

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DIREITO
BACHALERADO DE CIÊNCIAS DO ESTADO

**O CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE COMO
NECESSIDADE PARA A RETOMADA DA DESCENTRALIZAÇÃO:**

Uma análise do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, por meio do Contrato Organizativo
da Ação Pública da Saúde

Roberto Antônio de Freitas

Belo Horizonte

2017

Roberto Antônio de Freitas

**O CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE COMO
NECESSIDADE PARA A RETOMADA DA DESCENTRALIZAÇÃO:**

Uma análise do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Direito e Ciências do Estado, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências do Estado elaborado sob orientação do Professor Dr. Rodrigo de Almeida Magalhães.

Belo Horizonte

2017

Roberto Antônio de Freitas

**O CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE COMO
NECESSIDADE PARA A RETOMADA DA DESCENTRALIZAÇÃO.**

Uma análise do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, por meio do Contrato Organizativo
da Ação Pública da Saúde

Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Direito e Ciências do Estado, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Ciências do Estado elaborado sob orientação do Professor Dr. Rodrigo de Almeida Magalhães.

Aprovada em de 2017

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. (orientador) Rodrigo de Almeida Magalhães
Faculdade de Direito e Ciências do Estado - Universidade Federal de Minas Gerais

Prof. Dr. Leonardo Macedo Poli
Faculdade de Direito e Ciências do Estado - Universidade Federal de Minas Gerais

Mestrando. André Matos de Almeida Oliveira
Faculdade de Direito e Ciências do Estado - Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte
2017

AGRADECIMENTOS

A Deus por não me deixar desistir.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que me deram a oportunidade de realização do sonho superior.

Ao colegiado por suas prestimosas contribuições.

A todos os professores que contribuíram para a minha formação.

Ao meu orientador professor doutor Rodrigo de Almeida Magalhães, pela paciência e suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Aos meus familiares e em especial à minha esposa e filhas, por serem a bússola a orientar meus passos.

A meus pais que enquanto aqui estiveram, me amaram.

Aos meus novos filhos e filhas da universidade.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Dedico este trabalho a cinco mulheres excepcionais, à minha mãe Geralda, por todo o amor e abnegação para comigo; à minha esposa Leslie por ser a minha amada companheira e amiga; às minhas filhas e fiéis escudeiras, Isabelle; Stephanie e Michelle.

RESUMO

O artigo tem como tema o contrato organizativo da ação pública da saúde como necessidade para a retomada da descentralização: uma análise do decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, por meio do contrato organizativo da ação pública da saúde. O objetivo geral do estudo foi de propor uma reflexão sobre o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, a Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990, aliado a questão da descentralização dos serviços de saúde do SUS. Para a realização do estudo utilizou-se os métodos exploratório e descritivo. A técnica foi à pesquisa bibliográfica nas mais diversas fontes de pesquisa. Os resultados demonstraram que tanto o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e o Contrato Organizativo da Ação Pública na Saúde, são instrumentos muito importantes na organização do atendimento dos serviços de saúde e do SUS – Sistema Único de Saúde. Que um dos maiores problemas da falta de estabilidade mínima no financiamento das políticas públicas na saúde é sem dúvida a falta de participação dos demais entes da federação no investimento dos recursos financeiros. E que o processo de descentralização dos serviços de saúde é muito relevante, mas que os municípios precisam estar preparados para recebê-lo de maneira autônoma.

Palavras-chave: Contrato. Organizativo. Ação. Pública. Decreto 7.508. Saúde. Descentralização.

ABSTRACT

The article has as its theme the organizational contract of public health action as a necessity for the resumption of decentralization: an analysis of Decree 7.508, of June 28, 2011, through the organizational contract of public health action. The general objective of the study was to propose a reflection on Decree 7.508, dated June 28, 2011, Organic Health Law No. 8080, of September 19, 1990, allied to the issue of decentralization of SUS health services. For the accomplishment of the study, the exploratory and descriptive methods were used. The technique was the bibliographical research in the most diverse sources of research. The results demonstrated that both Decree No. 7,508, dated June 28, 2011 and the Public Action Organizational Contract in Health are very important instruments in the organization of healthcare services and the SUS - Unified Health System. Problems of the lack of minimum stability in the financing of public health policies is undoubtedly the lack of participation of the other entities of the federation in the investment of financial resources. And that the process of decentralization of health services is very relevant, but that municipalities need to be prepared to receive it autonomously.

Keywords: Contract. Organizational. Public action. Decree 7.508. Health. Decentralization.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Importância e como construir o COAP	32
TABELA 2 – Evolução das regiões de saúde nos anos de 2007 a 2015	33
TABELA 3 - Bases normativas que norteiam a implantação do COAP nas redes de saúde	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 LEI DE CRIAÇÃO DO SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990	14
3 DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011 E O CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA - COAP	22
3.1 CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE	31
4 A FALTA DE ESTABILIDADE MÍNIMA NO FINANCIAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	39
4.1 EMENDA CONSTITUCIONAL 29, DE 13 DE SETEMBRO DE 2000.....	42
5 A IMPORTÂNCIA DA DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	50
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	67

INTRODUÇÃO

O estudo em tela trata do contrato organizativo da ação pública da saúde como necessidade para a retomada da descentralização, tendo como foco a análise do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que trata do contrato organizativo da ação pública de saúde.

Pode-se dizer que a história do Brasil ensina que a administração do Estado brasileiro sempre foi desde o Império um governo centralizador, tendo seu aprofundamento com o advento do Estado Novo e a fundação do Estado Desenvolvimentista que até meados dos anos 70, expropriaram para o Governo Federal, significativa parcela dos tributos e recursos fiscais em uma brutal centralização financeira.

Com a Constituição Cidadã de 1988 e a elevação dos municípios a Entes Federados emergiram e tomaram corpo juntamente com a ideia de Reforma Administrativa do Estado, a descentralização e regionalização das políticas públicas, sobretudo, das políticas sociais incluindo-se aí as políticas de educação, saneamento, habitação, assistência social e a criação de um sistema nacional de saúde.

Quando se voltam os olhos para o passado e observam-se os debates acerca da reforma do Estado, o tema da descentralização parece ter alcançado o *status* de ponto pacífico e mistificado em torno da ideia de que essa descentralização, ser sempre um processo mais qualificado do que a centralização, quer seja no sentido de democratização das políticas públicas, quer seja para tornar estas mesmas mais eficientes, ou seja, é a ideia de que aprioristicamente a descentralização é mais democrática e eficiente do que a centralização.

O presente trabalho justifica-se pela relevância do tema não apenas para as Ciências do Estado, mas também para inúmeras outras áreas do direito como o Direito Público, o Direito Financeiro, o Direito Administrativo entre outros, além das Ciências Políticas e todas as outras Ciências Aplicadas.

Há muito que a política de descentralização das políticas públicas vem sendo implantada no Brasil e apesar de parecer ponto pacífico está longe disso, além do tema da falta de estabilidade mínima no financiamento das políticas públicas, sobretudo da saúde terem inexplicavelmente sido esquecida pelos sucessivos governos.

A problematização do tema da descentralização e sua consequente revisão após se tornar quase um consenso nas reformas administrativas, se torna necessária já que essa visão que aprioristicamente a descentralização seja mais democrática e eficiente não se sustenta por si só, aborda-se como exemplo, o caso da saúde pública e especificamente do SUS – Sistema

Único de Saúde, que é a princípio a política pública de descentralização mais bem sucedida do país e mesmo assim para se sustentar não basta apenas o argumento da descentralização, para isso aborda-se o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, elaborado para regulamentar a Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990, mais precisamente a Seção II -Do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde- COAP.

Uma das razões do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, através do COAP (Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde), é ser mais uma tentativa de retomada da Descentralização, acredita-se ser de grande relevância um estudo que leve senão a conclusões, pelo menos a debates pertinentes sobre o tema, isso é que se pretende aqui, à luz dos princípios do direito administrativo, do direito público e financeiro, em busca de contribuir no desafio de tornar a administração pública mais democrática, eficiente e garantidora dos direitos constitucionais sociais e econômicos e que só se justifica e contribui de maneira significativa para a satisfação do interesse público.

Pode-se dizer que o problema da descentralização da ação governamental por meio de convênios passa pela própria mistificação da descentralização como um processo sempre e aprioristicamente mais qualificado que a centralização quer seja para democratizar as políticas públicas, quer seja para torná-las mais eficientes, além do fato de que a falta de estabilidade mínima de financiamento dessas políticas principalmente e fortemente agravadas na área da saúde contribui para os inúmeros impasses que vivemos na área do direito com os convênios.

Por isso faz-se necessária uma análise crítica do Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, elaborado para regulamentar a Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990, mais precisamente a Seção II -Do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde- COAP, na tentativa responder a seguinte problemática: Até que ponto a descentralização contribui ou não para a efetivação dos direitos sociais e econômicos, sobretudo o direito à saúde?

As hipóteses são que num esforço de encontrar soluções para estes questionamentos o poder público federal ineficiente na promoção da efetivação dos direitos sociais e econômicos, particularmente o direito à saúde, transfere essa responsabilidade aos particulares, podendo caracterizar ofensa aos artigos da CR\88. Outra questão é que a coordenação central sobre as metas e resultados é crucial para o sucesso da descentralização. A falta de estabilidade mínima de financiamento das políticas de saúde, sobretudo pelo governo federal é motivo para se rever o pacto federativo. Até que ponto o COAP representa uma retomada da descentralização e contribui para a melhoria na oferta de melhores serviços de saúde prestados para a população.

O objetivo geral do estudo foi de propor uma reflexão sobre o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, a Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990, Seção II -Do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde- COAP, na tentativa de ajudar no norteamento de futuras políticas públicas, à luz dos princípios do direito administrativo, Público e Financeiro, em busca de contribuir no desafio de tornar a administração pública mais democrática, eficiente e garantidora dos direitos constitucionais sociais e econômicos e que só se justifica se contribui de maneira significativa para a satisfação do interesse público.

Os objetivos específicos se propuseram a discorrer acerca do Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que trata do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, compreender o porquê da falta de estabilidade mínima de financiamento da saúde e compreender se a descentralização é de fato efetivadora de maior democracia e eficiência e se isso se sustenta aprioristicamente.

O presente trabalho teve como fonte de pesquisa a Constituição da República de 1988, os vários ramos do Direito como o administrativo, o público, o financeiro, as legislações que regem os institutos sobre a descentralização, financiamento das políticas públicas, tais como o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, elaborado para regulamentar a Lei Orgânica da Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990, dentre outros dispositivos legais. Também serão utilizados como fonte de pesquisa a doutrina, artigos científicos e a literatura destinada a este tema.

De acordo com Marconi e Lakatos (2001) a pesquisa bibliográfica oferece condições de resolver os problemas anteriormente conhecidos assim como explorar as novas áreas onde os problemas ainda não se fixaram, além de ter como objetivo auxiliar o pesquisador no trabalho de análise, estabelecendo paralelos entre as informações.

Os dados apurados nas fontes de consulta foram analisados e apresentados em forma de relatórios descritivos.

Para melhor entendimento o trabalho se divide em capítulos. O primeiro apresenta o tema, a justificativa, o problema, os objetivos gerais e específicos e a metodologia que foi utilizada no decorrer do estudo.

O segundo capítulo trata da Lei 8.080/90 da criação do SUS – Sistema Único de Saúde. O terceiro discute sobre o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e sobre do Contrato Organizativo da Ação Pública - COAP, abordado o referido contrato em ações da Saúde, mais especificamente, o que permeia a Lei sobre o assunto em pauta.

O quarto capítulo fala da falta de estabilidade mínima no financiamento das políticas públicas brasileiras, em especial, na área da saúde uma área precária e que tanto precisa de

recursos financeiros para se manter em funcionamento. Aborda também a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, que fez alterações de alguns artigos da Constituição Federal de 1988 e acrescentou artigos ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, com o objetivo de assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

O quinto capítulo trata da importância da descentralização dos serviços de saúde, das esferas estadual e federal para os municípios. O sexto, as considerações finais fazem os últimos comentários e considerações e as referências encerram o presente trabalho.

2 A LEI DE CRIAÇÃO DO SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, e, após sua publicação no Diário Oficial da União, a Lei nº 8.080 do Sistema Único de Saúde - SUS começou a reger e a dar novas providências e finalmente a sua regulamentação veio através do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

O objetivo principal da referida Lei é criar condições para promover, proteger e recuperar a saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde no Brasil. Assim, logo no 1º art. da Lei assim está disposto: “Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado”.

De acordo com Souza e Costa (2010, p.510) pode-se dizer que:

A criação do Sistema Único de Saúde foi o maior movimento de inclusão social já visto na História do Brasil e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos [...].

Por meio do SUS – Sistema Único de Saúde e depois de muita luta os cidadãos brasileiros puderam ter acesso aos serviços de saúde gratuitos, sendo que todas as ações e serviços de saúde devem ser realizados em todo território nacional, tanto por pessoas jurídicas quanto públicas ou privadas, conforme preconizado no art. 1º da referida Lei.

O 2º art. da Lei 8.080/1990 ressalta a saúde enquanto direito fundamental de todos os seres humanos e sendo obrigação do Estado prover todas as condições necessárias para o seu pleno exercício. Para tanto, o Estado deve garantir a saúde por meio de políticas econômicas e sociais eficazes visando diminuir os riscos das doenças e os possíveis agravos que possam surgir nos estabelecimentos. Também deve garantir o atendimento igual a todas as pessoas a todos os serviços, tanto na promoção, proteção quanto na recuperação das pessoas.

Em nenhuma hipótese poderá haver exclusão de pessoas, família, empresas ou sociedade.

De acordo com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, art. 4º, o SUS – Sistema Único de Saúde pode ser entendido como: “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 (SUS)”.’.

Ainda para Souza e Costa (2010, p.511):

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde, dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, mostrando de forma clara os objetivos do SUS, suas competências e atribuições, assim como as funções da União, dos Estados e dos Municípios.

Incluem-se no disposto acima tanto as instituições públicas federais, estaduais e municipais responsáveis pelo controle e qualidade de insumos e medicamentos relacionados à saúde humana. De forma a complementar o atendimento da rede hospitalar, as empresas privadas também podem participar do Sistema Único de Saúde – SUS.

O art. 5º da Lei 8.080/90 elenca os objetivos e atribuições do SUS:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - 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.

Como se pode observar dentre os objetivos e atribuições do SUS constam: identificar e divulgar os fatores que condicionam e afetam a saúde das pessoas; pensar políticas de saúde que venham beneficiar as pessoas de forma econômica e social e respeitando os preceitos legais, em especial o disposto no § 1 do art. 2º desta Lei e dar assistência necessária e fundamental aos indivíduos que procuram a saúde pública, a fim de promover a recuperação da saúde por meio de ações assistenciais integradas e preventivas.

Dentre as principais ações que o SUS poderá realizar em seu campo de atuação está disposto no art. 6º, dentre elas: atuar diretamente na vigilância sanitária; na vigilância epidemiológica; na saúde do trabalhador e na assistência terapêutica integral, até mesmo na farmacêutica.

