANTOS (2011) explica que muitos países já aderiram à administração pública por contrato. Na Espanha, a política contratual se converteu, nos últimos anos, em núcleo das relações entre a administração pública "financiadora" e a administração pública "prestadora" dos serviços, desde a atenção primária até a de maior complexidade. Esses contratos interfederativos vão organizar as ações e os serviços compartilhados da saúde, com definição de responsabilidades, financiamento, metas, indicadores, avaliações, penalidades e outras condições.

É imperioso dar ao SUS ferramentas que possam conferir-lhe maturidade administrativa e segurança jurídica, permitindo-lhe ser único e descentralizado, com gestão participativa, escapando de vir a ser uma concentração descentralizada, o que seria uma distorção do mandamento constitucional, para ser de fato um sistema descentralizado, unido por elos que compõem a rede de serviços.

As dificuldades que esse modelo poderia ensejar devem ser superadas pela adequada interpretação de seus valores e pela correta adoção de elementos jurídico-administrativos para operar o Sistema Único de Saúde. É necessário que a maturidade traga a institucionalização das redes interfederativas de saúde, dos colegiados interfederativos e a adoção de contratos organizativos (contratos de ação pública sendo este um contrato que organiza entre os entes federativos a ação pública da saúde).

Surge a necessidade de regulamentação de dispositivos da Lei Orgânica da Saúde, em face de lacunas legais quanto a organização do sistema, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa. A regulamentação pelo Poder Executivo Federal da Lei nº 8.080, por meio do Decreto nº 7.508 de 2011, destaca ANDRADE (2011), surge no momento em que os

gestores, profissionais de saúde e trabalhadores detêm maior compreensão sobre a organização constitucional e legal do SUS e o usuário sobre o seu direito à saúde.

O SUS traz em si grande complexidade pelo fato de ser um sistema que garante o direito à saúde, imprescindível para assegurar o direito à vida, sendo dirigido pelos entes federativos, com financiamento tripartite e gestão participativa.

Os recentes avanços legais do SUS como o decreto 7508/11, Lei 12.466/11 e Lei 141/12 (apesar desta última manter o subfinanciamento federal), por si não garantem, mas estimulam avanços reais como descreve SANTOS (2011):

- Universalização e qualificação da Atenção Básica (AB) à saúde para resolver 85 a 90% das necessidades de saúde da população;
- Sob a orientação da universalidade da AB, também a universalização dos demais níveis de atenção preventiva e curativa, efetivando o funcionamento das redes e linhas de cuidados, dando concretude ao processo da regionalização;
- Para que estas coisas aconteçam: ampla e criativa comunicação social e avanço na consciência do direito à atenção integral à saúde, incluindo os trabalhadores de saúde, as classes médias, os gestores municipais e regionais, os conselhos de saúde e os Legislativos;
- Estimar o custo de uma Atenção Integral na Região, capaz de atrair a adesão da maioria da população, comparar com os recursos atuais colocados na região (municipais, estaduais e federais), traçar um rumo por etapas, e com esta bandeira, mobilizar e “**pressionar**”.

O Decreto nº 7.508, de 2011, visa dar transparência à gestão do SUS, por intermédio do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde. Neste serão definidas, entre outros aspectos, as responsabilidades e as atribuições de cada ente federado na provisão de ações e serviços de saúde, os investimentos na rede de serviços, além dos critérios de avaliação dos resultados e formas de monitoramento permanente.

Contribuirá, na visão de SANTOS (2011), para o esclarecimento à sociedade e aos órgãos de controle, Ministério Público e Poder Judiciário a respeito das responsabilidades (competências e atribuições) dos entes federativos nas redes de atenção à saúde, garantindo maior segurança jurídica nas relações interfederativas. Tem objetivo de fortalecer o controle social, ampliando os espaços de participação dos usuários na avaliação das ações e serviços de saúde e no acompanhamento da gestão.

Sobre a organização do SUS, o decreto estabelece as regiões de saúde para provisão dos serviços, cumprindo a determinação constitucional de que o SUS é composto por uma rede regionalizada e hierarquizada. Essas regiões de saúde devem conter no mínimo ações de atenção primária, de urgência e emergência, de atenção psicossocial, de atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e de vigilância em saúde.

É atribuída aos entes federados a definição de alguns elementos das redes de atenção à saúde, que devem ser acordadas entre União, estados e municípios, compreendendo seus limites geográficos, população usuária das ações e serviços, rol de ações e serviços que serão ofertados e respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

No âmbito da assistência à saúde, é criada uma Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), que compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece aos seus usuários. Visa promover o atendimento da integralidade da assistência à saúde, que se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde. Os entes federativos pactuarão nas comissões intergestoras suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes na RENASES, inclusive sobre o financiamento. A primeira RENASES será a somatória de todas as ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS, devendo ser revisada a cada dois anos.

A assistência farmacêutica é consolidada por meio da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que padroniza os medicamentos indicados à atenção básica em saúde e programas estratégicos do SUS. Estados e municípios poderão adotar relações complementares à RENAME, pactuadas nas respectivas comissões intergestoras, assegurando o seu financiamento. O acesso à assistência farmacêutica é universal e igualitário. A prescrição deve estar em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, bem como deve ser realizada por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções, em unidades indicadas pela direção do SUS.

Outro aspecto importante do decreto diz respeito à organização das relações interfederativas, a partir do reconhecimento das Comissões Intergestoras Tripartite (no âmbito nacional), Bipartite (âmbito estadual) e Regional (regiões de saúde), nas quais se discute e se decide de maneira consensual toda a gestão da saúde, de modo compartilhado. O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e os

Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) poderão representar os gestores públicos de saúde nas Comissões Intergestores.

O pacto a ser firmado entre os entes federativos deverá ser consubstanciado em termos que consagrem os compromissos assumidos. Para tanto, o decreto prevê a criação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), cuja função é organizar e integrar, nas regiões de saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais, as responsabilidades dos entes federativos na garantia da integralidade da assistência aos seus usuários. É um instrumento estratégico concebido para aprimoramento da gestão pública da saúde, assentado em dois pilares: avaliação do desempenho dos gestores, com ênfase nos resultados e na melhoria do acesso e gestão participativa, que considere a opinião, as necessidades e interesses dos cidadãos.

Estes avanços permanecem muito mais condicionados à relação de forças sociais, econômicas e políticas, no que toca ao grau de consciência dos direitos sociais e mobilização social. Caso contrário, os avanços legais citados, na maior parte serão cooptados pela normatividade federal compensatória que racionalizará mais ainda o SUS para os *“pobres”* e *complementar para o mercado de planos privados* na visão de SANTOS (2013).

IV – O Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 e o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

*“Todo mundo tem direito à um padrão de vida adequado, à saúde e ao bem estar seu e de sua família...”
Declaração Universal dos Direitos do Homem, artigo 25.*

O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde teve seu embrião formado quando o então Secretário de Estado da Saúde de Sergipe (SE), Doutor Rogério Carvalho, iniciou em 2007 uma reforma administrativa, técnica e sanitária em seu sistema de saúde, com a amplitude de definição das responsabilidades dos entes federativos do estado. Tal reforma foi consolidada e se estendeu até o ano de 2010 quando foi assinado o **primeiro contrato da ação pública (CAP)**. O Secretário denominou a reforma de **Reforma Sanitária e Gerencial do Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe**.

O secretário estadual da saúde, à época, teve dúvidas quanto à competência enquanto gestor estadual de processar uma ampla reforma no sistema de saúde e, para esclarecimentos e sustentação jurídica teve, à seu lado a advogada sanitária, Doutora Lenir Santos que preparou um conjunto de leis, dentre elas, a Lei Orgânica do Estado onde continha o contrato, ressaltando sua grande identificação com o COAP. Ratifico aqui a necessidade do reconhecimento das Comissões Intergestoras legitimando assim a representação do CONASS e CONASEMS, através da legislação.

Segundo SANTOS (2013) a reforma sergipana se assentou em eixos como: poder do estado na implantação político-gerencial do SUS mediante lei; articulação e compartilhamento interfederativo; definição do rol e padrão de serviços de saúde ofertados à população, incluindo a responsabilidade dos municípios respeitando o nível de desenvolvimento de cada um, com compromissos estabelecidos em contrato, atuando a administração pública de forma negocial-consensual.

O contrato, de cunho organizativo da saúde, teve seu início postergado por não ter tido a participação da União quando celebrado, apesar de ter havido algumas tentativas à época. Hoje, pelo contrato ainda permanecer em vigor e sua similaridade ao COAP, foi assinado um termo aditivo com a entrada da União.

Um ponto relevante e diferencial do contrato em Sergipe é que um **único contrato** foi assinado em todo o estado, já que a lei não havia feito menção a essa delimitação, por ser considerado pequeno (aproximadamente dois milhões de

habitantes) e ainda da necessidade de, na maioria dos municípios, serem referenciados para os serviços de saúde da capital. Contudo, ressalta SANTOS (2013), que, por força do sistema constitucional, um sistema regionalizado há que se adotar as regiões de saúde como espaço onde o SUS se organiza de maneira completa para o atendimento da população. Nesse sentido o SUS em Sergipe apontou novos horizontes formais ao explicitar conceitos, princípios e diretrizes fortalecendo sua estrutura.

São inúmeras as diferenças entre os municípios brasileiros, quando, por exemplo, 70% deles têm menos de vinte mil habitantes. SANTOS (2013) ressalta que é uma realidade concreta que impõe a necessidade de se organizar o SUS sob o formato de rede de saúde na qual todos os entes federativos discutem e definem de maneira consensual a gestão da saúde e as responsabilidades de cada um.

O ex Ministro de Estado da Saúde, José Gomes Temporão, embora não tenha envolvimento direto com a política de saúde do estado de Sergipe, solicitou à advogada sanitária, Lenir Santos, que apontasse soluções para uma melhor estruturação organizativa do funcionamento do SUS no que tange ao administrativo-funcional. Alguns pontos propostos seriam passíveis de leis, outros de decretos para uma melhor margem jurídica.

Em 28 de junho do ano de 2011 foi publicado o Decreto Federal de número 7508 regulamentando alguns artigos da Lei 8.080/1990, 21 anos após sua edição, destacando-se os artigos 4º, 6º, 7º, 8º e 36º. O conteúdo do Decreto dispõe sobre a organização do SUS assentada na regionalização e hierarquização dos serviços, uma vez que o SUS é **descentralizado** ao mesmo tempo em que é **regionalizado**, uma descentralização unida pela regionalização, tendo sido a regionalização objeto de muitas normatizações ministeriais, citando como exemplo a Norma Operacional Básica (NOB-SUS/96).

SANTOS (2013) complementa que o “que veio com atraso, ganhou em maturidade.” Esse atraso, continua, provavelmente ensejou um retardo na exata compreensão dos regramentos do SUS expressos na lei, uma vez que o Ministério da Saúde ao longo dos anos, editou portarias estruturando o sistema nem sempre em acordo com os preceitos da lei, muitas vezes mais em consonância com o pensamento e ideologia dos que ocupavam cargos no Ministério da Saúde, criando assim uma desarmonia na aplicação da lei e seus exatos termos.

A região é a delimitação territorial da rede de atenção à saúde, uma vez que a Carta Magna, em seu artigo. 198 define o SUS como a integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos em rede regionalizada. O Decreto define a região de saúde como **“o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de rede 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”** (Artigo. 2º, I).

SANTOS (2013) defende que o mínimo de serviços que uma região de saúde deve abranger visa diminuir as diferenças territoriais municipais e gerar uma solidariedade sistêmica ínsita ao SUS.

O decreto em seu artigo 6º e 7º dispõe ainda ser a região de saúde a referência para as transferências de recursos entre os entes federativos, necessitando para tanto o planejamento regional integrado onde será definida a necessidade de saúde daquela região, a gestão compartilhada, o financiamento regional cabendo ao estado e à União o papel de entes que devem promover a equidade regional para que *“os bens públicos deixem de ser exclusividade dos mais bem localizados”*, como aponta SANTOS (2013).

O decreto fomenta a articulação federativa visando adoção de medidas a fim de garantir a governança na região, como os colegiados interfederativos regionais devendo ser interpretados em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores como espaço deliberativo e parametrizadas pela Lei 12.466 de 24 de agosto de 2011 que reconhece as instâncias de pactuação ao dispor que as **“Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do SUS”**. Outro passo importante foi o reconhecimento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) como representantes dos secretários de estado da saúde, secretários municipais da saúde e, no âmbito do estado, os municípios respectivamente.

O Decreto, ao estabelecer regramentos para as comissões intergestores, garantiu segurança jurídica em suas decisões (Artigo. 30º e 31º, V).

A título de informação, a Itália segundo LOCCI (2000), mantém arranjo semelhante, que prevê a participação dos **sindaci** (prefeitos) em conferências com a

finalidade de discutir os planos regionais de saúde e sua execução. Na Espanha SOMOZA (2001) ressaltou que, no âmbito das comunidades autônomas, existem conselhos interterritoriais do Sistema Nacional de Saúde, que discutem a saúde entre governo e os conselheiros de saúde das comunidades autônomas.

O artigo 8º reza que o “*acesso universal, igualitário e ordenado das ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada de acordo com a complexidade do serviço*”.

Trata-se portanto de organizar o sistema regional em rede de atenção à saúde, mantendo serviços de diversos níveis de complexidade técnico-sanitária, dentre outros.

Em seu artigo 13, o decreto deve assegurar a transparência, integralidade da atenção e equidade no acesso, monitoramento do acesso, entre outros.

Detalhando um pouco mais, o planejamento também foi regulamentado pelo Decreto ante a necessidade de se explicitar o que seria o *planejamento ascendente*, previsto no artigo 36 da lei 8.080, de 1990. Planejamento ascendente, do nível local ao estadual e federal, prevê aos gestores clareza e objetividade ao elencar suas proposições ante a necessidade que se perfaz mandatória à partir do decreto 7.508, de ter planejamento *integrado e regionalizado* visando a integração de ações e serviços de saúde dos entes federativos. Esse tema está disposto no artigo 15º do instrumento jurídico analisado.

Com o planejamento, obrigatório para o poder público e indutor para o setor privado, nos termos do artigo 176 da CF e trazido para o decreto, há que se conformar os *mapas de saúde*, que deverão indicar, de maneira regionalizada, a realidade da saúde e sua meta de transformação para confluir em mapa estadual e nacional, dispostos nos artigos 16º e 17º do referido Decreto.

No artigo 18, o planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde. Segundo SANTOS (2013) **gestão compartilhada acaba por ser uma imposição constitucional e legal, por isso não há escolha nem faculdade. Não se trata de um ato volitivo**. Tal assertiva contradiz o “direito conquistado” pelos entes federados negligenciando sua autonomia e ainda podendo dificultar a articulação federativa.

Quanto à integralidade que SANTOS (2013) denominou de matriz da organização do SUS em rede integrada e regionalizada, o Decreto refere em seu

artigo 20º IV, que a *integralidade se inicia e se completa na rede de atenção à saúde mediante referenciamento do cidadão na rede regional e interestadual.*

No conteúdo da integralidade surge no decreto, a **Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES)**, que compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao cidadão para atendimento da integralidade da assistência à saúde. A integralidade está definida na lei 8.080, de 1990, em seu artigo 7º, II. A RENAME se constitui na forma de tornar público o padrão de integralidade do SUS para com o cidadão. Tem contornos jurídicos e limites os quais devem ser definidos pelo Estado-Sociedade e tornada pública pela RENAME. Já no artigo 43º VI a primeira RENAME, “**seu marco zero**”, é o que o SUS oferece como ações e serviços de saúde na data de sua publicação.

Como ilustração, LOPEZ (2006) informa que a Espanha adota, à semelhança da RENAME, a *Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización.*

Complementando a integralidade, a **RENAME, Relação Nacional de Medicamento do SUS** integra a RENAME no tocante à assistência farmacêutica. O Decreto, em seu artigo 25, cuidou da RENAME e impôs algumas exigências para o acesso à medicamentos no SUS, que são cumulativos:

- a) estar o cidadão assistido no SUS;
- b) ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde do SUS;
- c) estar a prescrição em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas;
- d) ter sido dispensado nas unidades de saúde do SUS.

Duas exceções foram descritas. No § 1º “*Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem*” e no § 2º “*O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado*”.

SANTOS (2013) ressalta que **a integralidade não pode ser confundida com a tabela de procedimentos médicos e terapêuticos, conceito redutor do direito à saúde.**

Outro aspecto, e o mais importante, disposto no decreto é o **Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP).**

O contrato de ação pública da saúde, de natureza organizativa, ordenatório de atividades públicas compartilhadas é a consequência do cumprimento do Decreto 7508/11.

O contrato é firmado entre os entes pertencentes a uma região de saúde (municípios delimitados pelo recorte regional, estados e União) onde são definidas as múltiplas responsabilidades sanitárias pelas ações e serviços de saúde na região, por sua prestação ou garantia, por seu financiamento (próprio e decorrente do rateio federativo), além das responsabilidades pelo controle do gasto, da qualidade, da eficiência, desempenho, de cada ente. Os entes federativos conjuntamente definem entre si os regramentos da gestão compartilhada. Eles se “auto-ordenam” quanto a essas responsabilidades, de forma consensual, mediante contrato.

Essa organização, por depender de um “conjunto” de entes, necessita ser negociada, acordada após o alcance de consensos. Estabelece no “produto final” denominado COAP o acordo de vontades e colaboração de entes federados nas três esferas, “fechando as responsabilidades coletivas e individuais de cada um com força jurídica”.

O modelo contratual espera “regular” as relações de interdependência dos entes na rede de atenção à saúde de uma região por ser possível, no contrato, definir, de acordo com a realidade de cada um, as suas atribuições no tocante à organização das ações e serviços de saúde em rede de atenção à saúde, se “autoimpondo” regramentos resultantes de negociação solidária e responsável no tocante à competência comum de cuidar da saúde da população.

A *Resolução de nº 2 de 29 de setembro de 2011* da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) dispõe sobre normas gerais e fluxos do **Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP)** no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O objeto do COAP será a organização e a integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos de uma Região de Saúde em rede de atenção à saúde. Estabelece, dentre outros, as responsabilidades organizativas, executivas, orçamentário-financeiras e de monitoramento, avaliação de desempenho e auditoria para cada ente signatário, o que pode redundar em maior organização da ação pública de saúde e compartilhamento de serviços, minudenciados nos *artigos 34 à 41, V*; porém à partir da “**maturidade**” política e administrativa do SUS.

O contrato visa delimitar espaços territoriais para a construção da rede de atenção à saúde, **regionalizando-se o que a descentralização individualizou**. Na

realidade, o contrato de gestão parece surgir como uma resposta ao esgotamento dos parâmetros da Administração Pública assentados na burocracia, hierarquia, formalismos. Uma resposta à necessidade de se encontrar novos caminhos para a melhoria das funções públicas que simplifique procedimentos e favoreça a **negociação e o consenso**.

A proposta é alcançar um federalismo cooperativo e solidário. **Uma gestão compartilhada para organização da rede interfederativa de atenção à saúde, tendo como sustentação normativa um instrumento jurídico, onde as sanções previstas para um contrato multilateral devem estar expressas em suas cláusulas**, já que direito civil prevê sanções legais para **contratos bilaterais**. Com vigência de quatro anos, o contrato deve ser revisto anualmente, inclusive **“o que e porque”** algo não foi cumprido e através de um termo aditivo, buscar novas estratégias para o seu cumprimento. Reitera-se então à princípio a ambiguidade de penalização pelo não cumprimento de metas pactuadas, sendo incongruente como instrumento jurídico.

OLIVEIRA (2010) entende que os acordos de colaboração, cooperação envolvendo entes públicos são acordos administrativos organizatórios, cuja função principal é a de propagar e incrementar a eficiência na gestão pública.

Alguns países já aderiram à administração pública por contrato. LOPEZ (2006) afirma que na Espanha a política contratual se converteu nos últimos anos, na área da saúde, em núcleo das relações entre a administração pública financiadora e a administração pública prestadora dos serviços, desde a atenção primária até a de maior complexidade.

É importante ressaltar, que as competências na área da saúde pública não são claras nem precisas, uma vez que não estão definidos quais serviços o município deve prestar em razão de seu desenvolvimento econômico, social e demográfico. O Decreto dispõe ser o contrato (*artigo 33, V*) um acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde.

SANTOS (2013) afirma mais uma vez ser o SUS um sistema que resulta da **colaboração** dos entes federativos, **colaboração esta que não é facultativa**.

E ainda, complementa, o contrato, por ser uma decorrência natural da forma organizativa do SUS e por estar previsto no Decreto regulamentando a Lei 8.080, de 1990 e de forma mais genérica e abrangente das **partilhas no § 3º do art. 17 da Lei**

Complementar 141, de 2012, sua celebração também há de ser obrigatória. A integração dos serviços dos entes federativos e a consequente alocação de recursos, definição de responsabilidades há de ser instrumentalizada pelo contrato, sob pena de não haver como vincular os entes federativos de uma região de saúde a esses compromissos. A organização do SUS, por se pautar na inter-relação e interdependência, encontra no contrato o necessário respaldo jurídico, vinculando os entes federativos signatários, continua SANTOS (2013).

Cabe informar que a **Lei Complementar de nº 141 de 13 de janeiro de 2012** *“Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências”*, e ainda dispõe na forma da lei:

“... A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual” (Artigo 5º,III). Ressalta no § 2º *“Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro...”*.

“... Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos...” descritos no artigo 6º, III.

“... Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos...” inserido no artigo 7º, III.

O artigo 17º, III à que se refere à partilha de recursos aos entes tem a seguinte redação: *“O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados... aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde...”*. Já no § 3º *“... O Poder Executivo, na forma estabelecida no*

inciso I do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios...”

SANTOS (2013) continua enfática ao defender que as regiões de saúde são uma **obrigatoriedade** e não uma faculdade citando o artigo 4º do Decreto 7.508 e complementa afirmando de forma eloquente que, no SUS a colaboração é **obrigatória**.

Penso parecer uma contradição quando se afirma “**colaboração compulsória**”. Embora nosso sistema de saúde seja “um esforço de todos” dentro de um país federado, os entes não são desconcentrados e sim descentralizados, autônomos, e ainda, apesar do recurso financeiro final de grande parte dos municípios ser originado da União, não se traduz em controle hierárquico pelo Ministério da Saúde.

O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde pode vir a ser obrigatório, mas até o presente não há evidência para tal evento, ilustrando ainda que, apesar de três anos de publicação do decreto 7.508/2011, somente dois estados, Mato Grosso do Sul (MS) e grande parte do Ceará (CE), perfazendo ambos até agora, vinte e quatro regiões de saúde, estão sob a égide do COAP, num país de vinte e seis estados e um Distrito Federal com quatrocentos e trinta e sete regiões de saúde.



Elaboração: COSEMS RJ 2014

PANORAMA NACIONAL ATUAL

	UF	REGIÃO DE SAÚDE	VIGÊNCIA	MONITORAMENTO	ADITAMENTO	SITUAÇÃO
ASSINADOS	CE	20 Regiões de Saúde das 22 com COAP assinados em 17.08.2012	De 17.08.2012 a 31.12.2015	Os Relatórios de Monitoramento das 20 Regiões de Saúde foram entregues ao MS em 08.2013. Não houve devolutiva do MS até a presente data.	O primeiro aditamento teve o objetivo de alterar o término de vigência do contrato de 31.12.2013 para 31.12.2015.	■1º Termos Aditivos assinados em 23.12.2013.
			Quadriênio 2012 - 2015		O primeiro aditamento tem o objetivo de definir as metas, responsabilidades e recursos financeiros para o biênio 2014-2015; e convalidar a <u>pactuação</u> 2013.	■A análise técnica dos 2º Termos Aditivos pelo MS foi finalizada em agosto de 2014. ■Aguardando assinatura do Ministro da Saúde.
	MS	04 Regiões de Saúde das 04 com COAP assinados em 30.08.2012	De 30.08.2012 a 31.12.2015 Quadriênio 2012 - 2015	Os Relatórios de Monitoramento das 04 Regiões de Saúde foram entregues ao MS em 08.2013. Não houve devolutiva do MS até a presente data.	O primeiro aditivo tem por objetivo definir as metas, responsabilidades e recursos financeiros para o biênio 2014 – 2015; e convalidar a <u>pactuação</u> Estadual de 2013.	■Aguardando finalização da análise técnica dos 1º Termos Aditivos pelo MS.

