

De olho no
COAP



Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP)

Jorge A. Gimenez Peralta

Nara Aparecida Peruzzo

Valdevir Both

**De olho no
COAP**

Passo Fundo

IFIBE

2014

© 2014 – Centro de Educação e Assessoramento Popular

Texto:

Centro de Educação e Assessoramento Popular - CEAP

Elaboração de Texto:

Jorge A. Gimenez Peralta, Nara Aparecida Peruzzo e Valdevir Both

Revisão de Texto:

Debora Matte

Ilustração e Diagramação:

Leandro Bierhals

Impressão:

Passografic

Apoio:

Cáritas Brasileira

Tiragem:

1000 Exemplares

P427d

Peralta, Jorge Alfredo Gimenez.

De olho no COAP / Jorge Alfredo Gimenez Peralta, Nara Aparecida Peruzzo, Valdevir Both; ilustrador Leandro Bierhals – Passo Fundo: Editora IFIBE, 2014.

48 p.; il. ; 14 x21 cm.

ISBN: 978-85-8259-016-4

1.Educação I. Peruzzo, Nara Aparecida. II. Both, Valdevir
III. Bierhals, Leandro(il.) IV. Título.

CDD: 370

Catálogo na Fonte: bibliotecária Clarice Fonseca da Silva CRB102141

Distribuição e informações:

CEAP

Rua Independência, 95 – sala 2

99010-040 – Passo Fundo/RS

E-mail: ceap@ceap-rs.org.br

www.ceap-rs.org.br

CIP – Catalogação na Publicação

SUMÁRIO

Considerações iniciais /5

1 – Pressupostos para entender o Decreto 7.508/2011 /7

2 – Decreto 7.508/2011 e alguns conceitos importantes /13

3 – Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP /23

4 - Temas relevantes do COAP /33

5 - A participação da comunidade no exercício do controle social /43

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Desde a criação do SUS, em 1988, lutava-se e esperava-se pela regulamentação da Lei 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde). Por que essa Lei precisava ser regulamentada? Porque a lei sem regulamentação é considerada por alguns juristas como inconstitucional, ou seja, sem eficácia. Isso porque as leis, quando criadas pelo Poder Legislativo, tratam de diretrizes, de questões mais abrangentes, mas não especificam como deverão funcionar, e nem os prazos para sua aplicação. Quem faz isso, através de decreto, é o Poder Executivo, e nesse caso a Presidência da República. Ou seja, a “regulamentação da Lei” é dizer como de fato ela será aplicada. Com a regulamentação, se cria a obrigatoriedade do cumprimento da Lei.

Para criar essa obrigatoriedade, desde 1990 lutava-se para que a Lei Orgânica da Saúde fosse regulamentada pelo Poder Executivo. Como sabemos, a Lei 8080/90 trata, entre outras coisas, da organização e funcionamento do SUS, isto é, de como o SUS deve funcionar nos municípios, nos estados e no país; e de como será essa relação entre as instâncias, uma vez que o SUS é um sistema único e não vários sistemas, como tínhamos no passado.

No entanto, mesmo que tenhamos um marco normativo que reconheça o direito à saúde e defina uma política pública para a concretização deste direito, há sempre alguns aspectos que podem contradizer o próprio conteúdo do direito, porque são parte de uma disputa de concepções. Isso quer dizer que, mesmo que a Constituição afirme que a saúde é direito de todos e dever do Estado, ainda há um “déficit de direito” para muitas pessoas, ou seja, muitos ainda não têm acesso à saúde de qualidade. A grande questão em disputa aí é: que tipo de saúde e que modelo ela deve seguir. Por isso, a regulamentação da Lei 8.080/90 pelo Decreto 7.508/2011 é tão importante. Ela reafirma o conceito de saúde como direito humano, garante os princípios da universalidade, gratuidade e integralidade e ainda propõe a organização do sistema a partir da atenção básica, focando na promoção, prevenção e recuperação da saúde, e não só na cura. No entanto, o que se espera, ao lado dessa reafirmação, é que a regulamentação leve efetivamente ao avanço da implementação do SUS e da reforma sanitária brasileira. E este é o grande desafio da sociedade brasileira.

O que pretendemos com essa cartilha, além de apresentar rapidamente o Decreto 7.508/11, é discutir o processo da regionalização do SUS no marco deste novo Decreto, ou seja, a relação

interfederativa - um dos temas centrais e que se coloca como um dos grandes desafios do SUS. Para responder a esse desafio, o Decreto inova ao apresentar a proposta do Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde – COAP.

- O que propõe o COAP?
- Como funcionará?
- Quais são as novidades?
- Qual o papel do Controle Social?

Esses e outros questionamentos estão nesse material, que esperamos contribua na qualificação da luta pelo direito humano à saúde.

A fim de darmos conta desse objetivo, estruturamos a cartilha em cinco capítulos.

No primeiro capítulo – *Para Entender o Decreto 7.508/11*, trazemos uma discussão sobre o conceito de saúde e o modelo de assistência que estão em disputa desde antes da criação do SUS e que ainda persistem. Compreendemos que se não tivermos clareza do conceito de saúde e do modelo assistencial defendido e proposto pelo SUS, não avançaremos na sua implementação.

No segundo capítulo, *Alguns conceitos importantes do Decreto*, apresentamos os conceitos chave para entender o Decreto e de como eles se relacionam com a nossa ação cotidiana.

No terceiro capítulo, tratamos do tema central da cartilha, *O Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP*. Como sabemos, o COAP é um processo ainda em construção, muitas resoluções estão sendo criadas nas Comissões Intergestores sobre a operacionalização do Contrato e algumas mudanças estão sendo propostas no sentido de simplificá-lo. Todavia, apresentamos seus aspectos centrais a fim de que os conselheiros e as lideranças possam acompanhar e discutir essa nova ferramenta de organização e funcionamento do SUS.

No quarto capítulo, trazemos alguns temas importantes ressaltados pelo COAP.

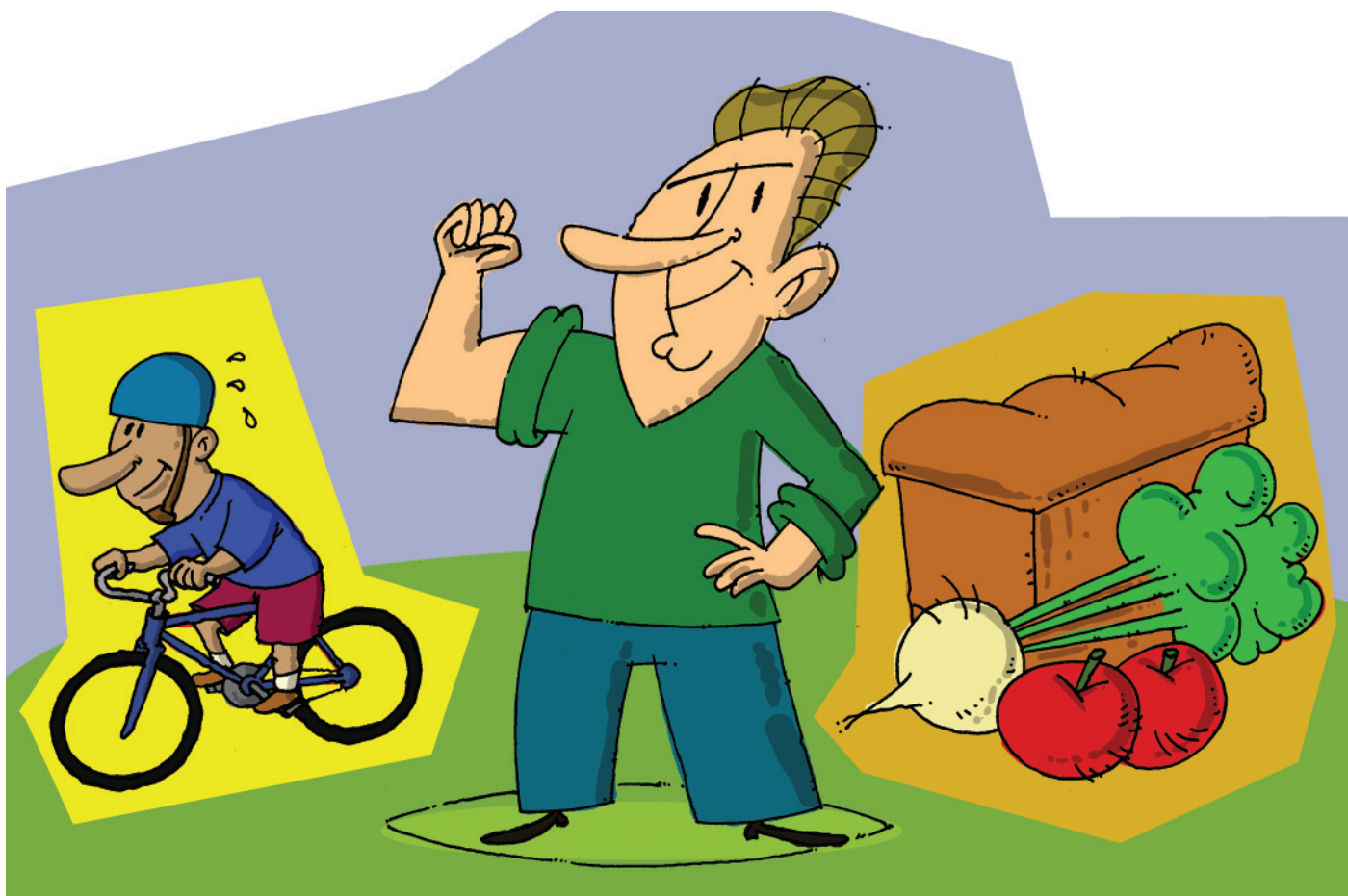
No último capítulo, fazemos uma reflexão sobre a concepção e o papel do Controle Social nesse processo.

Ao final da cartilha, anexamos o Decreto 7.508/11, com o objetivo de contribuir na sua divulgação.

Esperamos que este material contribua para desafiar conselheiros e lideranças a buscarem mais informações, bem como qualificar a sua inserção na discussão do novo modelo proposto para a organização e funcionamento do SUS.

1 – PRESSUPOSTOS PARA ENTENDER O DECRETO 7.508/2011

Para compreendermos o sentido normativo do Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8080/90, vinte anos após a sua promulgação, é necessário olharmos para alguns pressupostos presentes na história da construção das políticas públicas de saúde no Brasil.



Um deles é o **conceito de saúde e doença**. O conceito de saúde e doença é importante, pois dependendo da sua compreensão, o modo de intervir e de promover a saúde será diferente. Por exemplo, se considerarmos a saúde somente como a ausência de doença física, então não é preciso levar muito em consideração o contexto sócio-econômico e cultural da pessoa.

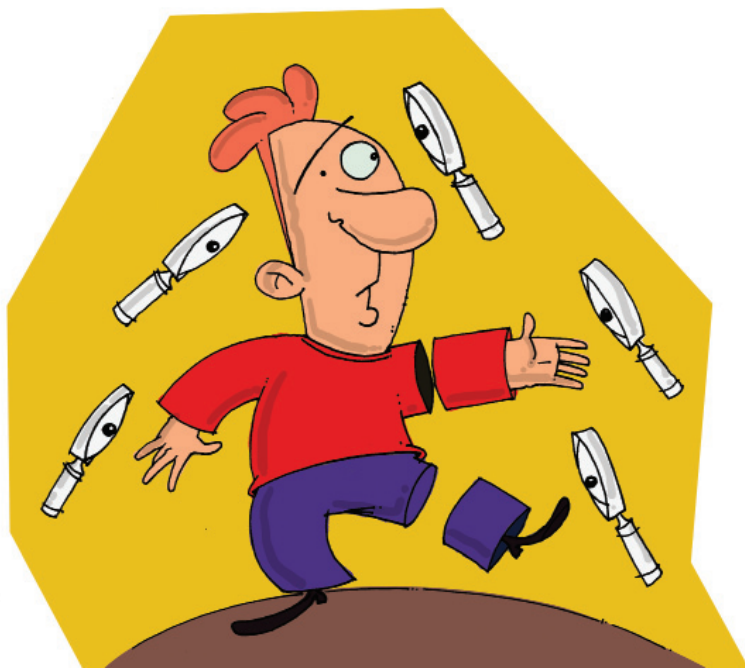
Porém, se considerarmos a saúde não só como ausência de doença, mas como qualidade de vida, precisamos considerar o todo do ser humano e as condições sociais e culturais nas quais ele está inserido.

