Ofício Circular nº 97/2017_CNM/BSB Brasília, 18 de outubro de 2017.

A Sua Excelência, o (a) Senhor (a)
Deputado (a)
Câmara dos Deputados
Brasília/DF

Assunto: **Posicionamento acerca dos Projetos de Lei 1645/15, 2748/15 e Substitutivo.**

Senhor (a) Deputado (a),

1. A Confederação Nacional dos Municípios (CNM), apoiada pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), apresenta a Vossa Excelência o posicionamento conjunto sobre os **Projetos de Lei nº 1645/15, nº 2748/15 e Substitutivo, que tratam sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP)**.

2. Nesta oportunidade de debate e de revisão dos conteúdos a serem estabelecidos no instrumento COAP, cabe a estas Entidades apresentar, em anexo, a **Análise Técnica Conjunta** na tentativa de provocar algumas reflexões a respeito das proposições; verificar potencialidades e lacunas; além dos possíveis desdobramentos e impactos que essa revisão pode gerar sobre as gestões municipais.

3. Sob a iniciativa de colaborar para o aprimoramento desse instrumento; de que os Municípios sejam ouvidos e, na expectativa de que a presente análise seja considerada, reforça-se que a CNM, o Conasems e Conass e seus mais de 5.000 gestores associados estão à disposição de Vossa Excelência para debater sobre os projetos apresentados.

Atenciosamente,

Paulo Ziulkoski
Presidente da CNM

Mauro Junqueira Guimarães
Presidente do Conasems

Michele Caputo Neto
Presidente do Conass

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS

CONASEMS Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Análise Técnica Conjunta

I. Do Contexto:

Importa destacar que o Decreto nº 7.508/2011[1] foi publicado com a intenção de apresentar regulamentação à Lei nº 8.080/90[2], todavia inovou em alguns dispositivos extrapolando sua função original, especialmente ao apresentar novo instrumento para formalizar as relações entre os entes federados na área da saúde.

A apresentação do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) está no artigo 2º, inciso II do mencionado decreto[3] indicando tratar-se de acordo firmado entre os entes, com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde, em determinado território, de forma tripartite, conforme legislação.

Desde a publicação do Decreto nº 7.508/2011 apenas os estados do Ceará (CE) e Mato Grosso do Sul (MS) firmaram o referido contrato, permanecendo os demais entes federados regidos pela Resolução nº 4/12[4] que reafirma as responsabilidades sanitárias assumidas pelos gestores no Pacto pela Saúde, desde o ano 2006. Ainda assim, em dezembro de 2016, Ceará e Mato Grosso do Sul não assinaram novos COAP e nem fizeram aditivos aos contratos até então vigentes, levando a iniciativa à completa exaustão.

Em termos gerais, acerca da consecução do COAP, além das dificuldades técnica e logísticas para sua formulação e assinatura pelas autoridades sanitárias dos três entes federados, é necessário que sejam ultrapassados percalços que ainda não foram dirimidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Tal panorama é capaz de expandir para o nível nacional, as discussões que referem a inexequibilidade do COAP, deixando de se referirem, exclusivamente, aos territórios do Mato Grosso do Sul e do Ceará, únicas unidades federativas que mesmo tendo assinado o respectivo instrumento, já não mais o possuem.

---

[1] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso aos 09.10.2017.
[2] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso aos 09.10.2017.
[3] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso aos 09.10.2017.
[4] Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/13/RESOLU----O-N---4--DE-19-DE-JULHO-DE-2012.pdf. Acesso aos 09.10.2017.

Neste sentido, é fundamental enumerar:

(i) o subfinanciamento crônico da saúde, uma vez que o COAP visa atender as necessidades da população por meio de redes de atenção, que para constituírem o conjunto de ofertas de ações e serviços de saúde, adequado à necessidade da população, carecem de investimento e custeio apropriados – não sendo crível impor aos Estados, Distrito Federal (DF) e Municípios carga financeira maior do que as que já têm atualmente;

(ii) a necessária revisão de parâmetros de rateio de despesas em saúde, em consonância com o previsto na Lei Complementar nº 141/2012[5];

(iii) a definição de território (macrorregional, microrregional, estadual, interestadual, por rede de atenção) sobre o qual pode ser estabelecido um COAP, respeitada sua exigência de integralidade e suficiência da rede de atenção à saúde;