	UF	REGIÕES DE SAÚDE	VIGÊNCIA	SITUAÇÃO
PARA ASSINATURA	AL	5ª Região de Saúde de Alagoas	Biênio 2014 – 2015	■A análise técnica pelo MS foi finalizada em março de 2014. ■Aguardando agenda para assinatura.
	CE	Região de Saúde de Iguatu	Biênio 2014 – 2015	■A análise técnica pelo MS foi finalizada em março de 2014. ■Aguardando assinatura do Ministro da Saúde.
EM ELABORAÇÃO	CE	Região de Saúde de Fortaleza	Biênio 2014 – 2015	■Minuta encaminhada ao MS em 30.09.2014.
	ES	04 Regiões de Saúde	Biênio 2014 – 2015	■A SES suspendeu temporariamente a <u>pactuação</u> em virtude do posicionamento do CONASS (OF/SES/GS/574/2014, de 14.08.2014).
	TO	08 Regiões de Saúde	Quadriênio 2014 – 2018	■A troca do Secretário Estadual de Saúde em março deste ano diminuiu o ritmo de elaboração dos contratos.
EM NEGOCIAÇÃO	GO			■Em fase de negociação com a SES/GO.
	SE			■Em fase de negociação com a SES/SE. ■O MS é signatário do Contrato da Ação Pública da Saúde de Sergipe, cuja vigência encerra-se em 31.12 deste ano.

Fonte: Dados fornecidos pelo DAI/MS. (outubro/novembro 2014)

Evolução das Regiões de Saúde - Brasil 2007 a 2014

UF	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Nº Mun/Região Min Máx		Instrumentos que regulamenta
AC				3	3	3	3	3	4	11	Resolução CIB/AC nº 038 de 31/07/2009
AM				7	9	9	9	9	5	12	Resolução CIB/AM nº 059 de 20/06/2011 Resolução CIB/AM nº 138 de 14/12/2011
AP			3	3	3	3	3	3	4	7	Resolução CIB/AP nº 063 de 14/10/2011
PA			19	19	23	12	13	13	5	22	Resolução CIB/PA nº 83 de 16/04/2012
RO		6	6	6	6	6	6	7	3	14	Resolução CIB/RO nº 87, de 08/05/2014
RR					2	2	2	2	6	9	Resolução CIB/RR nº 16 de 12/04/2012
TO	15	15	15	15	15	8	8	8	13	24	Resoluções CIB/TO nº 161/2012
NORTE	15	21	43	53	61	43	44	45	3	24	
AL	5	5	5	5	10	10	10	10	7	17	Resolução CIB/AL nº 072, de 22/08/2011
BA	30	28	28	28	28	28	28	28	6	28	Resolução CIB/BA nº 275/2012 de 15/08/2012
CE	22	22	22	22	22	22	22	22	4	24	Resolução CIB/CE nº 149/2011
MA					19	19	19	19	4	17	Resolução CIB/MA nº 44 de 16/06/2011
PB		25	25	25	25	16	16	16	6	25	Resolução CIB/PB nº 203/2011 de 03/11/2012
PE		11	11	11	11	12	12	12	7	32	Resolução CIB/PE nº 1734 de 17/09/2011
PI	2	2	9	11	11	11	11	11	5	42	Resolução CIB/PI nº 095, de 04/09/2009 e Res. CIB-PI, nº 084/2010
RN			8	8	8	8	8	8	5	37	Deliberação CIB/RN nº 513/2009
SE			7	7	7	7	7	7	6	16	Deliberação CIE/COSEMS/SE nº 056/2012 de 18/04/2012
NORDESTE	59	93	115	117	141	133	133	133	4	42	
DF						1	1	1	1	1	
GO	16	16	16	16	16	17	17	17	5	26	Resolução CIB nº 28 de 28/02/2012
MS	3	3	3	3	3	4	4	4	2	34	Resolução CIB/MS nº 059 de 27/06/2012
MT	16	16	16	14	14	16	16	16	4	19	Resolução CIB/MT nº 065 de 03/04/2012
CENTRO OESTE	35	35	35	33	33	38	38	38	2	34	
ES		8	8	8	8	4	4	4	14	26	Resolução CIB nº 219 de 19/12/2011
MG	75	75	75	76	76	77	77	77	3	33	Deliberação CIB/MG nº 978 de 16/11/2011
RJ			9	9	9	9	9	9	3	16	Deliberação CIB/RJ nº 1452 de 09/11/2011
SP	64	64	64	62	64	63	63	63	4	20	Ofício GS/SP nº 539 de 08/02/2012 Deliberação CIB/SP nº 34, de 27/08/2013
SUDESTE	139	147	156	155	157	153	153	153	3	33	
PR	22	22	22	22	22	22	22	22	7	30	Ofício CIB/PR nº 057/2008
RS	19	19	19	19	19	30	30	30	6	40	Resolução CIB/RS nº 555/2012
SC	15	15	16	16	16	16	16	16	11	30	Deliberação CIB/SC nº 079/2009
SUL	56	56	57	57	57	68	68	68	6	40	
BR	304	352	406	415	449	435	436	437	3	42	

Fonte: CGCI/DAI/SGEP/MS - Agosto 2014

V – PERCEPÇÃO DOS ATORES CENTRAIS

“Se a aparência e a essência das coisas coincidissem, a ciência seria desnecessária”.
Karl Marx.

Esse estudo nos reportou à discussão de extrema relevância sobre o Sistema Único de Saúde brasileiro onde, com as novas legislaturas, o Ministério da Saúde não mede esforços para alcançar os preceitos mais importantes da saúde que são a atenção universal e integral com equidade. Estamos a falar de um sistema de saúde que deve ser organizado em rede regionalizada (interfederativa) e hierarquizada (no sentido de complexidade de serviços e não de poder hierárquico), ainda que de competência de entes federativos autônomos entre si.

Desde que se fez o preceito constitucional criando o SUS, o dispositivo e depois a Lei 8080/90, a regionalização e a organização dos serviços em uma rede de serviços hierarquizada já estavam definidas.

Um grande desafio seria como organizar essa rede regionalizada e hierarquizada diante de uma decisão social tomada na Constituição Federal (CF) de 1988 que era a autonomia numa política administrativa das três esferas. É uma característica única de o Brasil ser uma democracia trina. E várias tentativas foram feitas como exemplo das normas operacionais básicas (NOBs), criando regras, mecanismos, incentivos para fomentar o espaço colaborativo ou a gestão compartilhada do SUS que é um preceito. O sistema para funcionar depende que os gestores das diferentes esferas tenham não só diálogo como acordos, entendimentos comuns, compromissos comuns e justamente atingir o grande objetivo do SUS que é a atenção integral e universal com equidade.

A atual conformação do sistema público de saúde, universal e integral começou a ser reconstruído com a redemocratização do país, e antes da criação pela Constituição de 1988. Um dos eventos marcantes foi a Conferência Nacional de Saúde em março de 1986 além do movimento da Reforma Sanitária. O Ministério da Saúde representa, no âmbito federal, a direção única do SUS de que trata o art. 198 da Constituição Federal, ou seja, o Ministro de Estado da Saúde é a **autoridade sanitária máxima**.

Atualmente, o Decreto nº. 7.508, de 28 de Junho de 2011, **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.

A Lei no 8.080/90 define o Sistema Único de Saúde em seu artigo 4º, dispondo que:

“... o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde”.

O § 1º do mesmo artigo prevê:

“... estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde”.

No disposto no art. 5º, a Lei de nº 8.080/90, define como objetivos do SUS:

“... a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação; a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”.

O Decreto nº. 7.508/2011, Seção II, artigo 11, explicita: *“O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente”.* Aqui se evidencia o reforço ao processo de descentralização das ações e serviços de saúde, através da municipalização, uma vez que a atenção primária é gerenciada pela esfera local.

Pode-se observar através das leis que regulamentam o direito à saúde, o compromisso do Estado em promover os programas e ações na área, inclusive no que tange aos fluxos de atendimento, financiamento e organização. Ao SUS cabe a tarefa de proteger, promover e recuperar a saúde dos indivíduos e da coletividade

de forma **equitativa, integral e universal e garantir a acessibilidade a este direito.**

Os entrevistados reconhecem a regulamentação parcial da Lei 8080/1990, através do Decreto de número 7508 do ano de 2011, sendo quase uma unanimidade, exceto o entrevistado de nº 6, do CONASEMS que entende certa dualidade ao debate quando ressalta que correntes de pensamento defendem que a Lei citada já estava regulamentada por si só e outra defende que, para reforçar a articulação federativa, necessitava sim de regulamentação. Ressaltamos ainda o pensamento de outro entrevistado (entrevistado 3) quando afirma que *“...Várias estratégias foram utilizadas e o decreto vem como mais uma estratégia, agora com uma força diferenciada porque é um decreto presidencial, com um grau de formalização e força política de origem legal. Pode ser uma estratégia que finalmente supere as outras tentativas”*.

Com relação à outros normativos anteriores o entrevistado 2 explica que *“...As normas (NOBs e NOAS) tentaram abordar numa forma prescritiva, normatizada, verticalizada em habilitação...”*

O entrevistado de número 4 replica que *“... o Ministério da Saúde (MS) SUS visou construir pontes diretas com os municípios, inclusive tendo criado a habilitação de muitos municípios, fato que sempre achei crítico e indevido no SUS. A habilitação é um retrocesso à regionalização da saúde...”*, e complementa sua assertiva com *“... O SUS é um sistema de inter-relações, interdependência federativa. Não há SUS sem isso. Os municípios na saúde são todos interdependentes”*.

O representante do nível central do Ministério da Saúde (entrevistado 3) relata que *“...a articulação visando um federalismo solidário e colaborativo ainda está muito débil. Algumas pessoas, mesmo do Ministério da Saúde entendem que o COAP é todo o SUS, e eu entendo que é gestão compartilhada e transparente...”*.

Entendemos que o próprio nível central, autor do marco regulatório ainda está em discussão de franco entendimento do que realmente significa o COAP como parte da “nova” política pública de saúde. Ainda o também representante do nível central do Ministério da Saúde (entrevistado 2) afirma que *“...o COAP formaliza o pacto pela saúde...”*.

No que tange ao movimento dos estados brasileiros em direção ao cumprimento do decreto e, conseqüentemente ao contrato formalizado, ainda existe pouco entendimento sobre as políticas públicas de saúde e às marcas de governo

(hoje redes temáticas) com retrata o entrevistado 3 do Ministério da Saúde. “... Alagoas está com o contrato para a 5ª região pronto e apresentou ao MS a organização de 2 redes temáticas (rede de urgência e rede cegonha). Alagoas entende que o recurso financeiro sairia desde a assinatura do COAP, como foi explicitado que não seria assim, adiaram”. Esse exemplo é bastante emblemático quanto ao entendimento, interesse e, conseqüentemente adesão ao COAP, mesmo os órgãos de controle já terem iniciado suas funções quanto à fiscalização ao cumprimento do decreto oriundo.

O Ministério da Saúde, nas políticas em geral, incluindo aí as que foram estratégias para constituição da rede hierarquizada e regionalizada, vinham em seu desenvolvimento, associadas a incentivos financeiros ou “alguma vantagem”, ou seja, algum tratamento ao “dinheiro” que daria vantagem a quem aderisse àquelas estratégias e com o COAP foi esperado a mesma coisa por parte dos entes subnacionais. Ainda em 2011, outro passo é dado para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e suas respectivas composições. Reconhece o CONASS e o CONASEMS como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social. Segundo os representantes do CONASS e CONASEMS entrevistados “... há três ou quatro anos o CONASS faz a capacitação/qualificação de técnicos em vários estados. Nos dois últimos anos tem-se dois laboratórios (Santo Antônio do Monte - MG e Tauá-CE). Existe material publicado para almejar a implantação do “novo modelo de atenção...”.

Ressalta enfaticamente que “os apoiadores do Ministério da Saúde são um equívoco”. A intenção do MS foi boa, mas não capacitou para atuarem e só atrapalham o entendimento de gestão compartilhada.

Para o CONASEMS o COAP é prioridade. “... tem acompanhamento por estados. Na CIT de julho, foi pactuado com o MS agenda prioritária para outubro e fazer avaliação tripartite do contrato e na última CIT do ano (dezembro/14) deverá estar na agenda...”. “... Nenhum evento o CONASEMS apoia se não tiver discussão do COAP”. O entrevistado também enfatiza de forma bastante veemente a “ineficiência” dos grupos apoiadores do Ministério da Saúde, “prejudicando o tratamento à agenda do COAP”.

Existe um reconhecimento por parte dos entrevistados sobre a importância da atuação dos estados no processo da “criação” das regiões de saúde e “coordenação na CIR”. “... Depois do decreto, a conformação das regiões teve em alguns estados mais do que em outros, uma discussão real do conceito de desenvolvimento regional. Alguns estados conseguiram identificar polos de desenvolvimento microrregional dentro do seu território e, nesses lugares onde aconteceu o tratamento regional, ficaram mais próximos à ideia inicial e ao objetivo real”, afirma o entrevistado de número 3.

Também foi citado pelo representante do DAI/MS (entrevistado 3) que “..alguns estados fazem a regionalização meramente administrativa, criando suas regionais como uma extensão do braço dos estados. Uma divisão administrativa simplesmente para facilitar a penetração, o apoio, a execução da responsabilidade da esfera estadual no sistema”. Para a assessoria jurídica (entrevistado 4) “...o Estado tem papel relevante na organização do SUS por ser dele a competência para articular junto aos municípios e definir as regiões de saúde. Sem a presença do Estado não tem como ser elaborado e firmado qualquer contrato em qualquer região de saúde. Cada estado adota uma estratégia, quando está interessado em regionalizar a descentralização, sendo obrigatória o planejamento regional, com a elaboração dos mapas da saúde e a articulação com as regiões interessadas na assinatura do contrato”.

O planejamento da saúde deve ser integrado para dar consequência ao modelo do SUS, aponta SANTOS (2013) que, por força do art. 198 se constitui em rede que **integra** serviços de todos os entes federativos e que se regionaliza em níveis de complexidade crescente dos serviços.

O novo modelo de contratualização enfatiza o papel do planejamento. O planejamento estratégico, tendo em vista a necessidade de convergência dos diversos atores em prol de objetivo comum, deve ser pautado a partir das necessidades de saúde da população, considerando as peculiaridades de cada região, além da necessidade de integração dos instrumentos de planejamento. Por consequência do decreto, o processo de planejamento é definido de maneira ascendente e integrada, do nível local ao federal, buscando compatibilização das necessidades de saúde com a disponibilidade financeira. O decreto é um instrumento que visa superar a fragmentação do sistema de planejamento. Em entrevista, o representante do segmento jurídico (entrevistado 4) enfatiza que “...O

planejamento é anterior ao contrato. O contrato vem depois de se planejar o SUS regional. Ele tem o papel de dar garantia jurídico-administrativa aos entes signatários no tocante ao cumprimento das responsabilidades regionais na saúde...”. “O contrato exige que os entes da federação se articulem e definam de maneira comum as responsabilidades na saúde na região de saúde. O federalismo cooperativo requer essa articulação, essa solidariedade e esse reconhecimento das interdependências federativas...”.

Porém com toda a sua importância decantada desde os preceitos constitucionais o entrevistado afirma que o planejamento “... *ainda não chegou a ser feito corretamente e modificar, mas a fazer com que se pense diferente sobre a região de saúde e a necessidade de os entes federativos compartilharem seus serviços...*”.

O representante do nível central (entrevistado 3) corrobora a ideia de “...*O COAP deve fortalecer a gestão municipal no sentido do federalismo solidário e colaborativo*”.

“... O fato de se colocar em evidência a necessidade de definir as responsabilidades sanitárias individuais e solidárias é o caminho do federalismo cooperativo. Os gestores estaduais e municipais ainda não entendem o contrato como interesse deles para organizar a saúde e sim como interesse do Ministério da Saúde. Inclusive o recurso financeiro pode não estar sendo utilizado da melhor forma, com racionalização, e o COAP pode aperfeiçoar essa organização. Os gestores acham que estão no limite máximo de eficiência...”.

“... Mesmo os estados que assinaram o contrato não realizaram de forma significativa a redistribuição do recurso, o que julgo totalmente incoerente...”.

Ratifica o mesmo pensamento o representante do CONASS (entrevistado 5) quando em sua assertiva infere sobre “..o “*novo modelo imposto pelo decreto*” necessita de discussões de gestores municipais, desenho das redes, mapa da saúde, planejamento regional e o entendimento correto dessa forma de cooperação entre os entes irá gerar o modelo de atenção almejado. Sem discussão e sem mudança concreta na estrutura e organização não faz sentido assinar o contrato. **O COAP não faz milagre...**”.

O processo de implantação do COAP tem alguns aspectos fortemente delimitadores do alcance ou não do seu objetivo. O primeiro aspecto diz respeito à territorialização, que se expressa nos Planos Diretores de Regionalização (PDR). Os

territórios são espaços de responsabilização sanitária por uma população, devendo haver clara definição dos serviços ofertados.

Nesse sentido, o decreto institui o conceito de regiões de saúde, pelos Estados em articulação com os municípios, as quais devem disponibilizar serviços de **atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial/hospitalar e vigilância em saúde.**

Outro aspecto é do planejamento estratégico, tendo em vista a necessidade de convergência dos diversos atores em prol de objetivo comum. O planejamento deve ser pautado a partir das necessidades de saúde da população conforme já descrito, porém, como os formuladores de política podem lidar com essa “**disponibilidade financeira inexistente**”, com as aspirações de constituir um sistema de saúde universal e as restrições financeiras do Estado? Parece haver contradição entre o modelo redistributivo preconizado na Constituição brasileira e o nível de gasto público em saúde no Brasil. Segundo SANTOS (2010) os princípios legais em relação ao financiamento SUS não vêm sendo cumpridos. Esse é o “grande nó” da gestão do financiamento com suas duas vertentes conhecidas, continua: **a insuficiência de recursos e a ineficiência de seus gastos.** Os recursos hoje destinados à saúde são insuficientes para a tarefa de se executar um sistema universal de saúde. “Fazer SUS” é pensar em saúde na visão da promoção (trabalhar as causas), proteção (trabalhar os riscos) e recuperação (trabalhar os agravos). E ainda, além da insuficiência dos recursos financeiros podemos também estar gastando muito ou pouco dinheiro em objetivos outros que não aqueles da obrigação constitucional e legal.

Afirmamos assim que torna-se imprescindível compreender o papel basilar no financiamento das atividades e serviços públicos desenvolvidos pelo Estado.

O entrevistado 3, representante do nível central entende que o COAP apresenta uma oportunidade singular de “... *fomentar a discussão entre os entes e fortalecimento da gestão municipal para atingir a gestão compartilhada...podendo chegar à um ordenamento regional das ações de saúde melhor do que o existente facilitando o acesso dos residentes...*”. E ainda “... *evidenciar o entendimento da necessidade de definição das responsabilidades sanitárias*”. “...*O decreto define região como municípios contíguos geograficamente e isso faz com que gestores incorporem como objetivo principal, o recorte territorial, sem levar em consideração o objetivo maior que é organizar uma rede para aumentar o acesso com qualidade.*”

Com regiões formalizadas ou não o principal é a gestão compartilhada onde o grupo de gestores municipais conversem entre si e o grupo da regional com o gestor estadual e a partir daí formar um quadro onde o gestor federal adequa suas políticas públicas em favor do fortalecimento da capacidade de gestão local....” ”.... Entre as dificuldades cito a maior no meu entendimento que é o conceito de região de saúde não estar assimilado em 100% dos casos, gerando outros entraves como o débil entendimento do contrato, a necessidade de redistribuir melhor o orçamento financeiro, a falta de transparência das nebulosas punições, com relação às regiões. Torna-se difícil o interesse dos gestores quando todas as regiões tem seu atendimento na capital. O grande desafio é como organizar a rede de serviços regionalizada e hierarquizada com uma autonomia administrativa dos três entes” completa.

Ainda na entrevista com o ator do DAI/MS, entrevistado 3, foi mencionado um ponto extremamente crítico à meu ver e de difícil solução, pelo menos à curto prazo e no contexto atual. Um entrave que permeia outra grande discussão é a realocação financeira, quando o munícipe é atendido em outro local e o município residente não concorda em fazer “o recurso acompanhar o cidadão”. E, até o momento, o Ministério da Saúde não teve intenção de fomentar essa discussão. O nível central, ao que tudo indica, não dará o passo para, de maneira verticalizada, realocar o recurso para o município que realizou o atendimento. É necessário entendimento e decisão política para se adentrar em um processo novo. A cultura até então tem sido mais burocratizante e não solidária e cooperativa.

O entrevistado representante do setor jurídico (entrevistado 4) infere que *“...não se pode tratar fatores que favoreceram ou limitam a adesão ao contrato em epígrafe, mas sim a necessidade de o SUS contar com elementos jurídico-administrativos que possa garantir a sua organização e funcionamento conforme determina a CF, art. 198...”*, mas ainda assim elenca alguns fatores limitantes da regionalização como *“...a falta de planejamento regional, programação regional, recursos financeiros insuficientes, conhecimento das necessidades de saúde da população regional, suas referências e melhor conhecimento da própria organização do SUS constitucional”*.

Partilha da mesma opinião o representante do CONASEMS quando utiliza a expressão *“... regionalizar além do formal...”* que compreende em sua explicação estabelecer governança, planejamento, processo de decisão nas regiões. *“... É um*

acordo de partilhar responsabilidades comuns...”. “... Deve ser um projeto de governo e não somente de estado” complementa. O CONASEMS defende ainda a posição que a discussão de quaisquer “entraves” deve ser feito com a sociedade brasileira, “... O sistema de saúde que a sociedade quer”. Em relação à dimensão política, ressalta, “... o sub financiamento é um grande problema. No ponto de vista do processo o avanço é a organização regional”. Ainda na seara das instâncias representativas, o CONASS sustenta a posição de que “... O COAP é um compromisso colaborativo que deve ser alcançado através de discussões dos municípios e estes com os estados. Sem discussão e sem pactuação não existe o novo modelo preconizado com o decreto e o contrato”.

O representante do CONASS também comunga da opinião de que o “... subfinanciamento, o tipo de financiamento, o desconhecimento dos instrumentos (mapa, planejamento regional...), muito burocrático, são exemplos de dificuldade...”. Vale ressaltar que durante a entrevista mencionou que “... o Ministro da Saúde disse, por duas vezes, que o **COAP deve ser revisto para ser simplificado...**”. Para tanto afirma que o Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS deveriam discutir estratégias para chegar ao COAP. “... A mudança de critérios de rateio por parte da União principalmente porque estados e municípios já gastam pelo menos o mínimo estipulado por lei, capacitação/qualificação para organizar o entendimento dos gestores, principalmente municipal, para que o retrato de ações que podem interferir na realidade da saúde sejam visíveis”. Essas são algumas estratégias defendidas pelo CONASS. Para ilustrar, insere como exemplo o estado do Ceará, onde a região da capital não está sob a égide do COAP, “... **por interferência dos fatores político partidário e financeiro...**”, vindo reiterar com a concretude do fato, uma das hipóteses do estudo quanto à necessidade de superação do embate entre causalidades governamentais e partidárias voltadas para as diretrizes da política pública de saúde, devendo haver conscientização e mobilização supra e apartidária.

O Diretor do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI), entrevistado 2, tem outra visão sobre o recurso financeiro para a adesão ao COAP quando em sua assertiva enfatiza que “...**não precisa dinheiro novo** para políticas já implementadas ao longo do tempo. O objetivo do COAP é organizar as ações de saúde. Tem dinheiro para todos os programas financiados pelo MS dentro do orçamento. O contrato é um instrumento que formaliza acordos. A discussão tem

que ser política. Por si só as leis, decretos, não garantem a implantação das políticas...”.

Devemos observar, em princípio e na prática, como a tendência hegemônica de racionalização gerencial para as reformas administrativas de governo pode ser (in)congruente ou (contra)producente para com a direcionalidade constitucional e normativa estabelecida para as políticas públicas em determinados setores governamentais, como o da saúde. Talvez precisemos de um país amadurecido para tratar a saúde pública como um direito de cidadania.