Veja-se que com a criação do SUS o Estado tem a obrigação de cumprir com os compromissos de saúde dos cidadãos bem como da coletividade, por meio de um sistema único, gratuito, gerido com responsabilidades que envolve o governo federal, estadual e municipal e que além das questões de saúde também está engajado nas questões ambientais e socioeconômicas, buscando sempre a prevenção de doenças.

A esse respeito Berlinguer (1987, p.54) afirma:

O SUS também é um sinal estatisticamente relevante e precocemente calculável, de alterações do equilíbrio homem-ambiente, induzidas pelas transformações produtivas, territoriais, demográficas e culturais, incontroláveis nas suas conseqüências, além do sofrimento individual e de desvio de uma normalidade biológica ou social.

O SUS poderá também participar da formulação de políticas públicas na área de saneamento básico, de recursos humanos de saúde, na vigilância nutricional, na proteção do meio ambiente quando for a ele pertinente, na formulação de políticas públicas de medicamentos e insumos de saúde; no controle e fiscalização de serviços utilizados na saúde humana; na fiscalização de alimentos e bebidas para o consumo humano; no controle e fiscalização de substância e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; incentivar o desenvolvimento científico e tecnológico e formular políticas de sangue e seus derivados.

Quanto aos princípios e diretrizes, o art. 7º da 8.080/90, depreende que as ações e serviços públicos na área da saúde, privados, contratados ou conveniados ao SUS devem ser realizados em conformidade com as diretrizes previstas na Constituição Federal de 1988, mais especificamente, art. 198¹ devendo obedecer a determinados princípios.

Dentre os principais princípios contam: o acesso igualitário aos serviços de saúde de todos os níveis; assistência integral a saúde em forma preventiva e curativa, individual e coletiva; manter sempre a autonomia dos indivíduos, bem como sua integridade física e moral.

Ainda, zelar pela igualdade da assistência à saúde sem qualquer tipo de discriminação ou preconceito; manter o direito à informação aos usuários com relação aos serviços de saúde oferecidos; fazer uso da epidemiologia sempre que necessário na procura de cura de doenças; incentivar a participação da comunidade; motivar a descentralização política, administrativa dos entes da federação; buscar a integração do poder executivo nas ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico.

Também, angariar recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos em nível federal, estadual e municipal na prestação de serviços de assistência de saúde para melhor servir a população, com serviços de qualidade, atendendo com organização e a públicos específicos como as mulheres, vítimas de violência doméstica.

¹ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (**Fonte:** CF/88).

Os arts. 8º a 14-B da Lei 8.080/90 trata da organização, direção e da gestão e o art. 8º assim preconiza:

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Assim, de acordo com o artigo acima citado, as ações e serviços de saúde do SUS devem ser realizados por meio da participação em conjunto com as instituições públicas e privadas, organizadas em regiões e em hierarquias por níveis de complexidade crescente.

De acordo com o art. 9º cabe a direção do SUS em âmbito federal o comando pelo Ministério da Saúde, no Distrito Federal e Estados pelas Secretarias de Saúde e nos Municípios pelas Secretarias Municipais de Saúde ou órgãos equivalentes.

Já o art. 10 da referida Lei esclarece que os municípios podem criar consórcios para criar ações específicas de serviços de saúde. O artigo 11 foi vetado. O art. 12 aduz que “Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil”. O trabalho das comissões intersetoriais será de criar políticas e programas de saúde a serem desenvolvidas no SUS.

Segundo o art. 13 da Lei nº 8.080/90 a articulação das políticas e programas realizados pelas comissões intersetoriais englobará diversas áreas tais como: alimentação, nutrição, saneamento, meio ambiente, vigilância sanitária, farmácia epidemiológica, recursos humanos, ciência e tecnologia e saúde do trabalhador.

O art. 14 reitera que devem ser criadas Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Já o art. 14-B determina que “As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Para Reis *et. al* (2017, p.18) ressaltam:

Criada a Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) com representação do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde e da primeira norma operacional básica do SUS, além da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB) para o acompanhamento da implantação e da operacionalização da implantação do recém-criado SUS. As duas comissões, ainda atuantes, tiveram um papel importante para o fortalecimento da ideia de gestão colegiada do SUS, compartilhada entre os vários níveis de governo.

O art. 14 B trata a respeito do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) entidades representativas dos órgãos públicos responsáveis pela saúde nos municípios brasileiros com relação a assuntos de utilidade pública ou de relevância social.

De acordo com o art. 15 da Lei nº 8.080/90, que trata da competência e das atribuições do SUS ressalta-se que são várias e que nem todas são cumpridas. O art. 15 afirma que as atribuições no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios devem buscar controlar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde; administrar os recursos orçamentários e financeiros destinados à saúde.

Ainda, devem acompanhar, avaliar e divulgar o nível de saúde da população e condições ambientais; organizar e coordenar o sistema de informação de saúde; elaborar normas técnicas e padrões de qualidade relativos à saúde e à saúde do trabalhador; formular políticas públicas de saneamento básico e proteção do meio ambiente; elaborar planos de saúde e formular e executar políticas de desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde.

Bem como elaborar propostas orçamentárias do SUS de acordo com o plano de saúde; elaborar normas para regularem atividades de serviços privados; realizar operações externas de natureza financeira quando for de interesse da saúde; atender as necessidades coletivas urgentes, situações de perigo imediato, calamidade pública, grandes epidemias, requisitando bens e serviços quando necessário para que seja assegurada a vida humana.

É atribuição do SUS implementar o Sistema Nacional de Sangue, celebrar convênios e acordos de saúde, elaborar normas que venham promover a proteção e recuperação da saúde, promover e articular os órgãos de fiscalização e fiscalização do exercício profissional voltados para a ética do profissional da saúde, promover a articulação política, planos de saúde, pesquisas e estudos na área.

Quanto à competência do SUS está disposto no art. 16: e consiste em formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição; participar na implantação de políticas na área da saúde; coordenar sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade, vigilância epidemiológica e sanitária; editar normas e mecanismos de controle relativos ao meio ambiente.

Ainda, participar de normas relativas as condições de trabalhos e a saúde do trabalhador; atuar na vigilância epidemiológica; avaliar normas de vigilância sanitária em portos, aeroportos, fronteiras por todo o País; criar critérios voltados ao controle de qualidade de produtos, substancias e serviços de consumo; promover ações conjuntas com órgãos

educacionais; participar de políticas voltadas a produção de insumos e equipamentos para a saúde. E demais, controlar todos os aspectos em âmbito federal, estadual e municipal que venha regulamentar os serviços de saúde, sejam públicos ou privados.

O art. 17 e 18 da Lei nº 8.080/90 discute sobre a direção estadual e municipal do SUS a qual deve promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde; acompanhar as redes do SUS; dar apoio técnico e financeiro aos municípios que oferecem serviços de saúde; coordenar serviços de vigilância epidemiológica, sanitária, alimentação, nutrição e saúde do trabalhador.

Ainda, deve participar do controle de possíveis agravos que possam ser causados ao meio ambiente; participar da formulação de política públicas de saneamento básico; participar de ações de controle dos ambientes de trabalho e dos insumos de equipamentos de saúde; identificar instituições hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade; coordenar a rede estadual de laboratórios; estabelecer normas para o controle de ações e serviços de saúde.

Em âmbito municipal acrescenta-se formação de consórcio administrativo intermunicipal; a administração dos hemocentros; vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras e o controle dos serviços privados de saúde.

A Lei nº 8.080/90 dedicou os arts. 19-A a 19-H ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e segundo esta Lei o SUS garantirá assistência de saúde a essa população levando-se em consideração sua cultura, os hábitos relativos à saúde indígena, que deverá ser diferenciada, sempre contemplando a assistência à saúde, o saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

O art. 19-I da referida Lei trata do Subsistema de atendimento e internação domiciliar: “São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar”.

Ou seja, esse tipo de atendimento é composto por diversos profissionais como médicos, enfermeiros, fisioterapêuticos, psicólogos, assistentes sociais, quando os pacientes não podem ser deslocar as unidades de saúde.

O art. 19-J discute sobre o Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato: “Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato”

Os arts. 19-M a 30 da Lei nº 8.080/90 tratam da Assistência Terapêutica e da incorporação da tecnologia aos recursos humanos em saúde e não serão discutidos por não serem relevantes ao estudo.

O art. 31 da Lei 8.080/90 trata do financiamento do SUS:

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Além do orçamento da seguridade social, o SUS também conta com recursos financeiros de outras fontes, conforme ressalta o art. 32, tais como: ajuda, contribuições, doações, alienações patrimoniais, taxas, multas, emolumentos e preços públicos, rendas eventuais dentre outros.

Tais receitas são depositadas em contas correntes especiais e movimentadas por servidores que estiverem ocupando cargos de direção na esfera à qual pertencer. Nos casos de gastos com ações de saneamento os recursos são advindos do Sistema Financeiro de Habitação e dos entes federados. Já as atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico são financiadas pelo próprio SUS, universidades com o apoio do orçamento fiscal.

De acordo com o art. 33 da Lei nº 8.080/90 os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta específica, conforme comentado anteriormente e serão movimentados sob a fiscalização dos Conselhos de Saúde.

O art. 34 da Lei nº 8.080/90 assim depreende:

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com o art. 34 as autoridades competentes deverão obrigatoriamente transferir as receitas arrecadadas para o Fundo Nacional de Saúde. Os critérios para a transferência dos recursos são elencados no art. 35 da Lei nº 8.080/90 e devem ser solicitados por meio de programas e projetos.

Para a obtenção dos recursos financeiros os Estados e Municípios deverão entre outros aspectos atender e certos requisitos como: perfil demográfico e epidemiológico;

características da rede de saúde; desempenho técnico, econômico e financeiro do exercício anterior; nível de participação da saúde no orçamento estadual e municipal; previsão no plano quinquenal de investimentos da rede e ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

O art. 36 trata do planejamento e do orçamento do SUS e assim determina:

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

Veja que de acordo com o art. 36 o planejamento e orçamento do SUS será sempre ascendente, de baixo para cima, e haverá a participação dos órgãos deliberativos que indicarão as necessidades de saúde de cada município a fim de que os recursos financeiros sejam disponibilizados de acordo com as necessidades e de acordo com a proposta orçamentária. Os recursos financeiros para financiamento de ações não previstas em planos de saúde não poderão ser transferidos em algumas situações, tais como: situações emergenciais ou de calamidade pública.

O art. 37 expressa sobre o Conselho Nacional de Saúde e sua incumbência em estabelecer diretrizes a serem cumpridas na elaboração dos planos de saúde, especialmente nas características epidemiológicas e na organização dos serviços administrativos.

Já o art. 38 aduz que não poderão ocorrer destinações de subvenções ou auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com fins lucrativos. Os arts. 39 e 40 foram vetados. Os arts 41 a 55 tratam das disposições finais.

Em suma, o presente capítulo se dedicou a discorrer a respeito da Lei nº Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que teve como principal objetivo promover, proteger e recuperar a saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde no Brasil.

No entanto para que fosse colocada em prática era necessária outra lei que a regulamentasse, foi o caso do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, além de abordar a questão do Contrato Organizativo da Ação Pública, que é o tema do presente trabalho.

3 DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011 E O CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA - COAP

O Decreto 7.508, de 19 de setembro de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080/90 e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e institui mecanismos de controle mais eficazes e instrumentos para o Ministério da Saúde.

É também objetivo do Decreto 7.508/2011 atuar na pactuação e no monitoramento das ações realizadas na rede pública. Uma das mudanças introduzidas pelo referido Decreto é a criação do contrato de ação pública - COAP, que definirá as atribuições e responsabilidades, inclusive financeiras, dos municípios, dos estados e do Governo Federal na prestação de serviços de saúde, o financiamento e as metas para cada ação.

Segundo Santos (2011, p.1) “À luz da Constituição Federal de 1988 que transforma o SUS sob o formato de rede, a articulação federativa, tanto quanto a necessidade de serem criados vínculos contratuais definidores de responsabilidades, são conseqüências do disposto no art. 198”.

O Decreto definiu e aprofundou conceitos essenciais ao sistema como: regionalização, hierarquização, região de saúde, rede interfederativa, contratos entre os entes públicos, comissões intergestores, além da oficialização da atenção Primária como porta de entrada do SUS, e como ordenador do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

Com relação a rede Interfederativa de saúde Santos e Andrade (2011, p.1677) afirmam:

A rede interfederativa de saúde, de âmbito nacional, se subdivide em rede de âmbito estadual e regional. Poder-se-ia dizer que ela é o elo que alimenta e realimenta todas as redes de todos os serviços e ações. É a complexa forma política de compartilhamento e interdependência dos entes federativos na gestão da saúde, dotados dos elementos necessários à sua interação.

O Decreto é um avanço se considerar que a regulamentação veio depois de 20 (vinte) anos. Não é perfeito e muito menos é completo, mas é maior, mais abrangente e espera-se mais eficaz que as normas que até hoje foram feitas e é um aperfeiçoamento do sistema, mas não é a salvação, e sim mais um instrumento do SUS.

No decreto identificam-se nomenclaturas novas para práticas já existentes como o Mapa de Saúde e o RENAME, já em outras observam-se avanços na rede regionalizada, na

nomenclatura Região de Saúde sendo está a base para alocação de recursos, identifica-se também novidades como a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES.

A maior inovação fica com os Contratos Organizativos da Ação Pública ponto fulcral do Decreto e que se espera ponha fim ao profícuo das *nobs*, *noas*, pactos, compromissos Inter e intra etc. etc. Pretende-se com ele que termine de vez com uma profusão de portarias casuísticas e oportunistas incapazes de serem seguidas e sem nenhuma unidade entre elas.

Os contratos vão trabalhar com a organização do sistema a partir dos conceitos constitucionais e legais da rede pública regionalizada e hierarquizada com competências e responsabilidades solidárias e próprias de cada esfera de governo e não apenas delegadas.

O Decreto assim como o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde 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.

Conforme dito anteriormente, o ar. 1º o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, assim depreende:

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.

O maior objetivo da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, foi sem dúvidas dar maior transparência e lisura na gestão do atendimento a usuários que necessitam dos serviços oferecidos pelo SUS, com maior garantia jurídica nas relações com os entes federativos e controle social como consequência dessas relações.

Já o 2º art. do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, delimita os aspectos que envolvem a atuação do Sistema Único de Saúde. Assim já no primeiro inciso, trata da região de saúde, conforme abaixo descrito:

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.

Pode-se observar que de acordo com o Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011, a região de saúde é o espaço geográfico composto pelos municípios com identidades culturais

econômicas sociais e redes de comunicação com a finalidade de sistematizar e organizar com ações planejadas os serviços de saúde em todo o Brasil.

O segundo inciso (II), do art. 2^a do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que é o tema desse estudo, fala do contrato organizativo da ação pública de saúde do SUS, conforme abaixo se depreende:

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.

Percebe-se que quanto ao contrato organizativo da ação pública da saúde compreende-se que seja um acordo firmado entre os entes federativos com o objetivo de organizar e integrar ações e serviços de saúde por meio de rede organizada e hierarquizada, dividindo direitos e obrigações para cada parte, com indicadores de desempenho a serem cumpridos, por meio de instrumentos de avaliação e controle a fim de verificar, principalmente, se os recursos que são destinados para os gastos em saúde estão sendo aplicados de forma correta e atendendo de fato a população.