(iv) a necessária adequação dos parâmetros assistenciais de modo a constituir a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde, ou instrumento que a valha, mediante ferramenta e financiamento suficientes e sustentáveis;

(v) o estabelecimento de processo de pactuação de referências/contrarreferências que defina que este deva dar-se segundo as redes de atenção à saúde e respectivos planos de ação regional ou segundo as redes de atenção restritas às determinadas regiões; e,

(vi) o estabelecimento de mecanismos de governança regional, capaz de conferir eficiência e eficácia às atuações regionais previstas no COAP e que atualmente, em que pese reconhecer esforços de aprimoramento, são incipientes.

Tal compreensão é reverberada na TC 027.767/2014-0[6] do Tribunal de Contas da União (TCU), que por ora cita de forma panorâmica, para posteriormente vir a detalhar:

---

[5] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso aos 09.10.2017.

[6] Disponível em: http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A8182A250D20C48015116B40DA40219&inline=1. Acesso aos 09.10.2017

> [...] Uma das propostas daquela auditoria foi a elaboração de diagnóstico sobre as causas de não adesão ao COAP e de plano de ação para enfrentá-las (capítulo 3.2 do respectivo relatório de auditoria).
> [...]
> 85. Após a condução dos trabalhos, identificaram-se os seguintes achados de auditoria: a) Deficiências na definição das responsabilidades dos entes federados em relação às políticas de saúde e das sanções contratuais aplicáveis à União e aos estados nos termos de COAP; b) Fragmentação das políticas de saúde; c) Descontinuidades no apoio técnico e financeiro federal à regionalização e à implementação do COAP; e, d) Ausência de processo de gestão de riscos.

Cabe também compreender que o COAP não se prestou ao monitoramento das ações de saúde e nem como instrumento adequado à prestação de contas, na medida em que a exigência atual é que essas fases se dão pelos indicadores que compõem o SISPACTO[7] e pelo relatório de gestão[8].

Portanto, conferir ao COAP a exclusividade instrumental dessas fases, não possibilitaria que o país contasse com monitoramento e resultados dos indicadores nacionais nos últimos 6 anos, na medida em que a maioria das unidades federativas municipais e estaduais – consequentemente federal - entendeu pela não assinatura do referido contrato.

Sob a mesma compreensão os conselhos de saúde, os tribunais de contas e controladores internos não aliaram dependência do seu trabalho à existência de COAP e permaneceram executando suas atribuições, pelos relatórios de gestão e outros instrumentos que lhes são mais adequados.

Ainda sobre a reverberação acerca da inexequibilidade da proposta e sua necessária revisão, cabe mencionar a publicação da Resolução/CIT n. 03/2016[9] que instituiu Grupo de Trabalho para a revisão dos termos do Decreto nº 7.508/2011, deixando inequívoco que a gestão do SUS encontra obstáculos intransponíveis para sua execução.

---

[7] Disponível em: http://aplicacao.saude.gov.br/sispacto/faces/login.jsf;jsessionid=JnsgAMA9oqFkRtEOZOsW2oKM. Acesso aos 09.10.2017

[8] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm - artigo 31. Acesso aos 09.10.2017

[9] Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/29/DOU-de-29-08-16.pdf. Acesso aos 09.10.2017.

Não bastassem os elementos carreados, carece mencionar que após o advento do COAP, outras legislações de cunho sanitário já sobrevieram – essas sim, diferentemente de decreto federal, com a competência de estabelecer regramento geral.

Menciona:

(i) a Lei Complementar nº 141/2012 elencou de forma exaustiva todas as ações e serviços que podem ser consideradas despesas em saúde, dando-se ao trabalho de indicar, inclusive, as vedações de despesa. Portanto, entende-se que nenhum outro instrumento tratará da pactuação ou prestação de contas de investimento ou custeio da setorial saúde que não esteja inteiramente adstrita à determinação legal;

(ii) a Lei nº 12.466/2012[10] que alterou a Lei nº 8.080/90 – conferiu à CIT e à CIB – a competência para decidir sobre aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, reiterando os planos de saúde aprovados pelos conselhos de saúde, como principal instrumento para o planejamento, monitoramento e avaliação do SUS; e,

(iii) o COAP não pode se prestar a definir competências para os entes que extrapolem o que está definido na Lei nº 8.080/90, ou que indique entendimento diferente daquele – até então vigente no Supremo Tribunal Federal (STF)[11] - sobre a responsabilidade solidária dos entes federados na prestação positiva do direito à saúde.