O decreto é um instrumento que visa superar a fragmentação do sistema de planejamento, contando com a introdução de ferramentas como o Mapa da Saúde, a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS), Rename e Renases. Até o momento o “instrumental utilizado pelas regiões que aderiram ao COAP ainda é o mesmo utilizado, por exemplo, durante o pacto da saúde, onde a gestão não seria “obrigatoriamente” compartilhada. As dificuldades permeiam também o entendimento e utilização das ferramentas preconizadas no decreto. Tal assertiva é ratificada pelos entrevistados do Ministério da Saúde (entrevistado 3) quando “...se não foi superado o entendimento do conceito regional, não será uma ferramenta que irá fazer. Se tiver uma programação de cada município muito bem feita, que demonstre os vazios e as sobras assistenciais em relação aos residentes, seria a base para casar o regional. Não é um ponto relevante. “O processo sim, os instrumentos nem tanto”. E compreendem que “... são processos similares sendo um do ponto de vista individual e o outro da gestão compartilhada”. Para as instâncias representativas “... as diferenças consistem no entendimento do planejamento regional e suas ferramentas, conhecimento da sua região e ações estruturantes...” sendo as ferramentas preconizadas de pouca valia nesse estágio inicial, o que difere da opinião da assessoria jurídica quando afirma que “... o contrato exige para a sua execução, que haja região de saúde, planejamento regional, mapa da saúde regional, recursos financeiros...”.

Ressaltamos que com relação às “penalidades” pelo descumprimento de parte do decreto em durante execução do contrato organizativo ou ainda seu descumprimento integral por não aderir à organização das ações de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada não foram suficientes para o modelo de gestão cooperativa e solidária, ou seja, “a força esperado do instrumento jurídico” ainda não foi reconhecida pelas regiões brasileiras. O entrevistado de nº 3 do Ministério da

Saúde reitera quando afirma que “... Não existem punições explicitadas no contrato. Tem que ser identificado o porquê daquele não alcance de metas e tentar na próxima programação ou pactuação colocar algo que permita superar o problema. Apesar de se chamar contrato não tem um contratante e um contratado. Tem um acordo de intenção. O contrato encerra tantas ambiguidades que estão na raiz da dificuldade de sua implantação. Não precisaria ser um instrumento jurídico, mas se tem vamos tirar o máximo proveito”.

Foi identificado durante o tratamento dos dados das entrevistas realizadas, que a estratégia utilizada, a intenção e argumentos referentes aos instrumentos sugeridos a nortear os entes federados ao aumento das suas capacidades de gestão e de forma cooperativa e solidária dispostos no decreto em epígrafe, encerram já na matriz do decreto/contrato opiniões distintas pelos atores responsáveis pela articulação federativa. Citamos para ilustrar a “intenção” e o “entendimento” da assessoria que oferece sustentação jurídica (entrevistado 4) quando justifica que “...todo contrato para ser um contrato tem que ter sanção, penalidade. Sem isso não há contrato. As penalidades são as previstas no próprio contrato, acordada entre os entes federativos signatários, limitada ao disposto na LC 141 no tocante às transferências federativas de recursos...”. “... O contrato precisa ser cumprido. Qualquer contrato é assinado para ser cumprido”. E ainda defende “... o fato de ser plurilateral não tem a ver com as penalidades. Quem descumprir o contrato incide nas penalidades administrativas ali previstas. Cada um deve responder pelo seu descumprimento...”.

Com a proposta explicitada no campo jurídico percebe-se notoriamente a ambiguidade interpretativa do decreto e, conseqüentemente das estratégias que pudessem impingir à sua adesão, entre o nível central e à luz do direito sanitário. Não é diferente a visão das instâncias representativas dos estados e municípios quando “... o mais importante é o processo, o acordo e não a minuta ou o contrato. O que depende é do acordo, do agente político. E mais importante ainda é porque foi baseada numa experiência de outros países”, verbalizado pelo representante do CONASEMS enquanto o CONASS entende, através do seu representante que “... Não precisa ter sanção para “obrigar” cumprimento. Não precisa de **mais leis**... Tem que ter entendimento sobre “o que é o SUS”. Os gestores que assinaram podem ser chamados pelos órgãos de controle para esclarecimentos, e quem não assinou também deve esclarecer o porquê.

A gestão equivocada tem a LC 141 para referenciar o recurso e a irregularidade com dolo existem os códigos civil e criminal”, termina.

Nós defendemos a idéia, face ao contexto estudado, que a forma utilizada pelo nível central, mais especificamente pelo Ministério da Saúde objetivando conseguir a gestão compartilhada, o federalismo cooperativo e solidário entre entes independentes, foi uma tentativa contudente alicerçada num decreto presidencial, porém sua implantação foi consumada antes mesmo dos articuladores chegarem ao esgotamento minimamente necessário para congruência do seu entendimento. Para tanto podemos enxergar esse fato em mais uma assertiva do entrevistado 2, Diretor do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI), em “...ao colocar na ordem de um decreto, precisa ter contrato para dar maior peso jurídico ao instrumento, mas não tem a ver com a 8666 e para ter algo jurídico se pensou em contrato organizativo. Avançamos um pouco mais na discussão quando analisamos o COAP como instrumento jurídico...”.

No panorama atual afirmamos que o avanço citado pelo diretor do DAI é incipiente, não demonstrando força jurídica, uma vez que até os termos aditivos que dão sequência à vigência do contrato não tiveram a sua retroalimentação para as regiões que se dispuseram à adesão do contrato por estarem com condições minimamente necessárias preconizadas para a regionalização da assistência à saúde, com isso evidenciando lacunas, importantes vazios jurídicos, que podem determinar um efeito contrário ao federalismo cooperativo, sendo este também conflitivo.

A Lei Complementar de número 141 editada em janeiro do ano de 2012 foi mais um instrumento jurídico que iria ratificar aos gestores a necessidade de um processo decisório objetivando o cumprimento do decreto e, conseqüentemente adesão ao COAP, na dotação de normas que garantam os percentuais das receitas tributárias, na promoção da equidade orçamentária, redução das desigualdades regionais, no planejamento regional, dentre outros.

Com pouco mais de três anos do decreto, período curto para avaliação de qualquer impacto em políticas públicas, porém período razoável à avaliação de viabilidade dos instrumentos que desaguam em organização de uma política pública, no nosso caso as ações de saúde, citamos que o Ministério da Saúde, na figura dos gestores do Departamento de Articulação Interfederativa, concluíram que a LC 141 pode inversamente ao esperado, trazer subsídios aos gestores quando “... reflete

que a lei 141 possa ser **mais uma desculpa dos gestores para não assinar o contrato**. A 141 veio ajudar a quem não quer assinar. Ao contribuir para aumentar a responsabilidade sanitária dos gestores, eles se preocupam em como **escapar** dos dispositivos sem punição e/ou coerção...”. Os órgãos representativos também demonstraram pouca convicção no que tange a mecanismos para “obrigatoriedade” do cumprimento do decreto a partir da edição da LC 141. “... A lei 141 estipula os mecanismos para que se possa viabilizar o contrato. Precisa regulamentar o artigo 35 da Lei 8080 e as formas de repasse...”.

Durante todos os momentos do presente estudo incluindo obrigatoriamente a coleta de dados, a única informação de aumento de financiamento foi verbalizada pelo representante do CONASEMS quando em sua assertiva sobre o COAP no Estado do Ceará. “O Ceará teve aumento de repasse...!” Informação essa que fazia parte da sua linha de entendimento sobre a contribuição da LC 141. “A lei depende de pactuação tri e bipartite...”. “A lei deve garantir a execução do decreto...”. Sob a ótica do representante do CONASS “...o contrato e a LC 141 conversam entre si. Os conselhos estaduais e municipais devem participar das diretrizes do planejamento segundo a 141...”. Outros pontos importantes citados pela instância estadual são a consulta pública, relatórios, monitoramento, forma da devolução de recurso, regulamentados pela LC 141.

Outro aspecto abordado e, não menos importante, com os atores envolvidos para análise preliminar de suas percepções, diz respeito à intenção de alguns estados manifestarem interesse de “testarem” o cumprimento do decreto e, conseqüente adesão ao COAP, em apenas uma região, composta por um grupo de municípios, porém não em sua totalidade. Tal decisão poderia fragilizar mais ainda a estratégia em voga para organização das ações de saúde e a garantia do acesso de forma universal e equânime.

O reflexo desse planejamento regional fragmentado poderia promover ou acirrar ainda mais o conflito inter regional e/ou intermunicipal. Através do entrevistado do Ministério da Saúde tivemos a seguinte informação: “... O estado de Alagoas é um exemplo emblemático. Alagoas queria testar o contrato e chegou à conclusão que sua 5ª região não era a pior, que os gestores tinham boa relação com o COSEMS...”, ou seja, existia uma conjuntura de interesses e não uma definição de critérios técnicos. “... e tem chance de sucesso porque não é a **pior** região...”. Com a conformação das redes temáticas lançadas pelo MS, Alagoas incluiu a rede de

urgência e a rede cegonha conforme citado anteriormente e esperava que recebesse os “incentivos” na assinatura do COAP e, “... como não aconteceu desistiu de assinar...” complementou. A Diretora do DAI (entrevistado 2) defende “...o fato do estado ter contrato com alguma região e com outras não, não fragiliza o COAP. Esse é o discurso de alguns para impedir o avanço do contrato...”. “... O financiamento está sendo discutido...”.

O entrevistado 3 ressalta que “... os prestadores também atrapalham a capacidade instalada do município, já que com o federalismo conflitivo, competitivo, o gestor contrata um prestador para um número determinado de residentes e o outro município em rede contrata o mesmo prestador. Esse por sua vez tendo uma tabela baixa recebe todos os pedidos e gera uma qualidade débil ou vazios assistenciais, além de outro município ter que ficar sob o comando da administração de outro sistema...”.

A pretensão do conjunto de gestores e representantes da federação trina, em curto prazo, é incorporar à discussão sobre o cumprimento do decreto e, conseqüentemente adesão e execução do COAP. Pelos representantes dos estados e municípios tivemos, durante as entrevistas, pode-se afirmar sem medo de errar, um apelo ao órgão central com “... A tabela SUS deve acabar. O INAMPS tinha, mas justificava ter. O SUS tem que ofertar um sistema universal, atendendo o conjunto da população. Não cabe a tabela... a esperança é que a regulamentação dos critérios de repasse acabe com a tabela...”. E continua, com “... Os estados têm que fazer a discussão. Serem interlocutores entre o município, capital e os demais. A proposta é que o recurso acompanhe o cidadão...”.

O CONASS defende a mesma lógica para aprimoramento do processo quando o representante ratifica: “... O SUS é nacional e com interesses nacionais. Precisa ter financiamento garantido para que estados e municípios possam realmente executar o previsto. A forma como o governo partilha o recurso arrecadado dificulta para os subentes. O financiamento necessita ter recurso financeiro novo para ser implantado **um novo modelo** de gestão assistencial”. O CONASS também defende a extinção do pagamento por procedimento. “Os prestadores devem ser pagos por contrato...”.

”O artigo 17 da LC 141 deve ser discutido. O instrumento é **bom** mas está faltando ser entendido sobre o que esperar do COAP. Não se tem avaliações oficiais, já que o Ministério da Saúde até o momento, não retornou suas

*considerações ao estado do Mato Grosso do Sul, por exemplo...” mas complementa que”... o principal não é assinar e sim organizar as ações até a **ponta**, pois do contrário não existe realmente um contrato organizativo. Ele deve ser um instrumento importante para formalizar relações interfederativas, mas, por si só não irá gerar mudança da realidade assistencial aos cidadãos...” terminou.*

Indubitavelmente, o instrumento jurídico, o contrato organizativo recomendado e seus desdobramentos necessitam de proposições que possam gerar facilidade e retirar ou diminuir ambiguidades e incongruências. É uma experiência nova para os três entes, porém não podemos esquecer que os órgãos de controle, de forma tímida ainda, já com agenda para o processo fiscalizatório sobre o cumprimento do decreto. Tal ação deverá ser balizada, parametrizada e baseada em discussões, preferencialmente alicerçadas também pelas práticas executórias e assim gestar a raiz da matriz de qualquer processo almejado.

Durante a utilização do método de entrevista e posteriormente resultados discutidos, podemos afirmar que as transcrições necessariamente feitas das percepções dos atores das organizações centrais de saúde envolvidas, exibem uma articulação extremamente débil desde o desenho das regiões sanitárias do país perpassando pelas estratégias utilizadas para melhorar a capacidade de gestão dos entes subnacionais, objetivando desmontar o federalismo conflitivo, competitivo ou até predatório para um federalismo solidário em todas as suas nuances atingindo assim o grande objetivo do Sistema Único de Saúde (SUS) que continua sendo atenção integral e universal com equidade.

Preocupamo-nos saber da origem do “novo processo de gestão das ações e serviços de saúde preconizados”. Experiências exitosas com consórcios têm em alguns países, apesar de sermos um país federado, mas a representante da sustentação jurídica eleita pelo Ministério da Saúde (entrevistado de nº 4) nos diz que “**são coisas distintas**”. O contrato, continua o entrevistado, “... *é para integrar os serviços de saúde na região e definir as responsabilidades dos entes federativos. O contrato organiza o SUS regional e o consórcio é uma forma de gerir serviços de maneira compartilhada. Alguns serviços que venham a ser eleitos pelos entes consorciados, em especial aqueles que precisam de escala. O contrato organizativo da ação pública da saúde é um acordo interfederativo necessário à integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos situados em uma região de saúde com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde àquela*

população regional". "A única experiência anterior é a do Estado de Sergipe cuja lei editada em 2008 dispôs sobre tal contrato com a mesma finalidade", conclui sua exposição.

Quando arguido sobre a relação entre consórcios e o COAP se é que existiam e com os consórcios de outros países dando como exemplo a Espanha, o representante do CONASEMS fez a seguinte explanação: "... É uma experiência baseada em outros países tais como, a Espanha (Madri, Catalunha...), França e algo de Portugal". "... O que tem hoje de discussão federativa para o partilhamento de responsabilidade é o consórcio. Fundação estatal é outro que está no Congresso. O Ceará já é consórcio. Consórcio estabelecido por região. Municípios e estado no ponto de vista do custeio: 60% e 40% respectivamente repassados do ICMS".

Finalizamos a discussão dos dados obtidos para esse estudo, porém há de reiterarmos a relevância do debate sobre os pontos elencados no roteiro de entrevista, ainda de maneira tímida no que tange à segurança dos executores para extrairmos novos cenários na gestão da saúde preconizada em cumprimento ao ato normativo presidencial, ato este que, estrategicamente esperado em formalização e força política de origem legal, que redundará em esperados "avanços positivos impactantes". Na nossa política pública de saúde não é estarrecedor a teoria das estratégias serem "experimentadas" na prática pelos entes federados com características marcantes de desigualdades, inclusive no funcionamento do Sistema de Saúde.

Como resultado macro dos pontos levantados nessa pesquisa, entendemos que os gestores centrais e instâncias representativas da federação trina, em seus colegiados de gestão dentre outros, devam disseminar, esclarecer, informar capacitar, inferir e discutir estratégias para desenvolver de maneira equânime e eficaz o processo ora citado. Reconhecer e implantar a gestão solidária e compartilhada, além do conceito de conjunto e não mais de gestão individual. Para tanto torna-se primordial o estabelecimento do consenso sobre o entendimento do contrato, forma de execução, dissenso esse que reflete nos entes federados como fator desmotivante à sua implantação.

Ainda pelo espelho do estudo afirmamos como reflexo, a descaracterização do instrumento jurídico que "dispõe a obrigatoriedade" do seu cumprimento a fim de organizar o sistema público de saúde "com igualdade e acesso para todos", porém as condições e esclarecimentos referenciados minimamente não reportam a

nenhuma segurança/sustentação jurídica além das já existentes no contexto atual da nova “forma de fazer o SUS”.

Até mesmo o Ministério da Saúde cuja maior titularidade é sua e, extremamente envolvido para que essa estratégia atinja uma organização assentada na regionalização em fortalecer a gestão descentralizada e regionalizada com acesso equânime ao Sistema de Saúde brasileiro, ainda não tem respostas claras quanto à execução de pontos estruturantes.

Ressaltamos a diferença interpretativa entre atores de esferas distintas, sobre um mesmo assunto, podendo gerar formas de atuação, discursos e outros métodos à partir da “suposta” subjetividade de alguns conceitos e, principal e concretamente realidades e histórias técnico política diferentes. Como exemplo citamos a fragmentação conceitual estruturante da “nova estratégia” que objetiva o federalismo solidário oriunda do dissenso entre os atores ora entrevistados, tornando inclusive a articulação interfederativa realizada pelo DAI/MS débil, a importância dos estados no processo de regionalização que não ficou clara para os entes subnacionais pela fragilidade dos argumentos por parte dos níveis centrais sobre o marco regulatório, dentre outros.

Durante o período da coleta de dados, observamos uma unanimidade dos atores entrevistados quanto à extinção da tabela SUS para realocar recursos financeiros. O critério de repasse financeiro utilizado fragiliza o processo de políticas públicas de saúde, enfatizando a dificuldade que causa à adesão do modelo de gestão esperado pelo Ministério da Saúde.

VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS:

*“Não há fatos eternos, como não há verdades absolutas.”
Albert Einstein*

Finalizando nosso estudo, é possível afirmar que os objetivos propostos foram alcançados, ainda que as assertivas feitas pelo pesquisador e pelos atores envolvidos por ora, não sejam absolutas. O contexto avaliado é dinâmico, além da “história do SUS” ser pautada em uma grande construção, até mesmo pela “sua pouca idade”, dentre outros.

Segundo FLEURY (1997) a federação brasileira é caracterizada pela existência de múltiplos centros de poder, com relação de dependência política e financeira entre as esferas governamentais e não governamentais e grandes disparidades inter e intra-regionais. Segundo esta autora, o fortalecimento político e financeiro dos governos subnacionais não implicou igualar suas capacidades de ação governamental e chama a atenção para a relação entre descentralização e desigualdade, ressaltando que as disparidades intra e inter-regionais moldam os resultados da descentralização e das relações intergovernamentais, criando contradições e tensões. ABRUCIO (2006) corrobora o aspecto competitivo existente entre as esferas de governo na federação brasileira, competição essa, muitas vezes predatória.

“Não se cria igualdade por lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei” afirma FLEURY (1997).

Por este raciocínio a autora chega a formular uma proposição geral para a tensionalidade entre igualdade e diversidade: ***“Direitos iguais quando a diferença inferioriza; direito de ser diferente quando a igualdade descaracteriza”***.

Podemos destacar o paradoxo entre a lógica da descentralização e a lógica de sistema: na primeira haveria ruptura da rede de compromissos, responsabilidades e da hierarquia, gerando fragmentação e funcionamento autárquico ou departamental e isolamento dos municípios já que têm autonomia para definir sua política de gestão e de atenção à saúde.

Esta construção municipal do SUS tem gerado iniquidade, desigualdade e comprometido a sustentabilidade do SUS como um todo e mesmo das redes locais reitera CAMPOS (2014). A segunda pressupõe rede de relação, funcionamento harmônico entre as distintas partes em função dos objetivos sistêmicos que seriam gerais ou coletivos, voltados ao interesse público. A superação destas diferentes

lógicas no SUS, cabe à legislação, no caso estudado, ao cumprimento do decreto em voga e seus desdobramentos, às funções de coordenação exercidas pelo MS e pelas secretarias estaduais com mecanismos de co gestão entre os entes federados e órgãos de direção colegiada do sistema, que deram origem a Comissão Tripartite de âmbito nacional, as Comissões Bipartites com governabilidade sobre projetos em cada estado e, mais recentemente, as Comissões Regionais de Saúde, que reúnem todos os dirigentes municipais de uma região com o governo estadual, além dos conselhos de saúde.

Talvez o processo se enraizasse melhor se a discussão e a negociação entre os gestores municipais pudessem identificar problemas comuns, disputas, adversidades, necessidades reais dos municípios e pactuarem entre si soluções, do que ser tutelado pelo estado.

Outro efeito paradoxal da implantação da descentralização do SUS é a dificuldade de alcançar atenção integral á saúde conforme a necessidade do usuário, cuja responsabilidade cabe, até então, exclusivamente ao município. É considerar o município como núcleo básico organizacional do sistema. Para tanto a criação de regiões de saúde é condição indispensável para a constituição de um sistema público e universal porque a imensa maioria dos municípios não pode ter em seu território toda a rede de serviços necessária para as demandas da população.

Outro desafio seria viabilizar e regularizar as fontes e linhas para financiamento do sistema. Há quase um consenso sobre a necessidade de mais recursos financeiros para o SUS, mas esse entendimento se rompe quando o assunto é **o que fazer com qualquer acréscimo de orçamento para a saúde pública.**

Explica CAMPOS (2014) que a reivindicação de 8% do PIB para a saúde precisa articular-se com a descrição detalhada de como funcionaria o nosso SUS Brasil. Há, portanto, para ampliarmos a luta por mais recursos o desafio de “reinvenção” do SUS, tanto para reforçar e consolidar o já construído, como também para ousar propor uma reforma institucional radical, que articule e integre mudanças na gestão, no modo de atenção aos usuários e ainda avance na crítica e reconstrução do saber e das práticas em saúde.

Estudos avaliativos têm evidenciado o impacto positivo na política de saúde brasileira com o SUS, porém a cronicidade do (sub)financiamento, a gestão

equivocada sem o planejamento ascendente e regional compondo a governança caótica, sobreposição de papéis e de responsabilidade, além da desqualificação de alguns gestores relacionados à gestão participativa solidária e compartilhada, são fatores que têm comprometido a consolidação do sistema público de saúde, seu funcionamento sistêmico e integrado e aumentando, ou no mínimo não diminuindo, o padrão de iniquidade do Estado brasileiro.

Face ao quadro exposto, e que ainda permanece no sistema público de saúde brasileiro, o ato presidencial através do Decreto 7508/2011 é mais uma tentativa do Ministério da Saúde em introduzir métodos de contratos ou pactos de gestão entre os entes federados, tendo como diferencial o instrumento jurídico com o peso esperado do “cumpra-se”.

Apesar destes esforços, contudo, a integração sistêmica ainda é extremamente baixa no Brasil (**pouco mais de cinco por cento das regiões mapeadas no país**).

Um aspecto prático e, parece que o decreto não previu, é que nos contratos assinados até o momento (vinte e quatro) formou-se uma grande lacuna quando os gestores (agentes políticos) passam *peri passu* à implantação do processo e o seu sucessor não reconhece o contrato como instrumento necessário para organizar sua administração. A herança dos contratos de serviços em geral, em muitas vezes, tem uma visibilidade e interesse maiores para os sucessores do que o contrato organizativo (COAP). Ou seja, demonstra expressivamente a institucionalização por sujeito e não por organização. Esse exemplo descreve a dificuldade de entendimento sobre regionalização e responsabilidade sanitária solidária e cooperativa, constituindo um aspecto extremamente limitante, dentre outros, à adesão ao contrato organizativo.

Ressalto mais um aspecto incongruente a meu modo de analisar que, como existem metas de saúde que não são somente atingidas pela governabilidade do gestor, a avaliação deveria ser pelas metas organizativas, processuais, ou seja, atuação, impacto, nova realidade, otimização do sistema, governabilidade, dentre outras. O Ministério da Saúde deverá construir e explicitar os critérios de avaliação. Caso contrário o processo tende a continuar fragilizado.

Cabe informar que os termos aditivos de um contrato e, não foge a esta regra o COAP, servem para dar prosseguimento aos acertos e modificar as nuances desnecessárias e que geraram erros ou pelo menos, pactuações equivocadas,

porém os termos aditivos dos estados sob a égide do contrato organizativo tiveram suas assinaturas sem o Ministério da Saúde se pronunciar quanto à avaliação, o que na opinião da pesquisadora, é um paradoxo do agente central. A avaliação, nesse primeiro momento de adesão, seria fundamental para nortear a atuação das regiões de saúde e seus planejamentos e ainda referenciar o Ministério da Saúde na readequação de critérios explicitados ou omissos dentro do COAP, como por exemplo, as penalidades para cumprimentos equivocadas das metas pactuadas, os novos critérios de rateio de recursos e no incentivo de desempenho que está prescrito no decreto também associada a uma avaliação da execução do contrato.

Apesar de o tempo ser exíguo para impactos nas regiões de saúde com COAP assinados e, conseqüentemente cumprimento do decreto 7508/2011, os contratos do Mato Grosso do Sul e Ceará ainda permanecem, após seus aditivos, com excesso de informações desnecessárias ao contrato, demonstrando ainda o aprendizado na prática, como por exemplo, o elenco de responsabilidade sanitária já definida em outros instrumentos jurídicos e até mesmo constitucional.