Olhando para a história do conceito de saúde, podemos perceber que ele nem sempre significou a mesma coisa para as pessoas, em contextos diferentes. Por isso a sua compreensão varia de época para época. Por exemplo, se remontarmos às sociedades medievais, a saúde e a doença dependiam somente da vontade de Deus. Um exemplo claro é a hanseníase (chamada de lepra). Por longos anos, a hanseníase foi considerada como uma punição de Deus aos homens pecaminosos. Esse entendimento explicava o afastamento das pessoas da convivência social, e a cura somente era obtida através do perdão divino.

Outro exemplo interessante para ilustrar a importância da concepção de saúde é o diagnóstico da drapetomania (o termo se origina do grego *drapetes*, que significa escravo). Mesmo que hoje possa parecer ridículo, essa doença foi diagnosticada em 1851 pelo Dr. Samuel A. Cartwright, médico do estado da Louisiana, ao Sul dos Estados Unidos, para identificar o desejo de fuga dos escravos. Mesmo vivendo num país em que a liberdade se põe como princípio máximo, era estranho para o Dr. Cartwright o fato dos escravos almejarem a própria liberdade e, por isso, considerou esse desejo uma doença que deveria ser tratada. E o tratamento proposto pelo médico para

essa doença foi o açoite (SCLIAR, 2007, p. 30). O exemplo mostra que o conceito de doença é uma construção histórica e que varia de acordo com os contextos e interesses específicos.

Muito recentemente construímos a compreensão de saúde como ausência de doença. Isso significa que a saúde passa a ser compreendida somente a partir da esfera individual, pontual e específica. O ser humano é fragmentado e para cada fragmento é oferecido uma cura por profissional especialista. Por exemplo, para cuidar do problema do coração existe o cardiologista, para a garganta o otorrino e assim por diante. A saúde e a doença passam a ter pouca relação com o con-



texto, restringindo-se basicamente a explicações biológicas. E com a expansão da indústria farmacêutica e da saúde, essa compreensão passou a ser um bom negócio, gerando muito lucro.

No final da segunda guerra mundial surge uma compreensão de saúde mais ampla, capitaneada mundialmente pela Organização Mundial de Saúde – OMS, na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (por isso o dia 07/04 é o Dia Mundial da Saúde). Para a OMS, saúde é “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Esse conceito, mesmo com as suas limitações, traduz em parte os anseios dos movimentos sociais, que a entendem como um direito de todos e todas, e com o qual o Estado deve ter a responsabilidade primeira. Cabe frisar que esse conceito de saúde promulgado pela OMS reconhece a esfera individual e coletiva do ser humano, ou seja, considera a biologia (genética) e o contexto social, econômico e cultural; ou seja, amplia a visão de saúde.

Esse conceito gerou uma série de conflitos e disputas ideológicas. De um lado ficaram os que defendiam a saúde como ausência de doença e, de outro, os que a compreendiam de forma mais ampla, relacionada com um conceito de Estado, de sociedade e de desenvolvimento.

No período pós-segunda guerra mundial, o modelo capitalista, hegemônico pelos EUA, começa a influenciar os outros países. É o período da revolução industrial da saúde, quando se desenvolveram diferentes tecnologias na área da saúde. Esse processo, inclusive, conduziu as políticas de saúde no Brasil na década de 40.

De outro lado, na Alemanha e Inglaterra alguns teóricos realizam nesse período estudos mostrando que a saúde não se relacionava somente com as questões biológicas e individuais, mas também com fatores externos como o meio social no qual as pessoas estavam inseridas. Essa posição reafirma a saúde como um direito de todos e de responsabilidade do Estado.

A Declaração final da “Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde”, realizada na cidade Alma-Ata (no atual Cazaquistão), em 1978, promovida pela OMS, é uma resposta a essas disputas, ratificando o conceito da OMS e reconhecendo a saúde como direito humano fundamental: “1) Saúde é DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL [...] É a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos [...] 4) É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde. 5) ... os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.”

Compreender a saúde como direito humano é compreendê-la como condição fundamental para se viver bem.

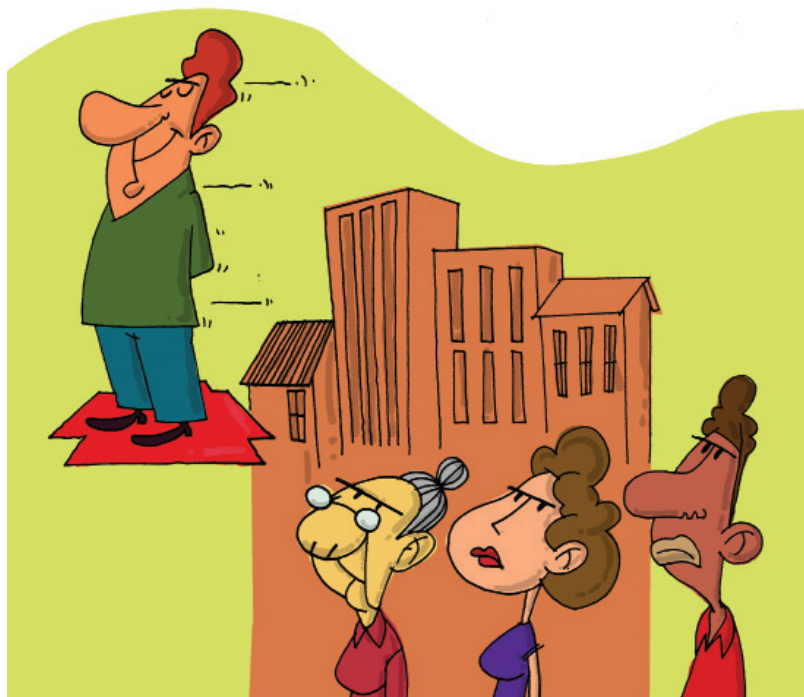
A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, em seu artigo XXV, declara que “*Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle*”. Portanto, entender a saúde como direito humano é entendê-la como *universal, indivisível e interdependente*.

Afirmar que a saúde é *universal* é reconhecer que o acesso à saúde é para todos (pobre, rico, branco, negro, índio, mulher, homem, criança, idoso, trabalhador formal ou informal, desempregado...). Sendo para todos, não deve haver privilégio de um em detrimento de outro. Porém, é necessário entender a universalidade no marco da equidade. Isso significa que o SUS deve respeitar as especificidades de cada um, garantindo o acesso de acordo com as necessidades específicas. Do contrário, corremos o risco de ter um sistema que não é universal, pois não atende as reais necessidades da população.

A *indivisibilidade* significa que os outros direitos (educação, moradia, alimentação, emprego...) são igualmente fundamentais e não podem ser separados. Não posso, por exemplo, em função de limite orçamentário ou qualquer outro motivo, querer garantir primeiro o direito à saúde e deixar para depois o direito à educação ou à moradia.

Se os direitos são indivisíveis, conseqüentemente serão *interdependentes*. Ter saúde de qualidade depende da efetivação de outros direitos como moradia adequada, saneamento básico, educação, emprego e alimentação. Do contrário, não é possível dizer que temos garantido o direito à saúde.

Portanto, compreender a saúde como um direito humano é mais do que exigir apenas consultas médicas ou exames. É exigir todas as ações e os serviços que necessitamos para o bem viver e que condicionam e determinam a nossa saúde.



Esse conceito de saúde, reconstruído no Brasil pelo Movimento da Reforma Sanitária, foi aprovado pela VIII Conferência Nacional de Saúde e ganhou força de lei na Constituição de 88. Porém, o enunciado constitucional da “saúde como direito de todos e dever do Estado” não evita que, na prática, exista ainda um tensionamento entre os dois conceitos distintos: um centrado na abordagem individual e que, em muitos casos, transforma a saúde em objeto de lucro; o outro com uma abordagem individual-coletiva, que concebe a saúde como direito humano e que não pode transformar-se em mercadoria.

Antes de adentrarmos na importância do Decreto 7.508/2011, o segundo pressuposto a ser considerado, e que é resultado de uma compreensão específica de saúde, é o modelo de assistência, ou seja, o modo como é organizada a atenção em saúde. Poderíamos nos questionar: qual o modelo de assistência que temos hoje no Brasil? Ou ainda, quais são os modelos que estão em constante disputa?

Interessa-nos aqui fazer referência aos dois modelos que estavam em disputa quando se criou o SUS e que continuam presentes até nossos dias.

O conceito de saúde entendido como “ausência de doença” deu origem ao modelo assistencial conhecido como “biomédico ou “flexneriano”. Esse modelo propõe “assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no Hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia” (SILVA JÚNIOR, ALVES, 2007, p. 28). Ou seja, este é o modelo defendido pelo setor privatista-neoliberal e que foi implantado no Brasil por influência norte-americana, principalmente durante o governo militar. Nesse modelo, considera-se pouco as condições sociais da pessoa. A preocupação é voltada somente para a recuperação do doente. A atenção básica, as ações e os serviços de promoção e prevenção não são priorizados.

Essa concepção de saúde fortalece a lógica hospitalocêntrica pois limita-se a expandir hospitais e clínicas e incentiva o consumo de equipamentos e medicamentos. Quando se tem



uma estrutura privada instalada e que detém as patentes, ao comprar os produtos e serviços, o Estado acaba por fortalecer o setor privado e o modelo flexneriano.

O SUS nasce se contrapondo a esse modelo de assistência. O Movimento da Reforma Sanitária, composto por profissionais da saúde, movimentos sociais e diversas lideranças, propôs um modelo de saúde que contemplasse a compreensão de saúde ratificada pela Conferência de Alma-Ata- que a define como direito de todos e dever do Estado. Além disso, era necessário que fossem levados em consideração seus determinantes e condicionantes. Para o SUS, a atenção assistencial precisa estar organizada para cuidar das pessoas com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação. Isso quer dizer que além dos cuidados individuais, são necessários também cuidados coletivos; ou seja, cuidar para que as pessoas não fiquem doentes. Isso ocorre, por exemplo, com as campanhas de vacinação.

É justamente por entender o SUS no marco dos direitos humanos, que os seus princípios são a universalidade, a integralidade e a equidade. O que se entende por esses princípios?

- **Universalidade:** o SUS é para todos, independente de ser pobre ou rico, negro ou branco, homem ou mulher, idoso ou criança.
- **Integralidade:** O SUS é integral porque entende o ser humano dentro de um todo e por isso não só oferece o tratamento ou a consulta médica, mas cuida para que as pessoas vivam bem e que não fiquem doentes. Compreender o ser humano como um todo é não reparti-lo em partes, como por exemplo, perna, braço, cabeça... Compreender o sistema de forma integral é entender as ações de saúde em todos os níveis, desde a baixa até a alta complexidade.
- **Equidade:** Respeita e atua desde a individualidade e a especificidade de cada pessoa, oferecendo programas e ações de acordo com as suas necessidades.

Para garantir a articulação do SUS em todo o Brasil, além dos princípios, foram aprovadas as diretrizes organizacionais, que são: a regionalização, a hierarquização, a descentralização e a complementariedade do setor privado. A lógica que sustenta a organização e o funcionamento do SUS é a da solidariedade política, ou seja, não temos mais, como em períodos anteriores, vários sistemas que formam o SUS nacional, mas temos um único sistema que se organiza de forma regional e hierarquizada, em todo território brasileiro.

E é justamente para garantir que o SUS funcione de forma regional e hierarquizada que em 2011 foi regulamentada a lei 8080/90 através do Decreto 7.508/2011, que veremos no próximo capítulo.