Cabe ressaltar que aliadas a essas preocupações destaca-se que a Lei de Responsabilidade Fiscal (LC 101/2000)[12], indica necessária cautela na assunção de obrigações para governos vindouros.

Outro fator é que, conforme dados do Tribunal Superior Eleitoral[13], nacionalmente, apenas 16,5% dos candidatos foram reeleitos e mesmo ultrapassado o

---

[10] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12466.htm. Acesso aos 09.10.2017

[11] Disponível em: REPERCUSSÃO GERAL NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO 855.178 http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?numero=855178&classe=RE&origem=AP&recurso=0&tipoJulgamento=M). Acesso aos 09.10.2017

[12] Disponível em: https://www.google.com.br/search?q=lc+101&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gws_rd=cr&dcr=0&ei=dcvbWeXeKIa3wASK86X4BQ. Acesso aos 09.10.2017

cenário de transição em nível municipal não houve qualquer adesão dos prefeitos, menos ainda dos secretários municipais de saúde, ao proposto em decreto e que agora, de forma ainda mais complexa, quer verter-se em lei.

O que se quer realçar é que o SUS é uma política pública e, portanto, contratos – como o COAP – não conferem força maior às suas cláusulas do que à própria lei e sua interpretação vigente.

II. Da Análise dos Projetos de Lei 1645/15, 2748/15 e Substitutivo

a) Os Projetos de lei e o Substitutivo

O Projeto de Lei (PL) n. 1645/15, de autoria Dep. Odorico Monteiro, dispõe no âmbito do SUS sobre a integração das ações e serviços de saúde em regiões de saúde mediante contrato organizativo de ação pública da saúde, disciplina a associação regional de saúde e o atendimento integral. Seu principal objetivo é avançar na governança colegiada do SUS regional e para tanto propõe a instituição do contrato organizativo da ação pública que será renovado a cada 8 anos, podendo ser aditado sempre que necessário, a criação de uma entidade pública de direito privado e de natureza “associativa interfederativa”, denominada de associação regional de saúde e a criação de uma câmara administrativa arbitral para a solução dos conflitos que surgirem na execução do contrato.

Já o PL n. 2748/2015, de autoria Dep. Betinho Gomes, altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para instituir o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAPS - como instrumento para pactuação de responsabilidades entre entes federados, no âmbito do SUS. O PL pretende possibilitar determinação legal que torne a pactuação obrigatória no SUS e que explicite penalidades em caso de descumprimento da mesma.

Foi proposto um parecer de autoria do Relator designado na Comissão de Seguridade Social e Família - CSSF, Dep. Jorge Solla, pela Aprovação do PL n. 1645 e pela rejeição do PL n. 2748.

[13] Disponível em: http://www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/estatisticas-eleitorais). Acesso aos 09.10.2017

O Dep. Paulo Foletto apresentou voto em separado em forma de Substitutivo, com base no resultado do trabalho realizado na Subcomissão Especial para tratar do Sistema Único de Saúde (SUS). O substitutivo propõe a alteração da Lei nº 8.080/90 para instituir o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP - como instrumento para pactuação de responsabilidades entre entes federados, no âmbito do SUS e dá outras providências. O PL propõe: *i)* transformar em determinação legal o COAP que já está previsto no Decreto 7508/11; *ii)* criar um Fundo de Apoio ao COAP, para destinar recursos adicionais voltados para: a) compensação para Municípios que executarem ações e serviços públicos de saúde para residentes em outros Municípios, b) atendimento de demandas de judicialização não previstas na programação regular, c) financiar carreira na atenção básica em região de vazio assistencial, para fortalecer a Estratégia Saúde da Família; *iii)* estabelecer que a União poderá executar ações e serviços de saúde supletivamente (situação que ocorre na prática, mas ainda não está prevista na Lei 8080/1990, exceto as de vigilância em saúde previstas no Parágrafo Único do art. 16), em cooperação com Estados e Municípios;. *iv)* valorizar o caráter voluntário da adesão ao COAP (quem não aderir continuará a receber as transferências como ocorrem atualmente, mas quem aderir terá maior flexibilização para gerenciar os recursos e acesso ao Fundo de Apoio ao COAP); *v)* considerar na repartição de recursos, a capacidade financeira dos Municípios, o tamanho da população e a estrutura e demanda de saúde; *vi)* que as metas do COAP acompanhem a periodicidade dos planos plurianuais; *vii)* incluir a participação do Ministério Público e de órgãos de controle na pactuação.