Embora o conteúdo do contrato não estar diretamente ligado à penalidades pelo descumprimento de alguma meta pactuada, a baixa adesão ficou perfeitamente explicada pelos entrevistados quando o fator “recurso financeiro” é utilizado como uma forma encontrada pelos entes de “pressionar” o agente central à reavaliar a transferência de recursos para cumprimento do decreto em epígrafe. OLIVEIRA (2013) em sua assertiva reitera que com as modificações na repartição de recursos financeiros entre as três esferas de governo e a imprevisibilidade de superação da crise mundial e seus impactos no Brasil, não há como se esconder, nem ficar na defensiva, ou num processo “justificatório” de ineficiências e inoperâncias.

Defendemos a premissa de que a modificação impactante com o decreto 7508/2011 seria melhorar a capacidade de gestão dos entes federados organizadamente, garantindo maior acesso e eficiência, sendo uma propositiva primeira nossa, a discussão com todos os entes federados sobre a readequação, objetividade e possibilidades reais e concretas do contrato, avaliação e monitoramento *peri passu* para atingir a gestão colaborativa com acesso e qualidade independentes das desigualdades existentes.

O SUS seria organizado por regiões de saúde. As regiões de saúde fariam a gestão de uma rede de atenção integral à saúde. Todos os serviços públicos teriam um modelo organizacional autárquico, que valeria para atenção básica, redes de

atenção, organizações sociais, fundações privadas, dentre outros, ampliando o financiamento para 8% do produto interno bruto (PIB).

CAMPOS (2014) ressalta que a atenção básica não se destina somente à populações pobres, mas trata-se de uma estratégia para resolver 80% dos problemas de saúde mediante cuidado personalizado e que implique em abordagem clínica e preventiva. Para isto será necessário melhorar a qualidade da atenção básica: melhor infraestrutura e integração com hospitais e serviços especializados.

Pode-se dizer com extremo pesar que nós estamos, há muitos anos, com as políticas públicas tendo as “marcas” como essenciais. Esse acontecimento não é privilégio somente dos governos. Está em toda sociedade, a volatilidade das vendas de marcas, do consumismo, da “moda”, **a estetização do cotidiano**. As políticas públicas em geral e, em especial as da saúde, estão sendo desenhadas e instrumentalizadas para “vender marcas”, muito mais do que para mudar realidade ou deixar conteúdo. A dita “marca” sempre será de alguém e com isso, ou se deixa de lado, ou muda o seu nome “para chamar de minha” ou ainda opta-se por fazer uma “maquilagem”, esvaziar o conteúdo e, assim também poder chamar “de minha”.

REFERÊNCIAS

A- Revisão Bibliográfica

ABRÚCIO, Fernando Luiz. **Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira**. 2ª. Edição. São Paulo: HUCITEC, 2002.

_____. **Trajatória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas**. Revista Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 41, 2007.

ARRETCHE, Marta. **Federalismo e Democracia no Brasil – a visão da ciência política norte americana**. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, 15 (4), 2001.

_____. **Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia**. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, 18 (2), 2004.

_____. **Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira**. Revista de Sociologia e Política, Curitiba, nº 24, 2005.

_____. **Quando instituições federativas fortalecem o governo central?** Novos Estudos – CEBRAP, São Paulo, nº 95, março. 2013.

ASSIS, Marluce Maria Araújo e JESUS Washington Luís Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17 (11), 2012.

BAHIA, Ligia. **O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro**. Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

BORGES, André. Já não se fazem mais máquinas políticas como antigamente: competição vertical e mudança eleitoral nos estados brasileiros. **Revista de**

Sociologia e Política. Curitiba, 18 (35), 2010.

_____. Eleições presidenciais, federalismo e política social. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, 28 (81), 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Algumas hipóteses desesperadas e uma utopia possível: o SUS Brasil**. FCM/UNICAMP 2014.

COSER, Ivo. O debate entre centralizadores e federalistas no século XIX: a trama dos conceitos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, 26 (76), 2011.

CARVALHO, José Murilo de. República, democracia e federalismo Brasil: 1870 – 1891 (DOSSIÊ – REPUBLICANISMO NO BRASIL DO SÉCULO XIX). **Varia História**, Belo Horizonte, 27 (45), 2011.

DAIN, Sulamis. Os impasses do financiamento fiscal do SUS. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, (6) 3, 2008.

DOURADO, Daniel de Araújo. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, (45) 1, 2011.

FACCHINI, Luiz Augusto. O financiamento é o nó crítico do SUS. **Informe ENSP** 2011. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br>.

FLEURY, Sônia. **Saúde e democracia: a luta do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde)**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

GIAMBIAGI, Fábio e ALÉM Ana Cláudia. **Finanças Públicas: Teoria e Prática no Brasil**. 4ª edição revisada e atualizada. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

GUERREIRO, Jória Viana e BRANCO, Maria Alice Fernandes. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 16 (3). 2011.

KUGELMAS, Eduardo e SOLA Lourdes. Recentralização/descentralização – dinâmica do regime federativo no Brasil nos anos 90 (DOSSIÊ FHC 1º GOVERNO). *Tempo Social*, São Paulo, 11 (2), 1999.

JUSTEN, FILHO, Marçal. **Parecer sobre a Minuta de Anteprojeto da Lei da Política de Saneamento Básico**. 2005. Disponível em Disponível em <<http://www.planalto.gov.br.gov.br>>. Acesso em: 15 de maio de 2014.

LEITE, Valéria Rodrigues et al. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17 (7), 2012.

LIMA, Luciana Dias. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, (12) 2, 2007.

_____. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, (6) 3, 2008.

_____ et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17 (7), julho 2012.

_____ et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17 (11), novembro 2012.

LOCCI, Patermio. **Elementi di diritto sanitario e amministrativo**. Pádua, Italia: Piccin, 2000.

LOPEZ, Beatriz Gonzáles. “Políticas contratuales en atención especializada”. In: Repullo, José R. e INESTA, Antonio (org.). **Sistemas y servicios sanitários**. Madrid: Diaz de Santos, 2006.

MACHADO, Cristiani Vieira. O Modelo de Intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, (23) 9, 2007.

MACHADO, Rosane Ramos et al. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, UFG, 11 (1), 2009.

MELLO, Guilherme Arantes e VIANA Ana Luiza D'Avila. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, 19 (4), 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 10^a Edição, São Paulo. HUCITEC, 2006.

MOSER, Benjamin. **Clarice, uma biografia**. São Paulo, COSAC NAIFY, tradução de José Geraldo Couto, 2009.

NASCIMENTO, Vânia Barbosa. **SUS: pacto federativo e gestão pública**. São Paulo. HUCITEC, 2007.

OLIVEIRA, Neilton Araújo. **Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania Saúde, SUS, 2013 e o cenário de crise mundial que, também, afeta o Brasil**. Dezembro, 2012.

OLIVEIRA, Gustavo Justino. Responsabilidade Civil do Estado: reflexões a partir do direito fundamental à boa administração pública. **RERE** Salvador/BA, v. 21, 2010.

PELLEGRINI, Bárbara. O discurso do gestor federal no processo de descentralização política: obstáculos à municipalização do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 12 (2), 2007.

RIBEIRO, Patrícia Travassos. A descentralização da ação governamental do Brasil dos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14 (3), 2009.

SANTOS, Lenir dos e ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Centro de Estudos apresenta redes interfederativas de saúde criadas em Sergipe. **Informe ENSP**, 2008. Disponível em: < <http://www.ensp.fiocruz.br> >. Acesso em: 12 de dezembro de 2013.

_____. **SUS: O espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros.** Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA), Campinas, 2007.

_____. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, (16) 3, 2011.

SANTOS, Lenir dos. **Sistema Único de Saúde: Os desafios da Gestão Interfederativa.** Editora Saberes. Campinas, São Paulo, 2013.

SANTOS, Nelson Rodrigues. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, (13) 2, 2008.

_____. **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde.** Rio de Janeiro: CEBES, 2010

_____. SUS – 2010: espaço para uma virada. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, 34 (1), 2010.

_____. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, (18) 1, 2013.

SCATENA, João Henrique et al. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados mato-grossenses. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 (11), 2009.

SGEP/MS Regulação da Lei 8.080 pra fortalecimento do Sistema Único de Saúde: decreto 7.508, de 2011. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, (45) 6, 2011.

SILVA, Silvio Fernandes. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 16 (6), 2011.

SOMOZA, Javier Elola. **Política Sanitária Espanhola**. Madri: Ediciones Diaz de Santos, 2001.

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós 1988. **Revista de Sociologia e Política**, nº 24 Curitiba, junho 2005.

TREVISAN, Leonardo e JUNQUEIRA Luciano Prates. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 12 (4), 2007.

VASQUEZ, Daniel Arias. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27 (6), 2011.

VIANA, Ana Luiza D’Avila et al. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto: lições do caso brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, 7 (3), 2002.

_____. Novas Perspectivas para regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, 22 (1), 2008.

_____. Financiamento da saúde: impasses ainda não resolvidos. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, (6) 3, 2008.

VIANA, Ana Luiza e MACHADO, Cristiani Vieira. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14 (3), 2009.

B- Referência Legislativa (Leis, decretos, portarias, resoluções)**LEIS E DECRETOS:**

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. (Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 01 de novembro de 2013.

BRASIL. **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.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em 01 de novembro de 2013.

BRASIL. **Lei complementar n.º 101, de 4 de maio de 2000**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 05 de maio 2000, p. 1.

BRASIL. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. (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). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 01 de novembro de 2013.

BRASIL. **Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011**. (Acrescenta artigos. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de

Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências).

Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20112014/2011/Lei/L12466.htm>. Acesso em: 10 de janeiro de 2014.

BRASIL. Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. (Regulamenta o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: 13 de janeiro de 2014.

BRASIL. Decreto nº 7.827 de 16 de outubro de 2012. (Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do artigo 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7827.htm>. Acesso em: 10 de janeiro de 2014

SERGIPE. Lei nº 6.345 de 02 de janeiro de 2008. (Dispõe sobre organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe - SUS/SE, e dá outras providências). Disponível em: <www.al.se.gov.br>. Acesso em: 10 de maio de 2014.

PORTARIAS E RESOLUÇÕES

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**

(Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)). Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução CIT nº 1 de 29 de setembro de 2011**

(Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011). Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução CIT nº 1 de 17 de janeiro de 2012**

(Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde). Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 3 de 30 de janeiro de 2012** (Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde). Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>>. Acesso em: 10 de abril de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 841 de 02 de maio de 2012** (Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências). Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>>. Acesso em: 10 de abril de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONASS/CONASEMS. **Diretrizes e Proposições Metodológicas para Elaboração da PGASS**. Documento pactuado na CIT sobre a

Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), em 26 de julho de 2012. Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>>. Acesso em: 10 de abril de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 4, de 19 de julho de 2012** (Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)). Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.580, de 19 de julho de 2012** (Afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios e revoga Portarias). Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013** (Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 - 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)). Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>>. Acesso em: 10 de abril de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução CNS nº 446 de 12 de dezembro de 2012** (Dispõem sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos). Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **RESOLUÇÃO Nº 02, de 29 de setembro de 2011.**

(Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)). Saúde Legis -

Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em:

<<http://www.saude.gov.br/saudelegis>>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2014

C- Consulta às Bases Administrativas de Dados

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato_organizativo_acao_publica_saude.pdf>. Acesso em: 03 de outubro de 2013.

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_acoes_saude.pdf>. Acesso em: 03 de outubro de 2013.

<<http://www.saude.gov.br/sispacto>>. Acesso em 03 de outubro de 2013.

<www.saude.gov.br/sgep>. Acesso em: 03 de outubro de 2013.

<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgep-noticias/9754-departamento-de-articulacao-interfederativa-dai>>. Acesso em: 03 de outubro de 2013.

<<http://www.conass.org.br/268:informe-cit-comissao-intergestores-tripartite>>. Acesso em 05 de janeiro de 2014.

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_informacoes_gestao_interfederativa.pdf>. Acesso em: 05 de janeiro de 2014.

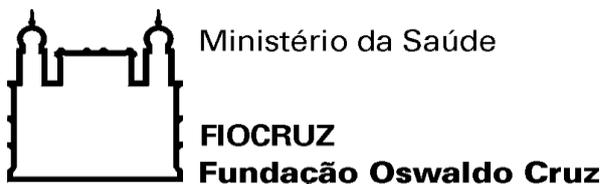
<<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document>>. Acesso em 08 de maio de 2014.

<<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/decreto-fundes-fundos-municipais>>. Acesso em: 08 de maio de 2014.

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 08 de maio de 2014.

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm>. Acesso em: 08 de maio de 2014.

ANEXO I



FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO DE PESQUISA AO CEP/ENSP

Título do projeto de pesquisa

COAP: Análise da Matriz Normativo Institucional e Seus Aspectos Federativos

Nome do Pesquisador Responsável: **Gloria Maria Mussa Cury**

Vínculo do pesquisador Responsável com a ENSP (indicar com "x")

- Doutorando(a)
 Mestrando(a)
 Aluno (a) de outros cursos - qual curso: _____

Nome do (a) orientador a): **_ Prof Dr José Mendes Ribeiro _**

Data da qualificação do projeto (para mestrandos e doutorandos): 29 05 _____

A versão entregue ao CEP já inclui as alterações solicitadas pela banca de qualificação?

Sim Não

(apenas para casos omissos, que não qualificaram e consultaram previamente a coordenação do CEP)

Fonte de dados do projeto (pode preencher com um "x" mais de uma opção)

- Projeto envolvendo seres humanos diretamente
 Acesso à base de dados secundários de acesso público irrestrito

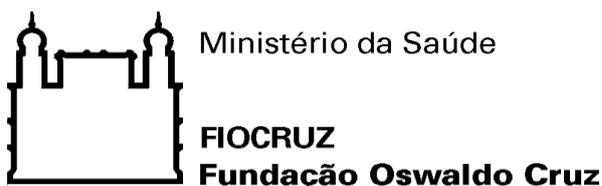
**Disponível no site* _____

- Acesso à base de dados secundários de acesso público restrito

Declaramos como verdadeiras as informações acima.

Rio de Janeiro, 03 de junho de 2014.

Assinatura e carimbo do Orientador



ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP): Análise normativa institucional do desenvolvimento e aspectos federativos** desenvolvida pela aluna Gloria Maria Mussa Cury, discente de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz sob orientação do Professor Doutor José Mendes Ribeiro, que dará origem à dissertação a ser apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). O Mestrado Profissional em Desenvolvimento de Políticas Públicas foi uma iniciativa do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP)/Ministério da Saúde (MS) em parceria com a FIOCRUZ.

O(a) Sr(a) foi selecionado(a) pela relevante participação no contexto da condução do processo de desenvolvimento, articulação inter federativa e consequente implementação do COAP nas regiões de saúde brasileiras. Sua participação não é obrigatória, mas de alta relevância como gestor/executor da política pública de saúde no processo de cooperação federativa através do COAP, discorrendo sua experiência e expectativa para atingir um sistema de saúde equânime e universal como preconiza o SUS. A qualquer momento o Sr(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a ENSP/FIOCRUZ.

Rubrica do pesquisador _____

Rubrica do participante _____

Esse estudo tem como objetivo **Analisar o processo de desenvolvimento do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) no Brasil** e, para atingi-lo mais especificamente, **analisar as percepções e perspectivas dos atores relevantes ao processo de implementação do COAP**.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista sobre o processo de implementação do COAP no país bem como fornecer informações referentes à articulação federativa nas regiões de saúde, procurando o entendimento das relações federativas entre os entes subnacionais e a União, os arranjos administrativos e pactuações que podem repercutir na condução do contrato, identificando aspectos facilitadores e limitantes desse novo processo na área da saúde pública. E ainda, o *peri passu* para os acordos vindouros.

Caso o Sr(a) esteja de acordo, a entrevista poderá ser gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, o Sr(a) poderá solicitar à pesquisadora que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista. Estima-se o tempo de sessenta minutos para a entrevista, sendo possível interrompê-la ou estendê-la conforme disponibilidade e aceitação do entrevistado.

As informações fornecidas serão processadas pela pesquisadora e analisadas em conjunto com outras entrevistas e documentos disponíveis sobre o tema investigado. Citações diretas de falas serão evitadas, porém, caso seja necessário para a compreensão da conjuntura, o entrevistado poderá ser identificado, desde que previamente consultado e esteja de acordo com o material de publicação. Destaca-se que os resultados da análise realizada são de inteira responsabilidade da pesquisadora.

Todo o material da pesquisa ficará sob a guarda da pesquisadora e será mantido arquivado até a publicação dos resultados e/ou recomendado pelo *Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP (CEP/ENSP)*.

O(a) Sr(a) receberá uma via deste termo, redigido em duas vias (outra via do pesquisador). Todas as páginas do TCLE devem ser rubricadas pelo pesquisador

Rubrica do pesquisador _____

Rubrica do participante _____

responsável e pelo(s) participante(s) com ambas as assinaturas apostas na última página. Constatam ainda no referido termo, as informações necessárias sobre a pesquisadora, como telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”.

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ,
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos –
Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Nome e Assinatura do Pesquisador

Rubrica do pesquisador _____

Rubrica do participante _____

Gloria Maria Mussa Cury
Pesquisadora
MS Núcleo Bahia
Rua do Tesouro 21/23 SL
Tel: 55(71) 32668478
E-mail: gloriacury@gmail.com

José Mendes Ribeiro
Pesquisador - Orientador
Rua Leopoldo Bulhões, 1480
Tel.55 (21) 25982849
Tel. CEP/ENSP- 55 (21) 25982863
E-mail: ribeiro@ensp.fiocruz.br

O senhor autoriza a gravação da entrevista?

NÃO ()

SIM ()

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Local e data

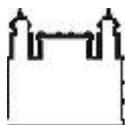
Nome e assinatura do participante

Cargo

Rubrica do pesquisador _____

Rubrica do participante _____

ANEXO III- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
ENS/FIOCRUZ



DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa:

Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP): Análise da matriz normativo institucional e seus aspectos federativos.

Pesquisador: Gloria Maria Mussa Cury

Versão: 3

CAAE: 33635014.0.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 845.165

Data da Relatoria: 23/10/2014

Patrocinador Principal: Secretaria de Gestão Participativa

Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se à análise das respostas às pendências apresentadas no parecer consubstanciado de número 836.285, emitido em 17/10/2014, tendo recebido também parecer consubstanciado de número 750.012, emitido em 13/08/2014.

Projeto de mestrado da aluna Gloria Maria Mussa Cury (discente do Mestrado Profissional em Desenvolvimento de Políticas Públicas/ENSP/FIOCRUZ), orientada pelo Dr. José Mendes Ribeiro, qualificado em 29 de Maio de 2014 e financiado pela Secretaria de Gestão Participativa.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora, os objetivos da pesquisa são:

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21,041-210

UF: RJ

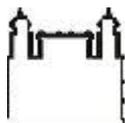
Município: RIO DE JANEIRO

Teléfono: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Página 01 de 03



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
ENSP/FIOCRUZ



Continuação do Parecer 845.165

"Objetivo Geral:

- Analisar o processo de desenvolvimento da matriz normativo institucional do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) no Brasil e sua implementação.

Objetivos específicos:

- Analisar o COAP como instrumento jurídico e seus aspectos normativos.
- Analisar as percepções e perspectivas dos atores relevantes ao processo de implementação do COAP
- Identificar os aspectos facilitadores e limitantes para implementação do COAP sendo o Brasil composto por estrutura federada trina e autônoma.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segunda a avaliação de riscos feita pela pesquisadora, "por não envolver procedimentos interventivos ou questões que pudessem colocar os participantes em situações constrangedoras, considera-se a pesquisa de baixo risco. A pesquisa será realizada com participantes não vulneráveis".

Quanto aos benefícios, a pesquisadora afirma que "as entrevistas que serão realizadas com atores centrais do MS que fazem parte do meu cotidiano profissional, após a revisão bibliográfica e à consulta às bases administrativas públicas de dados do Ministério da Saúde, permitirão análise da implantação e articulação à adesão do COAP."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apresentou:

- Projeto de Pesquisa na íntegra;
- Formulário de Encaminhamento;
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Instrumentos de coleta de dados (roteiros de entrevistas);
- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil assinada pelo pesquisador responsável.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou:

- Projeto de Pesquisa na íntegra;
- Formulário de Encaminhamento;
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Instrumentos de coleta de dados (roteiros de entrevistas);
- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil assinada pelo pesquisador responsável

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21,041-210

UF: RJ

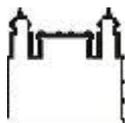
Município: RIO DE JANEIRO

Teléfono: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Página 02 de 03



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
ENS/FIOCRUZ



Continuação do Parecer 845.165

Recomendações:

A pesquisadora respondeu de forma satisfatória as pendências previamente apresentadas.

Situação do Parecer:

APROVADO

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação", cujo modelo se encontra disponível em www.ensp.fiocruz.br/etica.

RIO DE JANEIRO, 24 de Outubro de 2014.

Assinado por:
Carla Lourenço Tavares de Andrade
(Coordenador)

RIO DE JANEIRO, 24 de Outubro de 2014

**Lourenço Tavares de
Andrade**
(Coordenador)

Car/a Lourenço Tavares de
Andrade
Coordenadora
Comitê de Ética
em Pesquisa
CEP/ENSP

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21,041-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Teléfono: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Página 03 de 03

ANEXO IV- ROTEIROS DE ENTREVISTA

Local da entrevista:

Data da entrevista:

Comum à todos**IDENTIFICAÇÃO E PERFIL DO (A) ENTREVISTADO(A)**

Nome:

Formação profissional:

Atuação no setor público na saúde:

E-mail:

01) A Lei 8.080 foi regulamentada em sua totalidade através do Decreto 7.508/2011? Qual a estruturação importante para o Sistema Único de Saúde?

02) Que aspectos o sr(a) considera que influenciam o processo de implantação do COAP nas regiões de saúde, independente das desigualdades existentes? Houve algum tipo de incentivo financeiro?

03) Qual a sua visão sobre a articulação entre os entes federados? Existem muitas variações determinantes? Em que regiões o processo encontra-se em estágio mais avançado e mais incipiente?

04) Quais as atribuições e papel das seguintes instâncias/organizações no processo de implantação do COAP:

- CONASS;
- CONASEMS;
- CIR;
- CIB;
- CIT;

05) Qual o papel das SESs no processo de implementação do COAP junto a esfera municipal? Que estratégias e incentivos foram e têm sido utilizados nesse processo?

(considerar estratégias de qualificação/capacitação; investimentos; oficinas regionais de planejamento, etc.)

06) Qual a relação do COAP com os consórcios de saúde? E com os consórcios da Espanha?

07) Como o sr(a) avalia a introdução do COAP na gestão e planejamento da saúde? O COAP tem contribuído para a modificação das práticas de planejamento e gestão da saúde? De que forma?

08) Quais são os principais avanços, dificuldades e desafios do processo de implementação do COAP nas regiões do país? Quais as estratégias utilizadas nas as diferentes regiões de saúde existentes?

09) O COAP introduziu novas ferramentas para a gestão compartilhada na pactuação de metas. Como realizar contratos celebrando um acordo plurilateral com ferramentas individuais como, por exemplo, a Programação Pactuada Integrada (PPI)? Existem diferenças entre a minuta do contrato e os celebrados?

10) Quais as sanções que poderão ser empregadas já que o COAP se diferencia das demais regulamentações por ser um instrumento jurídico, porém um contrato multilateral?

11) Na sua opinião, a lei garante a implementação de políticas, processos ou pactos?

12) Qual a importância institucional da Lei Complementar 141 de janeiro de 2012 na dotação de normas que garantam os percentuais das receitas tributárias, na promoção da equidade orçamentária, redução das desigualdades regionais, no planejamento regional, para o cumprimento do Decreto 7.508/2011?

13) Um mesmo estado com o contrato assinado em uma ou mais regiões de saúde sem a sua completude pode vir à fragilizar o COAP? Como se planejam os

municípios nesses eventos? E os prestadores de serviços? Que dificuldades são apresentadas pela SES?

14) Como o Sr analisa o COAP como instrumento jurídico? Os aspectos normativos podem induzir o federalismo solidário e cooperativo? Quais? Existem lacunas ou vácuos que podem gerar o federalismo conflitivo ou competitivo?

15) O que o CONASS/CONASEMS pode concluir preliminarmente sobre o cumprimento das responsabilidades dos entes signatários após o Decreto e o Contrato? E as penalidades pelo descumprimento, se houver? O decreto é instrumento jurídico suficiente? Torna-se indispensável uma lei que determine as infrações?