2 – DECRETO 7.508/2011 E ALGUNS CONCEITOS IMPORTANTES

Como vimos no primeiro capítulo, o SUS se constituiu a partir de um novo conceito de saúde e, ao mesmo tempo, propõem-se a construir e fortalecer um novo modelo. Com ele, busca-se superar a política de saúde que a transforma em mercadoria, centrada na assistência individual à doença, acionada somente quando o “consumidor/” usuário precisa de atendimento.

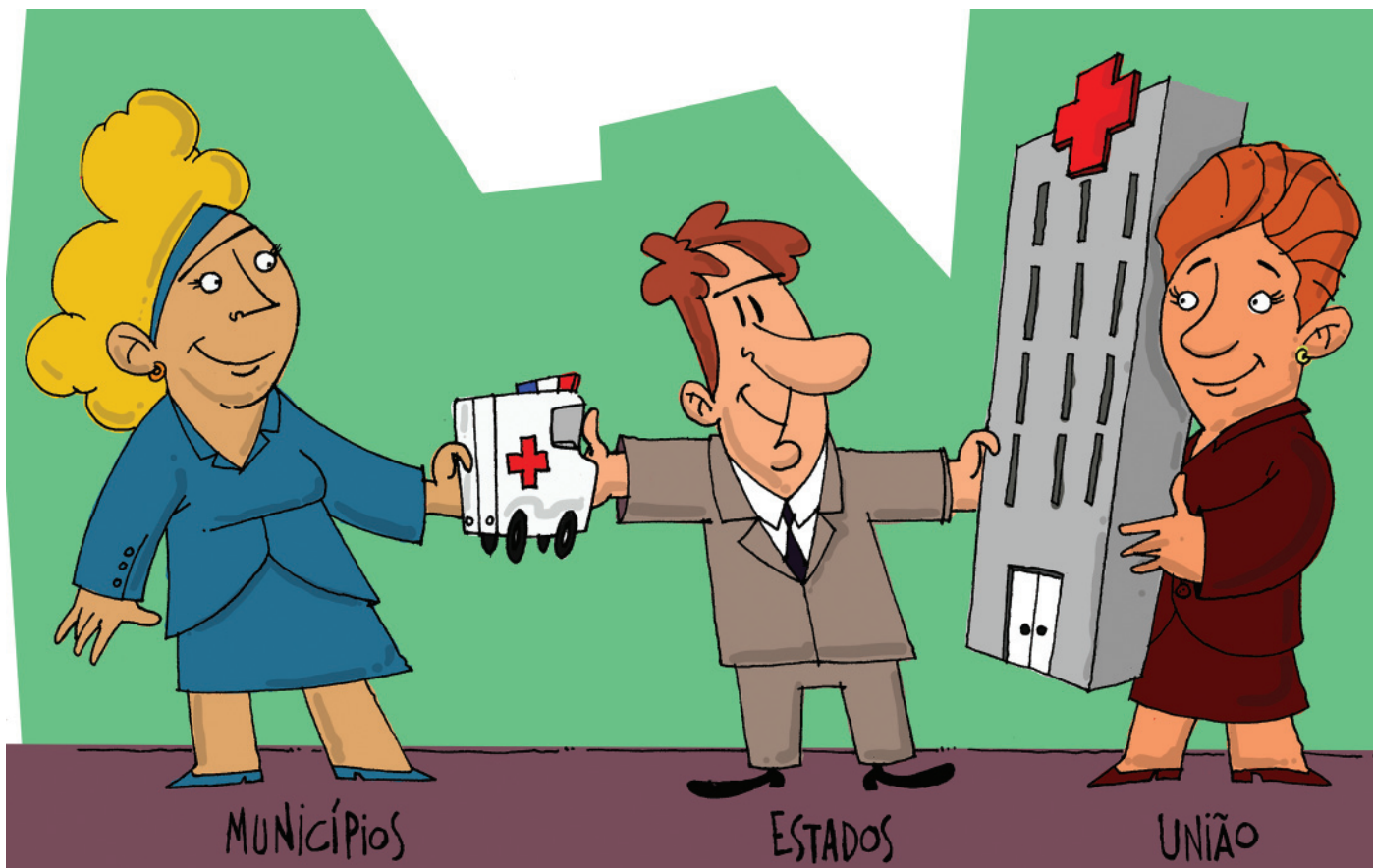
O salto que o SUS se propõe a dar é estabelecer um modelo de saúde que olhe também para os problemas coletivos da população, relacionando entre si ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação. O SUS compreende a saúde como um direito humano e por isso vai exigir do poder público atitude proativa sobre a qualidade de vida da coletividade. Para a implementação desse novo conceito, em 1990 foi construída e aprovada a Lei Orgânica da Saúde (LOS) que normatiza a organização e o funcionamento das ações de saúde. A LOS é formada por duas leis: Lei 8080/90 que trata das condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, normatiza a organização e o funcionamento dos serviços de saúde e dá outras providências; e a Lei 8142/90 que trata da participação da comunidade na gestão do SUS, normatiza as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Essas Leis têm caráter de diretrizes gerais nacionais e buscam dar corpo à doutrina constitucional do SUS.

A partir da Constituição Federal de 1988 e da LOS, construíram-se gradativamente várias Leis que formataram o SUS. Um marco importante nessa construção foi o ano de 2011, quando foi regulamentada a Lei 8080/90, através do Decreto n. 7.508/2011, da presidenta Dilma Rousseff.

O Decreto 7.508/2011 trata da organização, do planejamento, da assistência à saúde e da articulação interfederativa, ou seja, a articulação entre União, estados e municípios na área da saúde. O Decreto, ao regulamentar a Lei 8080/2011, reafirma a compreensão de saúde como um direito humano, e conseqüentemente, o modelo de assistência focado não só na cura, mas também na promoção e prevenção.

Estruturado em seis capítulos, o Decreto estabelece:

- as diretrizes para a organização das regiões de saúde,
- as normas e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde-COAP,
- as diretrizes para elaboração da RENASE, RENAME e do planejamento em saúde.



Um dos maiores desafios a que se propõe o Decreto é a organização das regiões de saúde e a estruturação da atenção básica como porta de entrada ao sistema. Desde que o SUS foi constituído, a regionalização da saúde tem avançado muito aquém do que deveria. Por isso, a grande expectativa em relação ao Decreto, com a instituição do COAP, é que o SUS funcione de forma regionalizada e hierarquizada, para garantir de fato a integralidade do atendimento à saúde para os cidadãos.

Antes de tratarmos especificamente sobre o COAP, é importante apresentarmos alguns conceitos do Decreto:

- a) **Regiões de Saúde:** conjunto de municípios vizinhos, identificados culturalmente pelos hábitos comuns a estas pessoas, com o objetivo de promover ações integradas de organização, de planejamento e execução dos serviços de saúde. As regiões de saúde

garantirão a integralidade no atendimento ao usuário por meio das redes de atenção. Ou seja, os serviços especializados que não são oferecidos no município de origem deverão ser ofertados em um dos municípios da região, o mais próximo possível.

Para ser considerada uma “região de saúde” é preciso que o município ofereça no mínimo as seguintes ações e serviços:

- atenção primária;
- urgência e emergência;
- atenção psicossocial;
- atenção ambulatorial especializada e hospitalar e
- vigilância em saúde.

As regiões de saúde serão a referência para o repasse de recursos entre os entes federativos e também para a constituição das Redes de Atenção à Saúde (que poderão ser interregionais, de acordo com o que foi pactuado nas comissões intergestores). Segundo o Decreto, todas as redes de atenção à saúde devem garantir o atendimento integral.

Compreender o que é uma região de saúde e porque o SUS se organiza de forma regional e não municipal é tarefa básica para todo conselheiro de saúde, pois é ali na região de Saúde que serão ofertados os serviços de média e alta complexidade.

Enquanto ao Município cabe a obrigatoriedade de garantir a Atenção Básica, a região deve, através da rede de atenção à saúde, oferecer a continuidade dos serviços e ações, de forma que todos possam ter acesso a procedimentos complexos, como por exemplo, tratamento de câncer. E para evitar a centralização em grandes centros urbanos, como sempre aconteceu, o Decreto propõe um novo desenho das regiões, de forma a garantir o atendimento o mais próximo possível do usuário. Além disso, assume o desafio de investir na infraestrutura e melhorar a capacidade instalada em novos lugares, diminuindo assim os vazios assistenciais.

- b) **Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde - COAP:** acordo de colaboração firmado entre municípios, estados e União a fim de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na região de saúde. No próximo capítulo, nos dedicaremos a discorrer mais sobre o COAP.

c) **Portas de Entrada:** o Decreto entende por porta de entrada o primeiro atendimento ou serviço feito no SUS. A porta de entrada regulará todo o sistema, garantindo acesso universal e igualitário para todos. As portas de entrada são: a atenção básica, a urgência e emergência e a atenção psicossocial. Esse conceito é importante, porque orienta todo o sistema. Quando o decreto vai detalhar o funcionamento do sistema, ele partirá



sempre de forma hierarquizada da porta de entrada ao SUS. Essas portas servirão como referência para o usuário identificar o acesso aos *serviços de atenção hospitalar*, *atenção especializada*, e outros de maior complexidade, bem como aos *serviços de atenção ambulatorial*.

Mas qual a principal porta de entrada para o SUS? É a atenção básica. É como se o SUS fosse a nossa casa. Nós normalmente entramos por uma porta e não pela janela ou pelo alçapão do teto. Mas em casos de emergência, podemos ser obrigados a entrar pela janela. Assim deve ser no SUS, só em casos de emergências devemos usar as emergências dos hospitais, e não para todo e qualquer atendimento do SUS. Até porque a lógica de funcionamento do SUS, como vimos no primeiro capítulo, não é focar somente na cura, ou seja, na consulta médica ou exame, mas também na promoção e na prevenção. É lá na atenção básica que o cidadão terá o seu cadastro, que deve ser acompanhado pelo agente de saúde e que conterá informações do contexto social e familiar e também seu histórico de procedimentos. Ao não respeitarmos as portas de entrada, estaremos contribuindo para a desregulação do SUS e ao seu não funcionamento. E talvez aqui esteja um dos desafios para os conselheiros de saúde e lideranças sociais:

reivindicar 100% de cobertura do programa de Saúde da Família (forma de organização da atenção básica), pois só assim teremos garantida uma porta de acesso a todos os cidadãos. Do contrário, continuaremos tendo que usar as “janelas” por falta das portas, enfrentando sempre cada vez mais a superlotação das emergenciais dos hospitais.

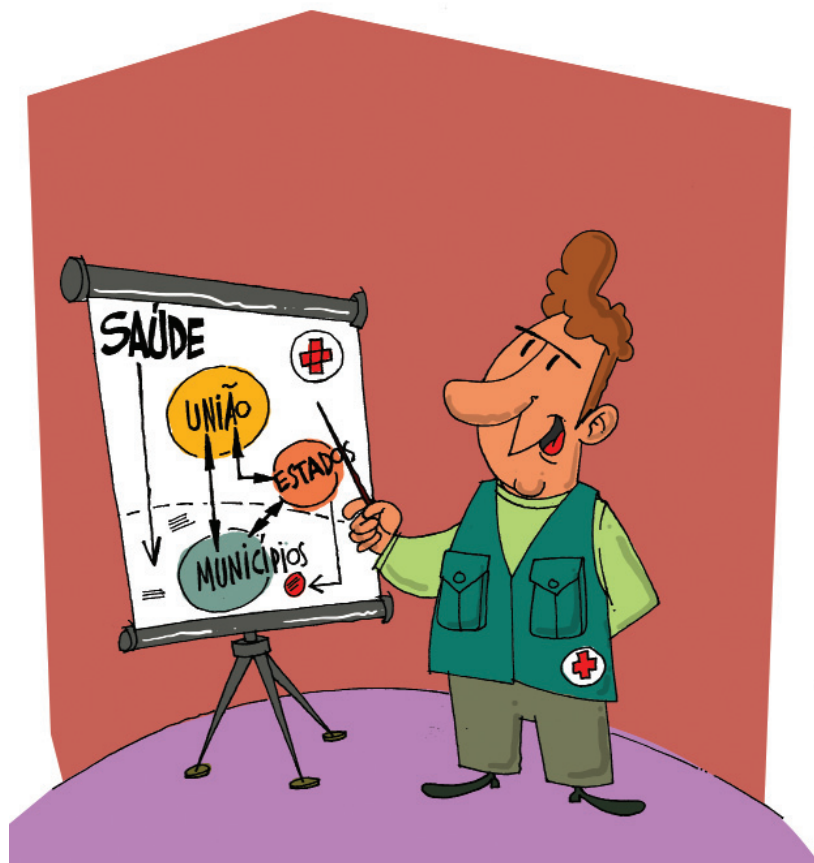
d) **Comissões Intergestores:** instâncias de pactuação consensual entre os municípios, região, estado e União para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. O Decreto reconhece as Comissões Intergestores Tripartite (CIT), as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e institui a Comissão Intergestores Regional (CIR). Estas comissões são assim compostas:

- CIT - composta paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems);
- CIB - composta paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS);
- CIR - Comissão Intergestores Regional – composta pelos gestores das secretarias municipais de saúde da região e de representantes da Secretaria Estadual de Saúde.