b) Principais pontos dos projetos de lei

Sobre os principais pontos presentes nos referidos projetos, dentre eles o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) e a figura da associação regional, importante esclarecer incialmente que as entidades representativas de Prefeitos e Secretários Municipais, DF e Estaduais de Saúde defendem o aprimoramento da regionalização e da definição e divisão de responsabilidades dos entes federados na saúde, bem como dos mecanismos de governança regional.

c) Contrato Organizativo de Ação Pública da saúde (COAP)

O COAP estabelecido pelo Decreto nº 7.508 em 2011, foi visto na época da sua criação e início de implementação como um instrumento com potencial para atender o objetivo de definir com clareza a divisão de responsabilidades dos entes federados na saúde. Houve, todavia, alguns entraves e dificuldades que não permitiram muitos avanços.

Nos dois únicos estados da federação em que regiões de saúde assinaram COAP no ano de 2012 – Ceará e Mato Grosso do Sul - os instrumentos não estão mais em vigor nesse momento.

Assim, além de ser essa uma discussão que vai além da construção de um instrumento jurídico – o contrato -, pois está umbilicalmente ligada também a questões de ordem política e de governança regional, a dificuldade de se estabelecer responsabilidades financeiras em um contexto de subfinanciamento crônico pelo qual passa o SUS torna o processo que culminaria na celebração do COAP, uma pactuação difícil. E nesse ponto está uma das principais dificuldades para se celebrar este instrumento.

Nesse sentido o TCU em auditoria operacional[14] realizada com o objetivo de avaliar aspectos de governança da pactuação intergovernamental no SUS foram avaliados também os documentos específicos relacionados ao objeto de auditoria, tais como a Estrutura do COAP, pactuada em 2012 pela CIT, o Relatório de Gestão de 2013 da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), do Ministério da Saúde, e os instrumentos de COAP assinados em regiões de saúde nos Estados do Ceará e do Mato Grosso do Sul.

O Relatório do TCU aponta que:

> *"como exposto anteriormente,* ***a legislação de regência não define de forma clara as responsabilidades dos entes federados, de modo que o COAP seria o instrumento competente para fazê-lo. Contudo, não é o que ocorre na prática****. Nos contratos assinados nas regiões de saúde dos estados do Ceará e do Mato Grosso do Sul,* ***as responsabilidades federais são dispostas em parágrafos***

[14] TC 027.767/2014-0

> ***padronizados e de teor genérico*** *(...). Nos itens 3 e 4 desse parágrafo padrão, que dizem respeito ao apoio técnico e ao financiamento das ações de saúde contratualizadas, observa-se o* **uso de expressões genéricas, tais como 'prestar apoio técnico' e 'financiar ações'***. Essa disposição contratual não é suficiente para esclarecer que tipo de apoio técnico será prestado, quais ações serão financiadas e em que montante. O mesmo ocorre com a definição das responsabilidades da União referentes a diversos outros indicadores, presentes em todos os contratos analisados" (grifo nosso).*

Além disso, o relatório pontua que:

> "no tocante às responsabilidades financeiras a auditoria constatou que a participação estadual não supera os 30% em nenhum dos oito contratos examinados. Em alguns casos, a União chega a financiar mais de 90% do contrato e, em outros, os recursos municipais somam mais de 60% dos recursos destinados à região de saúde. Além disso, não há, nos termos de COAP assinados, justificativas quanto aos valores definidos para cada região de saúde, nem uma definição das necessidades de saúde da região que justifiquem um aporte financeiro maior ou menor".