16) Que aspectos normativos do contrato podem ser destacados para o cumprimento efetivo de suas pactuações?

17) O contrato, por ser único na região, engloba todos os entes signatários em caso de descumprimento de alguma responsabilidade *individual*?

18) O que o CONASS/CONASEMS percebe à respeito do financiamento e da tabela SUS sobre o cumprimento das metas pactuadas em uma região de saúde, que tem como fator limitante a desigualdade entre regiões? Qual a atuação efetiva como representações legítimas?

19) Por favor, faça as considerações adicionais que o(a) sr(a) considera importante sobre o assunto.



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011.

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.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990,

DECRETA:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Este Decreto 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.

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I - 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;

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

VII - Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e

VIII - Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DO SUS

Art. 3º O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

Seção I

Das Regiões de Saúde

Art. 4º As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30.

§ 1º Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

§ 2º A instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

I - atenção primária;

II - urgência e emergência;

III - atenção psicossocial;

IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

V - vigilância em saúde.

Parágrafo único. A instituição das Regiões de Saúde observará cronograma pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 6º As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

Art. 7º As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

Parágrafo único. Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

I - seus limites geográficos;

II - população usuária das ações e serviços;

III - rol de ações e serviços que serão ofertados; e

IV - respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

Seção II

Da Hierarquização

Art. 8º O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

I - de atenção primária;

II - de atenção de urgência e emergência;

III - de atenção psicossocial; e

IV - especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.

Art. 10. Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada de que trata o art. 9º.

Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Parágrafo único. A população indígena contará com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde.

Art. 12. Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

Parágrafo único. As Comissões Intergestores pactuarão as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação.

Art. 13. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;

II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;

III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e

IV - ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Art. 14. O Ministério da Saúde disporá sobre critérios, diretrizes, procedimentos e demais medidas que auxiliem os entes federativos no cumprimento das atribuições previstas no art. 13.

CAPÍTULO III

DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

§ 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.

§ 2º A compatibilização de que trata o **caput** será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

§ 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.

Art. 16. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

Art. 17. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 18. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 19. Compete à Comissão Intergestores Bipartite - CIB de que trata o inciso II do art. 30 pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

CAPÍTULO IV

DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 20. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

Seção I

Da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES

Art. 21. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.

Art. 22. O Ministério da Saúde disporá sobre a RENASES em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENASES.

Art. 23. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes da RENASES.

Art. 24. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a RENASES, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Seção II

Da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME

Art. 25. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

Parágrafo único. A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

Art. 26. O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Art. 27. O Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

§ 1º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado.

Art. 29. A RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

CAPÍTULO V

DA ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

Seção I

Das Comissões Intergestores

Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;

II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Art. 31. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS.

Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão:

I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e

V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Parágrafo único. Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação:

I - das diretrizes gerais para a composição da RENASES;

II - dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e

III - das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.

Seção II

Do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Art. 33. O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

Art. 34. O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

Parágrafo único. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT.

Art. 35. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde.

§ 2º O desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso servirá como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais.

Art. 36. O Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde conterá as seguintes disposições essenciais:

I - identificação das necessidades de saúde locais e regionais;

II - oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;

III - responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;

IV - indicadores e metas de saúde;

V - estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;

VI - critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;

VII - adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;

VIII - investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e

IX - recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde.

Art. 37. O Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde observará as seguintes diretrizes básicas para fins de garantia da gestão participativa:

I - estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;

II - apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; e

III - publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar.

Art. 38. A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

Art. 39. As normas de elaboração e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde serão pactuados pelo CIT, cabendo à Secretaria de Saúde Estadual coordenar a sua implementação.

Art. 40. O Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

§ 1º O Relatório de Gestão a que se refere o [inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990](#), conterá seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

§ 2º O disposto neste artigo será implementado em conformidade com as demais formas de controle e fiscalização previstas em Lei.

Art. 41. Aos partícipes caberá monitorar e avaliar a execução do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, em relação ao cumprimento das metas estabelecidas, ao seu desempenho e à aplicação dos recursos disponibilizados.

Parágrafo único. Os partícipes incluirão dados sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde no sistema de informações em saúde organizado pelo Ministério da Saúde e os encaminhará ao respectivo Conselho de Saúde para monitoramento.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 42. Sem prejuízo das outras providências legais, o Ministério da Saúde informará aos órgãos de controle interno e externo:

I - o descumprimento injustificado de responsabilidades na prestação de ações e serviços de saúde e de outras obrigações previstas neste Decreto;

II - a não apresentação do Relatório de Gestão a que se refere o [inciso IV do art. 4º da Lei no 8.142, de 1990](#);

III - a não aplicação, malversação ou desvio de recursos financeiros; e

IV - outros atos de natureza ilícita de que tiver conhecimento.

Art. 43. A primeira RENASES é a somatória de todas as ações e serviços de saúde que na data da publicação deste Decreto são ofertados pelo SUS à população, por meio dos entes federados, de forma direta ou indireta.

Art. 44. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes de que trata o § 3º do art. 15 no prazo de cento e oitenta dias a partir da publicação deste Decreto.

Art. 45. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 28 de junho de 2011; 190º da Independência e 123º da República.

DILMA ROUSSEFF

Alexandre Rocha Santos Padilha

Este texto não substitui o publicado no DOU de 29.6.2011

ANEXO VI - *Modelo de Minuta do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde*

XX/UF - COAP

**Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
20xx-20xx**

**Ministério da Saúde
Estado do XX
Região de Saúde XXXXXXX**

Municípios integrantes da Região de Saúde de XXXXX:

- Município A
- Município B
- Município C
- Município D
- Município E
- Etc.

Em **(local da assinatura)**, no dia **(xx)** de **(mês)** de **(ano)**,

REUNIDOS

A União neste ato representado pelo seu Ministro de Estado da Saúde, Alexandre Rocha Santos Padilha, brasileiro, médico, solteiro, RG 173466758 SSP/SP e CPF 131.926.798-08 o Governador do Estado **(nome do estado)**, **(nome do governador)**, **(nacionalidade)**, **(profissão)**, **(estado civil)**, **(RG)** e **(CPF)**, o Secretário de Estado da Saúde, **(nome do secretário)**, juntamente com os Prefeitos Municipais e seus respectivos Secretários de Saúde da Região de **(nome da região de saúde)** do Estado de **(nome do estado)**, a saber: município de **(nome do município A)**: Prefeito **(nome do prefeito)**, **(nacionalidade)**, **(profissão)**, **(estado civil)**, **(RG)** e **(CPF)** e Secretário de Saúde **(nome do secretário)**; município de **(nome do município B)**: Prefeito **(nome do prefeito)**, **(nacionalidade)**, **(profissão)**, **(estado civil)**, **(RG)** e **(CPF)** e Secretário de Saúde **(nome do secretário)**; município de **(nome do município C)**: Prefeito **(nome do prefeito)**, **(nacionalidade)**, **(profissão)**, **(estado civil)**, **(RG)** e **(CPF)** e Secretário de Saúde **(nome do secretário)**, assumem, conjuntamente, o compromisso de organizarem de maneira compartilhada as ações e os serviços de saúde na Região de **(nome da região de saúde)**, respeitadas as autonomias federativas, reconhecendo que a razão de ser do SUS é o cidadão, devendo, assim, os entes federativos, signatários deste contrato, comprometerem-se a assegurar o conjunto das ações e serviços de saúde postos neste contrato na Região de **(nome da região de saúde)**, realizando uma gestão responsável, orientada pelas necessidades de saúde da população, ouvindo, reconhecendo seus direitos e, buscando junto com os profissionais de saúde, oferecer um atendimento humanizado e eficiente, reconhecendo a necessidade de aproximação entre os cidadãos e os serviços de saúde, com o objetivo de sua melhoria, tanto quanto à sua qualidade quanto às relações humanas e interpessoais.

FIRMAM

O presente **CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE (Nº do contrato)**, referente à Região de **(nome da região de saúde)** para o período de **(20XX – 20XX)** no qual se estabelecem as condições gerais e comuns e as condições específicas de cada ente signatário no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O **CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE** tem suas bases no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e nas demais decisões consensuais das Comissões Intergestores do SUS, os quais definem a organização das ações e serviços na Região de **(nome da região de saúde)**, durante o período assinalado, estando, ainda, em consonância com os princípios e diretrizes constitucionais do SUS e o conjunto de normas legais e infralegais organizadoras do SUS.

O presente contrato, abaixo assinado, é composto pela Parte I, Parte II (e seus Anexos I, II e III), Parte III e a Parte IV, contendo a rubrica do(a) servidor(a) público(a) Sr(a) **(nome do servidor)**, **(nacionalidade)**, **(profissão)**, **(estado civil)**, **(RG)** e **(CPF)**, indicado neste ato pelos signatários, os quais reconhecem que sua rubrica valida as **(quantidade de páginas)** páginas deste contrato, o qual ficará arquivado na Secretaria de Estado da Saúde do **(nome do estado)**, em uma única via.

Ministro de Estado da Saúde		
Governador do Estado		Secretario de Estado da Saúde
Prefeito de (nome do município A)		Secretario Municipal da Saúde de (nome do município A)
Prefeito de (nome do município B)		Secretario Municipal da Saúde de (nome do município B)
Prefeito de (nome do município C)		Secretario Municipal da Saúde de (nome do município C)

ÍNDICE

Preâmbulo.....	p. XX
Parte I – Responsabilidades Organizativas.....	p. XX
Cláusula Primeira – Do Objeto.....	p. XX
Cláusula Segunda	p. XX
Cláusula Terceira.....	p. XX
Parte II – Responsabilidades Executivas.....	p. XX
Cláusula X.....	p. XX
Cláusula X.....	p. XX
Anexo I.....	p. XX
Anexo II.....	p. XX
Anexo III.....	p. XX
Parte III – Responsabilidades Orçamentárias e Financeiras.....	p. XX
Cláusula X	p. XX
Parte IV – Responsabilidades pelo Monitoramento, Avaliação de Desempenho e Auditoria	p. XX
Cláusula X	p. XX

Parte I - Das Responsabilidades Organizativas

CLÁUSULA PRIMEIRA

DO OBJETO

1.1. As cláusulas e condições deste CONTRATO têm por objeto a organização, o financiamento e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos na Região de **(nome da região de saúde)**, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde dos usuários através da rede de atenção a saúde para conformar o Sistema Único de Saúde (SUS).

CLÁUSULA SEGUNDA

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

2.1. O presente contrato consubstancia as decisões nacionais dos entes federativos na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e os consensos referendados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), devendo as regras de operacionalização deste contrato durante a sua execução serem discutidas na Comissão Intergestores Regional (CIR).

2.2. Este contrato é composto pela Parte I, Parte II, Parte III, Parte IV assim dispostas:

2.2.1. A Parte I deste contrato explicita as responsabilidades a que os entes signatários estão submetidos em relação à organização do SUS.

2.2.2. A Parte II explicita as responsabilidades executivas dos entes signatários, com os seguintes conteúdos:

- as diretrizes e os objetivos do Plano Nacional de Saúde – PNS e das políticas nacionais;
- os objetivos regionais plurianuais, sempre em consonância com o disposto nos planos de saúde nacional, estadual e municipal;
- as metas regionais plurianuais e anuais, os indicadores e as formas de avaliação;
- os prazos de execução.

2.2.3. A Parte II do contrato contará, ainda, com três Anexos da seguinte forma:

Anexo I: caracterização dos entes signatários (União, Estado e Municípios) e da Região de Saúde de acordo com dados do Mapa da Saúde.

Anexo II: programação geral das ações e serviços de saúde na Região de Saúde, que conterà:

a) a relação das ações e serviços executados na Região de Saúde, observada a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e as correspondentes responsabilidades individuais e solidárias; e

b) o mapa de metas em relação às ações e serviços a serem executados na Região de Saúde, no que se refere a investimento.

Anexo III: a relação dos serviços de saúde em cada esfera de governo e as respectivas responsabilidades pelo referenciamento do usuário de outro Município, respeitada a direção única em cada esfera de governo, de acordo com o disposto na Lei 8.080/90.

2.2.4. Parte III deste contrato dispõe sobre as responsabilidades orçamentárias e financeiras: financiamento global do contrato, custeio e investimento, formas de incentivo, cronograma de desembolso e as regras nacionais e estaduais sobre financiamento.

2.2.5. A Parte IV deste contrato dispõe sobre as responsabilidades pelo monitoramento, avaliação de desempenho e auditoria.

2.3. Anualmente, o presente contrato será aditado para ajustes, sempre de acordo com os planos de saúde e as decisões das comissões intergestores registradas em atas, entretanto a formalização deverá ocorrer de uma única vez, no mês de fevereiro.

2.4. Este contrato será assinado em uma única via, cabendo ao estado a autenticação de cópias para todos os entes signatários, as quais serão validadas como originais.

2.5. Este contrato vigorará por **(quantidade)** anos **(e quantidade de meses, se for o caso)** a contar de **(data de assinatura do COAP)** a **(término da vigência do COAP)**, podendo ser renovado pelo período de **(quantidade)** anos.

2.6. Por ocasião da renovação ou da revisão anual deste contrato, os signatários se comprometem a adotar medidas que permitam o aprimoramento do processo de construção da integração das ações e serviços de saúde da região, incorporando novas ações e serviços e outras atividades não contempladas neste contrato, quando houver necessidade.

CLÁUSULA TERCEIRA DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

3.1. O SUS se assenta em valores da sociedade brasileira expressos na Constituição Federal do país, a qual garante que a saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde e, considera o princípio da equidade, previsto no Decreto nº 7.508/2011, a participação da comunidade, a eficiência e melhoria da qualidade dos serviços, a humanização no atendimento e a valorização dos profissionais de saúde como valores sociais que permeiam este contrato em todas as suas cláusulas e condições.

3.2. Este contrato tem como compromisso dos entes signatários garantir atendimento integral ao cidadão, com base na RENASES e de acordo com a hierarquização das ações e serviços que competem à Região de **(nome da região de saúde)**, fundado na orientação de que é necessário atuar de maneira integrada e sistêmica, tanto no âmbito do próprio setor da saúde como nas demais áreas sociais, ambientais e econômicas que influenciam e condicionam a saúde das pessoas, promovendo a intersetorialidade, com o fim de diminuir as desigualdades sociais e erradicar a pobreza, devendo haver uma integração entre todos os níveis de assistência à saúde, sempre orientadas para a qualidade dos resultados. (Art. 196 da CF/88 e arts. 12 e 13 da Lei 8.080/90).

3.3. Os signatários se comprometem, ainda, nos termos do art. 197 da Constituição Federal, a regulamentar, fiscalizar e controlar as ações e serviços de saúde, exercidos tanto pelo Poder Público, direta ou indiretamente, e pelos particulares, pessoas físicas e jurídicas, devendo a Comissão Intergestores Bipartite definir as regras básicas do planejamento da saúde no Estado, o qual deverá ser o resultado das necessidades de saúde da população em geral, devendo os serviços ser organizados neste sentido, tanto os públicos quanto os privados, contratados e conveniados com o SUS ou não.

3.4. Os Signatários deste contrato se comprometem a respeitar a diretriz constitucional da direção única em cada esfera de governo em relação à contratação complementar dos serviços privados de saúde.

Princípio da solidariedade

3.5. O princípio da solidariedade que informa este contrato se define como a partilha da responsabilidade, entre os entes signatários, pela integralidade da assistência à saúde do cidadão, ante a impossibilidade de um ente em prestar determinadas ações e serviços de saúde ao seu cidadão e o direito em referenciá-lo a outros serviços da Região de Saúde ou entre Regiões de Saúde.

CLÁUSULA QUARTA DA GESTÃO CENTRADA NO CIDADÃO

4.1. A satisfação do cidadão da Região de **(nome da região de saúde)** deve ser compromisso dos dirigentes, gestores e trabalhadores de saúde que integram a rede de atenção à saúde, responsabilizando os signatários deste contrato, nos termos do artigo 37 do Decreto nº 7.508/2011, a desenvolver estratégias que incorporem a escuta e as opiniões dos cidadãos como ferramenta de melhoria dos serviços, além de promover uma gestão que tenha como centro o cidadão, sua participação na definição das políticas de saúde e no seu controle, acesso à informação e disseminação de informações em saúde, conforto, respeito à intimidade e aos seus direitos e garantias constitucionais, e apoiar movimentos de mobilização social em defesa do SUS.

4.2. Os entes signatários deste contrato se comprometem a implantar e implementar serviços de ouvidoria, mantendo o Poder Público em permanente contato com o cidadão, sendo estes serviços facilitadores na intermediação para a resolução de problemas da população, na avaliação dos serviços de saúde, no acesso a informação e disseminação da informação em saúde e no disposto nos incisos I e II do art. 37 do Decreto nº 7.508/2011.

4.3. Os conselhos de saúde terão acesso a toda documentação que comprove a execução deste contrato para o exercício do controle social.

4.4. Os direitos e deveres do cidadão no SUS serão divulgados em todos os serviços de saúde, indicando o caráter público do atendimento e sua relação de serviços prestados.

4.5. Os signatários se comprometem a envidar todos os esforços para garantia de que o funcionamento do conselho de saúde e das conferências de saúde, como forma de atuação da sociedade na condução do SUS, sejam fatos na gestão da saúde.

CLÁUSULA QUINTA

DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA REGIÃO DE SAÚDE

5.1. A integralidade das ações e serviços de saúde é um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos que compreendem a promoção, prevenção, vigilância em saúde e assistência à saúde e, exigidos para cada caso na rede de atenção à saúde na Região de **(nome da região de saúde)**.

DA RENASES

5.2. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, de acordo com o Decreto nº 7.508/2011, compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.

5.3. Cada signatário deste contrato é individualmente responsável pela garantia de ações e serviços públicos de saúde, de acordo com o previsto na Parte II e seu Anexo II, mediante a prestação direta ou mediante o referenciamento resolutivo do cidadão na rede de atenção à saúde regional e interregional.

5.4. Permanentemente, os entes signatários deverão, no que couber, adequar os seus serviços às alterações realizadas na RENASES, sempre que a mesma for revista ou quando houver listas complementares à RENASES dos entes signatários, observando o art.5º do Decreto 7.508/2011.

5.5. O Ministério da Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde se comprometem, respectivamente, neste contrato, a publicar e encaminhar aos demais entes signatários todas as alterações promovidas na RENASES e listas complementares estaduais.

DA RENAME

5.6. Para efeito deste contrato, a RENAME é parte integrante da assistência farmacêutica, estabelecida na Lei nº 8.080/1990, com a alteração da Lei nº 12.401/2011 e o Decreto nº 7.508/2011.

5.7. Os signatários deste contrato se comprometem a garantir o acesso do usuário do SUS à assistência farmacêutica de acordo com as responsabilidades previstas neste contrato e nos termos da legislação específica.

5.8. Para efeito deste contrato, os medicamentos garantidos aos usuários do SUS são os estabelecidos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, conforme Decreto nº 7.508/2011, Resolução CIT nº 01/2012 e a Portaria GM/MS nº 533, de 28/03/2012.

CLÁUSULA SEXTA

DAS DIRETRIZES SOBRE A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E DA GARANTIA DA CONTINUIDADE DO ACESSO

6.1. A rede de atenção à saúde deverá ser conformada segundo as diretrizes do Decreto 7.508/2011 e outras normas pactuadas na CIT e, de forma complementar, pela CIB.

6.2. Para efeito deste contrato, a rede de atenção à saúde, constituída pelos entes federativos responsáveis pela saúde no âmbito desta Região, é a forma prevista para a organização das ações e serviços de saúde e conforma a partir das diferentes densidades tecnológicas que, integradas mediante sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, visam garantir a integralidade do cuidado.

6.3. Os serviços de saúde executados pelo Poder Público, de forma indireta, mediante contrato e convênio, são partes integrantes do SUS desta Região e fazem parte da rede de atenção a saúde.

6.4. A organização da rede de atenção à saúde visa à integração regional de ações e serviços de saúde mediante planejamento regional integrado, a qual deve garantir a atenção integral da saúde, de maneira contínua, com a atenção primária à saúde sendo a ordenadora da rede.

6.5. Os regramentos definidos pelos entes signatários na Região de Saúde em comum acordo na CIR ou na CIB deverão ser observados pelos prestadores privados que complementam os serviços públicos de saúde mediante contrato ou convênio.

6.6. Os signatários do presente contrato se comprometem a fortalecer os serviços de saúde públicos e os privados complementares ao SUS na Região de Saúde.

6.7. Os signatários se obrigam a assegurar, conforme o disposto no Decreto nº 7.508/2011 e normas vigentes, o referenciamento do usuário de forma regulada a rede de atenção à saúde.

CLÁUSULA SÉTIMA

DAS DIRETRIZES SOBRE O ACESSO ORDENADO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Das Portas de Entrada

7.1. Nos termos deste contrato, os serviços do SUS serão garantidos ao cidadão na rede de atenção à saúde pelas portas de entradas definidas no Decreto nº 7.508/2011 e outras que venham a ser acrescentadas.

7.2. A atenção básica é a ordenadora do sistema e, portanto, deve ser resolutiva na Região de Saúde.

7.3. Para efeito deste contrato a expressão atenção básica tem o mesmo significado que atenção primária.

Da Identificação do Usuário

7.4. A identificação do usuário nos serviços de saúde se dará mediante o Cartão Nacional de Saúde, o qual será implementado na Região de **(nome da região de saúde)**, conforme cronograma nacional e, acordado nas comissões intergestores correspondentes.

7.5. Os entes signatários se comprometem a observar as diretrizes nacionais na implantação do Cartão Nacional de Saúde, na região.

Do Ordenamento do Acesso

7.6. Os signatários deste contrato se comprometem a ordenar o acesso do cidadão às ações e serviços de saúde constantes da RENASES, fundado na gravidade do risco à saúde, na vulnerabilidade da pessoa e no critério cronológico, observadas sempre as especificidades previstas em leis para pessoas com proteção especial, devendo o risco individual e coletivo prevalecerem sobre quaisquer outros critérios.

Da Regulação

7.7. As responsabilidades pela regulação da rede de atenção à saúde na Região de **(nome da região de saúde)** são as definidas na política nacional de regulação do SUS.

7.8. Os signatários deste contrato se comprometem a fazer a regulação das ações e serviços de saúde mediante controle e avaliação, regulação do acesso às ações e serviços de saúde, garantia da continuidade do cuidado, sempre de forma ordenada, oportuna e qualificada, observadas as normas e estruturas locais, regionais e interestaduais, pactuadas entre gestores, respeitando as portas de entrada definidas no Decreto nº 7.508/2011 e neste contrato.

7.9. As Normas Técnicas, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e demais regulamentos, deverão ser observados na garantia do acesso às ações e serviços de saúde.

Da Participação Complementar do Setor Privado

7.10. Os signatários se comprometem a qualificar a participação complementar do setor privado no SUS, mediante contrato ou convênio, aprimorando o cadastramento, controle, fiscalização, avaliação, formas de pagamento e outras condições.

7.11. Os signatários deste contrato comprometem-se a celebrar contratos ou instrumento similar com os estabelecimentos que prestam serviços ao SUS, conforme cronograma pactuado, submetendo estes serviços à regulação do acesso pelo gestor contratante.

8.1. O planejamento do SUS, para efeito deste contrato, confere aos entes signatários o compromisso de discutir permanentemente nos Conselhos de Saúde e nas Comissões Intergestores a política de saúde e a sua execução e integração, respeitadas as normas vigentes.

8.1.1 A elaboração do Plano de Saúde e do Relatório de Gestão é obrigatória à manutenção das transferências de recursos financeiros previstos neste contrato a cargo da União para os Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme disposto no artigo 4º da Lei 8.142/1990 e artigo 2º do Decreto 1.232/1994.

8.2. O planejamento regional integrado será a base para a instalação de novos serviços de saúde na Região, sejam públicos ou privados, contratados e conveniados, observando o Mapa da Saúde e o disposto no art. 197, combinado com o art. 174 da CF/88 e Decreto 7.508/2011.

8.3. Os entes signatários se comprometem a realizar o planejamento regional integrado, com base nos planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde, e na análise da situação de saúde da região, conformando o Mapa da Saúde e definindo as metas anuais que comporão os termos aditivos anuais deste contrato.

8.4. Os entes signatários devem, em seu âmbito administrativo, formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento, orientado pelas necessidades de saúde da população, definindo as diretrizes, os objetivos e as metas que comporão os planos de saúde de cada ente, os quais devem ser discutidos e aprovados pelos conselhos de saúde respectivos.