É na CIR que os gestores municipais de uma determinada região se reunirão para contratualizar as cotas de exames, de consultas e de procedimentos especializados disponibilizados na Região de Saúde a qual pertencem. Ou seja, para que os cidadãos de um determinado município possam ser atendidos em outro município, o gestor deverá contratualizar o serviço na CIR de sua Região de Saúde. Esse espaço é importante, porque limita o que muitos chamam de “ambulanciaterapia”, e evita que os municípios pelo neguem ou dificultem o atendimento aos cidadãos dos municípios do entorno. É importantíssimo que os conselheiros acompanhem se o gestor participa ou não desse espaço e quais são as respectivas posições que defende. A CIR é o espaço do planejamento regional da saúde.

Aqui se coloca um desafio para o controle social. Enquanto a nova lei cria um espaço regional para os gestores, qualificando a relação interfederativa através da CIR, o mesmo não ocorreu com as instâncias do controle social. O que queremos dizer é que talvez o controle social pudesse pensar um espaço regional, assim como a CIR, para promover o diálogo entre todos os conselhos de saúde que integram aquela determinada região. Neste fórum seriam

discutidos temas importantes para o planejamento da saúde na região, contribuindo assim de fato para a consolidação e o fortalecimento do SUS. Obviamente que esse espaço exigiria uma infraestrutura adequada, além de proporcionar aos conselheiros as condições necessárias para sua participação.



- e) **Mapa de Saúde:** instrumento que contribuirá para identificar as necessidades de saúde de cada região. O Mapa descreverá todas as ações e serviços de saúde ofertados tanto pelo SUS quanto pelo setor privado. Também identificará a demanda por serviços de saúde de cada região. O Mapa é uma ferramenta importantíssima que contribuirá no planejamento integrado, pois disponibilizará um diagnóstico situacional dos serviços e ações já oferecidos e dos serviços que precisarão ser ofertados. Por isso, é com base nele que o município, estado e região deverão elaborar o seu plano de saúde.

Além disso o Mapa de Saúde contribuirá para uma melhor gestão do SUS, ao apresentar não só os estabelecimentos credenciados no Sistema, mas também os estabelecimentos privados que atuam na região. Ou seja, o Mapa apresentará todos os fatores que poderão incidir sobre a organização e o funcionamento do SUS naquele município e naquela região. Contribuirá também com a descentralização dos serviços prestados ao SUS, ampliando as opções de contratualização e de novos investimentos.

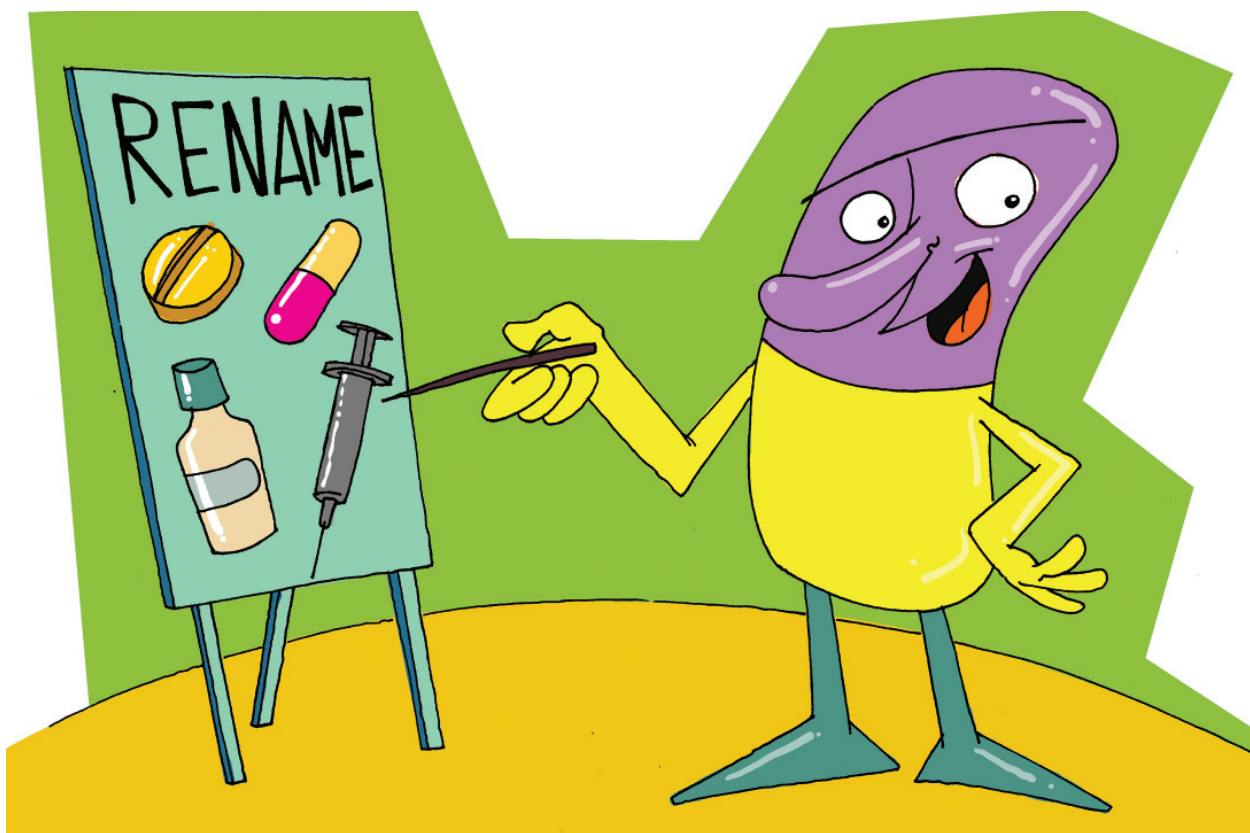
É importante que os conselheiros de saúde conheçam e tenham acesso ao Mapa da Saúde para contribuir no exercício de seu papel. Por exemplo, se no nosso município existem três mamógrafos privados, mas não há demanda para uso dos mesmos, é possível que vejamos campanhas para disponibilizar mais mamografias pelo SUS, a partir de uma falsa necessidade, com o objetivo único de sustentar os investimentos privados. Estas informações são importantes para o gestor e para o conselheiro de saúde, para que possam identificar essas situações e agir de acordo com a real necessidade dos usuários.

- f) **Rede de Atenção à Saúde** - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, desde a atenção básica até a alta complexidade, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde da população. Essa integralidade será através do referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores Regional, no caso dos municípios. As redes podem abranger uma ou várias regiões de saúde.

Em outras palavras, a rede de atenção à saúde são os vários locais e serviços oferecidos pelo SUS. Por exemplo, a unidade básica de saúde do meu bairro, o laboratório de análises clínicas (público ou privado, desde que credenciado no SUS), as clínicas de exames especializados, o Hospital, o CAPS, a rede cegonha... Esse conjunto de estabelecimentos que oferecem serviços de forma continuada é que formam a rede de atenção à saúde. É como se fosse um caminho a percorrer.

- g) **RENASES** é uma lista de ações e serviços que o SUS oferece gratuitamente à população para atendimento à saúde. Desde mamografia e eletrocardiograma até a acupuntura. De exames de rotina até testes específicos e complexos. Além de todos os outros tipos de serviços, como vacinas, cirurgias e as ações de promoção e vigilância, que poderão ser atualizados a cada dois anos pelo Ministério da Saúde, conforme diretrizes aprovadas na CIT.

Segundo o Decreto, municípios, estados e União pactuarão nas suas comissões específicas (CIT, CIB, CIR) as suas responsabilidades, podendo inclusive adotar relações específicas e complementares. Ou seja, cada município, entre todas as ações e serviços contidos na RENASES, pactuará aquelas de acordo com a sua realidade local e regional. Por exemplo, um município que não atende comunidades quilombolas não precisará pactuar ações e serviços direcionados a essa população. Mas aquele que atende terá que pactuar garantindo a universalidade do atendimento.



- h) **RENAME** é a lista de medicamentos que o SUS disponibiliza à população de acordo com a sua necessidade. A RENAME padronizará e selecionará medicamentos para atendimento de doenças ou agravos no âmbito do SUS.

A garantia do acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica se dá mediante alguns critérios, conforme estabelece o art. 28:

- estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;
- ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;
- 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;
- ter a dispensação ocorrida em unidades indicadas pela direção do SUS.
- Assim, como no caso da RENASES, os municípios também poderão, nas instâncias de pactuação, adotar relações específicas e complementares, respeitando as respectivas responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos. Só poderão estar na RENAME produtos registrados junto à ANVISA.

Para o Decreto, a etapa mais importante de todo processo de organização e funcionamento do SUS é o Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP. É nesta etapa que será de fato apresentado de que forma será feita a regionalização, a hierarquização, o processo de planejamento e a assistência à saúde e farmacêutica.

3 – CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA - COAP

O COAP é um contrato realizado pelos três entes federados (Município, Estado e União), no qual são especificadas as responsabilidades de cada um quanto às ações e serviços do SUS em uma determinada região de saúde. Seu objetivo é organizar e integrar as ações e serviços de saúde de forma regional e hierarquizada. O Contrato, além de definir as responsabilidades específicas do Município, Estado e União, também define os recursos financeiros e outros dados necessários às ações e serviços em saúde previstos. Tanto as normas de elaboração quanto o fluxo do COAP serão pactuadas na CIT, e sua implantação é de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde.

O COAP é o resultado dos planos de saúde de cada uma das esferas do governo. Nesse sentido, aperfeiçoa o Pacto pela Saúde, especialmente no que se refere à responsabilidade jurídica. Por se tratar de um contrato, os gestores municipal, estadual e o ministro da saúde comprometem-se em conjunto com a realização das ações e serviços previstos no Contrato, e todos respondem juridicamente pelo que foi assinado. A União estará presente em todos os contratos; os estados estarão nos contratos com os seus municípios, e os municípios só na região de saúde a que pertencem.