O relatório também aponta que:

> "de acordo com a estrutura do COAP discutida e aprovada na CIT, os termos do contrato incluiriam a previsão das responsabilidades organizativas, executivas, orçamentárias e financeiras. Uma vez assinado o contrato, o problema da imprecisão quanto às competências estaria, em tese, sanado. Ocorre que, para que a institucionalização realmente cumpra seu papel organizador, não basta sua formalização em normas, é preciso que, sendo legítima, a medida seja de fato posta em prática. **Até a finalização do trabalho da auditoria, menos de 6% das regiões de saúde brasileiras haviam aderido ao COAP e, mesmo nos contratos assinados, foram identificadas falhas na definição das responsabilidades.** Esses dados reforçam a conclusão de que a baixa institucionalização das responsabilidades e o excesso de descentralização, desassociado da capacidade técnico-financeira, são fatores que contribuem para a ineficiência do sistema público de saúde" (grifo nosso).

Desse modo, trazer o COAP para a lei e dar-lhe caráter obrigatório não seria suficiente para que o instrumento cumpra o papel dele esperado, pois o contrato organizativo já foi instituído pelo Decreto nº 7.508/11 e, mesmo não sendo obrigatório, foi implementado em dois estados, não revelando, contudo, o seu potencial de

organizar as atribuições dos entes federados nas regiões de saúde, conforme os dados levantados pelo TCU e a própria realidade nos estados do Mato Grosso do Sul e Ceará.

Nesses dois estados as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) manifestaram-se em dezembro de 2016[15] pela não assinatura dos termos aditivos dos contratos organizativos que estavam previstos para vigorar até esse mesmo mês por motivos semelhantes aos constatados pelo TCU e que podem ser mais detalhadamente vistos nos documentos acima referenciados.

Em suma, aprovar projeto de lei tornando obrigatória a assinatura do COAP sem fazer uma análise crítica dos dados de realidade aqui sumariamente apresentados causa enorme preocupação aos Municípios brasileiros.

d) Associação Regional de Saúde

O PL n. 1645/15 prevê, além da instituição do COAP, a possibilidade de ser instituída uma associação pelos Municípios de uma mesma região de saúde, na forma de uma entidade pública de direito privado, de natureza associativa-interfederativa, com a finalidade de operacionalizar o contrato organizativo da ação pública de saúde na região.

Na medida em que entendemos que a instituição da obrigatoriedade da celebração do COAP por meio de lei é inadequada, a ideia da instituição de uma associação para operacionalizá-lo fica prejudicada.

Mesmo assim, a título de contribuição para o debate, não é possível compreender por que seria necessária a criação dessa associação caso o COAP fosse uma realidade. Se o COAP tem o objetivo de definir as responsabilidades dos signatários, compreendidos como a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios: qual papel essa entidade desenvolveria que não poderia ser desenvolvido pelos próprios entes federados signatários do contrato? Ou mesmo pelos consórcios municipais já existentes na área da saúde? Não está clara a função dessa proposta, ou

[15] Resolução nº 115/2006 – CIB/CE disponível em: http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/128-resolucoes-cib-2016-# e Ata da 253ª Reunião da CIB/MS disponível em: http://sistemas.saude.ms.gov.br/eArquivos/op/op.ViewOnline.php?documentid=2312&version=1

melhor dizendo, seria mais uma desconcentração de responsabilidades ou uma descentralização de ações e serviços de saúde comuns à Região de Saúde.

Entende-se que a criação de mais uma instituição regionalizada para atuar na organização e operacionalização de ações e serviços do SUS, não ajuda a solucionar o cerne do quadro instalado e já identificado pelos Municípios brasileiros há alguns anos, e, mais recentemente pelo TCU, e que merece destaque – a desconcentração excessiva de responsabilidades e de ações e serviços do SUS aos Municípios brasileiros.

Desta forma, manifesta posicionamento contrário à previsão e a criação da associação regional de saúde.

Do posicionamento das entidades:

Por todo o exposto, as entidades representativas de Prefeitos, de Secretários municipais, DF e estaduais de Saúde manifestam-se CONTRÁRIAS ao conteúdo dos Projetos de Lei n. 1645; n. 2748 e substitutivo, por apresentarem conteúdo periférico aos problemas centrais do SUS, impondo aos entes subnacionais obrigações operacionais e financeiras maiores que conseguem suportar e cuja experiência já demonstrou inexequibilidade.

Paulo Ziulkoski
Presidente da CNM

Mauro Junqueira Guimarães
Presidente do Conasems

Michele Caputo Neto
Presidente do Conass