8.5. O Mapa da Saúde, nos termos do Decreto 7.508/2011, é a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema.

8.6. Os signatários deste contrato devem utilizar o Mapa da Saúde na identificação das necessidades de saúde da população da Região de **(nome da região de saúde)**, nas dimensões referentes às condições de vida e ao acesso aos serviços e ações de saúde para que, mediante planejamento integrado, possam definir as prioridades da região.

8.7. Os signatários se comprometem a atualizar e divulgar o mapa da saúde da região, incorporando a visão atual e futura com o objetivo de transformação da realidade sanitária da Região de **(nome da região de saúde)**.

8.8. Os entes signatários se comprometem a manter atualizados os seguintes sistemas de informação em saúde de base nacional:

- a) Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB),
- b) Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN),
- c) Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI),
- d) Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC),
- e) Sistema de Informação Ambulatorial (SIA),
- f) Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde (CNES),
- g) Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS),
- h) Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM),

- i) Sistema de Informação Hospitalar (SIH), nos casos onde houver assistência hospitalar,
- j) Comunicação de Internação Hospitalar (CIH),
- k) Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

CLÁUSULA NONA
DAS DIRETRIZES SOBRE A PROGRAMAÇÃO GERAL DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

9.1. A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde da Região de **(nome da região de saúde)** define as responsabilidades de cada ente na rede de atenção à saúde no que se refere à organização e responsabilidade pela prestação das ações e serviços na Região de Saúde, visando à integralidade da atenção.

9.2. Os entes signatários se comprometem a atualizar a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde anualmente mediante termo aditivo.

9.3. Os entes signatários se comprometem a desenvolver ações de acompanhamento das metas físicas e financeiras da programação, assim como dos fluxos de referência e contra-referência e dos processos relacionados a continuidade do cuidado do usuário na rede de atenção a saúde, em especial as redes temáticas

9.4. A Programação Pactuada e Integrada (PPI) e demais programações vigentes, para efeito deste contrato, serão utilizadas, como referência para a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde conforme anexo II, parte II deste contrato.

9.5. Para efeitos deste contrato são considerados conteúdos da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde:

- I. Quadro síntese que explicita os critérios e parâmetros adotados e a programação física das ações e serviços de saúde;
- II. Quadros com os limites financeiros da assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar por município (programação financeira), com explicitação da parcela referente à população própria e à referenciada, onde os recursos alocados como ajustes não devem ultrapassar 20% do limite financeiro da assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, conforme normas vigentes;
- III- Programações físicas e financeiras resultantes da implantação das redes estratégicas como Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências, Rede de Atenção Psicossocial, entre outras, e programadas nos Planos de Ação das redes temáticas, e outras que vierem a ser implementadas;
- IV- Quadro síntese com a programação das ações e metas de vigilância em saúde e da atenção básica;
- V - Mapa de Metas: Quadro de investimentos realizados na região;
- VI - Conter a relação de medicamentos ofertados na região de saúde, observada a RENAME e a lista complementar conforme pactuação estadual (se for o caso).

9.6. Os entes signatários comprometem-se no prazo de **(quantidade em meses e anos)** construir a nova programação geral de ações e serviços de saúde que contemplará a totalidade das ações de assistência à saúde (da atenção básica e especializada), de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental), de

assistência farmacêutica, constantes da RENASES e RENAME a serem realizadas na Região de Saúde a partir das prioridades definidas no planejamento regional integrado.

CLÁUSULA DÉCIMA
DA ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

Comissão Intergestores Bipartite e Regional

10.1. Nos termos do Decreto 7.508/2011 e da Lei 12.466, de 2011, a Região de **(nome da região de saúde)** deve contar com a Comissão Intergestores Regional (CIR), responsável pelo acompanhamento da execução dos consensos estabelecidos neste contrato e pela implementação do planejamento regional integrado em conjunto com o Estado.

10.2. O Estado deve assegurar o funcionamento adequado da CIB, e o COSEMS, a representação dos Municípios nesta comissão.

10.3. Na CIR da Região de **(nome da região de saúde)** deve ser assegurada a representação do estado e dos municípios signatários do presente contrato, incluída a participação da União, quando couber.

10.4. Os entes signatários comprometem-se a realizar reuniões periódicas da CIR para definição da gestão compartilhada do SUS na Região de Saúde e a execução do presente contrato.

10.5. Os entes signatários devem fortalecer o processo de regionalização da Região de **(nome da região de saúde)**, de forma a garantir apoio técnico e financeiro tripartite para qualificação da CIR.

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA
DAS DIRETRIZES DA GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

11.1. Os signatários do presente contrato comprometem-se a valorizar os trabalhadores da saúde e a desenvolver políticas de gestão do trabalho articuladas com as de educação na saúde, visando democratizar as relações de trabalho, desprecarizar e humanizar o trabalho em saúde, e promover a saúde do trabalhador do SUS.

11.2. Os signatários comprometem-se a estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde.

11.3. Os signatários do presente contrato comprometem-se a observar e implantar as pactuações estabelecidas na mesa nacional de negociação permanente do SUS.

11.4. Os signatários devem implementar políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores para suprir as necessidades da rede de atenção à saúde.

11.5. Os signatários ao elaborarem e reformularem planos de carreira, cargos e salários devem considerar as diretrizes nacionais estabelecidas nas normas vigentes.

11.6. Os signatários se comprometem a identificar o quantitativo de trabalhadores a serem formados e qualificados de acordo com as necessidades dos serviços de saúde.

11.7. As atribuições e responsabilidades dos entes signatários na institucionalização e implementação das ações de educação permanente devem ser baseadas nas prioridades e necessidades de saúde loco-regionais e nas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

11.8. Os signatários deverão promover a integração e o aperfeiçoamento das ações de Educação Permanente em Saúde da Região de Saúde com o apoio e coordenação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES).

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA DAS DIRETRIZES SOBRE O FINANCIAMENTO

12.1. Em obediência ao disposto na Lei nº 8.080/1990 e na Constituição Federal, os recursos para financiamento da Região de **(nome da região de saúde)** a serem transferidos entre os entes federativos deste contrato serão depositados, prioritariamente, de forma direta e automática dos fundos de saúde originários para os fundos de saúde dos entes Signatários correspondentes, obedecidas as programações financeiras dos Tesouros Nacional, Estadual e Municipal.

12.2. As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos, conforme disposto no art. 6º, do Decreto nº 7.508/2011.

12.3. As referências para os planos de custeio e o de investimentos globais serão:

12.3.1. Planos de Saúde;

12.3.2. Programação Pactuada Integrada (PPI) e demais programações;

12.3.3. Planos regionais das redes prioritárias;

12.3.4. Incentivos financeiros das políticas nacionais e estaduais.

12.4. Os recursos da União serão repassados de forma direta mediante os blocos de financiamento aqui previstos e de forma indireta mediante produtos que serão contabilizados neste contrato (insumos estratégicos, medicamentos especializados, equipamentos, dentre outros).

12.5. Da Gestão e Organização dos Fundos de Saúde.

12.5.1. A direção nacional do SUS, na forma da Lei 8.080/1990, prestará cooperação técnica e financeira aos Estados, Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da atuação institucional dos seus fundos de saúde responsáveis pela aplicação de todos os recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde, bem como para a realização de todas as obrigações e ou responsabilidades atribuídas neste contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA DAS MEDIDAS DE APERFEIÇOAMENTO DO SISTEMA

13.1. Para efeito deste contrato são consideradas medidas de aperfeiçoamento do sistema todas aquelas não relacionadas diretamente ao Sistema de Saúde, mas que repercutem indiretamente no referido sistema.

13.2. Com o objetivo de aprimorar as relações institucionais com o Poder Judiciário e o Ministério Público, os entes signatários se comprometem a desenvolver medidas com a finalidade de subsidiar o Poder Judiciário e o Ministério Público, técnica e cientificamente, nas decisões a serem tomadas em relação a assuntos pertinentes saúde no âmbito da Região de **(nome da região de saúde)**.

CLÁUSULA DÉCIMA-QUARTA

DAS DIRETRIZES GERAIS SOBRE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E AUDITORIA

14.1. Para efeitos deste contrato, os entes comprometem-se a realizar o controle do contrato, entendendo por controle o conjunto das ações de monitoramento, de avaliação de desempenho e de auditoria.

14.2. Comprometem-se cada ente signatário realizar ações de monitoramento, entendido para efeito deste contrato, como a verificação da conformidade das responsabilidades assumidas quanto à execução do contrato, buscando possíveis soluções, em tempo real e de forma preventiva, para os problemas identificados.

14.3. As ações de monitoramento devem ser um processo permanente no âmbito da presente Região de Saúde e orientarem-se pelas responsabilidades, objetivos, metas e indicadores, assumidos pelo presente Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

14.4. Os entes signatários comprometem-se a realizar a avaliação de desempenho de forma a medir periodicamente o desempenho de cada ente na execução do contrato, de acordo com indicadores e parâmetros estabelecidos neste contrato.

14.5. A auditoria deve verificar a execução do contrato quanto aos aspectos orçamentário, operacional, patrimonial, além de analisar a conformidade do gasto, devendo ser realizado concomitante e a *posteriori* e analisar os processos e resultados de acordo com as cláusulas e condições deste contrato.

- Os signatários, no âmbito de suas competências legais e das normas vigentes, deverão:

14.6.1 Verificar e auditar a regularidade do cumprimento das responsabilidades deste contrato; e atuar concomitante e a *posteriori* em relação ao cumprimento deste contrato informando aos entes signatários quaisquer indícios de eventuais irregularidades.

14.7. Os entes signatários poderão, de comum acordo, no âmbito do SNA, realizar atividades de auditoria nas ações e serviços dos entes na região de saúde, respeitada a legislação vigente.

14.8. Os componentes do Sistema Nacional de Auditoria – SNA realizarão as suas atividades de maneira integrada, devendo articular atividades em conjunto para que o controle seja exercido de maneira sistêmica.

14.9. A regularidade da aplicação dos recursos do SUS será objeto de verificação pelos componentes do Sistema Nacional Auditoria, de acordo com suas competências, sem prejuízo da apuração pelos demais órgãos e entes de controle interno e externo.

14.10. O Sistema Nacional de Auditoria deverá, ainda, mediante seus componentes municipal, estadual e federal e a atuação integrada e individual atuar como agente auxiliar no monitoramento do contrato.

14.11. A ouvidoria, no âmbito do monitoramento e da avaliação, tem a finalidade de contribuir com a avaliação do sistema, através da visão do usuário, estabelecendo comunicação entre o cidadão e o Poder Público, de forma a promover encaminhamentos necessários para a solução de problemas.

CLÁUSULA DÉCIMA-QUINTA DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

Do Processo de Apuração de Responsabilidade e Ajustamento pelo Descumprimento do Contrato

15.1. Fica definido que o descumprimento de qualquer das cláusulas e condições previstas neste contrato será objeto de discussão na CIR e/ou CIB, sempre com vistas à sua regularização, mediante termo aditivo ao presente contrato.

15.2. O termo aditivo deverá dispor sobre prazos e formas de cumprimento das cláusulas e condições contratuais não cumpridas, quando então o ente signatário responsável pela transferência de recursos financeiros em relação à cláusula em condição não cumprida, deverá ser ouvido obrigatoriamente nas comissões intergestores.

15.3. Quando ocorrer descumprimento das cláusulas e condições deste contrato, deve ser feita a comunicação dessa situação à CIR e à CIB, por qualquer um dos entes signatários, cabendo a estas Comissões notificarem os entes correspondentes para apresentarem as suas justificativas.

15.4. Em todas as situações de descumprimento das cláusulas, condições e programações deste contrato deverá haver a participação de todos os entes signatários nas comissões intergestores regional e bipartite para a devida negociação.

15.5. Fica estabelecido o seguinte fluxo quanto aos dissensos nas comissões intergestores:

I - em caso de dissensos na CIR, os entes signatários deste contrato, poderão encaminhar recurso à CIB, com clara argumentação contida em exposição de motivos; e

II - permanecendo a discordância em relação à decisão da CIB quanto ao recurso, os entes signatários poderão encaminhar o recurso à CIT;

III - As Comissões Intergestores deverão observar o prazo de até 45 dias contados a partir da data do protocolo para tramitação, análise, discussão e posicionamento sobre o dissenso;

IV – Transcorrido o prazo sem apreciação, os signatários poderão enviá-lo para a instância seguinte.

Realocação dos Recursos

15.6. Havendo descumprimento dentro dos novos prazos estabelecidos no item 15.2, o signatário que não justificar a sua falta, terá suspenso os recursos correspondentes à situação identificada.

15.7. A realocação dos recursos será pelo período correspondente ao descumprimento apurado e em valores que correspondam às ações e aos serviços não executados.

15.8. Durante a realocação dos recursos, a CIB/CIR discutirá um plano de atendimento à saúde da população daquele território para que a mesma não se veja prejudicada, definindo qual, ou quais, entes federativos ficarão responsáveis pelo recebimento e aplicação dos recursos pelo prazo da inadimplência contratual, devendo, então, a realocação dos recursos ser efetuada.

15.9. A realocação dos recursos, na Região de Saúde ou no Estado signatário serão realizadas após esgotadas as tentativas de ajustamento.

15.10. No caso de constatada impropriedade ou irregularidade da aplicação de recursos, o resultado da auditoria será encaminhado às autoridades competentes para adoção das devidas providências, bem como comunicado às Comissões Intergestores, sem prejuízo de outros encaminhamentos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA DA PUBLICIDADE

Da Publicidade

16.1. O presente contrato será publicado, por extrato, no Diário Oficial da União e dos demais entes signatários, se houver interesse, uma vez que a publicação no DOU poderá substituir as demais publicações;

16.2. O presente contrato, na íntegra, será encaminhado ao Conselho Estadual de Saúde e aos Conselhos Municipais para o acompanhamento de sua execução, sendo que o seu conteúdo deverá fazer parte do Relatório Anual de Gestão.

16.3. O presente contrato deve, ainda, ser tornado público, sob o formato de publicação impressa e/ou por meio eletrônico para conhecimento e acesso de qualquer cidadão que deverá, assim, ter pleno conhecimento dos acordos firmados entre os entes federativos em sua Região de Saúde para que possa exercer o controle social.

16.4. O extrato publicado no Diário Oficial deverá ser encaminhado a CIT, CIB e CIR para ciência.

PARTE II - Responsabilidades Executivas e seus Anexos I, II e III.

CLÁUSULA DÉCIMA-SÉTIMA DAS DIRETRIZES NACIONAIS E ESTADUAIS

Diretrizes Nacionais

17.1. As diretrizes nacionais, seus objetivos e metas regionais, no que couber, são de cumprimento obrigatório pelos entes signatários deste contrato.

17.2. São as seguintes as diretrizes nacionais:

Diretriz 1 - *Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada.*

Diretriz 2 - *Aprimoramento da rede de urgências, com expansão e adequação de UPAs, SAMU, PS e centrais de regulação, articulando-a com outras redes de atenção.*

Diretriz 3 - *Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e população de maior vulnerabilidade.*

Diretriz 4 - *Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de Crack e outras drogas.*

Diretriz 5 - *Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecendo as ações de promoção e prevenção.*

Diretriz 6 - *Implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância as práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.*

Diretriz 7 - *Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.*

Diretriz 8 - *Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.*

Diretriz 9 – *Aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar, com articulação da relação público-privado, geração de maior racionalidade e qualidade no setor saúde.*

Diretriz 10 - *Fortalecimento do complexo industrial e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, com redução da vulnerabilidade do acesso à saúde e da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.*

Diretriz 11 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde.

Diretriz 12 - Implementação do novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

Diretriz 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Diretriz 14 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental, de forma sustentável, para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no programa de aceleração do crescimento.

Diretrizes Estaduais

17.3. As diretrizes estaduais aqui previstas são de cumprimento obrigatório para o Estado signatário e para os municípios, cabendo ao estado definir em comum acordo com os demais signatários como se dará a sua participação.

17.4. São as seguintes as diretrizes estaduais:

Diretriz 1....

Diretriz 2....

Etc.

CLAUSULA DÉCIMA-OITAVA

DOS OBJETIVOS, METAS REGIONAIS E RESPONSABILIDADES SOLIDÁRIAS

Orientação: a relação abaixo, de Diretrizes, Metas e Indicadores, segue para fins de consulta, ou seja, neste contrato deverão constar apenas os pactuados para a Região de Saúde, sendo identificados nos quadros a partir do item 18.1.

DIRETRIZES NACIONAIS

Diretriz 1 – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.

N	Metas	Indicador	Área
INDICADORES UNIVERSAIS			
U1.1	x % de Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	SAS
U1.2	x % de internações por causas sensíveis à atenção básica.	Proporção de internações por causas sensíveis à atenção básica.	SAS

U1.3	x% de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	SAS
U1.4	x% de exodontia realizada em relação aos procedimentos.	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.	SAS
U1.5	X % de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF).	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades do PBF.	SAS

INDICADORES ESPECÍFICOS

E1.1	x% de equipes da Saúde Bucal.	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal.	SAS
E1.2	Redução em x% de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	SAS
E1.3	x% de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade na população residente.	Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade na população residente.	SAS
E1.4	x % procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados na população residente.	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados na população residente.	SAS
E1.5	x% de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente.	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade na população residente.	SAS
E1.6	x% de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade, por habitante.	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade, por habitante.	SAS
E1.7	x procedimentos de média complexidade para não residentes.	Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados para não residentes.	SAS
E1.8	Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes.	Procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes.	SAS
E1.9	x internações de média complexidade para não residentes realizadas.	Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes.	SAS
E1.10	x internações de alta complexidade para não residentes realizadas.	Proporção de internações de alta complexidade realizadas para não residentes.	SAS
E1.11	Redução em X% de óbitos em menores de 15 anos em UTI.	Proporção de óbitos em menores de 15 anos nas Unidades de Terapia Intensiva – UTIs.	SAS
E1.12	X% de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.	Proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.	SAS

INDICADORES COMPLEMENTARES

C1.1	X % de Equipes de Atenção Básica apoiadas por Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (para os municípios com população acima de 10.350 habitantes).	Percentual de equipes da Atenção Básica apoiadas por NASF.	SAS
C1.2	x% equipes aderidas ao PMAQ.	Percentual de equipes aderidas ao PMAQ.	SAS
C1.3	x% Equipes de Atenção Básica contratualizadas no PSE.	Percentual de Equipes de Atenção Básica contratualizadas no PSE.	SAS
C1.4	X % de UBS com infraestrutura adequada.	Proporção de UBS com infraestrutura adequada.	SAS

Diretriz 2 – Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.

N	Metas	Indicador	Área
INDICADORES UNIVERSAIS			
U2.1	Ampliar em X% o número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e/ ou outras formas de violências ao ano.	Proporção de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantada.	SVS
INDICADORES ESPECÍFICOS			
E2.1	Reduzir em x% número de pessoas não assistidas em hospitais quando acidentadas.	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.	SAS
E2.2	x% de Cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).	Cobertura do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).	SAS
E2.3	100% de inspeções sanitárias em Prontos Socorros.	Taxa de inspeções sanitárias em Prontos Socorros.	ANVISA
E2.4	x% de internação de urgência e emergência reguladas pelo Complexo Regulador.	Proporção das internações da urgência emergência reguladas.	SAS
INDICADORES COMPLEMENTARES			
C2.1	100% de inspeções sanitárias nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA).	Taxa de inspeções sanitárias em Unidades de Pronto Atendimento (UPA).	ANVISA
C2.2	X Núcleos de Acesso e Qualidade implantados em Hospitais.	Número de Núcleos de Acesso e Qualidade implantados em hospitais.	SAS
C2.3	x% de Contratos de gestão firmados nos serviços hospitalares da região.	Proporção de serviços hospitalares da Região com contrato de gestão firmado com gestores.	SAS

Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

N	Metas	Indicador	Área
INDICADORES UNIVERSAIS			
U3.1	x% de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária.	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária.	SAS
U3.2	x% de parto normal na região.	Proporção de partos normais na região.	SAS
U3.3	x% das gestantes dos municípios realizando pelo menos 7 consultas de pré-natal.	Proporção nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal.	SAS
U3.4	Aumentar em X% o acesso ao teste rápido de sífilis nas gestantes usuárias do SUS na região, segundo o protocolo de pré-natal proposto pela "Rede Cegonha".	Proporção de gestantes usuárias do SUS que realizaram teste rápido para a sífilis.	SVS

U3.5	x % de mulheres vinculadas ao local de ocorrência do parto, durante o acompanhamento pré-natal, de acordo com o desenho regional da Rede Cegonha.	Proporção de mulheres vinculadas ao local de ocorrência do parto.	SAS
U3.6	Redução da mortalidade materna em X números absolutos.	Nº de óbitos maternos em determinado período e local de residência.	SAS
U3.7	Reduzir em X% a mortalidade infantil.	Taxa de mortalidade infantil.	SAS
U3.8	Investigar X% dos óbitos infantil e fetal na região.	Proporção de óbitos infantis e fetais investigados.	SVS
U3.9	Investigar X% dos óbitos maternos e os óbitos em mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna na região.	Proporção de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna investigados.	SVS

INDICADORES ESPECÍFICOS

E3.1	x% de mamografias realizadas em mulheres de 50 a 69 e população da mesma faixa etária.	Razão de exames de mamografia realizados em mulheres de 50 a 69 e população da mesma faixa etária.	SAS
E3.2	Redução de X% incidência da sífilis congênita.	Taxa de incidência de Sífilis Congênita.	SVS

INDICADORES COMPLEMENTARES

C3.1	X% de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau de colo de útero.	Seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau de colo de útero.	SAS
C3.2	X% de gestantes com acompanhante durante internação para realização do parto .	Proporção de gestantes com acompanhante durante internação para realização do parto.	SAS

Diretriz 4 – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.

N	Metas	Indicador	Área
---	-------	-----------	------

INDICADORES ESPECÍFICOS

E4.1	x% Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).	Cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).	SAS
------	--	---	-----

INDICADORES COMPLEMENTARES

C4.1	x% de leitos de saúde mental expandidos em hospital geral.	Proporção de expansão de leitos de saúde mental em hospital geral.	SAS
C4.2	X% Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS/AD) Qualificados.	Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS/AD) Qualificados.	SAS
C4.3	X unidades de Acolhimento adulto e infante juvenil implantadas.	Implantação de Unidades de Acolhimento adulto e infante juvenil.	SAS
C4.4	Incluir no PVC x % dos pacientes psiquiátricos com histórico de internação de longa permanência anterior a 2003 e que receberam alta	Proporção de beneficiários atendidos pelo programa “De volta para casa” (PVC)	SAS
C4.5	Redução de x % das internações em hospitais psiquiátricos	Número de internações em Hospital Psiquiátrico	SAS

Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.

N	Metas	Indicador	Área
---	-------	-----------	------

INDICADORES UNIVERSAIS

U5.1	Reduzir em 2% a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT.	Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	SVS
------	--	---	-----

INDICADORES COMPLEMENTARES

U5.1	Percentual de entidades prestadoras de serviços de reabilitação qualificadas para atendimento ao idoso e portadores de doenças crônicas.	Entidades prestadoras de serviços de reabilitação qualificadas para o atendimento ao idoso e portadores de doenças crônicas.	SAS
U5.2	Aumento de x% da Cobertura vacinal contra gripe.	Cobertura vacinal contra gripe.	SAS
U5.3	Redução de x% ao ano a taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur.	Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur.	SAS

Diretriz 6 – Implementação do subsistema de atenção à saúde indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais.

N	Metas	Indicador	Área
---	-------	-----------	------

INDICADORES ESPECÍFICOS

E6.1	X% de crianças aldeadas vacinadas de acordo com o calendário básico de vacinação da criança indígena.	Coberturas vacinais de acordo com o calendário básico de vacinação da criança indígena.	Sesai
E6.2	X% de óbitos infantis e fetais indígenas investigados por DSEI.	Percentual de Óbitos infantis e fetais indígenas investigados por DSEI.	Sesai
E6.3	X% de óbitos maternos em mulheres indígenas investigados.	Percentual de óbitos maternos em mulheres indígenas e de mulheres indígenas em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna investigados.	Sesai
E6.4	X% de internações de indígenas por causas sensíveis à atenção básica nos residentes do território dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI.	Proporção de internações por causas sensíveis à atenção básica nos residentes do território dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI.	Sesai
E6.5	X% de mortalidade de indígenas por causas sensíveis à atenção básica nos residentes do território dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI.	Mortalidade de indígenas por causas sensíveis à atenção básica nos residentes do território dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI.	Sesai

Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.