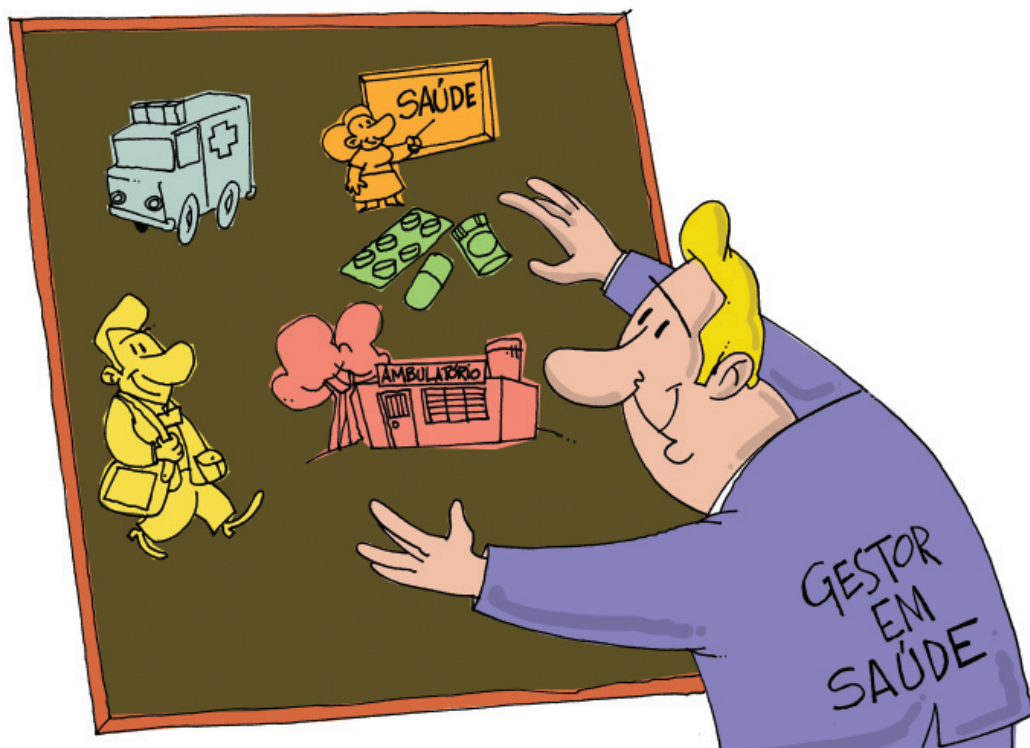
Formalmente, o COAP está estruturado em quatro partes e em três anexos, como veremos a seguir:

1) Parte I: das responsabilidades organizativas.

As responsabilidades organizativas tratam, como o próprio nome já enuncia, da organização do sistema. Apresentam as diretrizes que sustentarão todo o COAP. Esta parte é formada por 16 cláusulas que traduzem as diretrizes resultantes dos princípios do SUS - rede, acesso regulado, planejamento, publicidade do Contrato e de seus resultados, entre outros; reafirmando a responsabilidade de cada gestor.

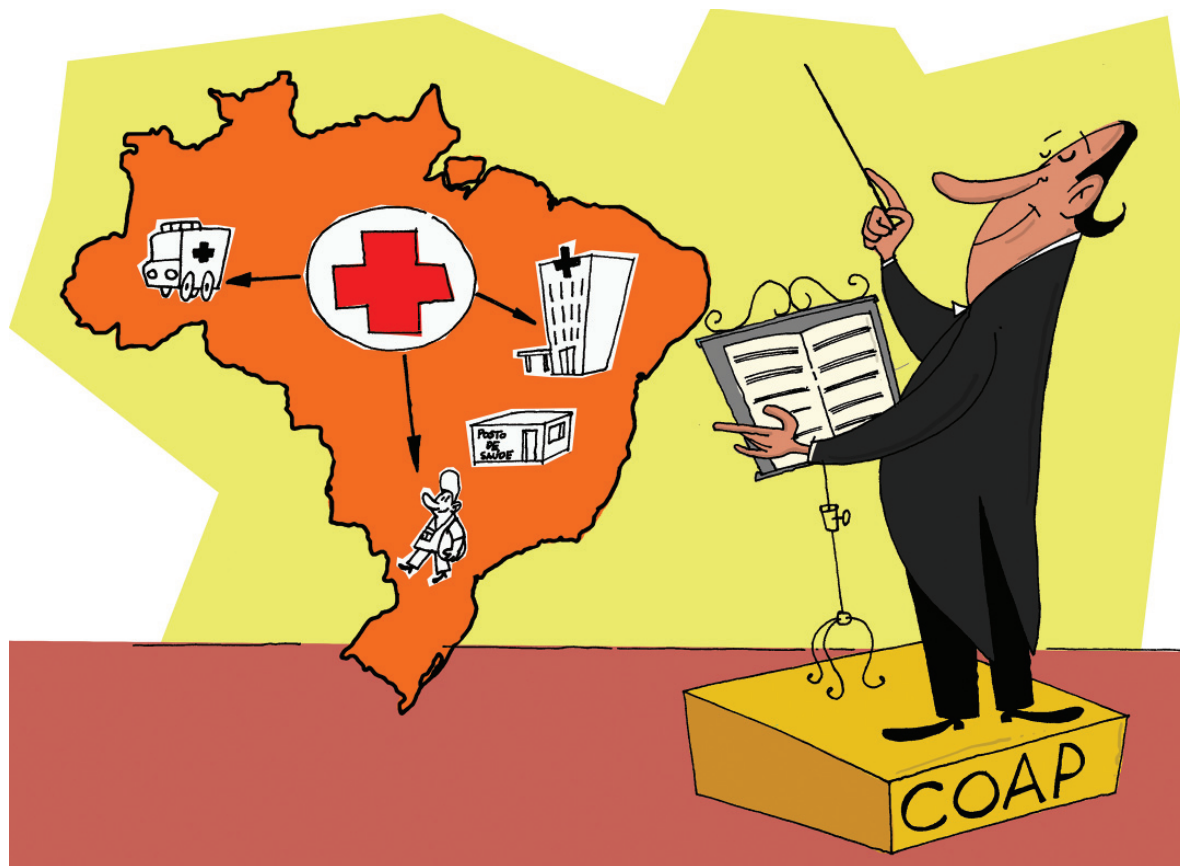
Como o SUS é um sistema único - e não o conjunto de diversos sistemas, sendo, portanto, regido pelos mesmos princípios e diretrizes, é necessário que a estrutura do COAP seja padronizada e que os contextos regionais se comprometam com a integralidade do SUS. Por isso, esta parte do contrato já vem padronizada pelo Ministério da Saúde. Por exemplo, o gestor não pode propor ações no COAP que contrariem a universalidade. Da mesma forma, não tem autonomia para acabar com os conselhos da saúde.

A assinatura do COAP pelos entes responsáveis deve ser feita nas primeiras páginas, antes das cláusulas que regem o Contrato. No município, o ministro da Saúde, o governador do Estado, o secretário estadual, o prefeito municipal e o secretário municipal de Saúde assumem “conjuntamente, o compromisso de organizarem de maneira compartilhada as ações e serviços de saúde na região de saúde específica”. Obviamente, que deverá ser respeitada a autonomia federativa de cada um. **Especificam suas responsabilidades e o tempo de duração do contrato.** O previsto é que o COAP tenha validade para quatro anos, seguindo o fluxo dos demais instrumentos de planejamento.



A fim de evitar qualquer dúvida, o objeto do contrato está claro já na primeira cláusula: *“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 XXXX, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde dos usuários através da rede de atenção à saúde para conformar o Sistema Único de Saúde (SUS)”*. O Contrato vai dizer como organizar regionalmente a assistência à saúde, garantindo a integralidade, a

universalidade e a gratuidade dos serviços, ou seja, o direito à saúde para todos. O conceito de saúde presente no Contrato preserva a concepção de saúde como direito humano, conforme vimos no primeiro capítulo.



Nesta primeira cláusula está o núcleo do contrato. Se o COAP não conseguir organizar solidariamente a rede de atenção à saúde - garantindo a integralidade das ações e serviços a todos os usuários, poderá ser apenas uma boa intenção, com uma nova nomenclatura, mas sem nenhuma efetividade. Eis o grande desafio!

O princípio da solidariedade que rege o Contrato é o contrário do individualismo municipal. Com isso, queremos dizer que o SUS não se faz isoladamente no município, mas sim numa rede solidária. É com esforço conjunto e com responsabilidade compartilhada que os assinantes do Contrato buscarão garantir o direito à saúde para todos.

Outro conceito importante que está em todo o COAP é o de rede, que provém do princípio da solidariedade. O cidadão tem o direito a um atendimento integral, o que quer dizer que o sistema deve garantir o acesso em todos os níveis de complexidade, assim como deve considerar o ser humano no seu todo. Porém, para essa rede funcionar, ela precisa ser organizada e mapeada (ver Mapa da Saúde no capítulo anterior). Para isso, se faz necessário um planejamento regional integrado que se traduzirá no COAP. As diretrizes que orientarão a estruturação dessa rede estão descritas na cláusula sexta desta primeira parte do COAP.

Com a regulamentação da Lei, a atenção básica será a ordenadora do sistema. Essa foi, desde o início do SUS, uma grande luta e por isso deve ser resolutiva. Essa diretriz, que determina a resolubilidade da atenção básica (ou seja, seu grau de eficácia e eficiência), chama a atenção não só para o papel que ela cumpre na organização do SUS, mas também para explicitar a importância de mais investimentos nos aspectos físicos e humanos da rede. Só teremos uma atenção básica eficaz e eficiente se de fato a priorizarmos no sistema. A aposta ou não na atenção básica traduz o grande diferencial entre as concepções de saúde que discutimos no primeiro capítulo.

A cláusula oitava tratará do **planejamento da saúde integrado** que, segundo o Contrato, deverá ser realizado permanentemente com os conselhos de saúde e as comissões intergestores. A novidade está no item 8.1.1 “*A elaboração do Plano de Saúde e do Relatório de Gestão é obrigatório à manutenção das transferências de recursos financeiros previstos neste contrato [...]*” Ou seja, um município, por exemplo, se não tiver o Plano de Saúde, não receberá recursos do Estado e da União. Isso é um grande avanço, pois ratifica a necessidade do Plano de Saúde como instrumento de gestão e fiscalização. Para que ele seja efetivo, o Plano não poderá ser feito sem considerar a portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, que rege a sua elaboração.



Essa portaria estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no SUS. O fato importante e novo que essa portaria traz em seu Art. I é a *compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (o Plano de Saúde com as suas respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) em cada região. Deve, portanto, o Plano de Saúde observar os prazos de PPA conforme lei orgânica de cada ente federado (Art. 3º).*

Por que esses artigos são importantes? Como sabemos, é o PPA que define as diretrizes que vão orientar a construção da LDO, e que, por sua vez, orienta a construção da LOA - que define quanto o município gastará em cada setor. Então, se queremos que o Plano de Saúde esteja no orçamento e nas metas do município, devemos elaborá-lo antes do PPA, pois, do contrário, as grandes ações de saúde serão construídas sem a conferência de saúde, sem a análise da situação da saúde no município e sem a participação do Conselho - que tem por função aprovar o Plano de Saúde.

A mesma cláusula oitava define o Mapa da Saúde como instrumento importante de orientação e planejamento em saúde, propondo sua constante atualização e monitoramento. O Mapa da Saúde vai ser fundamental na definição das prioridades em saúde da região. Como já vimos no capítulo anterior, no Mapa de Saúde estarão informações sobre a estrutura da saúde no município e na região (seja ela pública ou privada), a forma como a rede de atenção à saúde é organizada, as condições sóciosanitárias do município e da região, como se dão os fluxos de acesso ao SUS, os recursos financeiros e a gestão do SUS, dentre outras.

A Diretriz que orienta a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) enumera os conteúdos -que devem integrar essa Programação,(conforme o Anexo II da Parte II do Contrato, como veremos a seguir) e também ressalta a importância de elaborá-la no prazo estipulado. A PGASS será importante para o processo de planejamento, pois vai definir a responsabilidade pela organização da rede de atenção à saúde e pela prestação das ações e serviços em saúde na região de saúde, garantindo a integralidade ao usuário. A PGASS é a antiga PPI do Pacto pela Saúde.

A cláusula décima-segunda trata da diretriz sobre o financiamento. Essa diretriz está em harmonia com a Lei 8080/90 e com a Lei 141/2012. Ela estabelece que os recursos da saúde sejam transferidos fundo a fundo e que as regiões de saúde serão referência para a transferência. As referências para o repasse dos recursos serão: Planos de Saúde; Programação Pactuada Integrada e demais programações; Planos Regionais das redes prioritárias e os incentivos financeiros das políticas públicas nacionais e estaduais. Portanto, ao assinar o Contrato, o gestor

também se compromete a criar e implementar o Fundo de Saúde. Outra grande novidade trazida pela Lei 141/2012, no art. 14, é que o fundo se constitui em unidade orçamentária e gestora das despesas em saúde. Isso ratifica o já previsto na Lei 8080/90, ou seja, que o gestor do Fundo de Saúde é o Secretário de Saúde. Essa é uma reivindicação histórica do Controle Social, que deverá também acompanhar a operacionalização do fundo.