Para o III inciso do 2º art. do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que trata das portas de entrada: “[...] serviços de atendimento inicial à saúde do usuário”, assim devem ser garantidos todos os serviços iniciais de atendimento à todas as pessoas que dele precisarem, nos hospitais que forem credenciados ou pertencerem à rede do SUS.

O IV inciso do 2º art. do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 trata das Comissões Intergestoes, que podem ser entendidas enquanto “[...] instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS”.

O inciso V do 2º art. do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 diz respeito ao mapa da saúde que 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”.

Observa-se quanto ao inciso acima citado que com relação a descrição geográfica o SUS fez a correta divisão tanto das pessoas que atuam na rede de atendimento quanto os serviços de saúde oferecidos, incluindo até mesmo a iniciativa privada, levando-se em conta a capacidade de cada instituição credenciada e os recursos financeiros e desempenho disponíveis. Obviamente, nem sempre os recursos financeiros são suficientes para atender

todas as demandas da população, o que faz que faltem atendimentos para determinada parte da população.

Com relação ao inciso VI do 2º art. do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 que aduz sobre a rede de atenção à saúde, o SUS define como o conjunto de ações e serviços de ações disponíveis em níveis de acordo com sua complexidade com vistas a garantir a saúde integral dos cidadãos.

Já o VII inciso do 2º art. do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, trata dos serviços especiais a pessoas em situações graves ou laborais, que no caso precisa de atendimento especializado.

E, por fim, o inciso VIII do 2º art. do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 aborda o protocolo clínico e diretriz terapêutica, que nesse caso entende-se como sendo um documento com os critérios constando o diagnóstico da doença do paciente, o nível de gravidade da doença, qual o tipo de tratamento que deverá ser utilizado, os medicamentos que deverão ser prescritos para a cura o quanto antes; as formas e posologias mais adequadas; o controle clínico dos profissionais responsáveis, bem como as formas de acompanhamento e monitoração dos resultados terapêuticos que devem também ser acompanhados.

De acordo com o art. 3º do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, o Sistema Único de Saúde é composto por diversas ações com o objetivo maior de promover, proteger e recuperar a saúde dos cidadãos brasileiros por meio dos entes federativos, que são uma espécie de parceiros do governo federal e que, portanto, devem trabalhar de forma conjunta e participativa inclusive com a iniciativa privada, de forma organizada, regionalizada e hierarquizada.

De acordo com o art. 4º do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011:

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.

Percebe-se que com relação ao art.4º pode-se dizer que são os próprios Estados, quem instituem as regiões de saúde em parceria com os municípios, que trabalham em regime de parceria nos atendimentos do SUS e que respeitam as mesmas diretrizes regulamentadas pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT. O referido artigo também preleciona que outras

regiões interestaduais poderão ser convidadas a participar, em especial aquelas localizadas em municípios limítrofes, bem como poderão ser instituídas regiões que se encontram situadas em áreas de fronteiras com demais países, desde que respeitem as normas brasileiras previstas nos acordos internacionais.

Quanto ao art. 5º do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, a região instituída pelo Sistema Único de Saúde, é necessário haver determinados requisitos para que as ações e serviços sejam realizados, tais como atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. Todas as regiões passarão pelo crivo das Comissões Intergestores que observará os cronogramas propostos.

O art. 6º do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 alerta sobre as regiões de saúde enquanto referência no que diz respeito às transferências de recursos para os entes federativos. Já art. 7º do mesmo Decreto trata das redes de atenção à saúde e ressalta:

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.

Observa-se que as redes de atenção se comprometem a cumprir as diretrizes pautadas pelas Comissões Intergestores e que os entes federativos devem definir elementos relativos às regiões de saúde quanto aos limites geográficos, população que utiliza os serviços do SUS, ações que podem ser oferecidas e as responsabilidades como formas de acesso e horários de trabalho dos servidores, para que o atendimento seja mantido de forma contínua e ininterrupta.

Segundo o parecer de Santos (2011, p.1):

As redes na saúde são, na realidade, redes integrativas de serviços de municípios e estados, com a participação da União no seu financiamento e no estabelecimento de diretrizes nacionais unificadoras do sistema. Sabemos todos que a integralidade da assistência à saúde somente pode ser cumprida dentro do sistema e da rede interfederativa de serviços, sendo impossível o seu cumprimento por cada ente da Federação, isoladamente.

Os capítulos 8º a 14 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 trata da hierarquização. O art. 8º afirma sobre a igualdade de acesso aos serviços do SUS que deverá ser ordenado e igualitário, desde o início ao final, onde se completa na rede regionalizada e hierarquizada, conforme a complexidade do serviço.

O 9º art. do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 afirma que, as portas de entrada de ações aos serviços de saúde nas redes de atenção saúde e aos serviços devem seguir a seguinte ordem, conforme já mencionado anteriormente: serviços de atenção primária, atenção de urgência e emergência, psicossocial e especial de acesso aberto. Caso se tenha necessidade e por meio de justificativa pautável as comissões intergestoras poderão criar novas formas de acesso aos serviços de saúde, em caráter especial.

O art. 10 do Decreto acima em relevo assim depreende: "Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de mais complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entradas de que trata o art. 9º".

O art. 11 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 fala do acesso universal aos serviços de saúde conforme abaixo disposto:

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.

Como se pode ver o art. 11 acima, ressalta que o acesso aos serviços de saúde do SUS deve ter caráter universal e igualitário e as ações e serviços de saúde ordenados da atenção primária ao serviço especializado, obedecendo a uma ordem cronológica e de complexidade. O parágrafo único preconiza que a população indígena também tem direito ao atendimento do SUS de forma diferenciada devido a suas especificidades, em conformidade ao que preceitua o Ministério da Saúde.

Já o art. 12 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 afirma que os usuários do SUS tem assegurada a continuidade dos cuidados em saúde em todas as modalidades, serviços, hospitais e unidades de tratamentos que estejam integrados as redes de atenção nas regiões a qual pertencem. As comissões intergestores ditarão as regras de continuidade necessárias para que os tratamentos não se cessem em todas as áreas de atuação.

O art. 13 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 cita sobre o direito de acesso universal dos cidadãos aos serviços do SUS conforme abaixo descrito:

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.

Como se pode ver os cidadãos brasileiros tem direito ao acesso universal aos atendimentos do SUS em cada ente federativo do Brasil e as comissões intergestores tem o papel de garantir a lisura desse acesso aos serviços de saúde, orientar os fluxos das ações e serviços de saúde, acompanhar as ações de saúde e oferecer melhores serviços de saúde sempre que possível para as regiões.

O art. 14 depreende que o Ministério da Saúde preconizará todos os critérios e diretrizes necessárias para esclarecer a população acerca dos procedimentos e medidas que venham contribuir para melhorar o atendimento do SUS nos entes federativos e no cumprimento das atribuições previstas no art. 13.

O Capítulo III, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 diz sobre planejamento da saúde e do processo de planejamento da saúde, conforme abaixo disposto:

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.

De acordo com o art. 15 o processo de planejamento da saúde será sempre integrado iniciando na região municipal e se estendendo a federal. Outro aspecto a ser ressaltado é que sempre deverá ser levado em conta o que preconiza os Conselhos de Saúde, bem como as políticas públicas que fazem a distribuição dos recursos financeiros.

Para tanto é fundamental que os Estados e Municípios realizem planejamento prévio de suas demandas na área de saúde, por meio de políticas, assim como as parcerias que fazem com a iniciativa privada. O planejamento prévio deverá ser realizado com todos os entes federativos e conter todas as metas previstas para a saúde. Cabe ao Conselho Nacional de Saúde estabelecer as regras para a elaboração dos planos de saúde assim como os

procedimentos para a organização dos serviços epidemiológicos em todos os entes federativos do Brasil, no que diz respeito às regiões de saúde.

Com relação ao art. 16 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 “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 de Saúde regional, estadual ou municipal”.

Já o art. 17 trata do mapa de saúde e diz que deverá ser utilizado a fim de atender as necessidades de saúde, por meio do planejamento integrado entre os entes federativos, com vistas a estabelecer metas possíveis de serem cumpridas na área da saúde. O art. 18 complementa dizendo que a saúde estadual deve ser regionalizada, a partir dos municípios, atendendo suas necessidades, de modo a atender as metas de saúde.

Por fim, o art. 19 ressalta que cabe a Comissão Intergestores Bipartite – CIB tem o dever de propor etapas do processo e estabelecer prazos do planejamento em nível municipal e que este prazo seja compatível com os planejamentos estadual e nacional.

O Capítulo IV fala da Assistência à Saúde nos arts 20 a 29 e logo no primeiro artigo deste capítulo, afirma o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 que a assistência à saúde se inicia na rede de atenção à saúde por meio de referenciamento do usuário na rede regional ou interestadual, em conformidade com as comissões intergestores e da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES.

Já o art. 21 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 assim preconiza “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”.

É de competência do Ministério da Saúde, dispor sobre o RENASES em todo o Brasil bem como observar as diretrizes das comissões intergestores a fim de renovar a cada dois anos as publicações necessárias para atualizar o RENASES (ART. 22).

Segundo o art. 23 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 “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”

Ou seja, os entes da Federação brasileira deverão se unir no sentido de cumprir as normas previstas nas comissões intergestores e se responsabilizarem por todas as ações e serviços que constam na RENASES, a fim de garantir a qualidade do atendimento nos serviços de saúde oferecidos pelo SUS.

No que diz respeito às ações específicas ou complementares necessárias a ações e serviços de saúde do SUS, o art. 24 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 afirma:

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.

De fato, compreende-se que tanto os Estados, Municípios e demais entes da Federação do Brasil devem adotar todas as medidas para complementar os serviços de saúde de forma a torná-la de qualidade e em conformidade com a RENASES, as comissões de intergestores, bem como com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME.

Quanto ao RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais que consta no art. 25 pode-se dizer que é a seleção padronizada dos medicamentos utilizados nos atendimentos das doenças dos pacientes que procuram o SUS para tratamento. Essa seleção ou relação vem sempre acompanhada de formulário próprio onde é descrita a prescrição, a dispensação e o correto uso dos medicamentos.

Ainda com relação ao RENAME, pode-se afirmar:

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.

Conforme acima exposto observa-se que cabe ao Ministério da Saúde a competência de ditar as regras relativas ao RENAME, bem como os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas a serem utilizadas em todo o Brasil, para melhor atender as necessidades dos usuários ou pacientes que procuram o SUS para atendimento médico.

Os entes da Federação poderão também estabelecer relações específicas e complementares sobre os medicamentos em conformidade com a RENAME observando as responsabilidades de cada um quanto a financiamento dos remédios e de acordo com as normas das comissões intergestores (ART. 27).

A respeito da universalização do acesso à assistência farmacêutica, o art. 28 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 ressalta:

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.

Percebe-se que quanto ao acesso aos serviços de saúde do SUS deverão ser sempre igualitários e em caráter universal; os usuários devem ser bem assistidos, com medicamentos disponíveis e por profissionais qualificados em suas funções. Receber medicamentos prescritos e previstos na RENAME, a partir de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e ter a dispensação necessária nas unidades do SUS. Caso se tenha necessidade os entes federativos poderão solicitar a ampliação da assistência farmacêutica a fim de atender a demanda dos usuários e o Ministério da Saúde disporá as regras para o acesso aos medicamentos utilizados em casos especializados.

O art. 29 ressalta que a RENAME bem como relação complementar estadual ou dos municípios sobre os medicamentos somente poderão conter produtos registrados na ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Os arts. 30 a 33 trazem em seu bojo aspectos que envolvem o Capítulo V Da Articulação Interfederativa e não serão tratados separadamente. Passa-se no próximo item a discussão do Contrato Organizativo de Ação da Saúde.

3.1 CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE

Pode-se dizer que o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP é uma espécie de acordo firmado entre os Estados da federação brasileira e que fazem parte de uma região de saúde, no sentido de organizar e integrar ações de saúde nas regiões, garantindo assim maior integralidade de assistência às pessoas que utilizam os serviços de saúde. Geralmente esse acordo é assinado por prefeitos, governadores, secretários de saúde ou o ministro da saúde.

A esse respeito o Ministério da Saúde (2014, p.9) assim depreende:

O COAP é um acordo entre os gestores dos municípios de uma mesma região de saúde, do estado e da União, definindo-se de forma colaborativa as responsabilidades e os recursos financeiros de cada signatário para a organização e a integração das ações e serviços em uma Região de Saúde, garantindo a integralidade da assistência aos usuários. Além disso, são pactuados indicadores e metas de saúde,

critérios de avaliação de desempenho, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários ao cumprimento do acordo.

Como se pode ver o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é um instrumento que define responsabilidades individuais dos entes federativos no que diz respeito aos serviços de saúde prestados, e também determina as metas, critérios de avaliação de desempenho, aplicação dos recursos financeiros a serem utilizados, controle, fiscalização e execução das verbas relativas aos serviços de saúde.

A Tabela abaixo explica a importância e as vantagens de firmar o Contrato Organizativo da Ação de Saúde Pública – COAP:

Tabela 1. Importância e como construir o COAP

Importância do COAP	<p>Definição clara das responsabilidades sanitárias dos entes federativos na divisão de suas competências constitucionais e legais. Segurança jurídica quanto às definições dessas responsabilidades.</p> <p>Melhoria dos argumentos jurídicos na defesa dos municípios quanto às suas responsabilidades na judicialização da saúde. Melhor clareza no papel do Estado em relação aos municípios e os da União em relação ao Estado e municípios.</p> <p>Possibilidade de se garantir a integralidade da assistência à saúde ao cidadão de municípios de pequeno porte</p>
Como construir o COAP - A construção do contrato será precedida pelo planejamento regional integrado, realizado com base nos Planos de Saúde dos entes signatários, e contempla algumas etapas, dentre elas:	<p>Elaboração do Mapa da Saúde da Região de Saúde.</p> <p>Definição das ações e dos serviços de saúde e das responsabilidades pelo referenciamento do usuário de outros municípios.</p> <p>Definição dos medicamentos ofertados, com base na Rename e na lista complementar do Estado, se couber.</p> <p>Pactuação das metas regionais e das responsabilidades individuais, bem como das responsabilidades orçamentárias e financeiras.</p> <p>A coordenação do processo de elaboração do COAP será sempre do Estado, cabendo-lhe organizar as discussões, as negociações, esclarecimentos nas Regiões de Saúde. Entretanto, os municípios podem, no âmbito da CIR, iniciar o debate e fomentar esse processo</p>

Fonte: (Adaptado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/contrato_organizativo_acao_publica_coap.pdf Acesso em: 18 mai. 2017.

O Contrato Organizativo da Ação de Saúde Pública – COAP abrange regiões de saúde que são formadas por municípios delimitados de acordo com suas identidades culturais, econômicas e sociais. Também são separados por redes de comunicação, infraestrutura de transporte compartilhados a fim de organizar, planejar e executar os serviços de saúde daquele local.