Metas Regional	Indicador	Área
----------------	-----------	------

INDICADORES UNIVERSAIS

U7.1	Alcançar as coberturas vacinais adequadas de todas as vacinas do calendário básico de vacinação da criança em todos os municípios.	Coberturas vacinais de todas as vacinas do calendário básico de vacinação da criança.	SVS
------	--	---	-----

U7.2	Aumentar em X% a proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera na região.	Proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	SVS
U7.3	Aumentar em X% a proporção de cura nas coortes de casos novos de hanseníase na região.	Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.	SVS
U7.4	Aumentar em X% a proporção de registro de óbitos com causa básica definida na região .	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida.	SVS
U7.5	Ampliar em X% a proporção de amostras de água examinadas para os parâmetros coliformes totais, cloro residual e turbidez.	Proporção de amostras da qualidade da água examinadas para parâmetros coliforme total, cloro residual e turbidez.	SVS
U7.6	Encerrar oportunamente em X% as investigações das notificações de agravos compulsórios registradas no SINAN.	Proporção de casos de doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação.	SVS
U7.7	Ampliar em X% o número de municípios da região de saúde com notificação de doenças/agravos relacionados ao trabalho.	Proporção de municípios que notificam doenças/agravos relacionados ao trabalho da população residente na região.	SVS
U7.8	100% dos municípios da região de saúde executando ações de vigilância sanitária.	% de municípios da região de saúde que executam ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios.	ANVISA
U7.9	Reduzir em X% a incidência de aids em menores de 5 anos na região.	Incidência de aids em menores de cinco anos.	SVS

INDICADORES ESPECÍFICOS

E7.1	Reduzir em X% o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV na região.	Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 350cel/mm3 registrado no SISCEL.	SVS
E7.2	Aumentar em X% a triagem sorológica da hepatite C na região.	Número de testes sorológicos anti-HCV realizados na região.	SVS
E7.3	Reduzir em X% a taxa de letalidade por Leishmaniose Visceral.	Taxa de letalidade por Leishmaniose Visceral.	SVS
E7.4	Garantir em X% a vacinação antirrábica dos cães na campanha.	Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina.	SVS
E7.5	X% municípios da região de saúde com polos do Programa Academia da Saúde com profissional de saúde vinculado	Proporção de pólos do Programa Academia da Saúde com profissional de saúde vinculado	SVS
E7.6	Garantir a realização do tratamento para o tracoma em X% da população nos municípios endêmicos da região.	Proporção da população tratada para o tracoma nas localidades/comunidades/ municípios da região avaliada.	SVS
E7.7	Reduzir em X% Índice parasitário anual (IPA) da malária na Região Amazônica	Índice parasitário anual (IPA) da malária	SVS
E7.8	Garantir a oferta de tratamento coletivo para X% dos escolares do ensino fundamental dos estados de AL, BA, MG, PE e SE, nas localidades com prevalência acima de 10% para esquistossomose e 20% para geohelmintíases, com Programa Saúde na Escola implantado.	Percentual da população de escolares do ensino fundamental que receberam tratamento coletivo para tratamento da esquistossomose e/ou geohelmintíases.	SVS
E7.9	Reduzir em X% o número absoluto de óbitos por dengue na região.	Número absoluto de óbitos por dengue.	SVS

E7.10	Realizar visitas domiciliares para controle da dengue em domicílios da Região Meta: pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares em 80% dos domicílios da Região em cada ciclo.	Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue.	SVS
-------	---	--	-----

INDICADORES COMPLEMENTAR

C7.1	Garantir a realização de X% de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose na região.	Proporção de exame anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose.	SVS
C7.2	Garantir X% de exames dos contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase na região.	Proporção de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase examinados.	SVS

Diretriz 8 – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

N	Metas	Indicador	Área
---	-------	-----------	------

INDICADORES ESPECÍFICOS

E8.1	Implantar o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS, em X municípios da região	Percentual de municípios com o Sistema HORUS implantado	SCTIE
E8.2	x% dos municípios da extrema pobreza com farmácias das UBS e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados	Proporção de municípios da extrema pobreza com farmácias das UBS e centrais de abastecimento farmacêutico estruturados	SCTIE
E8.3	100% de inspeções sanitárias em indústria de medicamentos realizadas na região.	Taxa de inspeções sanitárias em indústrias de medicamentos	Anvisa

Diretriz 11 – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos trabalhadores do SUS.

N	Metas	Indicador	Área
---	-------	-----------	------

INDICADORES UNIVERSAIS

U11.1	Implementar ações de educação permanente para qualificação das redes de atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB.	Ações de educação permanente implementadas para qualificação das redes de atenção, pactuadas na CIR e aprovadas na CIB.	SGTES
-------	---	---	-------

INDICADORES ESPECÍFICOS

E11.1	X municípios com trabalhadores em processo de educação profissional técnica conforme diretrizes do PROFAPS e necessidades dos serviços da região de saúde.	Número de municípios com trabalhadores em processo de educação profissional técnica conforme diretrizes do PROFAPS e necessidades dos serviços da região de saúde.	SGTES
-------	--	--	-------

INDICADORES COMPLEMENTARES

C11.1	Inserir X estudantes dos cursos de graduação na saúde, participantes do Pró-Saúde e PET-Saúde, nos serviços de saúde dos municípios da região.	Número de estudantes dos cursos de graduação na saúde, participantes do Pró-Saúde e PET-Saúde, inseridos nos serviços de saúde dos municípios da região de saúde	SGTES
C11.2	% dos residentes dos programas de residência médica das áreas básicas (clínica médica, pediatria, gineco-obstetria, geriatria) e de residência multiprofissional ou em área de atuação de saúde bucal, assistência farmacêutica atuando nos serviços de atenção básica da região.	Proporção de residentes dos programas de residência médica das áreas básicas (clínica médica, pediatria, gineco-obstetria, geriatria) e de residência multiprofissional ou em área de atuação de saúde bucal, assistência farmacêutica atuando nos serviços de atenção básica da região.	SGTES
C11.3	100% dos residentes dos programas de residência em medicina de família e comunidade e de residência em áreas de atuação (atenção básica/saúde da família, saúde da criança/mulher, saúde do idoso, saúde coletiva, saúde da criança, saúde da mulher) atuando nos serviços de atenção básica dos municípios da região	Proporção de residentes dos programas de residência em medicina de família e comunidade e de residência em áreas de atuação (atenção básica/saúde da família, saúde da criança/mulher, saúde do idoso, saúde coletiva, saúde da criança, saúde da mulher) atuando nos serviços de atenção.	SGTES
C11.4	100% dos residentes dos programas de residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental atuando nos serviços de atenção básica e em Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) dos municípios da região.	Proporção de residentes dos programas de residência médica em psiquiatria e multiprofissional em saúde mental atuando nos serviços de atenção básica e em Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) dos municípios da região.	SGTES
C11.5	Ampliar X% do número de pontos do Tele Saúde do Brasil Rede nos municípios da região.	Proporção de pontos implantados do Tele Saúde do Brasil Rede nos municípios da região.	SGTES
C11.6	Ampliar em X% o número de acesso às ações do Tele Saúde Brasil Rede (Tele consultoria, tele diagnóstico e tele educação) do profissionais da atenção primária.	Proporção de acesso às ações do Tele Saúde Brasil Rede (Tele consultoria, tele diagnóstico e tele educação) do profissionais da atenção primária.	SGTES
C11.7	Aumentar em x% os vínculos protegidos dos trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública, na região de saúde.	Proporção de vínculos protegidos entre os trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública.	SGTES
C11.8	X Mesas (ou espaços formais) Municipais de Negociação do SUS implantados e em funcionamento.	Número de Mesas ou espaços formais municipais de negociação permanente do SUS implantados e/ou mantidos em funcionamento na Região de Saúde.	SGTES
C11.9	X Mesas (ou espaços formais) Regionais de Negociação Permanente do SUS implantados e em funcionamento .	Número de Mesas ou espaços formais regionais de negociação permanente do SUS implantados e/ou mantidos em funcionamento na Região de Saúde.	SGTES
C11.10	X Mesas (ou espaços formais) municipais e regionais de Negociação do SUS implantados e em funcionamento.	Número de Mesas ou espaços formais de negociação permanente do SUS municipais e regionais implantados e/ou mantidos em funcionamento na Região de Saúde.	SGTES

Diretriz 12 – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.

N	Metas	Indicador	Área
---	-------	-----------	------

INDICADORES ESPECÍFICOS

E12.1	100% dos municípios com divulgação da carta dos direitos e deveres do cidadão nos serviços de saúde.	Atesto do Conselho de Saúde para divulgação dos direitos e deveres do cidadão nos serviços de saúde.	DAI/ SGEP
E12.2	100% dos municípios da região com ações ou políticas de promoção de equidade contempladas nos respectivos planos de saúde.	Proporção de municípios da região com ações ou políticas de promoção de equidade contempladas nos respectivos planos de saúde.	DAGE P/ SGEP

INDICADORES COMPLEMENTARES

C12.1	X% de Unidades municipais próprias sob gestão municipal.	Proporção de unidades municipais próprias sob gestão municipal.	DAI/ SGEP
C12.2	100% de descentralização das ações e serviço de atenção básica sob gestão municipal.	Proporção das ações e serviços da atenção básica sob gestão municipal.	DAI/ SGEP

Diretriz 13 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

N	M	Indicador	A
---	---	-----------	---

INDICADORES UNIVERSAIS

U13.1	X% dos municípios com ouvidorias implantadas	Proporção de municípios com Ouvidorias implantadas	SGEP
-------	--	--	------

INDICADORES ESPECÍFICOS

E13.1	Estruturar o SNA em X municípios da região de Saúde.	Municípios da Região de saúde com SNA estruturados.	SGEP
-------	--	---	------

INDICADORES COMPLEMENTARES

C13.1	x% de entes da região com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde.	Proporção dos entes da região com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde.	S E
C13.2	X% de unidades hospitalares na região com centros de custos definidos, de acordo com o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC).	Proporção de unidades hospitalares na região com centros de custos definidos, de acordo com o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC).	S E

18.1. Os Objetivos, Metas Regionais e Responsabilidades Solidárias deste contrato para sua execução são as seguintes:

18.1.1.

Diretriz (1):

Objetivo (1.1.):

(1.1.1.) Meta Regional Plurianual	Linha de Base	Meta Regional Anual (2012)	Código Indicador	Municípios	Responsabilidade Municipal Meta Anual	Responsabilidade Estadual Anual	Responsabilidade União Anual
				Município A			
				Município B			
				Município C			

(1.1.2.) Meta Regional Plurianual	Linha de Base	Meta Regional Anual (2012)	Código Indicador	Municípios	Responsabilidade Municipal Meta Anual	Responsabilidade Estadual Anual	Responsabilidade União Anual
				Município A			
				Município B			
				Município C			

18.1.2.

Diretriz (2):

Objetivo (2.1.):

2.1.1. Meta Regional Plurianual	Linha de Base	Meta Regional Anual (2012)	Código Indicador	Municípios	Responsabilidade Municipal Meta Anual	Responsabilidade Estadual Anual	Responsabilidade União Anual
				Município A			
				Município B			
				Município C			

18.1.3.

Diretriz (x):

Objetivo (XX):

(XX1) Meta Regional Plurianual	Linha de Base	Meta Regional Anual (2012)	Código Indicador	Municípios	Responsabilidade Municipal Meta Anual	Responsabilidade Estadual Anual	Responsabilidade União Anual
				Município A			
				Município B			
				Município C			

18.2. O documento de objetivos, metas e indicadores pactuados na Comissão Intergestores Tripartite será **ORIENTADOR** para a elaboração e pactuação das metas deste contrato.

PARTE II - ANEXO I

Caracterização dos entes signatários e da Região de Saúde

Aspectos orientadores:

- Caracterização geral dos entes:
 - Ministério da Saúde, sede na Esplanada dos Ministérios, bloco G, Brasília-DF. CEP: 70058-900 – www.saude.gov.br. Telefone (61)3315-2425. CNPJ: 00.530.493/0001-71
 - Estado: (dados institucionais – CNPJ, endereço, site, telefone, etc.)
 - Municípios: (dados institucionais – CNPJ, endereço, site, telefone, etc.)
 - Município A:
 - Município B:
 - Município C:
- Caracterização da Região de Saúde: dados necessários a sua caracterização com a respectiva análise situacional, observando os temas pactuados para o Mapa da Saúde, a saber:
 - Estrutura do Sistema de Saúde:
 - Capacidade instalada existente pública (própria e privada complementar) e privada, evidenciando os estabelecimentos de saúde, serviços, equipamentos e profissionais;
 - Oferta e cobertura de ações e serviços de saúde (RENASES).
 - Redes de Atenção à Saúde: (contemplam indicadores ou marcadores que evidenciam a atenção básica como ordenadora da rede de atenção à saúde e coordenadora do cuidado, além de indicadores afetos à implementação das redes prioritárias para o sistema – redes temáticas).
 - Condições socio sanitárias (evidenciada por meio de indicadores de nascimento, mortalidade, morbidade, dados sócio-econômicos e demográficos. Sistematiza também informações sobre a situação de saúde de grupos populacionais de maior vulnerabilidade, bem como informações relativas aos determinantes sociais da saúde. Guarda relação direta com o Indicador Nacional de Acesso e Qualidade, na medida em que reflete indicadores que o compõe).
 - Fluxos de acesso: evidenciando o caminho e distância percorridos pelos usuários.
 - Recursos financeiros: explicita os recursos de investimentos e custeio das três esferas de governo.
 - Gestão do trabalho e da educação na saúde. (identifica a quantidade de trabalhadores de acordo com os serviços e redes temáticas; condições de trabalho, contemplando: jornada média de trabalho, jornada média de trabalho segundo quantidade de vínculos de trabalho, número médio e tipo de

vínculos de trabalho e indicadores de saúde do trabalhador; formação e qualificação profissional e características dos centros formadores).

- Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde. (apresenta a distribuição das instituições e suas capacidades e especialidades técnicas, públicas e privadas, de pesquisa, produção e inovação em saúde).
- Gestão: evidencia indicadores relativos aos processos de regionalização, planejamento, regulação, participação e controle social.

PARTE II - ANEXO II

Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde:

I - Quadros que explicitem os critérios e parâmetros adotados e a programação física das ações e serviços de saúde.

Modelos sugeridos enquanto não se aprova a nova modelagem da PGASS na CIT:

Modelo I – Sintético (parte integrante do contrato - versão impressa)

RELAÇÃO DE ÁREAS ESTRATÉGICAS PROGRAMADAS NA REGIÃO			
Área Estratégica	Área de Atuação	Ação / Serviço	Concentração

Modelo II – Analítico (parte integrante do contrato – versão em meio eletrônico, disponível no endereço eletrônico da Secretaria Estadual da Saúde: www.saude.XX.gov.br/XXX)

IBGE/ Município	Área Estratégica	Área de Atuação	Ação/Serviço	Tipo de População	Descrição	População	% Cobertura sugerida	% Cobertura	População Coberta	Forma de Financiamento	Concentração Sugerida	Concentração

Glossário:

IBGE/ Município	Código IBGE/nome do município.
Área Estratégica	Área técnica com população alvo definida. Ex: Saúde da Criança.
Área de Atuação	Sub-área da área técnica Ex: Obesidade infantil dentro da Saúde da Criança.
Ação / Serviço	Procedimento da tabela SUS referente à área estratégica. Ex: Consulta especializada - médico pediatra.
Tipo de População	É relacionada à área estratégica. Pode ser fixa, por faixa etária ou população geral.
Descrição	Descrição do tipo de população. Ex: População de crianças de 0 a 5 anos (faixa etária).
População	Número referente à população programada.
% Cobertura sugerida	Cobertura SUS sugerida pelo estado.
% Cobertura	Cobertura SUS programada pelo município.
População Coberta	Resultado do cálculo: população x % cobertura.
Forma de Financiamento	Forma de financiamento da Ação. Ex: MAC, FAEC, PAB.
Concentração Sugerida	Números de ações sugeridos pelo estado para a população alvo por ano. Ex: 7 consultas de pré natal na atenção básica.
Concentração	Número de ações programadas pelo município para a população alvo por ano. Ex: 6 consultas de pré natal na atenção básica.

II - Quadros com os limites financeiros da assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar por município (programação financeira), com explicitação da parcela referente à população própria e à referenciada, onde os recursos alocados como ajustes não devem ultrapassar 20% do limite financeiro da assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, conforme normas vigentes.

Modelo sugerido enquanto não se aprova a nova modelagem da PGASS na CIT:

Quadro com os Limites Financeiros de Média e Alta Complexidade da Assistência Ambulatorial e Hospitalar

Competência: 2012

UF:

Região:

IBGE	Mun.	Assistência Ambulatorial		Assistência Hospitalar		Outros Impactos				Total em Teto Municipal	* Valores Encaminhados a Outras UF's	Total Programado por Município
		População Própria	População Referência	Pop. Própria	População Referência	* Incentivos Permanentes	Valores Recebidos de Outras UF's	Reserva Técnica	Ajustes			

III. Programações físicas e financeiras resultantes da implantação das redes estratégicas como Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências, Rede de Atenção Psicossocial, entre outras, e programadas nos Planos de Ação das redes temáticas, e outras que vierem a ser implementadas.

Modelo: Plano de Ação das Redes Temáticas

IV. Quadro síntese com a programação das ações e metas de vigilância em saúde e da atenção básica.

Modelo sugerido enquanto não se aprova a nova modelagem da PGASS na CIT:

Quadro Síntese das Ações de Vigilância em Saúde na Região

UF:

Região de Saúde:

Indicadores Universais	Ações pactuadas na Região	Entes Responsáveis
Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantada. Proporção de gestantes usuárias do SUS que realizaram teste rápido para a sífilis.	<u>Exemplo:</u> Implantar a Rede de prevenção à violência e promoção da saúde nos municípios prioritários. <u>Exemplo:</u> Ampliar a cobertura da Ficha de Notificação / Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências. <u>Exemplo:</u> Monitorar a ocorrência de acidentes e violências notificadas.	
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados. Proporção de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna investigados.		<u>Exemplo:</u> município X; Estado; MS; todos.

Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).		
Coberturas vacinais de todas as vacinas do calendário básico de vacinação da criança		
Proporção de cura nas coortes de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera. Proporção de cura de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.		
Proporção de registro de óbitos com causa básica definida. Proporção de amostras da qualidade da água examinados para parâmetros coliforme total, cloro residual e turbidez. Proporção de casos de doenças e agravos de notificação compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação. Proporção de municípios que notificam doenças/agravos relacionados ao trabalho da população residente na região. Incidência de aids em menores de cinco anos.		
Indicadores Específicos	Ações pactuadas na Região	Entes Responsáveis
Taxa de incidência de Sífilis Congênita.		
Proporção de pacientes HIV+ com 1º CD4 inferior a 200 cel/mm3 registrado no SISCEL. Número de testes sorológicos anti-HCV realizados na região. Taxa de letalidade por Leishmaniose Visceral. Proporção de cães vacinados na campanha de vacinação antirrábica canina. Proporção de pólos do Programa Academia da Saúde com profissional de saúde vinculado. Proporção da população tratada para o tracoma nas localidades/comunidades/municípios da região avaliada. Índice parasitário anual (IPA) da malária.		
Percentual da população de escolares do ensino fundamental que receberam tratamento coletivo para tratamento da esquistossomose e/ou geohelmintíases. Número absoluto de óbitos por dengue.		
Proporção de imóveis visitados em pelo menos 4 ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue.		

Nota: Esses quadros devem explicitar as ações de VS pactuadas na região, em função da situação de saúde da população e de sua exposição a riscos de adoecimento. Sua elaboração deve ter como referência a programação das ações prioritárias de VS dos municípios integrantes da Região e do Estado, de acordo com as regras de transição aprovada pelas instâncias tripartite.

Glossário:

Indicadores Universais	Indicadores constantes no COAP enquanto referências para pactuação das metas comuns e obrigatórias para todas as regiões de saúde.
Indicadores Específicos	Indicadores constantes no COAP enquanto referências para pactuação das metas obrigatórias para regiões de saúde onde forem identificadas as necessidades específicas.
Ações pactuadas na região	Ações prioritárias de Vigilância em Saúde, pactuadas na região, para o alcance de metas dos indicadores correspondentes.
Entes responsáveis	Identificação dos entes responsáveis (município, estado e União) pela execução dessas ações.

V. Mapa de Metas: Quadro de investimentos realizados na região.

Modelo:

Diretriz	Objetivo	Funcional Programática	Meta plurianual (Físico)	Meta anual (Físico)	Investimento anual (Financeiro)	Responsabilidades (Organizativas, Executivas e/ou Financeiras)
						União: Estado: Município A: Município B:
						União: Estado: Município A: Município B:
						União: Estado: Município A: Município B:
				TOTAL	TOTAL	

VI - Conter a relação de medicamentos ofertados na região de saúde, observada a RENAME e a lista complementar conforme pactuação estadual (se for o caso).

PARTE II - ANEXO III

1. Relação dos serviços de saúde em cada esfera de governo e as respectivas responsabilidades pelo referenciamento do usuário de outro Município.

Modelo sugerido:

Quadro de Ações/Serviços referenciados

IBGE/ Município Encaminhador	População Encaminhador	Forma de Financiamento	Modalidade	Complexidade	Ação/ Serviço	IBGE/ Município Executor	Físico Executor

Glossário	
IBGE/Município Encaminhador	Código IBGE/nome do município.
População Encaminhador	População do município encaminhador
Forma de Financiamento	Forma de financiamento da Ação. Ex: MAC, FAEC, PAB.
Modalidade	Ambulatorial ou Hospitalar
Complexidade	Média Complexidade ou Alta Complexidade
Ação/ Serviço	Procedimento da tabela SUS referente à área estratégica. Ex: Consulta especializada - médico pediatra.
IBGE/Município Executor	Código IBGE/nome do município.
Físico Executor	Quantitativo programado para uma determinada ação/serviço no município executor

2. Quadro síntese dos Protocolos de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) celebrados na região.

PPI ASSISTENCIAL - Detalhamento dos valores a serem descontados da PPI dos municípios em função de PCEP entre os gestores estadual e municipal (valores anuais).

IBGE	Competência:		UF:	Número do Protocolo	Data de Publicação do Extrato do Protocolo	Fundo (FMS ou FES) para o qual serão realizadas as transferências	Valor ANUAL a ser destinado ao Fundo de Saúde
	Município	Nome da Unidade					
			Código CNES				
Total quadro							

Parte III - Das Responsabilidades Orçamentárias e Financeiras

CLÁUSULA DÉCIMA-NONA DAS RESPONSABILIDADES PELO FINANCIAMENTO DO CONTRATO

19. Fica estabelecido neste contrato que a Região de **(nome da região de saúde)** será a referência para as transferências de recursos entre os entes signatários.

19.1. Dos recursos da União:

19.1.1. Os recursos financeiros da União, para financiamento do presente contrato, serão transferidos conforme dispostos nos seguintes blocos de financiamento: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS, identificado no quadro abaixo(*):

ANO 1	ATENÇÃO BÁSICA	ATENÇÃO DE MAC AMBULATORIAL E HOSPITALAR	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA	GESTÃO DO SUS	OUTROS** (especificar)	TOTAL
Estado							
Município A							
Município B							
Município C							
Município D							
TOTAL							

* Incluir mês/ano de referência dos valores.

** Outros: recursos de emenda parlamentar, convênios, projetos, etc. que não forem possíveis de correlacioná-los com os blocos de financiamento. Ex.: Projeto Qualisus (informar na linha do Estado).

19.1.2. Os recursos financeiros de investimentos (capital) da União serão assim previstos, conforme discriminados no Mapa de Metas (Quadro de investimentos realizados na região, Parte II, Anexo II, item V) e consolidado no quadro abaixo:

ANO 1	INVESTIMENTOS						TOTAL
	ATENÇÃO BÁSICA	ATENÇÃO DE MAC AMBULATORIAL E HOSPITALAR	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA	GESTÃO DO SUS	OUTROS**	
Estado							
Município A							
Município B							
Município C							
Município D							
TOTAL							

19.1.3. Para o desembolso dos recursos financeiros da União deverão ser observadas as regras do Fundo Nacional de Saúde obedecida, sempre, a programação financeira do Tesouro Nacional.