Nessa primeira parte do COAP, percebemos diversas diretrizes importantes e essenciais para o SUS, apresentadas como cláusulas, ou seja, com valor jurídico. Isso é importante porque os gestores se comprometem juridicamente em seguir essas diretrizes, sob pena de responsabilização. Diferente das contratualizações anteriores, como, por exemplo, o Pacto, em que essas diretrizes eram consideradas como pressupostos, e não havia qualquer ônus para o gestor que as descumprisse.

2) Parte II e anexos I, II e III: Das Responsabilidades Executivas

Como vimos anteriormente, a primeira parte do COAP, trata especificamente de como deverá ser organizado o sistema de saúde. Na segunda parte do Contrato são descritas as responsabilidades pela execução dos serviços de saúde que serão realizadas na região e que serão de responsabilidade do município A, do município B, do Estado ou da União. Essa parte do COAP é elaborada na região, a partir das diretrizes e objetivos nacionais, de acordo com as especificidades existentes. Se o Contrato fosse um pastel, essa parte seria o recheio. A massa é elaborada pelo Ministério da Saúde e o recheio é colocado em cada região específica de acordo com seu gosto; no caso da saúde, das suas necessidades e especificidades.

Para a elaboração dessa Segunda Parte, deverão ser levadas em conta as diretrizes nacionais e as propostas da Conferência de Saúde (Estadual ou Municipal). Isso é importante porque, ao contrário do que muitas vezes ocorre na gestão do SUS, havendo um descompasso entre os planos de saúde do município, do estado e da União, agora com o COAP haverá uma articulação maior. Ou seja, haverá uma unicidade no planejamento entre todas as regiões de saúde.

O Anexo I desta segunda parte do COAP trata especificamente da **caracterização** do município que assinará o Contrato e da região, de acordo com os dados informados no Mapa da Saúde. A caracterização será feita individualmente de município por município e levará em conta dados demográficos, socioeconômicos, análise epidemiológica, estrutura do sistema de saúde, informação sobre os conselhos municipais de saúde, estimativa de gestantes no SUS, sistema de regulação do sistema de saúde na região e planejamento entre outros.



O Anexo II traz a **programação geral das ações e serviços de saúde** na Região de Saúde. Com base na RENAME e na RENASES, esse anexo dirá quais serão as ações e serviços de saúde que serão executados e as respectivas responsabilidades individuais e solidárias, respeitando uma lista mínima de obrigatoriedades que o município deve cumprir e que estão previstas no Decreto.

No anexo também constarão os serviços e ações oferecidas e as que não estão sendo oferecidas. Os serviços que não são oferecidos na região em que o município é parte devem estar referenciados em outra região. Por exemplo, digamos que na região A não haja nenhum prestador de serviço que realize transplante de órgãos. Não é pelo fato de não se dispor do procedimento de transplante na região, que o usuário não terá o direito de acesso a ele. Pelo contrário, a região A terá que dizer para onde vai mandar as pessoas que necessitam deste serviço.

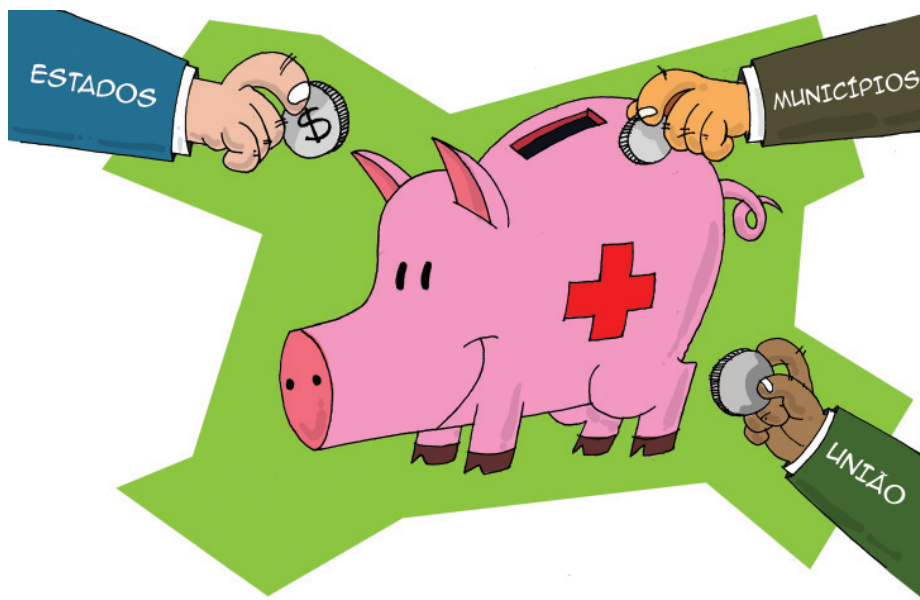
Deverá estar claro também que a região que vai receber esse usuário será a referência da região A para este tipo de procedimento.

Esse anexo II terá ainda o mapa de metas para as ações e serviços executados na Região de Saúde. O Mapa de Metas vai mostrar claramente onde se pretende chegar com a execução do COAP. Ele apresentará as ações e serviços já oferecidos e os que estão em processo de oferta, do início até o fim do prazo de execução do Contrato.

- O Anexo III apresentará a **relação dos serviços de saúde** em cada esfera de governo e as respectivas responsabilidades pelo referenciamento dos usuários de outro Município. Essa relação deixará claro os investimentos, os serviços contratados, os contratos de terceiros e a coordenação do contrato. O próprio COAP organizará a referência e a contrarreferência, definindo as responsabilidades do município referenciado e do município contrarreferenciado.

3) Parte III: Das Responsabilidades Orçamentário-Financeiras e Formas de Incentivo, com a identificação dos repasses.

Essa parte tratará especificamente do financiamento dos serviços e ações previstas na Parte II. Ela define o quanto a União, Estado e Município deverão repassar de dinheiro para que o Contrato seja executado, e também como e quando serão feitos os repasses de cada uma das esferas de Governo. Essa parte deverá estar de acordo com a Lei 141/2012.



4) Parte IV: Das Responsabilidades Pelo Monitoramento, Avaliação de Desempenho da Execução do COAP e Auditoria.

São os gestores que farão periodicamente o monitoramento e a avaliação da execução do COAP, tanto na esfera municipal como na regional. Esse monitoramento e avaliação devem ser divulgados e repassados aos Conselhos de Saúde de cada município.

A avaliação de desempenho deve levar em conta o IDSUS (Índice de Desempenho do SUS) e as metas estabelecidas no COAP, com a finalidade de medir o alcance ou não das metas estabelecidas no Contrato, bem como os resultados alcançados. Essa avaliação é importante porque além de saber se foi cumprido ou não o proposto, também avalia o impacto das ações, isto é, se de fato a saúde melhorou para a população.

O Relatório de Gestão Anual deverá estar em sintonia com esse processo, mostrando as ações executadas, os investimentos, os gastos e os resultados alcançados.

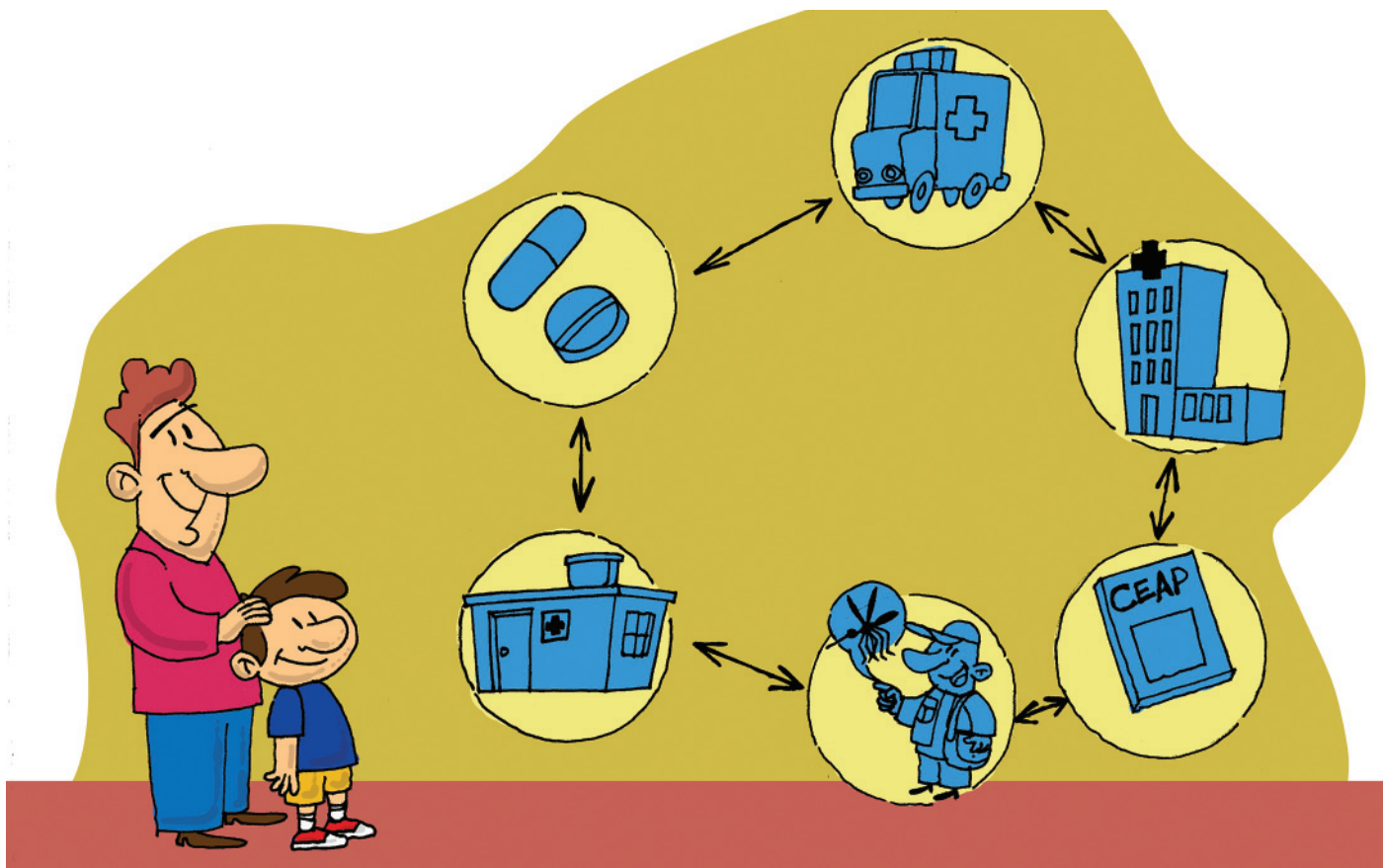
O Contrato terá vigência de quatro anos, deverá ser aprovado e homologado em cada um dos municípios daquela região, pactuado na CIR, homologado na CIB e encaminhado para a CIT fazer a publicação no Diário Oficial.

Se o processo de construção e elaboração do COAP for levado a sério pelos gestores, ele se apresenta como uma importante ferramenta para avançarmos na organização e funcionamento do SUS e garantir o direito humano à saúde de todos. No entanto, se reconhece que esse não é um processo fácil e simples, especialmente porque convivemos com alguns problemas estruturais na saúde como o limite do seu financiamento.

No próximo capítulo, retomaremos algumas questões importantes do Decreto e que deverão ser discutidas pelos conselhos de saúde e lideranças sociais.