Os principais objetivos do Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP são de organizar as ações e serviços, as redes de atenção à saúde a partir do planejamento sanitário; sistematizar a segurança jurídica estabelecendo as responsabilidades sanitárias dos entes da federação que sempre deverão atuar com transparência e qualidade nos serviços de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde até 2015 existiam 435 (quatrocentos e trinta e cinco) regiões de saúde em todo o país. A tabela abaixo explica a evolução das regiões de saúde de nos anos de 2007 a 2015.

Tabela 2. Evolução das regiões de saúde nos anos de 2007 a 2015.

UF	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
AC				3	3	3	3	3	3
AM				7	9	9	9	9	9
AP			3	3	3	3	3	3	3
PA			19	19	23	12	13	13	13
RO		6	6	6	6	6	6	7	7
RR					2	2	2	2	2
TO	15	15	15	15	15	8	8	8	8
NORTE	15	21	43	53	61	43	44	45	45
AL	5	5	5	5	10	10	10	10	10
BA	30	28	28	28	28	28	28	28	28
CE	22	22	22	22	22	22	22	22	22
MA					19	19	19	19	19
PB		25	25	25	25	16	16	16	16
PE		11	11	11	11	12	12	12	12
PI	2	2	9	11	11	11	11	11	11
RN			8	8	8	8	8	8	8
SE			7	7	7	7	7	7	7
NORDESTE	59	93	115	117	141	133	133	133	133
DF						1	1	1	1
GO	16	16	16	16	16	17	17	18	18
MS	3	3	3	3	3	4	4	4	4
MT	16	16	16	14	14	16	16	16	16
CENTRO-OESTE	35	35	35	33	33	38	38	38	39
ES		8	8	8	8	4	4	4	4
MG	75	75	75	76	76	77	77	77	77
RJ			9	9	9	9	9	9	9

SP	64	64	64	62	64	63	63	63	63
SUDESTE	139	147	156	155	157	153	153	153	153
PR	22	22	22	22	22	22	22	22	22
RS	19	19	19	19	19	30	30	30	30
SC	15	15	16	16	16	16	16	16	16
SUL	56	56	57	57	57	68	68	68	68
BR	304	352	406	415	449	435	436	438	438

Fonte: (Adaptado de SGP/MS e CONASS, 2015 - <http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2015/01/NT-03-2015-COAP.pdf> Acesso em: 18 mai. 2017.

Como se pode observar houve expressivo avanço nas regiões de saúde no Brasil, representando melhoria na capacidade de atendimento e prestação de serviços à população, salvo a região norte que houve um decréscimo de regiões. Um bom exemplo a ser citado é o Estado do Ceará que conta com 184 (cento e oitenta e quatro) municípios organizados em 22 regiões de saúde. Nesse caso, foram assinados 20 termos de acordo do COAP com aquele Estado beneficiando grandemente a população.

A Tabela abaixo esclarece a base legal que norteia a implantação do COAP nas regiões de saúde equivalentes:

Tabela 3. Bases normativas que norteiam a implantação do COAP nas redes de saúde.

Bases normativas	Decreto 7.508/2011, de 28 de Junho de 2011; Resolução Nº 1, de 29 de Setembro de 2011; Resolução Nº 3, de 30 de Janeiro de 2012; Resolução CIT Nº 4, de 19 de Julho de 2012; Lei Complementar 141/2012; Resolução Nº 5, de 19 de Junho de 2013.
-------------------------	--

Fonte: (Adaptado de <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/uploads/2013/10/Nota-T%C3%A9cnica-N%C2%BA-06-Orienta%C3%A7%C3%B5es-COAP.pdf> Acesso em: 18 mai. 2017).

O Contrato Organizativo da Ação da Saúde está previsto no art. 35 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, abaixo disposto:

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.

O primeiro parágrafo depreende que caberá ao Ministério da Saúde a responsabilidade de garantir o acesso por meio de ações eficazes aos serviços de saúde do SUS, por meio de diretrizes do Plano Nacional de Saúde.

Ou seja, as responsabilidades dos municípios que aderem ao COAP são individuais e solidários e são efetivadas com cada região de saúde ao qual o município está vinculado, ficando sempre evidente no Contrato propriamente dito. Elas são organizativas, executivas, explicam claramente as metas regionais que deverão ser cumpridas e os indicadores financeiros que deverão ser alcançados, bem como as formas de avaliação e monitoramento que serão utilizados para avaliar o desempenho e a auditoria.

Já o segundo parágrafo estabelece que o desempenho obtido por meio dos indicadores nacionais garantirá o acesso aos serviços de saúde e servirão de modelo para avaliação de desempenho em caso de prestação de ações e serviços previstos no Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais.

Já o art. 36 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 fala que o Contrato Organizativo da Ação Pública deve conter determinadas disposições consideradas essenciais, conforme abaixo disposto:

- 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 interregional;
- 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.

Ou seja, deverá conter a identificação das reais necessidades de saúde de cada regional; a quantidade de oferta de ações e serviços em saúde, a fim de ser verificada a promoção, a proteção e recuperação dos mesmos em todos os níveis dos entes federativos.

É necessário também conhecer as responsabilidades assumidas pelos entes federativos a fim de que a população possa ser bem atendida de forma igualitária e com qualidade, de acordo com o perfil, a qualidade da prestação das ações e dos serviços de saúde oferecidos pela rede de saúde.

Avaliar os indicadores e metas de saúde, as estratégias para melhorar cada vez mais os serviços de saúde, bem como os critérios de avaliação de resultados de forma contínua.

Avaliar também a forma com que as ações e os serviços estão sendo realizados com relação a RENASES e se os investimentos na rede de serviços estão sendo bem aplicados e de maneira responsável. E, por fim, se os recursos financeiros estão sendo aplicados conforme o cronograma de execução.

De acordo com o artigo publicado na Revista Saúde Pública (2011, p.1.206) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde:

A regulamentação contribuirá 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.

Ainda sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde vale ressaltar que deverá observar as diretrizes da gestão participativa para:

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.

A relação entre o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde e a gestão participativa se faz no sentido de estabelecer estratégias que venham incluir a avaliação dos usuários nas ações dos serviços de saúde para melhor o atendimento ofertado. Atua também para apurar de maneira permanente as necessidades e interesses dos usuários do SUS bem como dar publicidade dos direitos e deveres dos usuários que utilizam os serviços de saúde do SUS, incluindo-se aí as instituições privadas que complementam a rede.

O art. 38 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 afirma que “A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde”.

Para Santos (2011, p.1):

O contrato organizativo capaz de organizar a ação pública da saúde deve ser o ato jurídico que estampa os compromissos, compromete os entes federativos uns com os outros, define necessidades, prioridades e a forma de financiamento com a finalidade de garantir o direito à saúde do cidadão.

Assim, observa-se que uma das principais metas do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde é o atendimento humanizado dos usuários ou pacientes que procuram o SUS em busca de tratamento.

Já o art. 39 “As normas de elaboração e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde serão pactuadas pelo CIT, cabendo à Secretaria de Saúde Estadual coordenar a sua implementação”.

O art. 40 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 afirma que o controle e a avaliação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde serão realizados pelo Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS por meio de serviço especializado, conforme abaixo disposto:

§ 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.

Percebe-se que quanto ao controle e avaliação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde deverá ser elaborado um relatório de gestão, com todos os compromissos assumidos no instrumento e que deverá ser implementado em conformidade com a lei.

O art. 41 afirma que é preciso monitorar todas as etapas de execução do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde a fim de saber se as metas estão sendo alcançadas, se o desempenho está de acordo com o previsto inicialmente. Outro quesito muito importante é saber se os participantes estão incluindo os dados obtidos sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde nos sistemas de informática em saúde para que sejam tabulados e acompanhados estatisticamente pelo Ministério da Saúde e Conselho da Saúde a fim de novos estudos, verificação de erros ou falhas ou melhoramentos.

De acordo com Santos (2012) embora o COAP ainda não seja obrigatório para que a União Federal realize os repasses financeiros para os municípios que tenham as redes de saúde, em breve se tornará uma realidade.

Assim é fundamental que o COAP seja considerado como um instrumento a favor dos municípios que mantêm as redes de atenção à saúde, pois, com ele estarão seguros quanto ao recebimento das verbas, embora tenham que cumprir metas e serem avaliados e monitorados seus desempenhos pelo Ministério da Saúde.

No entanto, o aspecto é positivo no sentido que a população ganha na questão da qualidade do atendimento da saúde, pois, com a maior fiscalização dos conselhos, e dos

serviços compartilhados, a expectativa é que a melhoria dos serviços de saúde ocorra sensivelmente. O prazo de vigência do COAP é de 4 (quatro) anos, sendo que o primeiro foi produzido de 2013 a 2015, prevendo custeio de ações e serviços de saúde adicionais para diversos municípios aonde foram constatados aumento da população ou migração de uma região para outra.

Em suma, nesse capítulo discutiu-se, em primeiro lugar, o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, especialmente o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e institui mecanismos de controle mais eficazes e instrumentos para que o Ministério da Saúde possa atuar na pactuação e no monitoramento das ações realizadas na rede pública.

O segundo assunto, que é o tema do estudo, foi a respeito do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP, é uma espécie de acordo firmado com os municípios e as redes de saúde, aonde devem ser cumpridas determinadas atribuições e responsabilidades, inclusive financeiras, para que se mantenham os repasses financeiros, com vistas a sempre manterem a qualidade do atendimento dos serviços de saúde.

4 A FALTA DE ESTABILIDADE MÍNIMA NO FINANCIAMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE

Antes de falar a respeito da falta de estabilidade no financiamento das políticas públicas vale a pena discorrer acerca da criação, mesmo que de forma sucinta, do SUS – Sistema Único de Saúde, que é a principal política de assistência gratuita de saúde do Brasil.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (2011, p.12):

O período anterior a 1930 caracterizou-se pela predominância do modelo liberal privado tradicional – assistência médica individual oferecida pelas Santas Casas e instituições de caridade a quem não podia pagar ou por médicos tipicamente liberais, mediante remuneração direta. Em 1923 a Lei Elói Chaves regulamentou a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) – um modelo restrito ao âmbito de grandes empresas e que possuíam administração própria para seus fundos. Outros trabalhadores se organizaram em associações de auxílio mútuo para atender doenças, invalidez no trabalho e morte. Nos anos 1930 surgiu a Previdência Social, atuando por meio dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) das diversas categorias profissionais, como, por exemplo: Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (Iapi), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (Iapetec) e Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes (IAPC).

Observa-se que antes de 1930, em virtude do modelo liberal aonde a assistência à saúde era oferecida nas Santas Casas de Misericórdia ou caridade, para as pessoas consideradas carentes. No período de 1923, com a edição da Lei Elói Chaves foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão pelas grandes empresas que possuíam fundos próprios para administrá-los. Posteriormente surgiram associações de trabalhadores que se organizaram e criaram grupos para atender os doentes e inválidos carentes. Já em 1930 surge a Previdência Social cujo papel era de aposentar os indivíduos que trabalhavam na iniciativa privada.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (2011, p.12):

Em 1953, foi criado, pelo presidente da República, Carlos Luz, o Ministério da Saúde, desmembrando-o do Ministério da Educação – Lei n. 1.920, de 25 de julho, tendo como seu primeiro-ministro Antônio Balbino de Carvalho Filho. A partir do final dos anos 1950, inicia-se no Brasil um novo processo de transformações caracterizado por um movimento de “modernização” do setor de saúde.

Somente em 1953 cria-se o Ministério da Saúde com o objetivo de modernizar as ações de saúde no Brasil. Nesse período, o Brasil passava por um momento de avanço do capitalismo, onde predominava a eficiência dos bens e serviços.

Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (2011, p.12):

Em 1967, a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) cria um mercado para as ações que serão produzidas pelas empresas vendedoras de serviços médicos e fortalece o movimento de privatização do setor. Nos anos 1970, consolida-se a posição hegemônica da Previdência Social.

De acordo com o CONASS (2011), nos anos 70 surgem as primeiras iniciativas em prol da medicina comunitária, iniciados principalmente pelas universidades e pelas Secretarias de Saúde dos municípios, que se preocupavam com a saúde sanitária da população principalmente. Havia também o apoio dos partidos políticos e dos órgãos de vigilância sanitária.

A partir de 1972, de acordo com o CONASS (2011), iniciam-se atividades de saúde na cidade de Montes Claros, em Minas Gerais, por meio de experiências, a fim de encontrar um modelo capaz de oferecer serviços de saúde por meio do Ministério da Saúde e da Previdência Social. Houve também reformas administrativas que modificaram a estrutura do Ministério da Previdência em Assistência Social – MPAS e em 1975, foi sancionada a Lei nº 6.229, que sistematizou o SNS – Sistema Nacional de Saúde.

Esse Sistema, segundo o CONASS (2011), foi uma forma encontrada pelo governo da época de institucionalizar formas de oferecer serviços de saúde, porém não foi bem-sucedido porque não foi capaz de enfrentar as contradições do próprio sistema. Também em 1975, criou-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, colocado em prática em 1977. Esse programa teve repercussão na integração de quatro Ministérios, ou seja, Saúde, Previdência, Interior e Planejamento e foi bastante criticado devido à crise que o país enfrentava porque iria requerer uma diversidade muito grande de recursos financeiros.

De 1977 a 1980 ocorreram diversos acontecimentos que marcaram a história da saúde no Brasil, sendo que em 1977, segundo o CONASS (2011), criou-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) vinculado posteriormente ao INAMPS. Já em 1978 a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, Cazaquistão, antiga Repúblicas Socialistas Soviéticas – URSS foi determinada a necessidade de os governos trabalharem no campo da saúde e atuarem em seu desenvolvimento a favor das comunidades mundiais.

De acordo com o CONASS (2011) no ano de 1979, o PIASS expande-se por todo o Brasil, devido a ter baixo custo operacional e extensa cobertura. Já em 1980 cria-se o PREVISAUDE, incorporando-se o PIASS.

De 1982 a 1987 também podem ser citados diversos acontecimentos como a criação do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) em 1982, período que também foi marcado pelo regime militar e a criação do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social retomando algumas ideias que já tinham sido colocadas em práticas só desta vez incluindo a iniciativa privada.

Segundo o CONASS (2011) por volta de 1983 surge o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), as quais foram implantadas por meio de um programa de atenção médica para áreas urbanas. Em 1986 acontece a VIII Conferência Nacional de Saúde aonde são lançadas as bases iniciais do sistema público de saúde como dever do Estado e direito do cidadão, da necessidade preeminente de se reformular o sistema nacional de saúde e de financiamento mais expressivo para a área da saúde.

A partir dessa importante conferência, houve a realização da Comissão Nacional da Reforma Sanitária que contribuiu para a Constituição Federal de 1988. Ainda em 1987, houve uma tentativa chamada de SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde que trazia em seu bojo as seguintes diretrizes: universalização, descentralização por meio dos Estados e democratização das instâncias gestoras.

O SUS – Sistema Único de Saúde foi criado na Constituição Federal de 1988, em 5 de outubro e está escrito no Título VIII, da Ordem Social, Capítulo II, da Seguridade Social, Seção II, artigos 196 a 200.