19.2. Dos recursos do Estado:

19.2.1. Os recursos financeiros do Estado, para financiamento do presente contrato, serão transferidos conforme dispostos nos seguintes blocos de financiamento: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS, identificados no quadro abaixo(*):

ANO 1	ATENÇÃO BÁSICA	ATENÇÃO DE MAC AMBULATORIAL E HOSPITALAR	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA	GESTÃO DO SUS	OUTROS** (especificar)	TOTAL
Município A							
Município B							
Município C							
Município D							
TOTAL							

* Incluir mês/ano de referência dos valores.

** Outros: recursos de emenda parlamentar, convênios, projetos, etc. que não forem possíveis de correlacioná-los com os blocos de financiamento.

19.2.2. Os recursos financeiros de investimentos (capital) próprios do Estado serão assim previstos, conforme discriminados no Mapa de Metas (Quadro de investimentos realizados na região, Parte II, Anexo II, item V) e consolidado no quadro abaixo:

ANO 1	INVESTIMENTOS						TOTAL
	ATENÇÃO BÁSICA	ATENÇÃO DE MAC AMBULATORIAL E HOSPITALAR	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA	GESTÃO DO SUS	OUTROS ** ESPECIFICAR	
Município A							
Município B							
Município C							
Município D							
TOTAL							

19.2.3. Os incentivos financeiros do estado pelo desempenho do contrato (**se houver**):

19.2.3.1. A transferência de recursos obedecerá à proposta instituída pela Secretaria de Estado da Saúde.

19.3. Dos recursos do Município:

19.3.1. Os recursos financeiros dos Municípios, para financiamento do presente contrato, serão transferidos conforme dispostos nos seguintes blocos de financiamento: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS, identificado no quadro abaixo(*):

ANO 1	ATENÇÃO BÁSICA	ATENÇÃO DE MAC AMBULATORIAL E HOSPITALAR	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA	GESTÃO DO SUS	OUTROS** (especificar)	TOTAL
Município A							
Município B							
Município C							
Município D							
TOTAL							

* Incluir mês/ano de referência dos valores.

** Outros: recursos de convênios, projetos, etc. que não forem possíveis de correlacioná-los com os blocos de financiamento.

19.3.2. Os recursos financeiros de investimentos (capital) próprios dos municípios serão assim previstos, conforme discriminados no Mapa de Metas (Quadro de investimentos realizados na região, Parte II, Anexo II, item V) e consolidado no quadro abaixo:

ANO 1	INVESTIMENTOS						TOTAL
	ATENÇÃO BÁSICA	ATENÇÃO DE MAC AMBULATORIAL E HOSPITALAR	VIGILÂNCIA EM SAÚDE	ASSISTÊNCIA FARMACEUTICA	GESTÃO DO SUS	OUTROS**	
Município A							
Município B							
Município C							
Município D							
TOTAL							

PARTE IV - Monitoramento, Avaliação de desempenho e Auditoria.

CLÁUSULA VIGÉSIMA DO MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E AUDITORIA.

Regras Gerais

20.1. O presente contrato será monitorado, avaliado e auditado pelos entes signatários, na forma de seus regimentos de controle interno, nos termos da Constituição Federal, art. 70 e seguintes e na Constituição do Estado e Leis Orgânicas Municipais dos entes signatários, incluindo o controle específico do Sistema Nacional de Auditoria de cada ente e as cláusulas e condições aqui previstas, podendo ser realizado de forma individual ou integrada.

20.2. O monitoramento e a avaliação de desempenho serão executados pelos entes federativos, de forma individual e também integrada na Região de Saúde.

20.3. Os resultados da execução do contrato devem ser publicizados anualmente.

20.4. Os entes signatários deverão disponibilizar relatórios referentes ao monitoramento, avaliação e auditoria do contrato para o exercício do controle social sobre a execução do contrato.

Do Monitoramento do Contrato

20.5. Deverá haver um sistema de monitoramento e avaliação, com a finalidade de garantir uniformidade nesses processos.

20.6. Os entes signatários deverão de forma sistemática emitir relatórios de monitoramento deste contrato com o objetivo de subsidiar as análises realizadas pelas comissões intergestores quanto ao cumprimento das metas previstas neste contrato.

20.7. O monitoramento deste contrato deverá levar em consideração o monitoramento previsto nas políticas nacionais.

Da Avaliação de Desempenho

20.8. A avaliação de desempenho tem por finalidade medir periodicamente o desempenho do ente signatário na execução deste contrato, de acordo com as metas e indicadores previstos neste contrato.

20.9. A avaliação de desempenho deste contrato deverá observar padrão nacional, considerando:

20.9.1. Índice de Desempenho do SUS (IDSUS);

20.9.2. Avaliação do cumprimento das metas do contrato.

20.10. O Ministério da Saúde poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde.

20.10.1. O IDSUS será a base para aplicação do incentivo de desempenho do contrato.

Do Relatório de Gestão Anual:

20.11. O relatório anual de gestão, conforme disposto na Lei nº 8.142/1990, deverá conter dados que comprovem haver conformidade entre a execução deste contrato e suas metas, programações, demonstrando os processos e os resultados alcançados, além dos elementos a que se refere o artigo 6º, do Decreto nº 1.651/1995.

O presente contrato e seus anexos, contendo **(quantidade)** páginas, certificado pelo Ministério da Saúde sob o número **(número informado na capa)** foi por mim rubricado como condição de originalidade de suas páginas, o qual ficará arquivado na Secretaria de Estado da Saúde do **(nome do estado)** e será referência para a sua inserção em futuro sistema informatizado pelo Ministério da Saúde. As assinaturas dos entes signatários estão depositadas nas páginas **(citar as páginas)** deste contrato.

Por ser a expressão da verdade, firmo abaixo:

Nome do servidor público
Cargo e Instituição
Matrícula nº

ANEXO VII- ESTADOS BRASILEIROS E SUAS REGIÕES DE SAÚDE

CIR

AC	12001	Alto Acre	04
AC	02	Baixo Acre e Purus	11
AC	03	Juruá e Tarauacá/Envira	07
TOTAL		03 REGIÕES	22 MUNICÍPIOS

AL	27001	1ª Região de Saúde	12
AL	02	2ª Região de Saúde	09
AL	03	3ª Região de Saúde	11
AL	04	4ª Região de Saúde	09
AL	05	5ª Região de Saúde	07
AL	06	6ª Região de Saúde	08
AL	07	7ª Região de Saúde	17
AL	08	8ª Região de Saúde	08
AL	09	9ª Região de Saúde	14
AL	10	10ª Região de Saúde	07
TOTAL		10 REGIÕES	102 MUNICÍPIOS

AM	13001	Entorno Manaus e Alto Rio Negro	12
AM	02	Rio Negro e Solimões	08
AM	03	Rio Madeira	05
AM	04	Reg Médio Amazonas	06
AM	05	Baixo Amazonas	05
AM	06	Regional Purus	05
AM	07	Regional Juruá	06
AM	08	Regional Triângulo	06
AM	09	Alto Solimões	09
TOTAL		09 REGIÕES	62 MUNICÍPIOS

AP	16001	Área Central	07
AP	02	Área Norte	05
AP	03	Área Sudoeste	04
TOTAL		03 REGIÕES	16 MUNICÍPIOS

BA	29001	Alagoinhas	18
BA	02	Barreiras	15
BA	03	Brumado	21
BA	04	Camaçari	06
BA	05	Cruz das Almas	09
BA	06	Feira de Santana	28
BA	07	Guanambi	21
BA	08	Ibotirama	09
BA	09	Ilhéus	08
BA	10	Irecê	19
BA	11	Itaberaba	14
BA	12	Itabuna	22

BA	13	Itapetinga	12
BA	14	Jacobina	19
BA	15	Jequié	25
BA	16	Juazeiro	10
BA	17	Paulo Afonso	09
BA	18	Porto Seguro	08
BA	19	Ribeira do Pombal	15
BA	20	Salvador	10
BA	21	Santa Maria da Vitória	13
BA	22	Santo Antônio de Jesus	23
BA	23	Seabra	11
BA	24	Senhor do Bonfim	09
BA	25	Serrinha	19
BA	26	Teixeira de Freitas	13
BA	27	Valença	12
BA	28	Vitória da Conquista	19
TOTAL		28 REGIÕES	417 MUNICÍPIOS

CE	23001	1ª Região Fortaleza	04
CE	02	2ª Região Caucaia	10
CE	03	3ª Região Maracanaú	08
CE	04	4ª Região Baturité	08
CE	05	5ª Região Canindé	06
CE	06	6ª Região Itapipoca	07
CE	07	7ª Região Aracati	04
CE	08	8ª Região Quixadá	10
CE	09	9ª Região Russas	05
CE	10	10ª Região Limoeiro do Norte	11
CE	11	11ª Região Sobral	24
CE	12	12ª Região Acaraú	07
CE	13	13ª Região Tianguá	08
CE	14	14ª Região Tauá	04
CE	15	15ª Região Crateús	11
CE	16	16ª Região Camocim	05
CE	17	17ª Região Icó	07
CE	18	18ª Região Iguatú	10
CE	19	19ª Região Brejo Santo	09
CE	20	20ª Região Crato	13
CE	21	21ª Região Juazeiro do Norte	06
CE	22	22ª Região Cascavel	07
TOTAL		22 REGIÕES	184 MUNICÍPIOS

DF	53001	Distrito Federal	Brasília
TOTAL		01 REGIÃO	

ES	32001	Central	18
ES	02	Metropolitana	20
ES	03	Norte	14
ES	04	Sul	26
TOTAL		04 REGIÕES	78 MUNICÍPIOS

GO	52001	Central	26
GO	02	Centro Sul	25
GO	03	Entorno Norte	08
GO	04	Entorno Sul	07
GO	05	Estrada de Ferro	18
GO	06	Nordeste I	05
GO	07	Nordeste II	11
GO	08	Norte	13
GO	09	Oeste I	16
GO	10	Oeste II	13
GO	11	Pirineus	12
GO	12	Rio Vermelho	17
GO	13	São Patrício	26
GO	14	Serra da Mesa	09
GO	15	Sudoeste I	18
GO	16	Sudoeste II	10
GO	17	Sul	12
TOTAL		17 REGIÕES	246 MUNICÍPIOS

MA	21001	Açailândia	08
MA	02	Bacabal	11
MA	03	Balsas	14
MA	04	Barra do Corda	06
MA	05	Caxias	07
MA	06	Chapadinha	13
MA	07	Codó	06
MA	08	Imperatriz	15
MA	09	Itapecuru Mirim	14
MA	10	Pedreiras	13
MA	11	Pinheiro	17
MA	12	Presidente Dutra	16
MA	13	Rosário	12
MA	14	Santa Inês	13
MA	15	São João dos Patos	15
MA	16	São Luís	05
MA	17	Timon	04
MA	18	Viana	11
MA	19	Zé Doca	17
TOTAL		19 REGIÕES	217 MUNICÍPIOS

MG	31001	Águas Formosas	09
MG	02	Além Paraíba	05
MG	03	Alfenas Machado	17
MG	04	Almenara	16
MG	05	Araçuaí	06
MG	06	Araxá	08
MG	07	Barbacena	15
MG	08	Belo Horizonte Nova Lima Caeté	13
MG	09	Betim	13
MG	10	Bom Despacho	07
MG	11	Brasília de Minas São Francisco	16

MG	12	Carangola	11
MG	13	Caratinga	13
MG	14	Conselheiro Lafaiete Congonhas	18
MG	15	Contagem	03
MG	16	Coração de Jesus	05
MG	17	Coronel Fabriciano Timóteo	08
MG	18	Curvelo	11
MG	19	Diamantina	15
MG	20	Divinópolis Santo Antônio do Monte	13
MG	21	Formiga	09
MG	22	Francisco Sá	06
MG	23	Frutal Iturama	11
MG	24	Governador Valadares	24
MG	25	Guanhães	10
MG	26	Guaxupé	09
MG	27	Ipatinga	14
MG	28	Itabira	13
MG	29	Itajubá	15
MG	30	Itaobim	05
MG	31	Itaúna	04
MG	32	Ituiutaba	09
MG	33	Janaúba Monte Azul	15
MG	34	Januária	05
MG	35	João Monlevade	05
MG	36	João Pinheiro	03
MG	37	Juiz de Fora Lima Duarte Bom Jardim Minas	25
MG	38	Lavras	10
MG	39	Leopoldina Cataguases	10
MG	40	Manga	05
MG	41	Manhuaçu	23
MG	42	Mantena	09
MG	43	Minas Novas Turmalina Capelinha	08
MG	44	Montes Claros Bocaiúva	11
MG	45	Muriaé	11
MG	46	Nanuque	03
MG	47	Ouro Preto	03
MG	48	Padre Paraíso	04
MG	49	Pará de Minas	08
MG	50	Passos Piumhi	18
MG	51	Patos de Minas	18
MG	52	Patrocínio Monte Carmelo	09
MG	53	Pedra Azul	04
MG	54	Pirapora	07
MG	55	Poços de Caldas	05
MG	56	Ponte Nova	21
MG	57	Pouso Alegre	33
MG	58	Resplendor	07
MG	59	Salinas Taiobeiras	16
MG	60	Santa Maria do Suaçuí São João Evangelista	11
MG	61	Santo Antônio do Amparo Campo Belo	14
MG	62	Santos Dumont	03

MG	63	São João Del Rei	17
MG	64	São João Nepomuceno Bicas	09
MG	65	São Lourenço	24
MG	66	São Sebastião do Paraíso	06
MG	67	Sete Lagoas	24
MG	68	Teófilo Otoni Malacacheta Itambacuri	16
MG	69	Três Corações	06
MG	70	Três Pontas	05
MG	71	Ubá	20
MG	72	Uberaba	08
MG	73	Uberlândia Araguari	09
MG	74	Unaí	12
MG	75	Varginha	05
MG	76	Vespasiano	08
MG	77	Viçosa	09
TOTAL		77 REGIÕES	853 MUNICÍPIOS

MS	50001	Campo Grande	34
MS	02	Corumbá	02
MS	03	Dourados	33
MS	04	Três Lagoas	10
TOTAL		04 REGIÕES	79 MUNICÍPIOS

MT	51001	Alto Tapajós	06
MT	02	Baixada Cuiabana	11
MT	03	Araguaia Xingu	07
MT	04	Centro Norte	07
MT	05	Garças Araguaia	10
MT	06	Médio Araguaia	08
MT	07	Médio Norte Matogrossense	10
MT	08	Noroeste Matogrossense	07
MT	09	Norte Araguaia Karajá	05
MT	10	Norte Matogrossense	06
MT	11	Oeste Matogrossense	12
MT	12	Sudoeste Matogrossense	10
MT	13	Sul Matogrossense	19
MT	14	Teles Pires	14
MT	15	Vale do Peixoto	05
MT	16	Vale dos Arinos	04
TOTAL		16 REGIÕES	141 MUNICÍPIOS

PA	15001	Araguaia	15
PA	02	Baixo Amazonas	14
PA	03	Carajás	17
PA	04	Lago de Tucuruí	06
PA	05	Metropolitana I	05
PA	06	Metropolitana II	09
PA	07	Metropolitana III	22
PA	08	Rio Caetés	16
PA	09	Tapajós	06

PA	10	Tocantins	09
PA	11	Xingu	09
PA	12	Marajó I	09
PA	13	Marajó II	07
TOTAL		13 REGIÕES	144 MUNICÍPIOS

PB	25001	1ª Região Mata Atlântica	14
PB	02	2ª Região	25
PB	03	3ª Região	12
PB	04	4ª Região	12
PB	05	5ª Região	18
PB	06	6ª Região	24
PB	07	7ª Região	18
PB	08	8ª Região	10
PB	09	9ª Região	15
PB	10	10ª Região	09
PB	11	11ª Região	07
PB	12	12ª Região	14
PB	13	13ª Região	06
PB	14	14ª Região	11
PB	15	15ª Região	14
PB	16	16ª Região	14
TOTAL		16 REGIÕES	223 MUNICÍPIOS

PE	26001	Afogados da Ingazeira	12
PE	02	Arcoverde	13
PE	03	Caruaru	32
PE	04	Garanhuns	21
PE	05	Goiana	10
PE	06	Limoeiro	20
PE	07	Ouricuri	11
PE	08	Palmares	22
PE	09	Petrolina	07
PE	10	Recife	20
PE	11	Salgueiro	07
PE	12	Serra Talhada	10
TOTAL		12 REGIÕES	185 MUNICÍPIOS

PI	22001	Carnaubais	15
PI	02	Chapada das Mangabeiras	23
PI	03	Cocais	23
PI	04	Entre Rios	31
PI	05	Planície Litorânea	11
PI	06	Serra da Capivara	18
PI	07	Tabuleiros do Alto Parnaíba	05
PI	08	Vale do Canindé	14
PI	09	Vale do Rio Guaribas	42
PI	10	Vale do Sambito	14
PI	11	Vale dos Rios Piauí e Itaueiras	28
TOTAL		11 REGIÕES	224 MUNICÍPIOS

PR	41001	1ª RS Paranaguá	07
PR	02	2ª RS Metropolitana	29
PR	03	3ª RS Ponta Grossa	12
PR	04	4ª RS Irati	09
PR	05	5ª RS Guarapuava	20
PR	06	6ª RS União da Vitória	09
PR	07	7ª RS Pato Branco	15
PR	08	8ª RS Francisco Beltrão	27
PR	09	9ª RS Foz do Iguaçu	09
PR	10	10ª RS Cascavel	25
PR	11	11ª RS Campo Mourão	25
PR	12	12ª RS Umuarama	21
PR	13	13ª RS Cianorte	11
PR	14	14ª RS Paranavaí	28
PR	15	15ª RS Maringá	30
PR	16	16ª RS Apucarana	17
PR	17	17ª RS Londrina	21
PR	18	18ª RS Cornélio Procopio	21
PR	19	19ª RS Jacarezinho	22
PR	20	20ª RS Toledo	18
PR	21	21ª RS Telêmaco Borba	07
PR	22	22ª RS Ivaiporã	16
TOTAL		22 REGIÕES	399 MUNICÍPIOS

RJ	33001	Baia da Ilha Grande	03
RJ	02	Baixada Litorânea	09
RJ	03	Centro-Sul	11
RJ	04	Médio Paraíba	12
RJ	05	Metropolitana I	12
RJ	06	Metropolitana II	07
RJ	07	Noroeste	14
RJ	08	Norte	08
RJ	09	Serrana	16
TOTAL		09 REGIÕES	92 MUNICÍPIOS

RN	24001	1ª Região de Saúde São José de Mipibu	27
RN	02	2ª Região de Saúde Mossoró	14
RN	03	3ª Região de Saúde João Câmara	26
RN	04	4ª Região de Saúde Caicó	25
RN	05	5ª Região de Saúde Santa Cruz	21
RN	06	6ª Região de Saúde Pau dos Ferros	37
RN	07	7ª Região de Saúde Metropolitana	05
RN	08	8ª Região de Saúde Açu	12
TOTAL		08 REGIÕES	167 MUNICÍPIOS

RO	11001	Vale do Jamari	09
RO	02	Café	06
RO	03	Central	14
RO	04	Madeira Mamoré	05
RO	05	Zona da Mata	08

RO	06	Cone Sul	07
RO	07	Vale do Guaporé	03
TOTAL		07 REGIÕES	52 MUNICÍPIOS

RR	14001	Centro Norte	09
RR	14002	Sul	06
TOTAL		02 REGIÕES	15 MUNICÍPIOS

RS	43001	Região 01	21
RS	02	Região 02	11
RS	03	Região 03	11
RS	04	Região 04	12
RS	05	Região 05	11
RS	06	Região 06	08
RS	07	Região 07	15
RS	08	Região 08	18
RS	09	Região 09	19
RS	10	Região 10	06
RS	11	Região 11	24
RS	12	Região 12	13
RS	13	Região 13	20
RS	14	Região 14	22
RS	15	Região 15	40
RS	16	Região 16	33
RS	17	Região 17	21
RS	18	Região 18	20
RS	19	Região 19	14
RS	20	Região 20	19
RS	21	Região 21	22
RS	22	Região 22	06
RS	23	Região 23	06
RS	24	Região 24	22
RS	25	Região 25	09
RS	26	Região 26	12
RS	27	Região 27	12
RS	28	Região 28	13
RS	29	Região 29	27
RS	30	Região 30	10
TOTAL		30 REGIÕES	497 MUNICÍPIOS

SC	42001	Extremo Oeste	30
SC	02	Oeste 420050	25
SC	03	Xanxerê	21
SC	04	Alto Vale do Itajaí	28
SC	05	Foz do Rio Itajaí	11
SC	06	Médio Vale do Itajaí	14
SC	07	Grande Florianópolis	22
SC	08	Meio Oeste	20
SC	09	Alto Vale do Rio do Peixe	20
SC	10	Alto Uruguai Catarinense	15

SC	11	Nordeste	13
SC	12	Planalto Norte	13
SC	13	Serra Catarinense	18
SC	14	Extremo Sul Catarinense	15
SC	15	Carbonífera	18
SC	16	Laguna	12
TOTAL		16 REGIÕES	295 MUNICÍPIOS

SE	28001	Aracaju	08
SE	02	Estância	10
SE	03	Itabaiana	14
SE	04	Lagarto	06
SE	05	Nossa Senhora da Glória	09
SE	06	Nossa Senhora do Socorro	12
SE	07	Propriá	16
TOTAL		07 REGIÕES	75 MUNICÍPIOS

SP	35001	Alto do Tietê	11
SP	02	Franco da Rocha	05
SP	03	Mananciais	08
SP	04	Rota dos Bandeirantes	07
SP	05	Grande ABC	07
SP	06	São Paulo	01
SP	07	Central do DRS II	11
SP	08	Lagos do DRS II	12
SP	09	Consórcios do DRS II	17
SP	10	Central do DRS III	08
SP	11	Centro Oeste do DRS III	05
SP	12	Norte do DRS III	05
SP	13	Coração do DRS III	06
SP	14	Baixada Santista	09
SP	15	Norte - Barretos	10
SP	16	Sul - Barretos	08
SP	17	Vale do Jurumirim	17
SP	18	Bauru	18
SP	19	Paulo Cuesta	13
SP	20	Jaú	12
SP	21	Lins	08
SP	22	Bragança	12
SP	23	Reg. Metrop. Campinas	18
SP	24	Jundiaí	07
SP	25	Circuito das Águas	05
SP	26	Três Colinas	10
SP	27	Alta Anhanguera	06
SP	28	Alta Mogiana	06
SP	29	Adamantina	10
SP	30	Assis	13
SP	31	Marília	19
SP	32	Ourinhos	12
SP	33	Tupã	08
SP	34	Araras	05

SP	35	Limeira	04
SP	36	Piracicaba	11
SP	37	Rio Claro	06
SP	38	Alta Paulista	12
SP	39	Alta Sorocabana	19
SP	40	Alto Capivari	05
SP	41	Extremo Oeste Paulista	05
SP	42	Pontal do Paranapanema	04
SP	43	Vale do Ribeira	15
SP	44	Horizonte Verde	09
SP	45	Aquífero Guarani	10
SP	46	Vale das Cachoeiras	07
SP	47	Baixa Mogiana	04
SP	48	Mantiqueira	08
SP	49	Rio Pardo	08
SP	50	Catanduva	19
SP	51	Santa Fé do Sul	06
SP	52	Jales	16
SP	53	Fernandópolis	13
SP	54	São José do Rio Preto	20
SP	55	José Bonifácio	11
SP	56	Votuporanga	17
SP	57	Itapetininga	11
SP	58	Itapeva	17
SP	59	Sorocaba	20
SP	60	Alto Vale do Paraíba	08
SP	61	Circuito da Fé e Vale Histórico	17
SP	62	Litoral Norte	04
SP	63	Vale do Paraíba/ Região Serrana	10
TOTAL		63 REGIÕES	645 MUNICÍPIOS

TO	17001	Médio Norte Araguaia	17
TO	02	Bico do Papagaio	24
TO	03	Sudeste	15
TO	04	Cerrado Tocantins Araguaia	23
TO	05	Ilha do Bananal	18
TO	06	Capim Dourado	14
TO	07	Cantão	16
TO	08	Amor Perfeito	12
TOTAL		08 REGIÕES	139 MUNICÍPIOS

5570 MUNICÍPIOS

437 REGIÕES DE SAÚDE NO BRASIL



REGIÕES COM COAP ASSINADOS.



ESTADOS COM MAIOR NÚMERO DE REGIÕES



ESTADOS COM MENOR NÚMERO DE REGIÕES



ÚLTIMAS REGIÕES CRIADAS