4 - TEMAS RELEVANTES DO COAP

O desafio do COAP é dar um passo na organização de uma rede de atenção à saúde estruturada de forma regionalizada. Essa rede deverá disponibilizar uma lista mínima de serviços dentro das seguintes áreas:



- atenção básica
- urgência e emergência
- atenção psicossocial
- atenção ambulatorial especializada e hospitalar
- vigilância em saúde.

A partir dessa compreensão de rede de atenção à saúde, os estados estão mapeando e redenhando suas regiões de saúde, e buscando identificar as necessidades individualizadas de cada região com o objetivo de garantir ao usuário a integralidade do sistema. Na região de saúde deverá haver responsabilidades individuais e coletivas, ou seja, cada município se responsabilizará não só pelo seu município, mas também pela região. Neste sentido, cabe destacar quatro temas importantes: atenção básica, regionalização e hierarquização, planejamento e financiamento.

1 – ATENÇÃO BÁSICA

O conceito de atenção básica que perpassa a construção do COAP tem uma relação muito próxima com a conferência de Alma-Ata, no qual a Atenção Básica não significa serviço precarizado, sem resolutividade e sem qualidade. No ordenamento do Sistema, a atenção básica constitui-se numa rede estratégica de ações e serviços de saúde pública.

Ter essa compreensão é importante, pois há os que enxergam a atenção básica como um programa de saúde para as pessoas desfavorecidas socialmente, com tecnologia simples e de baixo custo. Há ainda os que a entendem como nível primário do Sistema, no qual ela seria o primeiro nível e o hospital outro nível. Essas concepções ainda estão muito presentes em nosso cotidiano. E qual a diferença entre essas compreensões e a compreensão que o Decreto traz? A primeira grande diferença é que quando entendemos a atenção básica como parte indissociável do Sistema, ela ganha importância e necessidade, como as demais partes, o que significa que ela também deve receber recursos e investimentos. A segunda grande diferença é que a lógica que ordenará todo o Sistema será a saúde coletiva e não a individual. Isso quer dizer que serão levados em consideração aspectos sociais, econômicos, epidemiológicos e



biológicos e não apenas o biológico. E, por último, que a organização do Sistema se dará por redes solidárias e não por relações hierárquicas, em que um município define de forma centralizada a organização do SUS na região.

Normatizar a Atenção Básica como ordenadora do Sistema é buscar oferecer a cobertura e o acesso universal aos serviços e ações do SUS, garantindo a integralidade e a continuidade do cuidado, se necessário. É colocar a ênfase não só na cura, mas principalmente, na promoção e prevenção; isto é, cuidar das pessoas para que tenham uma boa qualidade de vida. Por isso, ela deverá ser a base para o planejamento em saúde e estar integrada na rede de Atenção à Saúde, de modo a garantir a eficácia, a eficiência e a continuidade do cuidado.

Investir na Atenção Básica é enfrentar a lógica hospitalocêntrica, na qual a pessoa estabelece uma relação direta com o hospital, mesmo em casos em que a sua necessidade de saúde não o demande. Isso vemos diariamente em nossas cidades ou nos meios de comunicação. Uma das causas da superlotação das emergências dos hospitais é a não estruturação e funcionamento da atenção básica como deveria. Segundo dados do Ministério da Saúde, nos casos em que a Atenção Básica está ordenada, a taxa de internação hospitalar reduz em até 30%.

Sintetizando, o Decreto 7.508/2011 exige que para ser constituída uma região de saúde ela deverá ter organizada a Atenção Básica. A responsabilidade da Atenção Básica não é da região, mas de cada município. A Atenção Básica é uma das portas de acesso do SUS, e o acesso ao hospital ou a realização de exames se dará mediante referenciamento da Unidade Básica de Saúde. Ela será a ordenadora do Sistema.



Uma das metas que os municípios precisam contratualizar e fazer constar no COAP é o Fortalecimento da Atenção Básica. O fortalecimento passa pela estratégia a ser adotada: investimento na infraestrutura, nos trabalhadores da saúde, nos serviços oferecidos e na qualidade do acesso e na continuidade do cuidado.

Aos conselheiros de saúde e lideranças sociais fica o desafio de acompanhar esse processo de reestruturação da atenção básica e de exigir 100% de cobertura; isto é, todas as pessoas do município devem estar ligadas a uma Unidade Básica de Saúde o mais próximo possível da sua casa, unidade essa eficaz e integrada na rede de atenção à saúde. Do contrário continuaremos usando as emergências dos hospitais para problemas crônicos ou que poderiam ser resolvidos lá na UBS - ao invés de usá-las somente para as reais emergências e urgências, superlotando os hospitais, onerando os cofres públicos e deixando, muitas vezes, de prestar serviços humanizados, eficientes e eficazes.

2 – REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO

Na constituição Brasileira de 1988 está inscrito que “*as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada (...)*” (cf. art. 198). Desde então, o tema da regionalização é tratado como central na discussão da organização e funcionamento do SUS. Mas até o momento, esse é um dos grandes desafios que o SUS tem a enfrentar. O COAP vem na perspectiva de enfrentar o problema e de fato organizar o SUS de maneira regional e solidária.

Por que a regionalização, que deveria ser um processo integrado e resolutivo constitui-se num verdadeiro problema para o SUS? Alguns fatores podem ser indicados:

Todos os municípios pequenos, médios ou grandes, são responsáveis pela Atenção Básica. Já os serviços de “média e alta complexidade”, que exigem mais recursos e infraestrutura, são oferecidos de forma regional. Por exemplo: um município de dois mil habitantes não comporta um centro de cardiologia, mas um conjunto desses municípios sim. Isto quer dizer que mesmo o cidadão de um pequeno município deve ter acesso a todos os procedimentos.

O problema é que esse processo muitas vezes não é organizado. E se torna um verdadeiro empurra-empurra. O município B diz que o Município A só sabe comprar ambulância e mandar as pessoas para o seu município. O Município A, por sua vez, diz que o Município B recebe todos os recursos do Estado e da União e muitas vezes não oferece os procedimentos que deveria disponibilizar. No meio do empurra-empurra fica o cidadão, que vai de um lado para o outro sem conseguir resolver a sua demanda no SUS, sujeitando-se a pagar pelo atendimento.

Para evitar esse tipo de situação é que o COAP propõe o desafio de organizar e dar funcionalidade para a região de Saúde. É importante apontar que as regiões de saúde foram re-

desenhadas para facilitar o acesso e também para suprir os vazios assistenciais ainda muito presentes no país. Ao invés de grandes regiões, o COAP propõe pequenas regiões, com proximidade geográfica e identificação cultural. Ao todo estão previstas 436 regiões de saúde no Brasil. Esse novo desenho e a constituição de regiões têm vários desafios a enfrentar, a começar pela precária infraestrutura de alguns municípios que passarão a ser municípios polo, e o histórico fortalecimento da infraestrutura privada de grandes centros urbanos, muitas vezes financiado com recursos públicos.

De qualquer forma, o eixo estruturante do COAP é a regionalização e é seu objetivo garantir o funcionamento do SUS de forma regional, com atendimento integral e o mais próximo possível do usuário, de forma organizada e contratualizada entre os municípios pertencentes a essa região.

A ideia de regionalização do COAP anda junto com a compreensão de redes de cuidado. Rede é o conjunto de ações e serviços em saúde articulados em níveis de complexidade crescente, afim de garantir a integralidade. Relacionar o conceito de regionalização com o conceito de rede é importante, pois a regionalização só terá êxito se toda a rede estiver funcionando, compatibilizando a atenção básica com a alta complexidade, os serviços e ações de promoção com a reabilitação. Do contrário, não haverá regionalização e o COAP não terá o impacto desejado.

Além disso, o conceito de rede, associado à regionalização, evita pensar a hierarquização em forma de pirâmide. A hierarquização pensada pelo Decreto é horizontal, isto quer dizer que não haverá um nível de atenção mais importante que o outro. Todos serão necessários.

Em síntese, para o decreto as ações e serviços de saúde devem ser organizados de forma integrada entre municípios vizinhos, que se identificam culturalmente e geograficamente, através de uma Rede de Atenção



à Saúde. Isso quer dizer que consultas, exames e procedimentos devem ser organizados em uma rede de saúde, de forma hierarquizada. Tendo como carro chefe a atenção básica, deve integrar a rede hospitalar, laboratórios e institutos especializados do município ou da região, sempre de forma organizada e contratualizada, através do COAP.

É necessário que o gestor municipal participe das Comissões Intergestores Regionais (CIR) para contratualizar os serviços e integrar a rede, de modo que a universalidade, a integralidade e a equidade do sistema sejam garantidas ao usuário.

Neste tema também surge um desafio para o controle social, como veremos no próximo capítulo: o de conversar regionalmente. Construir um espaço regional para que os diversos conselhos de saúde que compõem a região possam discutir, analisar, propor e avaliar o processo de planejamento integrado regional(nesse caso o COAP), contribuindo para o fortalecimento do SUS na região.

3 – PLANEJAMENTO

O próprio COAP é a síntese do planejamento entre os municípios de uma determinada região em saúde. E talvez esse seja seu grande avanço, mas também seu grande desafio: planejar a saúde regionalmente e solidariamente, compartilhando a gestão do SUS naquela determinada região de saúde.

O capítulo terceiro do Decreto 7.508 estabelece a obrigatoriedade do planejamento em saúde no setor público com os respectivos quadros de metas e os custos previstos. O processo de planejamento e orçamento será ascendente, isso quer dizer que começa no município e integra-se no nacional e não o contrário. Com isso, o COAP pretende eliminar a desarticulação entre os planos nacional, estaduais e municipais, assegurando a sua afinidade e garantindo um planejamento baseado na realidade concreta, a partir dos microespaços e não só a partir de macroespaços.

Outra grande novidade do planejamento é a compatibilização entre os instrumentos de planejamento de saúde (Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão) com os instrumentos de planejamento e orçamento do Governo (PPA, LDO e LOA), conforme estipulado pela portaria 2.135 de 25 de setembro de 2013.

Segundo essa mesma portaria, os instrumentos para o planejamento no SUS são o Plano de Saúde, as programações Anuais e o Relatório de Gestão. Vejamos em que consiste cada um desses três elementos:

Plano de saúde: Instrumento estratégico para o SUS, porque prevê o planejamento das ações para quatro anos. É importante que seja elaborado no primeiro ano de mandato de de-

terminado gestor. No primeiro ano, o gestor administra a saúde baseado no plano da gestão anterior, e elabora o Plano para o próximo período. O Plano de Saúde é a base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do SUS. Nele deverão constar todas as áreas da atenção à saúde, desde a atenção básica até a alta complexidade, assegurando a integralidade.

Para a elaboração do plano de saúde, é necessário considerar, além das diretrizes definidas pelas conferências de Saúde:

- a) a análise situacional da saúde (estrutura do sistema de saúde, redes de atenção à saúde, condições socio sanitárias, fluxos de acesso, recursos financeiros, entre outros) orientada pelo Mapa de Saúde;
- b) a definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores;
- c) o processo de monitoramento e avaliação.

Depois de considerados esses elementos para sua elaboração, o Gestor deve submeter o Plano à apreciação e aprovação no Conselho de Saúde. Assim como disponibilizá-lo pela internet no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS).

Os conselheiros de saúde devem discutir e analisar com o devido tempo necessário a proposta do Plano de Saúde. Olhar para o Plano e conferir se nele estão contidas as demandas da população e as diretrizes da conferência. E para isso é necessário um período de tempo considerável. Aconselha-se que o conselho constitua comissões para discuti-lo.

Afim de garantir a previsão orçamentária para a execução do Plano de Saúde, a nova portaria 2.135/13 estabe-



lece que o Plano de Saúde deve observar os prazos do PPA definidos nas leis orgânicas. Essa é uma grande novidade assegurada pela portaria e fruto de muita reivindicação dos conselhos de saúde e do movimento social. Essa medida proporciona que os compromissos assumidos no Plano de Saúde tenham previsão orçamentária adequada e, que, portanto, tornem sua execução possível. Do contrário, poderá haver um belo Plano de Saúde, mas sem nenhuma previsão orçamentária, tornando-se apenas boas intenções com efetividade nula.