O SUS no âmbito da Constituição Federal de 1988 deve ser entendido enquanto política pública que compreende a saúde como direito de todos e dever do Estado, por isso se justifica sua criação, a fim de oferecer serviços de saúde gratuitos a população por meio de um sistema único e organizado, regido por princípios de forma descentralizada e abrangendo os mais diversos tipos de atendimento que a população venha precisar.

O SUS foi aprovado em um momento de constantes mudanças no Brasil e de transição de governo, aonde se deixa o regime militar e passava-se para a abertura democrática, de modo, que palavras como descentralização ou democratização ganharam força total, ampliando-se os direitos de cidadania, previdenciários, coletivos que foram por muito tempo reprimidos pelo governo autoritário.

Segundo o CONASS (2011, p.16):

A descentralização se fez por meio da descentralização de competências e receitas tributárias para estados e municípios. Na saúde, houve clara opção preferencial pela municipalização. Entre as muitas lições aprendidas nesse movimento de reforma sanitária, uma merece ser destacada: a mudança foi alcançada por um longo e duro movimento de politização da saúde que articulou movimentos sociais, profissionais

de saúde, partidos políticos, universidades, instituições de saúde e políticos, especialmente parlamentares.

Observa-se que a descentralização do SUS foi por competências e receitas tributárias para estados e municípios, sendo que no que diz respeito à saúde, a descentralização se focou mais nos municípios. No que diz respeito ao SUS vários instrumentos legais foram editados como a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), que foi posteriormente alterada pelas Leis nºs 9.836, de 23 de setembro de 1999, 10.424, de 15 de abril de 2002 e 11.108 de 7 de abril de 2005.

Foram feitos diversos vetos pelos Presidentes inclusive um deles atingiram pontos essenciais como a instituição dos Conselhos e das Conferências de Saúde. No entanto, por meio da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, art. 1º, trata da participação da comunidade no SUS e institui os Conselhos de Saúde, bem como as Conferências de Saúde.

Resta dizer que a criação do SUS foi muito importante para a inclusão dos cidadãos que não podem pagar por tratamento médico de qualquer espécie. Isto porque, quem não era incluído no antigo Inamps era totalmente excluído de qualquer tipo de tratamento, só lhes restava o mero tratamento ambulatorial, de simples complexidade e prestado por profissionais de conduta questionável.

4.1 A EMENDA CONSTITUCIONAL 29, DE 13 DE SETEMBRO DE 2000

A falta de estabilidade mínima no financiamento das políticas públicas, sobretudo nas políticas de Saúde faz parte do grande rol de problemas que as políticas de descentralização enfrentam, quanto ao Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, quando este fala em Região de Saúde, quando trata da rede regionalizada espera-se que seja à base de alocação dos recursos.

O sucesso da política de descentralização da saúde pública está intimamente ligado a uma necessidade premente de viabilizar institucionalmente fluxo permanente de recursos financeiros e administrativos.

Observa-se que com a transferência de recursos federais para estados e municípios, deixa-se de regulamentar já que o Art. 35 permanece inalterado, descumprindo-se assim a lei com o argumento que a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, trata do assunto existindo assim uma regulamentação, perde-se aqui a oportunidade de regulação por decreto. Outro problema é que se pode cometer iniquidade redistributiva, o que já acontece,

transferindo mais recursos a quem já tem mais desempenho e prejudicando a população de outros locais com menos desempenho, mas, com muito mais necessidades.

Para melhor elucidação e clarificação discute-se abaixo em pormenores a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, que fez alterações nos arts. 34, 35, 156, 160 e 198 da Constituição Federal de 1988 e acrescentou ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

A Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, com mais de dez anos não teve a regulamentação necessária, o que teve impactos negativos na proteção dos direitos dos cidadãos no que diz respeito ao acesso aos direitos aos serviços de saúde. De acordo com Pinto (2016, p.1) “Tal omissão legislativa pode ser percebida em três níveis cumulativos de esvaziamento do dever constitucional de custeio federativo do SUS”.

Ou seja, de acordo com a autora, com a falta de regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 muitos direitos dos usuários do SUS deixaram de ser assegurada por falta de financiamento, escassez de dinheiro para a compra de medicamentos e até mesmo para o pagamento de profissionais qualificados em determinadas especialidades.

A esse respeito Pinto (2016, p. 1 ressalta):

O primeiro nível reside na tendência de regressividade proporcional que a forma de cálculo do valor devido pela União evidenciou ao longo do período de 2000 a 2010. Isso porque o critério de cálculo do gasto mínimo federal se preocupou apenas com a variação nominal do produto interno bruto (PIB), desconhecendo a necessidade de manter alguma referência de proporção com o crescimento da sua receita corrente líquida.

Em uma análise entre o lapso temporal de 2000 a 2010 pode-se perceber que houve redução no valor dos repasses da União aos entes federados para serem aplicados na saúde. Isso de fato preocupa porque o governo federal levou em conta apenas a variação do PIB – Produto Interno Bruto, desconsiderando o crescimento das demais receitas locais e principalmente do aumento da demanda da população.

Com relação à alteração havida no art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, Pinto (2016, p.1) afirma que “[...] enquanto Estados e municípios devem gastar com a política pública de saúde determinado percentual fixo da receita de impostos e transferências constitucionais, a União não teve nenhuma vinculação de gasto [...] isso demonstra descaso e até mesmo transferência de responsabilidade progressiva de receitas, se

omitindo de fazer a sua parte indispensável para a melhoria dos serviços de saúde prestados aos cidadãos.

De acordo com Pinto (2016, p.1) o segundo nível de descompromisso da Emenda Constitucional nº 29 com o SUS é o seguinte:

No segundo nível de esvaziamento, podemos considerar como tímidos os instrumentos jurídicos de controle da inclusão de despesas outras (que não as diretamente relacionadas com o atendimento gratuito e universal) no *quantum* devido de despesas mínimas em saúde. A esse respeito, é alarmante o dado apontando pelo Ministério da Saúde de que, embora todos os 27 Estados-membros tenham afirmado que cumpriram integralmente, em 2008, o dever de gasto mínimo em saúde, apenas 14 cumpriram os critérios do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esse é o teor da Nota Técnica Siops/Desd/SE/MS n.º 19/2010, que avaliou os balanços gerais dos Estados, referentes ao exercício de 2008, quanto ao cumprimento da Emenda Constitucional n.º 29/2000 e da Resolução CNS n.º 322/2003.

Como se pode observar, outro fato que comprometeu bastante a falta de investimentos no SUS, foram os poucos instrumentos jurídicos de controle de inclusão de despesas que poderiam garantir o acesso aos serviços de saúde de forma integral e gratuita. Um exemplo disso é que segundo a autora aponta no ano de 2008 apenas 14 (quatorze) estados cumpriram a meta do Conselho Nacional de Saúde em aplicar o total de investimentos previstos pelo governo federal em seus Estados.

Se os Estados não cumprem as metas de investimentos em saúde cabem aos municípios absorverem as demandas, sobrecarregando ainda mais seus sistemas que por serem menores, são mais precários e deficientes, em geral.

Com relação ao terceiro critério que vem travando a Emenda Constitucional nº 29 com relação ao atendimento do SUS afirma-se:

Por fim, o terceiro nível de progressivo esvaziamento da força normativa da Emenda 29 vai-se recrudescendo com o decurso do tempo sem sua regulamentação. Isso porque a força integradora do SUS resta mitigada pela falta de critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais.

Ou seja, sem a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 o diploma legal vai se tornando praticamente sem força devido ao tempo. E o que deveria ser um trabalho conjunto dos entes federados também se dissipa já que os recursos não chegam o suficiente para atender as demandas necessárias.

Percebe-se haver pelo menos omissão federal no que diz respeito as disparidades do SUS. É necessário que se tenha maior comprometimento com o serviço de saúde e com o SUS, já que é um imperativo constitucional, um direito fundamental à saúde, dever do Estado independente do nível da Federação a que pertença.

A necessária regulamentação da emenda constitucional 29 de 13 de setembro de 2000 veio com a lei complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, muito esperada pela área da saúde, mas, no entanto, obteve diversos vetos pois, trata de financiamento regulando a Emenda Constitucional 29/2000.

A Lei Complementar nº 141/2012 esteve por grande temporada tramitando nas casas legislativas antes de ser devidamente aprovada onde foi recusado o percentual de 10% (dez por cento) para a União disponibilizar para a saúde.

De acordo com a Lei Complementar nº 141/2012 as despesas devem ser gastas na própria saúde, visando a qualidade no atendimento ambulatorial ou hospitalar, para tanto estabelece normas de fiscalização, avaliação e controle para a aplicação dos recursos financeiros mínimos no setor governamental.

O que se percebia não raro, é que se gastavam recursos específicos da saúde em outras áreas como despesas em restaurantes populares, programas sociais, uma espécie de desvio descabido que não poderia jamais acontecer, já que a verba vem destinada para o atendimento da saúde de pacientes nos hospitais.

Assim, de acordo com o art. 3º da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, os gastos devem ser única e exclusivamente com:

Vigilância em saúde; atenção à saúde em todos os níveis de complexidade; capacitação do pessoal do Sistema Único de Saúde – SUS; desenvolvimento científico e tecnológico, produção, aquisição e distribuição de medicamentos, hemoderivados e equipamentos médico-odontológicos.

Com relação a possíveis desvios dos gastos para custeio de saneamento básico e meio ambiente, é preciso dizer que boa parte das despesas era aplicada com a anuência dos Conselhos locais de saúde e em domicílios e pequenas comunidades, ou em comunidades quilombolas e para combater o avanço de doenças. Para esses casos há previsão legal no art. 4º, incisos V e VII que erradica de forma plena a má fé dos gastos em despesas habituais em saneamento e meio ambiente.

Outras exceções constatadas nos repasses financeiros são: reformas, ampliação e construção de unidades de saúde, hospitais ou prontos-socorros; contratação de pessoal da saúde

(nesse caso o pagamento de salários e demais encargos), manutenção em funcionamento das unidades prestadoras de serviços de saúde pública.

Da mesma forma que a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 cita os casos em que podem ser gastos os recursos financeiros transferidos da União para os Estados, também diz as despesas que não podem ser contadas na aplicação compulsória, embora visem melhorias para as comunidades, inclusive quanto às condições de saúde, saneamento, meio ambiente, etc.

Assim o art. 4º da Lei 141/2012 assim preconiza:

Art. 4º Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de: I - pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde; II - pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área; III - assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal; IV - merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º; V - saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade; VI - limpeza urbana e remoção de resíduos; VII - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais; VIII - ações de assistência social; IX - obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e X - ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

Observa-se que de acordo com o art. 4º não se constituem despesas com ações e serviços públicos de saúde pagamento de aposentarias ou pensões, salários do pessoal ativo da saúde, planos de saúde que não seja relativo ao princípio universal; merenda escolar; saneamento básico, limpeza urbana, assistência social, obras de infraestrutura ou ações ou serviços que não estejam previstos nesta lei.

Com relação aos impostos elencados no art. 198, § 2º, inciso II da Constituição Federal de 1988, antes da edição da Lei Complementar nº 141/2012 eram arrecadados diretamente dos Estados e Municípios e transferidos para outros entes estatais que faziam parte da estrutura organizacional do governo.

Em conformidade com o art. 9º da Lei Complementar 101/2012:

Art. 9º Está compreendida na base de cálculo dos percentuais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no [§ 2º do art. 198 da Constituição Federal](#), já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial.

Veja-se que com relação a área da saúde, a mesma tem as mesmas condições de financiamento que as demais áreas como a educação, por exemplo, onde a parcela da receita está vinculada com a receita resultante de impostos (art. 22, CF/88) e não apenas daquelas previstas na Carta Magna vigente.

Assim sendo, a partir de 2012, a área da saúde passou a contar com recursos adicionais como a Lei Kandir, Lei nº 87, de 13 de setembro de 1996, e passou a ser da seguinte maneira:

O 1% de FPM recebido, adicionalmente, em dezembro de cada exercício (art. 159, I, “d” da CF) e auxílios semelhantes aos obtidos, em 2009, pelos municípios brasileiros; isso, face à queda na arrecadação do Fundo de Participação dos Municípios - FPM (Medida Provisória nº 462, de 2009). De mais a mais, o novo ordenamento dirime a controvérsia alusiva à parcela retida pelo Fundo da Educação Básica, o FUNDEB (20%); tal se dá porque, no padrão nacional de balanços públicos, os impostos vinculados àquele Fundo são reduzidos, em 20%, por uma conta redutora, subtrativa, diminutiva.

Assim, a partir de Lei Complementar 141/2012, que 20% (vinte por cento) do FUNDEB, está incorporado o valor de despesas obrigatória na área da saúde, embora não seja incorporado ao erário em toda sua totalidade. O art. 29 da LC 141/2012 determina:

Art. 29. É vedado aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios excluir da base de cálculo das receitas de que trata esta Lei Complementar quaisquer parcelas de impostos ou transferências constitucionais vinculadas a fundos ou despesas, por ocasião da apuração do percentual ou montante mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde.

Observa-se que se os 20% do FUNDEB perfilam-se na base de cálculo da saúde, então, por simetria, também integram o montante sobre o qual se afere o limite da despesa total com as Câmaras de Vereadores: os 3,5% a 7% da receita municipal do ano anterior (art. 29-A da Constituição Federal de 1988).

De outra forma e contrário à Secretaria do Tesouro Nacional, entende-se que, a parcela perdida para o FUNDEB deve somar-se à receita corrente líquida, ou seja, o indicador que baliza os limites da despesa de pessoal, mais a dívida consolidada, operações de crédito, concessão de garantia, bem como o depósito mensal para quitação de precatórios judiciais.

Caso contrário tal parcela perdida para o Fundo não poderia ponderar gastos com a saúde; afinal, não teria sentido fazer despesa sem a correspondente receita de amparo.

De acordo com a Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, arts. 62 e 63, há que se ressaltar que no poder público, as despesas passam por três etapas distintas: empenho,

liquidação e pagamento. Assim, as despesas devem ser liquidadas ou processadas quando os fornecedores já tenham entregados os produtos ou realizados os serviços ou até mesmo feito as obras contratadas pela Administração Pública, estando, portanto, aptos ao pagamento.

Para a Lei Complementar 141/2012, art. 24, em se tratando de cálculo de despesa obrigatório em saúde somente será considerada liquidada e paga no exercício e mais os gastos não-liquidados assim que forem disponibilizados de caixa, conforme abaixo disposto:

Art. 24. Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere esta Lei Complementar, serão consideradas: I - as despesas liquidadas e pagas no exercício; e II - as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde. § 1º A disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, considerados para fins do mínimo na forma do inciso II do caput e posteriormente cancelados ou prescritos, deverá ser, necessariamente, aplicada em ações e serviços públicos de saúde. § 2º Na hipótese prevista no § 1º, a disponibilidade deverá ser efetivamente aplicada em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos Restos a Pagar, mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente.

Nesse caso, os recursos mínimos destinados à saúde e previstos na Lei Complementar 141/2012 consideram as despesas liquidadas e pagas dentro do exercício, as despesas empenhadas e não liquidadas incluídas em restos a pagar até o final do exercício e consolidadas no Fundo da Saúde. Assim como a possibilidade de recursos financeiros em restos a pagar para fins de quitação dos débitos e a possibilidade da aplicação dos recursos financeiros em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício ou até o prazo de prescrição dos restos a pagar.

Vale ressaltar que o art. 24 não prevê limite para despesas que não venham a corresponder no ano em exercício, quanto aos bens e serviços destinados a saúde, ou seja, as despesas não processadas. Outra questão é que o referido artigo não determina prazo para que os resíduos sejam utilizados na saúde pública. Assim, se houver cancelamento dos gastos, não haveria como exigir do Estado para que fosse transformado em materiais, serviços ou obras para a saúde.

O § 2º do art. 24 também deixam restritos a respeito do cancelamento ou prescrição de restos a pagar não liquidados. Ou seja, de acordo com lei, o valor pode ser utilizado no ano seguinte de restos a pagar não liquidados em até seis após o ano de competência da despesa.

Desse modo, pode-se dizer que a Saúde teve grande benefício com a edição tanto da Emenda Constitucional 29, quanto da Lei Complementar 141/2012, que estipularam a despesa mínima obrigatória de 15% do município e 12% do Estado.

Ainda de acordo com o art. 24 da Lei Complementar 141/2012 existem vários procedimentos adotados pelos Tribunais de Contas no sentido de garantir o suprimento da educação e da saúde, exigindo entre outras coisas, a liquidação das despesas até o final do exercício e até mesmo a liquidação e o pagamento de determinados períodos adicionais.

Quanto o trabalho do controle externo não é fácil identificar o futuro dos cancelamentos ou das prescrições de empenhos não liquidados, pois, por não ter relação com o financeiro, a conta de Restos a Pagar muitas vezes se esconde nos relatórios e balanços, aparecendo muito pouco nas despesas orçamentárias dos órgãos públicos, dificultando a

Por fim, o inciso I, art. 24, da Lei Complementar 141/2012 trata das despesas liquidadas e pagas e o inciso II das despesas não-liquidadas com amparo financeiro, no entanto a Lei em nenhum momento se refere às despesas liquidadas e ainda não pagas. Neste caso, acredita-se que devem ser registradas no ano examinado, sem que haja qualquer tipo de manipulação nos anos subsequentes, até porque empenhos liquidados não devem e não podem ser cancelados.

Em suma, pode-se dizer que com a criação do SUS – Sistema Único de Saúde a saúde no Brasil deu um importante passo, principalmente para as camadas mais carentes da população que são as que mais precisam dos serviços assistenciais de saúde pública. No entanto, não resta dúvida que para fazer essa máquina funcionar e garantir o direito constitucional à saúde do cidadão é preciso recursos financeiros, indispensável para cumprir as demandas da área da saúde.

O problema maior é que grande parte dos recursos financeiros destinados à saúde pelo Estado não são suficientes para a enorme demanda do SUS, em se tratando de um País do tamanho do Brasil. Com isto, a efetivação do direito à saúde se torna comprometido, tanto pela omissão dos órgãos públicos, quanto ao não cumprimento de um direito fundamental e constitucional por parte do Estado.

5 A IMPORTÂNCIA DA DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Como já foi dito neste trabalho, a elevação dos municípios a entes federados trazida pela constituição cidadã de 1988, trouxe também uma necessidade de descentralização dos serviços de saúde, pois acreditava-se ser o momento ideal para tal, momento que estava agravado pelo fato de que se vivia uma ineficácia dos serviços de saúde na maioria dos estados brasileiros, surge a ideia de descentralização como sendo uma alternativa para a melhoria dos atendimentos médicos prestados à população.

Elias (1996) sinaliza para a necessidade de se observar com maior atenção como está a imagem do sistema de saúde brasileiro, principalmente na visão da sociedade, que o considera um verdadeiro caos. Isto porque são evidentes as fraudes, desvios públicos tanto de recursos financeiros quanto de medicamentos que vencem e não são usados enquanto vidas se perdem nos hospitais.

A todo o instante a população clama pela descentralização como uma forma de resolver tais problemas, ou pelo menos minimizá-los, a fim de que os serviços de saúde possam melhorar. No entanto, existem segmentos na esfera política que aprovam a descentralização e outros que reprovam e com isto quem verdadeiramente fica prejudicada é a sociedade que precisa dos serviços.

Antes da constituição de 1988 a ideia de saúde pública assistia apenas os trabalhadores formais com o objetivo de proteção da mão de obra, da força de trabalho tão cara ao capital, era através do trabalho que a população tinha acesso à assistência médica, quando falamos em população, aqui estamos nos referindo ao trabalhador formal.

Pois bem, havia o socorro básico à saúde coletiva, quando este estava em perigo, pois também era necessária assegurar a saúde do proletariado, além é claro de poder atingir a classe dominante.

A ideia de acesso universal e igualitário, como direito do cidadão e dever do Estado só veio estar presente na Constituição Cidadã em seu artigo 196 CR/88, e teve início com a reforma sanitária brasileira que defendia que as ações e serviços de saúde deveriam ser unificados.

É bom explicar que a União, os Estados e os Municípios tinham princípios, diretrizes e conceitos distintos, além de financiamentos distintos, essa foi à ideia embrionária da descentralização (ideia de subsidiariedade), com a união ficava o papel norteador e mantenedor da unicidade de conceitos evitando assim a fragmentação.

A respeito da descentralização o Ministério da Saúde (2006, p. 17) ressalta:

É um princípio que deve nortear as tomadas de decisão, pelo qual uma função não deve ser repassada à esfera subsequente sempre que puder ser exercida pela esfera local. No caso da Saúde, quando da distribuição de competências entre as esferas de gestão, devem considerar a possibilidade de assumirem, as responsabilidades, não as transferindo à esfera subsequente. E entre municípios, não deve ser repassado para outro o que pode ser realizado no município de origem. Isso pressupõe pactuação sobre quais sejam as responsabilidades mínimas não compartilhadas e as responsabilidades que devam ser objetos de compartilhamento, entre as esferas de gestão.

Observa-se que a descentralização deve ser levada em conta, pois, é um princípio que permeia a tomada de decisão dos gestores locais e no caso da saúde, auxilia bastante na distribuição das competências e responsabilidades que precisam ser tomadas quanto aos atendimentos e serviços de saúde.

Mas embora esteja depreendido em Lei Federal para se colocar em prática a descentralização, há que se superar diversos percalços. A esse respeito infere Kugelmas e Sola (2000, p.73) citando Almeida (1995, p.90) afirmam que isto é porque, nem mesmo um conceito correto do termo ainda não se tem pacificado na literatura, conforme abaixo descrito:

Na literatura especializada de relações intergovernamentais, o termo descentralização' está longe de ter um significado preciso. Ele tem sido utilizado indistintamente para indicar graus e modalidades diversas de redução do escopo do governo federal em decorrência: a) do deslocamento da capacidade de decidir e implementar políticas para instâncias subnacionais; b) da transferência para outras esferas de governo da implementação e administração de políticas definidas no plano federal; ou c) da passagem de atribuições da área governamental para o setor privado.

Ou seja, percebe-se acima que ainda não se tem um conceito definido sobre o termo descentralização. O que significa em um país, pode ser diferente o seu significado em outro. Assim tem sido usado indistintamente em diversos momentos e para diversos entendimentos.

Para Elias (1996) com relação ao significado de descentralização no sentido de transferir parte dos benefícios do poder público para os municípios, a fim de que os cidadãos fiquem mais próximos aos serviços oferecidos é positivo. Isto porque, se eleva o grau de envolvimento da comunidade nos problemas locais e a busca de possíveis soluções; gerando novos direitos e cobrando aqueles tirados dos cidadãos; aumentando também as informações sobre os problemas sociais como, por exemplo, como funciona o sistema político e administrativo do estado e a análise das demandas sociais. Teria como também verificar os resultados do ponto de vista da satisfação das demandas sociais, o que resultaria em melhoria da eficácia social do Estado.

Para Elias (1996) citando Lobo (1995) os principais requisitos da descentralização são a flexibilização, o gradualismo, a transparência e o controle social. Sem esses atributos acredita-se não ser possível colocar em prática os objetivos da descentralização, pois, é necessário que as comunidades tenham um conjunto de fatores presentes para receber a descentralização de forma plena e pronta para não sofrer qualquer interferência política ou ideológica de outros setores.

A descentralização pode ser realizada segundo Lobo (1995) em duas etapas, uma mais lenta e gradual, que ocorre de forma linear e outra unicista que ocorre de uma só vez, ou em uma única etapa.

Quando ocorre de forma gradual de acordo com Lobo (1995), a descentralização gradual e lenta é sempre voltada para a gestão administração num primeiro momento, onde é preparado o potencial do município para depois ser verificado o aspecto político e financeiro. Todas essas etapas fazem parte do processo de descentralização da primeira etapa que é a gradual e mais longa. Já na etapa única verificam-se de fato apenas as dimensões política e financeira, garantindo os recursos financeiros necessários para que o município adquira a autonomia política e financeira para se descentralizar e atuar de forma autônoma e administrativa.

Como se pode observar a descentralização em etapa lenta e gradual ocorre sempre aliada a situações onde existe transferência de poder, dando preferência a dimensão administrativa e priorizando a potencialidade a outras dimensões como a política e a financeira. Já na descentralização em etapa única ocorre principalmente na dimensão política e financeira, e ocorre principalmente de modo a garantir elementos como a autonomia financeira e administrativa do município.

Independente da forma como é feita a descentralização o objetivo será sempre o de analisar os efeitos que ambas podem causar aos locais onde serão implementadas, e para tanto, são realizadas avaliações a respeito das condições da instância beneficiada da descentralização, a capacidade técnica e operacional, ou seja, se têm condições de se manter sozinha os serviços descentralizados.

Percebe-se que é fundamental que as instâncias ou municípios tenham certo equilíbrio entre as esferas para que haja manutenção e sustentabilidade, ou seja, estabilidade na prestação dos serviços públicos, caso contrário todo o sistema de descentralização estará falho. Deverá abranger de fato as dimensões política, econômica e administrativa.

A esse respeito ressaltam Souza e Costa (2010, p.512):

Alguns municípios brasileiros dispõem de capital para o setor saúde advindo quase que exclusivamente através desse repasse, não apresentando condições de prover sua área territorial com todas as ações e serviços necessários para a atenção integral de sua população. Por isso, a regionalização torna-se necessária para que as pessoas possam buscar soluções aos seus problemas de saúde nos municípios-polo, mesmo que distantes do seu local de moradia.

Observa-se que no Brasil com relação ao SUS propriamente dito, no que diz respeito à descentralização, existe a corrente dos etapistas, que acreditam que a descentralização deve ser gradual e a corrente dos unicistas, que defendem que a descentralização se dê de forma imediata, de uma única vez.

Os defensores da primeira modalidade ainda ressaltam a necessidade de o processo englobar todas as dimensões relativas a descentralização e há ainda uma parte que simplesmente discordam sobre a desconcentração dos processos, ou seja, acreditam que a transferência do poder político e financeiro não é benéfica, ao contrário, deve se manter a esfera local submetida às demais.

Elias (1996) ressalta que para alguns grupos a desconcentração é uma condição inicial não suficiente para se descentralizar, pois, é apenas uma etapa inicial do processo de descentralização. Outro aspecto que os estudiosos defendem sobre a descentralização é a necessidade de fortalecer a esfera local antes de fazer de fato a descentralização para que se minimizem os erros, para que não haja interrupção dos serviços, falta de materiais, recursos humanos, etc.

A esse respeito e de forma bastante detalhada Elias (1996) neste estudo, cita os meios para se conseguir a eficácia da descentralização ou como alguns denominam a transferência de poder da esfera federal para a local. Esse processo é um pouco delicado porque precisa de diversas providências no sentido técnico, administrativo, financeiro, gerencial, etc. a fim de que o processo de descentralização possa ser feito de maneira correta sem perdas e que venha de fato responder às demandas sociais. Partindo desse pressuposto, a descentralização exige determinados requisitos necessários para seja efetivada e mesmo depois de transferida a competência, sempre a esfera federal terá que acompanhar o andamento dos trabalhos dos entes descentralizados.

Vale ressaltar que quanto a fortalecer o poder local existem dois questionamentos que merecem relevo. O primeiro é a inserção do sistema político na sociedade civil, e a escolha de critérios de ações estatais para que seja feita a descentralização. Para Elias (1996) o primeiro item, está relacionado com a participação da sociedade, dos conselhos consultivos e dos conselhos gestores durante o processo de descentralização e também a avaliação dos possíveis riscos que se pode ter com a política de dominação, por meio dos diversos interesses que

permeiam os espaços descentralizados e que envolvem a coisa pública. No segundo item o aspecto a ser considerado é sob o ponto de vista dos requisitos necessários que se precisa ter para que os resultados esperados sejam obtidos com o processo de descentralização.

A respeito da descentralização de um modo geral Elias (1996) citando Tobar (1991) afirma que é preciso levar em conta que são as ações administrativas que levam ao sucesso da descentralização. Embora na área da saúde essas ações não tenham sido bem estabelecidas por diversos motivos.

Na área da saúde a descentralização vem sendo perseguida por muitos e muitos anos. O processo de descentralização aos poucos impõe ao Estado uma nova forma de intervenção pública no setor da saúde. Num primeiro instante, há a contenção de despesas e a utilização de equipamentos para promover ações, preparando o local da descentralização e as medidas dela decorrentes.

Segundo Elias (1996) sobre a discussão da repartição do poder político entre os entes federativos ser questão debatida de longos tempos, a descentralização é bem mais recente, vem sendo tratada desde os anos 60, principalmente a partir de diversas crises que aconteciam no mundo e no Brasil que se intensificaram na década de 70, que afetaram principalmente os setores tributários e administrativos. Houve nessa época um movimento denominado municipalista que lutava pelos serviços de saúde, por sua expressividade e a partir dos anos 80 ganhou força com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), surgida no auge da crise financeira previdenciária do regime militar vigente na época.

É certo dizer que não é tão fácil saber quando se iniciou o processo de descentralização na área da saúde, mas pode-se dizer que ocorreu por volta dos anos 70, quando alguns governos municipais de oposição se juntaram conforme ressalta Müller Neto (1991,p.54): “A partir de meados da década de 70 o setor saúde de algumas prefeituras governadas pela oposição, dentre elas a de Campinas (SP), Lages (SC), Londrina (PR), Niterói (RJ), e Piracicaba (SP), implementa modelos alternativos na produção de serviços de saúde, centrados na atenção primária”.

Observa-se que esses foram os passos iniciais para a implementação de serviços de saúde gratuitos e aconteceu na região sudeste do país, ainda na década de 70, onde alguns municípios paulistas iniciaram o processo de descentralização de serviços na área da saúde.

Aos poucos, prefeituras de outros municípios também de partidos da oposição se manifestaram favoráveis a descentralização e a Reforma Tributária fazendo com que os municípios fossem os únicos depositários de uma cruzada contra fraudes e desvios que estavam acontecendo no sistema de saúde, o que levou a população a cobrar ainda mais o

processo de descentralização dos serviços de saúde já que cada vez mais havia dificuldades nos atendimentos de saúde.