O gasto em saúde deve estar baseado no Plano e elaborado pelos gestores nacional, estadual e municipal. Conforme a Lei 8.080/90, no §2º, “*é vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde*”. Como já vimos, o Plano de Saúde integrará o Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP. E vemos também que ele é condição para que haja o repasse de recursos. Ou seja, se não tiver Plano de Saúde não recebe recursos financeiros.

Programação Anual da Saúde– PAS: Nesta Programação são detalhadas as ações e serviços, as metas anuais, os indicadores e os recursos financeiros que garantirão a execução do Plano de Saúde para alcançar os objetivos propostos naquele ano específico. Sua elaboração inicia no ano em curso, para execução no ano seguinte. Deverá ser encaminhada para aprovação no Conselho de Saúde, antes da data de aprovação da LDO do mesmo período, pois suas ações devem estar previstas na LDO e na LOA, de acordo com a lei 141/2012. Na PAS o gestor dirá o quê e quanto das ações previstas no Plano de Saúde será realizado naquele ano.

Atenção Conselheiros de saúde: A PAS deverá ser aprovada no Conselho antes da aprovação da LDO. E para sua aprovação é necessário ter o Plano de Saúde. Do contrário, sem o Plano, como poderá ser aprovada a PAS, que é “o quanto” e “o quê” do Plano será realizado naquele ano? Não se inventa a roda na PAS; ela apenas desmembra o Plano de Saúde.

Relatório de Gestão: instrumento para apresentar às instâncias de controle social do SUS e à comunidade em geral um relato das ações implementadas durante o ano, a partir da Programação Anual de Saúde. Além do cronograma físico-financeiro, deve mostrar o resultado dos indicadores esperados, a análise do cumprimento dos objetivos e metas contratualizadas no COAP, e ainda apresentar as recomendações para a próxima programação anual. O Relatório deve ser apreciado e aprovado pelo Conselho de Saúde até o final do primeiro trimestre do ano subsequente.

A elaboração do Relatório Anual de Gestão utiliza a ferramenta eletrônica Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), cuja alimentação é anual, regular e obrigatória. Tanto a União, estados e municípios, quanto os respectivos conselhos deverão alimentar o sistema até o dia 31 de maio do ano subsequente. Os conselheiros de saúde terão senhas específicas para acessar o sistema.

Outro relatório que integra os instrumentos de planejamento do SUS é o **Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior**, que antes era trimestral e agora passa a ser quadrimestral segundo a lei 141/2012. Esse relatório pode ser considerado como um relatório de gestão do quadrimestre. Ele monitora, acompanha a execução da PAS e presta contas das ações e serviços do SUS naquele período. Deve ser apreciado pelo Conselho de Saúde nos meses de maio, setembro e fevereiro. Com a finalidade de unificar o modelo deste relatório, o Conselho Nacional, através da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 459/12, elaborou um modelo que deverá ser seguido por todos os municípios, e deverá apresentar: a) montante e fonte dos recursos aplicados no período; b) auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações; c) oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, comparando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

Todos esses instrumentos de planejamento passam pela apreciação do Conselho Municipal de Saúde. Para isso, é importante considerar que os números e resultados apresentados nesses relatórios tenham contribuído para a melhoria da saúde da população; do contrário tais ações perdem seu sentido. Por exemplo, se no relatório consta que foram gastos 10% do orçamento em um programa de erradicação da mortalidade infantil do município X, muito mais que contabilmente, os conselheiros devem analisar considerando os indicadores de resultado, ou seja, se de fato a mortalidade infantil está sendo erradicada naquele município. Caso isso não esteja acontecendo, significa que há necessidade de avaliar as estratégias adotadas a fim de obter os resultados desejados.

Como vimos, o controle social é parte indissociável do SUS e a ele cabe um papel importante na consolidação do Sistema e não somente o papel de coadjuvante. Diante disso, poderíamos nos perguntar: qual o papel do controle social nesse processo de planejamento integrado regional – COAP? É sobre isso que discutiremos no próximo capítulo.

5 - A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL

Uma das diretrizes do SUS é a participação da comunidade. Isto quer dizer que a participação da comunidade, assim como a regionalização, dão sustentação ao sistema e devem orientar a sua implementação. Os espaços formalmente reconhecidos de exercício da participação da comunidade, como os conselhos de saúde e as conferências, são espaços que integram o todo do SUS. Não são opcionais, desconectados da gestão do sistema, ou de menor importância. Por isso é fundamental que a população participe ativamente desses espaços.



No entanto, assim como existem diferentes compreensões para o conceito de saúde, há também divergências sobre a participação da comunidade e do controle social. Para os movimentos sociais, que historicamente lutaram pela efetivação do Direito Humano à Saúde, controle social é muito mais que fiscalização e avaliação. Controle social é entendido como participação da comunidade; ou seja, é participar de todo o processo de construção do SUS, desde o planejamento até a avaliação.

Por isso lutam para que os conselhos de saúde sejam espaços de discussão, proposição, deliberação, fiscalização e avaliação e não somente como fiscalização.

Por outro lado, há uma tendência proveniente do modelo neoliberal que considera o papel do controle social somente como avaliador e fiscalizador, ou seja, não participa de todo o processo, mas apenas acompanha se o que está sendo feito corresponde ao que foi planejado ou

não pelos gestores e se nesse processo não estão acontecendo “desvios de rota”, como por exemplo, desvios de recursos. Essa compreensão sustenta que os conselheiros e lideranças não precisam de uma formação política ou ideológica mais ampla, mas apenas de “capacitações” que tratem de alguns temas e orientações mínimas para o exercício da função. O atual estágio do SUS indica a necessidade de uma formação que alargue o debate da saúde e da participação social.

Infelizmente, a forma de compreender o controle social apenas como avaliador e fiscalizador a cada dia está ganhando mais força em nossos espaços formais de controle social, restringindo a nossa participação nos espaços públicos.

Por isso os conselheiros de saúde e lideranças sociais têm muitos desafios a enfrentar nos espaços de controle social, a começar pela concepção de democracia que queremos e qual o nosso papel nessa perspectiva.

Essa pergunta pode orientar o debate sobre o COAP: afinal, qual o papel do controle social nesse novo processo que se orienta a partir das diretrizes da participação? Partindo da concepção anterior, poderíamos afirmar que o papel é discutir desde a sua viabilidade, acompanhar a sua construção e discussão nas diversas regiões de saúde, assim como fiscalizar sua implementação e avaliar sua execução.

Sabemos que esse é um desafio, pois o COAP parece não deixar muito claro ou explícito o papel do controle social no processo como um todo. Ou seja, não normatiza de forma mais ampla como se dará essa participação e faz referência ao controle social num único momento. Por outro lado, o COAP é a integração dos Planos Municipais de Saúde. Sendo assim, torna-se óbvio o papel do controle social, que deve estar presente no processo de elaboração do Plano de Saúde desde o início, desde a discussão das diretrizes que orientarão a sua elaboração, até o seu monitoramento e avaliação. Ou seja, participa de todo o processo de elaboração, monitoramento e avaliação do Plano de Saúde.

Diante disso, poderíamos nos arriscar a dizer que há um descompasso, mas não uma exclusão do controle social do processo. E é justamente esse descompasso que trazemos como desafio para o controle social.

- 1) Por mais que cada município discuta o seu plano de saúde e que esse será a base para o COAP, sabemos que na construção do Contrato, haverá negociações e adequações com base na realidade da região. Enquanto a gestão tem um espaço formalmente instituído (as Comissões Intergestores), o Controle Social não tem esse espaço. Parece-nos que esse é o grande desafio: que o controle social da região tenha um espaço formalmente reconhecido e com infraestrutura e viabilidade econômica, para discutir

regionalmente o SUS. Consideramos isso importante, uma vez que o SUS não pode ser pensado isoladamente em cada município, mas pensado regionalmente, e a região tem incidências na política pública de saúde do município. Talvez a construção do COAP pudesse passar por essa instância. Não se trata necessariamente da criação de novas instâncias de controle social, apenas uma instância que seja capaz de reunir representantes dos diversos conselhos de saúde pertencentes a uma determinada região, para discutirem entre si o processo de planejamento regional integrado.

- 2) O COAP é um processo que está em construção, de modo que as comissões intergestores ainda estão elaborando resoluções de como se dará a sua operacionalidade. Infelizmente, essa discussão ainda está ausente de muitos conselhos de saúde. Eis outro desafio ao controle social. Iniciar o acompanhamento das discussões e inserir-se nesse processo de construção do COAP, de forma que seja um ator principal e não só coadjuvante. Aliás, para o SUS o controle social nunca foi e nunca será coadjuvante.
- 3) O último desafio que elencamos é acompanhar como o município está se inserindo nesse processo e insistir para que seu município assine o COAP com os demais municípios da região. Deve-se exigir que os gestores dialoguem com os conselhos e as entidades do município sobre as propostas que eles discutem e aprovam nos espaços regionais.



Mesmo que tenhamos grandes desafios pela frente, tanto em relação à atuação do controle social como da consolidação do SUS, não podemos desistir do sonho que começamos a sonhar há mais de 25 anos. O SUS é uma conquista nossa, da população. O SUS é a materialização do nosso direito, mesmo que nunca esgote a sua amplitude! Já avançamos e temos muito a avançar, e como diz o poeta: “o caminho se faz ao caminhar”. Se pararmos, nenhum caminho diferente será construído, mas se seguirmos firmes, fortes e juntos, outros caminhos serão possíveis. Por isso, sigamos todos de mãos dadas por um SUS universal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOTH, Valdevir; KUJAWA, Henrique. O Brasil e a garantia do Direito Humano à Saúde. In: MOSER, Cláudio; RECH, Daniel (Orgs). Direitos Humanos no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas. Coletânea CERIS, ano 1, n. 1, Rio de Janeiro, MAUAD, 2003.
- BOTH, Valdevir; et. Al. O SUS e as eleições municipais. 2ª. Ed. Passo Fundo: CEAP, 2008.
- _____. Biopoder e Direitos Humanos: estudo a partir de Michel Foucault. Passo Fundo: Editora Ifibe, 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011
- _____. CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em http://observasaude.fundap.sp.gov.br/saude2/sus/Acervo/coap_231211.pdf, acesso em 08 de maio de 2013.
- _____. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Lex.http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude-legis../gm/2013/prt2135_25_09_2013.html
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988. 292p.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Lex.<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>
- BRASIL. Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Lex.http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm
- CARVALHO, Gilson .Participação da Comunidade na Saúde. Passo Fundo: IFIBE, 2007.
- CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde(lei 8.080/90 e lei 8.142/90). 2ª ed, Hucitec, São Paulo, 1995.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 453 de 10 de março de 2012. Disponível em: saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso453.doc
- Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saude/almaata.htm>>, acesso em 06 de jan. 2013.
- Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm, acesso em 06 de jan. 2013.

- PERALTA, Jorge G.; PERUZZO, Nara A.; BOTH, Valdevir. Direito Humano à Saúde e Educação Popular: Experiência de Passo Fundo. Passo Fundo: Berthier/CEAP, 2012.
- _____. O Direito Humano à Saúde e o seu Subfinanciamento. Passo Fundo: IFIBE/CEAP, 2010.
- _____. Direito à Saúde: desafios ao controle social. 2. Ed. Passo Fundo: IFIBE, 2013.
- PERUZZO, Nara Aparecida ; PERALTA, Jorge. A. G. Participação e Controle Social no Brasil. In: Movimento Nacional de Direitos Humanos et. al.. (Org.). Direitos Humanos no Brasil 3: diagnóstico e perspectivas. Passo Fundo: Berthier, 2012, v. 3, p. 111-118
- PERUZZO, Nara Aparecida. Educação, Mulher e Política: Diálogos com Rousseau. 2012. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2012.
- SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. IN: MOROSINI, Márcia Valéria G.C. (org). Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- SCLIAR, Maoacyr. História do conceito de saúde. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, abr. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 jun. 2013.