Ainda sobre o processo de descentralização dos serviços da saúde Elias (1996) ressalta que os atributos necessários para o processo de descentralização possam ser em maior ou menor grau, nos municípios com melhor ou pior estrutura física. Mas, observa-se também, que são nos municípios de melhor estrutura física e onde a descentralização acontece em maior grau é que se tem observado as piores fraudes, verificando que não há grande preocupação com a população propriamente dita. Os recursos não são fiscalizados como deveriam, pois, não são de origem municipal.

Com relação às restrições observadas de ordem moral e ética que devem ser tratadas, vale ressaltar que os municípios só se sentem comprometidos de fato com a fiscalização dos serviços prestados de maneira eficiente quando recebem uma compensação financeira que compense o trabalho dos mesmos.

De outra forma, sempre haverá reclamações negativas de que o atendimento nos municípios não atende as expectativas da comunidade e isso não ocorre somente nos municípios, mas em todas as esferas do governo.

A esse respeito Elias (1996, p.32) ressalta:

Por mais que ele disponha de melhores condições para executá-la, o processo de descentralização não deve se restringir apenas a estes aspectos, sob pena de resultar em grande frustração se medidas de caráter estrutural, tais como a referida compensação, não forem introduzidas em benefício da suposição da existência de uma ética da solidariedade e da promoção de um dever público que infelizmente ainda não estão suficientemente disseminadas pela sociedade brasileira e tampouco nas relações entre as esferas governamentais.

Pode-se afirmar que por mais que se disponha de condições apropriadas para oferecer serviços de saúde de qualidade, no processo de descentralização não se pode observar apenas para os aspectos físicos econômicos, e sim devem também ser avaliados os aspectos éticos, solidários, promoção do dever público de oferecer saúde a todos os cidadãos que dela precisar e onde é quer que esteja. Embora essas noções não estejam disseminadas o suficiente na sociedade brasileira e tampouco nos governos.

Ressalta Elias (1996, p.32) citando, Casto; Sato (1993) elucida para uma nova tendência denominada de setorialização de políticas de saúde em todo o Brasil. Nesse caso, “[...] favorecendo o fortalecimento de corporativismos locais em disputa por recursos públicos e pelo monopólio dos convênios [...] ”

Há que se ressaltar que o SUS é uma política social realizada por força da Assembleia Nacional Constituinte e segundo Elias (1996, p.33) citando Vianna (1991) afirma que a primeira diretriz que fala sobre a saúde é bem clara quanto a descentralização. Percebe-se que com relação ao SUS, tem caráter constitucional e na seção saúde está disposta claramente a diretriz descentralização. Assim, está prevista na Lei maior que será feita a descentralização da saúde, como sendo uma diretriz do SUS e portando deverá ser cumprida. Deve-se ressaltar que o legislador tinha a intenção inicial de repassar a responsabilidade inicial para os municípios, no que diz respeito às ações básicas de saúde e não todo o processo de saúde, o então Sistema Unificado Descentralizado de Saúde – SUDS.

No texto que foi aprovado na Constituição Federal de 1988, art. 30, inciso VII que trata das Competências dos Municípios, assim depreende: “Prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população. ” Apenas no final dos trabalhos da Comissão Constituinte é que foi incluída após intenso debate tal redação.

Barros (1995) entende que dentre os demais setores da administração pública, o setor de saúde é que tem mais se destacado em termos de descentralização, é preciso identificar que não é somente o setor de saúde que precisa de uma política séria de descentralização, outros setores como educação, segurança pública, direitos humanos, também necessitam. O problema cai sempre na falta de financiamento para ser repassado aos municípios que não apresentam boas condições de gerenciamento e até de relacionamento e parceria com os demais entes da federação, seja por questões políticas ou por simples falta de diálogo e comprometimento com resultados positivos.

Outro fator preponderante é o fato de que pelo menos metade dos municípios brasileiros não possuem as condições necessárias, financeira e administrativa para atuarem de forma autônoma no que diz respeito à prestação de serviços de saúde o que implica em transformações estruturais, físicas e operacionais no sistema.

A esse respeito Elias (1996) à época depreende que pelo menos 50% dos municípios brasileiros não detém condições necessárias para gerenciar a descentralização dos serviços de saúde, tanto no aspecto financeiro quanto no administrativo, isto porque não possuem um governo autônomo. Com isto, por estarem dependentes de outras esferas governamentais para manterem seus compromissos básicos, de que forma poderiam arcar com as responsabilidades com a saúde em âmbito local? Com total autonomia?

Ainda com relação aos municípios pode-se dizer que os de médio e grande portes, existem outras questões que devem ser levadas em consideração com relação a descentralização, como o gerenciamento do setor privado a ser contratado, entre outros.

Conforme Elias (1996) vale a pena superar o nível de prestação de serviços na saúde, oferecidos baseados somente em ações curativas e preventivas e ir mais além do que a prática médica habitual, ou seja, vale a pena qualificar melhor os profissionais da saúde para que possam desenvolver melhor suas atividades profissionais, trabalhar os princípios da humanização e participação, trabalho em equipe, desenvolver projetos de avaliação continuada na prestação dos serviços a fim de verificar de que modo estão sendo realizadas as atividades e melhor planejar a atenção a saúde.

Mesmo diante de na legislação pertinente estar prevista a descentralização enquanto diretriz na Constituição Federal de 1988, bem como na Lei Orgânica da Saúde, ainda demorou praticamente cinco anos a partir da vigência constitucional para que o governo federal avançasse em ações mais eficazes no sentido de descentralizar os serviços de saúde repassando-os para os municípios.

Somente com a edição da Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB), editada a partir da Portaria nº 545 do Ministério da Saúde, foi possível iniciar os procedimentos de descentralização dos atendimentos e serviços de saúde do SUS.

Elias (1996) citando Brasil (1993) ressalta que um dos objetivos da NOB é buscar a descentralização da gestão do atendimento e prestação dos serviços na área da saúde oferecida pelo SUS por meio de mecanismos eficazes e recursos financeiros destinados à saúde, para serem aplicados na assistência hospitalar e ambulatorial.

Ou seja, a proposta da NOB veio para propiciar ampliar diversos aspectos como melhorar o modelo assistencial que era praticado na época, dando novas amplitudes as esferas de governo, qualificando os recursos humanos, e também buscando formas de melhorar os recursos financeiros para a saúde e o controle social.

Pois, para que a descentralização ocorra de forma bem-sucedida é fundamental que os Fundos e os Conselhos de Saúde estejam em pleno funcionamento.

Na concepção de Reis *et. al.* (2017, p.18):

A NOB-SUS 93, que procura restaurar o compromisso da implantação do SUS e estabelecer o princípio da municipalização, tal como havia sido desenhada. Institui níveis progressivos de gestão local do SUS e estabelece um conjunto de estratégias que consagra a descentralização político-administrativa na saúde. Também define diferentes níveis de responsabilidade e competência para a gestão do novo sistema de saúde (incipiente, parcial e semiplena, a depender das competências de cada

gestor) e consagra ou ratifica os organismos colegiados com grau elevado de autonomia: as Comissões Intergestoras.

Além do mais, tem a questão do deslocamento do poder para municípios o que em tese beneficia principalmente os usuários da localidade, para isso é necessário haver mudanças na Constituição permitindo tais alterações, permitindo transferir recursos para outras instâncias. Há também a questão a divisão das funções nas esferas de governo retirando a presença do Ministério da Saúde da prestação de serviços de saúde. Outra medida é não mais transferir recursos destinados ao custeio e delimitando que as localidades escolhidas para serem descentralizadas tenham mais de 50 mil habitantes.

A todo o momento, está-se afirmando a necessidade de se descentralizar os serviços de atendimento à saúde do SUS, e ao mesmo tempo em que essa descentralização requer determinados procedimentos para que seja bem-sucedida. Tem-se falado também que a esfera municipal é a mais adequada para ocorrer a descentralização por estar mais próxima às comunidades e, portanto, possuem maior conhecimento quanto à demanda dos usuários.

Para Elias (1996) a descentralização dos serviços de saúde para os municípios vai além do que transferir recursos financeiros a estados e municípios, conforme abaixo descrito, é preciso ir mais além.

Isto porque a descentralização pode acontecer por meio da transferência de recursos financeiros e pode ser viável desde que os compromissos assumidos sejam efetivados de forma plena e responsável pelo município. Também é verdade que os repasses devem ser feitos de forma regular para não paralisar os atendimentos, impedir a realização de procedimentos de urgência, enfim evitar o bom andamento das rotinas dos hospitais.

Na concepção de Spedo *et al* (2009, p.1):

Considerando o desafio do SUS, a proposta de descentralização, que implica a transferência de poder e competências do nível central para os níveis locais, pressupõe a definição de novas competências para os entes federados envolvidos, bem como a organização de novas estruturas administrativas. Para que esse novo arranjo seja efetivo, deve-se consolidar a capacidade de cada ente para executar novas funções e interagir com funções executadas pelas demais esferas de governo, mantendo um equilíbrio entre autonomia e interdependência. A capacidade de gestão do nível local para assumir e conduzir com responsabilidade políticas sociais se constitui em uma das variáveis determinantes para a conformação que a descentralização assume em cada região.

O processo de descentralização dos serviços de saúde, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde previsto na Constituição Federal de 1988 tem se mostrado um grande

desafio para o governo Federal, em virtude da tradição centralizadora de assistência à saúde que se instalou no Brasil durante décadas, então é necessário centralizar para descentralizar?

Há ainda, a noção de que os municípios por estarem mais próximos às comunidades têm maiores condições de oferecerem melhores condições de atendimento à saúde do que na esfera estadual e federal, o que nem sempre procede. De fato, a proximidade dos municípios com as pessoas é maior, mas também é inconteste que as condições de infraestrutura também são menos privilegiadas, tanto no que diz respeito a materiais, equipamentos, equipe médica e recursos humanos, se mostrando muitas vezes precária. Nesses itens as esferas estaduais e federais têm maiores vantagens. Os municípios também vislumbraram um aporte em suas receitas através da descentralização.

Segundo Costa e Souza (2010, p.512) citando Arretche (2002):

Uma das diretrizes do SUS, a descentralização tem sua aplicação através do financiamento a cargo das três esferas de governo e a execução de serviços por conta dos municípios. Esse processo de descentralização no Brasil envolve a transferência de serviços, responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a municipal. Ao longo da década de 1990, foi verificada uma grande aceitação dos municípios pela municipalização, a qual pode ser explicada pelo interesse em aumentar a renda orçamentária de suas receitas, o que é perceptível quando, no ano de 2000, 99% dos municípios estavam habilitados no Sistema Único de Saúde.

Parecia que a descentralização dos serviços de saúde, a priori seria mais eficaz e eficiente perante a centralização, mas, quando se volta os olhos para o passado e observa-se os debates acerca da reforma do Estado, o tema da descentralização/centralização foi um dos mais acalorados e parecia ter alcançado o *status* de ponto pacífico e mistificado em torno da ideia de que a descentralização seria sempre um processo mais qualificado do que a centralização, quer seja no sentido de democratização das políticas públicas, quer seja para tornar estas mesmas mais eficientes, ou seja, é a ideia de que aprioristicamente a descentralização é mais democrática e eficiente do que a centralização.

Para Arretche (1996, p.6):

A centralização significa a concentração de recursos e/ou competências e/ou poder decisório nas mãos de entidades específicas no centro (governo central, agência central, etc). Descentralizar é deslocar estes recursos do centro e colocá-los em outras entidades específicas (os entes descentralizados). A primeira tem sido identificada como antidemocrática, na medida em que ensejaria a possibilidade da dominação política. Contudo, não existe uma garantia prévia -- intrínseca ao mecanismo da descentralização -- de que o deslocamento destes recursos implique na abolição da dominação. Deslocar recursos do centro para subsistemas mais autônomos pode evitar a dominação pelo centro, mas pode permitir esta dominação no interior deste subsistema.

Observa-se que centralizar significa a concentração dos recursos ou competências de decisões ou poder nas mãos de uma minoria. Já o ato de descentralizar vai mais além e significa deslocar recursos para quem realmente precisa, para comunidades mais carentes ou municípios menos abastados.

Segundo Arretche (1996) veja-se que a própria história do Brasil ensina que a administração do Estado brasileiro sempre fora desde o império um governo centralizador, tendo seu aprofundamento com o advento do Estado Novo e a fundação do Estado Desenvolvimentista que até meados dos anos 70, expropriaram para o governo federal, significativa parcela dos tributos e recursos fiscais em uma brutal centralização financeira.

Ainda segundo Arretche (1996) com isto, propiciou a criação de órgãos administrativos qualificados a tocar o modelo de Estado Desenvolvimentista, sufocando qualquer esboço de revolta dos níveis inferiores da Federação, o auge desta centralização que aconteceu no governo dos generais, elevando a um paradoxo, pois, a centralização megalomânica gerou a ideologia do Brasil gigante pela própria natureza, como diz o hino nacional.

Esse nacionalismo exacerbado veio expandir o Estado, contudo, essa expansão geraria a necessidade de criação de estruturas institucionais e administrativas nos governos estaduais que ao contrário do governo federal ainda não contavam com importantes empresas e agências, esse contexto era o principal argumento da sólida centralização ocorrida no período.

Portanto, nos Estados que até então não tinham uma infraestrutura capacitada, o que impedia até certo ponto a expansão que o governo federal necessitava, surge a necessidade de geração de uma gama de empresas estatais, atrelado à necessidade de maiores repasses tanto para os estados quanto para os municípios, mesmo que estes repasses fossem vinculados, possibilitando o início da descentralização.

Sobre o assunto Arretche (1996, p.12) ressalta: “Os impulsos pró-descentralização (ou dito de outro, os incentivos políticos para que a reforma do Estado se processe nesta direção) nascem da reação à forma pela qual se expandiu o Estado centralizado. ”

A redemocratização e acima de tudo a Constituição Cidadã de 1988 surgem como forças motrizes da descentralização, aliadas às figuras do Congresso Nacional e dos governadores de Estado e a importante elevação dos municípios a entes federados, juntamente com os novos atores do cenário político do Brasil, como os prefeitos, vereadores, sindicatos e organizações da sociedade civil.

Com isto, observa-se um rearranjo do quadro político nacional no que tange uma maior participação desses atores nas decisões de políticas públicas brasileiras, como nos traz Arretche (1996, p.3):

Na verdade, com a redemocratização -- e especialmente com a emergência de governadores de estado e do Congresso como atores decisivos no processo decisório - reequilibraram-se as condições de negociação entre elites políticas regionais e federais na barganha federativa.

Assim emerge e toma corpo juntamente com a ideia de Reforma Administrativa do Estado, a descentralização e regionalização das políticas públicas, sobretudo das políticas sociais incluindo-se aí as políticas de educação, saneamento, habitação, assistência social e a criação de um sistema nacional de saúde.

A descentralização no Brasil não foi um caminho natural e planejado, ele foi mais um nascimento a fórceps, devido à necessidade de expansão do governo federal aliado à exaustão de suas capacidades para isso, conecte-se a isso o surgimento de novas lideranças locais com atividades prementes de novas ideias e recursos para aplica-las.

A esse respeito Arretche (1996, p.3):

Na verdade, para além dos esforços de descentralização de alguns programas públicos e dos resultados descentralizados que as iniciativas dos níveis subnacionais têm ensejado, não existe uma estratégia ou programa nacional de descentralização que, comandado pela União, proponha um rearranjo das estruturas político-institucionais do Estado.

A descentralização deveria ser a transferência do poder decisório acoplado ao repasse de recursos necessários para sua implantação e execução. Esse pensamento à época foi abarcado por diversas correntes de pensamento político, tanto da esquerda, quanto da direita, como bem observa Arretche (1996 p. 1-2)

A partir de perspectivas políticas distintas, produziu-se um grande consenso em torno da descentralização. Passou-se a supor que, por definição, formas descentralizadas de prestação de serviços públicos seriam mais democráticas e que, além disto, fortaleceriam e consolidariam a democracia. Igualmente tal consenso supunha que formas descentralizadas de prestação de serviços públicos seriam mais eficientes e que, portanto, elevariam os níveis reais de bem-estar da população. Portanto, reformas do Estado nesta direção seriam desejáveis, dado que viabilizaria a concretização de ideais progressistas, tais como equidade, justiça social, redução do clientelismo e aumento do controle social sobre o Estado. Simetricamente, passou-se a associar centralização a práticas não democráticas de decisão, à ausência de transparência das decisões, à impossibilidade de controle sobre as ações de governo e à ineficácia das políticas públicas. As expectativas postas sobre a descentralização e a visão negativa das formas centralizadas de gestão implicariam, como

consequência, a necessária redução do escopo de atuação das instâncias centrais de governo.

Do lado dos formadores de opinião da base política, dizia-se que a descentralização seria importante para fortalecer os municípios dando poder efetivo aos seus gestores, e suas instituições estariam mais próximas ao cidadão, propiciando uma democracia de base local.

Sobre o assunto Magalhães (1999, p.212) afirma:

O princípio da subsidiariedade para federalismo brasileiro, contudo é uma outra vertente de base política mais à direita e sustentavam que a descentralização fortaleceria a vida cívica em que a sociedade civil, rompendo com a centralização levaria a revolução no comportamento social com maior capacidade de iniciativa e menor dependência do Estado.

Diante desse contexto a saúde pública se torna prioridade para ser o modelo de descentralização, em especial o Serviço Único de Saúde, que enquanto política pública deveria ser descentralizada, conforme já descrevia a Constituição Federal de 1988, essas premissas constitucionais foram muito bem elaboradas, já que seguiu o modelo de países desenvolvidos, no entanto não se consegue colocar em prática essas políticas descentralizadas, muito em razão das peculiaridades de nosso continental país.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei Orgânica nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, mais precisamente o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, poderá ser o condão para que de fato o que está escrito se consolide na prática.

Desse modo, mesmo diante das dificuldades que se encontram é fundamental retomar ações que promovam a descentralização no atendimento dos serviços de saúde, para que a população possa de fato ter acesso a todos os serviços de forma plena e satisfatória, já que a saúde é um dever do Estado previsto na constituição.

Há que se ressaltar que desde os anos 90 apesar dos avanços, a saúde brasileira vem engatinhando em diversos aspectos, existe muita reclamação por parte dos usuários que procuram os serviços do SUS, que apesar de ser a política de descentralização mais presente na vida dos brasileiros, não logrou o sucesso pretendido inicialmente, percebe-se que parte do fracasso está justamente na falta de efetivação da descentralização das ações, muito em parte, culpa da falta de profissionais e equipamentos compatíveis, e de uma boa coordenação central, fundamentada em metas claras para se alcançar resultados confiáveis, aqui a falha é gritante pois existiam tanto os profissionais, quanto os equipamentos necessários, aliado a esses problemas porém não menos importante está a efetividade e estabilidade mínima nos financiamentos da saúde pública, financiamentos esse que nunca foram claros e suficientes.

Todos esses problemas são decorrentes da falta de um poder fiscalizador central forte, capaz de administrar e ser eficiente e eficaz, o que leva a acreditar que para uma garantia de maior democratização e eficiência das políticas públicas descentralizadas é necessário que se tenha primeiro uma administração central forte e eficiente no seu papel estratégico. Isto não acontece sem uma coordenação estratégica forte a nível federal, nesse sentido Arretche (1999, p. 212) denomina tal situação de aparente paradoxo:

Contudo, pretendo chamar a atenção para um aparente paradoxo que o processo de descentralização, tal como tem se desenvolvido no Brasil tem evidenciado: o eventual sucesso de medidas descentralizadoras supõe o fortalecimento das capacidades institucionais e administrativas (e, portanto, do poder decisório) do governo central.

Como se pode perceber a autora afirma que existe um paradoxo no processo de descentralização desenvolvido no Brasil, que consiste no sentido de que para poder a descentralização ser de fato exitosa, o país tem que ser primeiramente forte nas instâncias federais planejadoras e principalmente fiscalizadoras da descentralização, pois com o desenvolvimento institucional e administrativo eficiente no centro a ponta tende a se desenvolver mais satisfatoriamente.

Com isto percebe-se que grande parte do fracasso da descentralização de algumas políticas públicas e em especial do SUS, se deve ao fato da heterogeneidade dos processos e dos atores institucionais e políticos envolvidos nos processos descentralizadores, processos esses desiguais desde a formulação das políticas até a sua implementação, o que afeta o resultado final, que é a qualidade do serviço prestado.

O processo de descentralização exitoso, passa pelo fortalecimento do papel do governo central, com um novo posicionamento no sentido de ser fortemente direcionado para corrigir as desigualdades, regulamentando e fiscalizando o processo de descentralização das políticas públicas, sendo eficiente no cumprimento do seu papel norteador, no intuito de compensar as diferenças regionais, sem isso corre-se o risco do aprofundamento dos fracassos das descentralizações e das desigualdades.

Em se falando de políticas públicas brasileiras pode-se dizer que a saúde foi a que mais avançou no desafio da descentralização, avançou em diversos aspectos embora ainda esteja longe de ser o ideal em nível de qualidade desejada para a população. No entanto, não se pode negar que os municípios possuem certo poder de decisão e certa autonomia na prestação dos serviços básicos de saúde.

Outra questão que deve ser salientada e que se constitui entrave para um maior sucesso é a extrema heterogeneidade desta descentralização, sendo que ora há demandas excessivas em determinada região e menores em outra, alie-se a isso o fato de que as capacidades financeiras e políticas serem diferentes entre uma região e outra, o que influencia o sucesso ou o fracasso de uma região a outra.

Outra questão importante é que deve haver bom relacionamento entre as esferas de governo, com responsabilidade, mantendo as contrapartidas em dias dos convênios a fim de que cada qual possa fazer a sua parte de forma idônea e responsável. Não se deve esperar tão somente os recursos federais, os municípios podem e devem separar uma parcela dos recursos fiscais à saúde, a fim de contribuir para a melhoria dos serviços.

Veja-se que a descentralização de fato depende de diversos atributos, não somente a transferência de recursos financeiros, mas a vontade dos municípios de assumirem os compromissos de maneira efetiva para que os atendimentos aos usuários não cessem, não sejam interrompidos e sejam regulares. É fundamental que cada município disponha dos recursos necessários para bem receber a descentralização e fazê-la valer.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em tela teve como tema o contrato organizativo da ação pública da saúde como necessidade para a retomada da descentralização: uma análise do decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Ao finalizar o trabalho pode-se afirmar que as hipóteses e os objetivos foram alcançados. Quanto ao primeiro capítulo que trata da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 de criação do SUS – Sistema Único de Saúde foi possível perceber que sua criação veio para beneficiar a população brasileira, em especial, os mais carentes que não tinham acesso aos serviços de saúde.

Quanto ao Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, também foi muito importante para a melhoria dos serviços de saúde, pois, ao pretender organizar e normatizar o SUS por meio de diretrizes e mecanismos de controles mais eficientes, bem como instrumentos de monitoramento do Ministério da Saúde, vem ser um importante instrumento para finalmente melhorar e quem sabe efetivar a descentralização dos serviços de saúde.

No que diz respeito ao Contrato Organizativo de Ações Públicas – COAP, tema principal do estudo, foi possível perceber que é uma espécie de acordo, firmado com os municípios e as redes de saúde, onde estados e municípios devem cumprir determinadas metas, atribuições e responsabilidades, financeiras e administrativas e sob o controle de Conselhos que acompanham os gastos e os desempenhos de cada rede de saúde, finalmente percebe-se uma preocupação em implantar, regulamentar e fiscalizar a descentralização dos serviços de saúde no Brasil.

É fundamental que seja elaborada uma política pública visando a melhoria do atendimento dos serviços de saúde. É essencial que se elevem a quantidade dos acordos firmados com o COAP entre os municípios regularizando cada vez mais as redes de saúde, e através delas efetivar a descentralização, a fim de que cada vez possam estar oferecendo serviços com melhor qualidade.

A falta de estabilidade mínima de financiamento, está relacionada com o desinteresse da união nas vinculações de percentual que deve ser gasto com a saúde, ao contrário do que aconteceu com Estados e Municípios que tem receitas e despesas atreladas a percentuais, assim a união deixa uma carga muito pesada nas mãos dos Estados e Municípios e de certa forma se exime da responsabilidade que deveria ser dela prioritariamente.

Outro fator preponderante é o grande número de desvios de recursos financeiros que seriam da saúde para outras áreas, mesmo sendo proibido por lei, mas que em balanços mirabolantes insistem Estados e Municípios a vincular receitas e principalmente despesas que em nada se correlacionam com saúde, e há em certos casos a falta de interesse dos estados e municípios em disponibilizar maiores valores à saúde.

Com isto, os hospitais, postos de saúde, encontram-se superlotados, em precárias condições físicas, faltam recursos materiais e humanos, medicamentos, etc. Por isso, a ideia da descentralização do SUS vem sendo defendida desde a Constituição de 1988, por meio de diretriz do SUS, embora até os dias atuais não tenha sido totalmente colocada em prática, o que se espera é que agora com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 e especialmente com o COAP isso venha a se concretizar.

O COAP e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que finalmente depois de mais de 20 anos veio regulamentar a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei criadora do SUS, pode e espera-se, venha a ser um importante instrumento de retomada da descentralização dos serviços de saúde no país e espera-se também que os Estados e Municípios percebam a sua importância nesse objetivo.

Vale ressaltar que por se tratar de tema complexo não é pretensão desse trabalho encerrar-se aqui, podendo ser retomado em outras oportunidades, mesmo porque algumas bases normativas não foram tratadas aqui como: Resolução Nº 1, de 29 de setembro de 2011; Resolução Nº 3, de 30 de janeiro de 2012; Resolução CIT Nº 4, de 19 de julho de 2012; Resolução Nº 5, de 19 de junho de 2013.

A realização do trabalho foi de fundamental importância para o acadêmico que teve oportunidade de colocar em prática os conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, Marta T.S. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo 31 (11): 44-66. 1996. Disponível em: http://www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/Marta/RBCS_96.pdf Acesso em: 09 mar. 2012.

BERLINGUER, Giovanni. **Proposta jornal da reforma sanitária**, n. 1, mar. 1987. Encarte Especial. Disponível em:< <http://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593-17.pdf>> Acesso em: 29 mai. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Disponível em: <www.senado.gov.br/legislacao>. Acesso em: 30/01/2012.

_____. **Ministério da Saúde**. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Brasília: Ministério da Saúde: 2006 (Série Pactos pela Saúde 2006 v. 3).

_____. **Lei Complementar 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 3 (três) esferas de governo, revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.689, de 27 de julho de 1993 e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm> Acesso em: 13 fev. 2017.

_____. **Lei Complementar nº87, de 13 de setembro de 1996**. Dispõe sobre o imposto dos Estados e do Distrito Federal sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação e dá outras providências (Lei Kandir). Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp87.htm> Acesso em: 13 fev. 2017.

_____. **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: 31 jan. 2017.

_____. **Emenda constitucional nº 29**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160 e 198 da Constituição Federal e acrescenta ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm Acesso em: 01 fev. 2017.

_____. **Lei n. 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: <www.senado.gov.br/legislacao>. Acesso em: 20/02/2012.

_____. **Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.** Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4320.htm> Acesso em: 13 fev. 2017.

_____. Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde, **Revista Saúde Pública**, 2011. Disponível em:< [file:///C:/Documents%20and%20Settings/89398157187/Meus%20documentos/Downloads/IT-MS%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/89398157187/Meus%20documentos/Downloads/IT-MS%20(1).pdf)> Acesso em: 31 jan. 2017.

_____. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2011.

_____. **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: 31 jan. 2017.

_____. **Guia para elaboração do Contrato Organizativo da Ação Pública: construindo o COAP passo a passo.** Ministério da Saúde: Brasília. 2014. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elaboracao_coap_construindo_passo.pdf> Acesso em: 18 mai. 2017.

CONASS - Coleção para entender a gestão do SUS 2011 Disponível em http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=51&Itemid=21 Acesso em: 02 fev. 2017.

ELIAS, Paulo Eduardo. **Descentralização e saúde no Brasil:** algumas reflexões preliminares, **Saúde e Sociedade**, 5(2), 17-34, 1996. Disponível em:< <file:///C:/Users/cliente/Downloads/03.pdf>> Acesso em: 12 fev. 2017.

LAKATOS, Eva Maria e MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LOBO, T. **Políticas sociais no Brasil**: descentralização para mais eficiência e equidade. In: Velloso, J.P.R.; Albuquerque, R. C.; Knoop, J., coord. Políticas sociais no Brasil: descentralização, eficiência e equidade. Rio de Janeiro, Inae/Ildes, 1995.

KUGELMAS, Eduardo; SOLA, Lourdes. Recentralização/Descentralização: dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. Tempo Social: **Rev. Social**. USP, S. Paulo, 11 (2): 63-81, out. 1999 (editado em fev. 2000). Disponível em:<

MAGALHÃES, José Luiz Quadros de. **Poder municipal**: paradigmas para o estado constitucional brasileiro. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 1999.

MÜLLER-NETO, J. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores, **Saúde em Debate**, 31:54-66, 1991.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas públicas de saúde**: Sistema Único de Saúde, UNA-SUS | UNIFESP, Disponível em:< http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf> Acesso em: 27 mai. 2017.

SANTOS, Lenir. **Articulação federativa e contrato de ação pública no SUS**. 2011 Disponível em: < <http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/06/15/articulacao-federativa-e-contrato-de-acao-publica-no-sus/>> Acesso em: 31 jan. 2017.

_____. **SUS e a Lei Complementar 141 Comentada**. Editora SABERES, 2012.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos, **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (3), 1671-1680, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/02.pdf>> Acesso em: 27 mai. 2017.

SPEDO, Sandra Maria; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva. O desafio da descentralização do sistema único de saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil, **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 25, nr. 8, Rio de Janeiro, ago/2009. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800014> Acesso em: 18 mai. 2017.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças, **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010. Disponível em:< <file:///C:/Users/cliente/Downloads/29666-34469-1-PB.pdf>> Acesso em: 27 mai. 2017.