



**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Boa tarde!

Vamos dar início ao seminário convocado nos termos do Requerimento nº 390, de 2016, de autoria do Deputado Odorico Monteiro, subscrito pelos Deputados Dulce Miranda, Marcus Pestana, Leandre, Pepe Vargas e Carmen Zanotto, aprovado pela Comissão de Seguridade Social e Família, para debater a integração das ações e serviços em regiões de saúde, mediante contrato organizativo de ação pública da saúde. A proposição disciplina a Associação Regional de Saúde e o atendimento integral, conforme Projeto de Lei nº 1.645, de 2015, de autoria do Deputado Odorico Monteiro.

O seminário consiste de duas Mesas. O tema da primeira Mesa é a integração das ações e serviços em regiões de saúde, mediante contrato organizativo de ação pública da saúde; disciplina a Associação Regional de Saúde e o atendimento integral.

Convido para compor a Mesa a Sra. Isabel Maria Vilas Boas Senra, Diretora Substituta do Departamento de Articulação Interfederativa do Ministério da Saúde; o Dr. Marco Antônio Teixeira, Procurador de Justiça do Ministério Público do Estado do Paraná; o Dr. René José Moreira dos Santos, Coordenador Técnico do CONASS — Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde — CONASEMS, está aqui o Presidente Mauro Guimarães Junqueira, mas o CONASEMS será aqui representado pelo Dr. Fernando Monte, nosso querido ex-Presidente deste Conselho.

Na sequência, teremos uma segunda Mesa, com os seguintes expositores: o Dr. Marcelo André Barboza da Rocha Chaves, do Tribunal de Contas da União; a Dra. Lenir Santos, do Instituto de Direito Sanitário Aplicado — IDISA; o Sr. Denílson Ferreira de Magalhães, representante da Confederação Nacional de Municípios — CNM; o Sr. Helmo Nogueira de Sousa, que vai relatar a experiência do processo do Contrato Organizativo de Ação Pública — COAP no Ceará.

Está prevista uma pequena introdução para contextualizar o estado da arte do projeto de lei de nossa autoria. O Relator é o Deputado Jorge Solla, que já fez parecer favorável à aprovação do projeto. No ano passado, tivemos um debate no âmbito da Subcomissão Permanente de Saúde, fruto de um bom debate na Comissão de Financiamento.

Tivemos duas Comissões Permanentes de Saúde: uma, que debateu a organização do sistema; e a Comissão de Financiamento. Nos dois relatórios, principalmente no da



Comissão de Financiamento, cujo Relator foi o Deputado Paulo Foletto, apareceu muito forte a importância do Contrato Organizativo de Ação Pública. Foi muito reforçado também pelo próprio Tribunal de Contas da União. Havia um substitutivo do Deputado que foi, por acordo, retirado, restando apenas o relato do Deputado Jorge Solla.

Nós achamos por bem, antes da votação na Comissão, fazer um seminário. Eu acho importante debater. Passamos a contar com um ingrediente novo: o Presidente da República criou um grupo para estudar o Decreto nº 7.508. A ideia do projeto de lei é dar mais peso a esta matéria, uma vez que a lei tem mais força que o decreto.

Chamo a atenção para o que nos motivou a fazer este projeto de lei. Na realidade, é muito importante termos a clareza de que o modelo brasileiro é o único no mundo de sistemas universais que tem um sistema universal com atomização. Sobre atomização, eu lembro que Eugênio Vilaça, na década de 90, dizia que iríamos sair de um INAMPS para 5.570 INAMPS — Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Às vezes, nós debatíamos e achávamos que a municipalização era uma provocação.

A municipalização da saúde no Brasil tem um ganho enorme. Não fosse a municipalização, o SUS não teria acontecido. O SUS teve, com a municipalização, mais capilaridade e a garantia do princípio da universalidade. Quem garantiu a universalidade no Brasil foram os Municípios. Qual desafio se apresenta? A integralidade, porque a saúde é a única área, no modelo federativo brasileiro, que necessita de uma relação solidária entre os entes da Federação.

Do ponto de vista do financiamento, eu sempre digo que temos hoje um monstro de duas cabeças: a União, que arrecada tudo e não faz nada; os Municípios, que não arrecadam quase nada e fazem tudo. Esta tarefa foi destinada aos Municípios. Os Estados têm papel secundário, do ponto de vista da assistência, não menos importante, mas é papel estruturante: a coordenação da Rede Estadual dos Municípios.

Em alguns Estados, a presença do Estado é maior ou menor, de acordo com o desenho histórico estabelecido. O Estado de São Paulo, por exemplo, tem uma rede muito forte. Em outros Estados, as redes municipais são muito mais fortes que as redes estaduais. Por muito tempo, nós patinamos com o Estado assumindo seu papel real.

Qual é o grande desafio que se apresenta hoje? Como se garante o princípio da integralidade? O princípio da integralidade, algo muito forte em todos os sistemas universais, necessita do percurso do paciente dentro do sistema: o percurso que o



cidadão faz da porta de entrada do sistema na unidade básica, seja na urgência, seja emergência de uma UPA, seja na urgência, seja emergência de hospital filantrópico de Município de pequeno porte, até ele ter acesso a um diagnóstico, no caso de oncologia ou radioterapia, a tratamento integral, a uma cirurgia neurológica, a uma cirurgia ortopédica. Neste percurso que o cidadão faz, não existe, verdadeiramente, dentro do sistema, uma relação solidária entre os entes. Hoje o que temos é uma relação solitária.

Está aqui o Ministro da Saúde achando que fará uma revolução na gestão do SUS, mas o papel do Ministério, na base do sistema e da gestão, é muito baixo; a mesma coisa, nos Estados.

Nos Municípios, há um sistema operado por 5.570 gestores, dos quais 4 mil são gestores de Municípios com menos de 20 mil habitantes. A população desses gestores tem que ter acesso a toda a tecnologia e aos resultados existentes.

As experiências europeias, mais próximas de nós, e as experiências dos países universais são os sistemas unitários. Eles não vivem o problema interfederativo. A descentralização na Europa é administrativa e financeira — não há descentralização política. Vejam o modelo inglês: onde quer que se esteja na Inglaterra, estará sendo operado, operado no sentido do processo da assistência, pelo NHS, que é o sistema de saúde. Onde se estiver na França será o sistema francês. A Espanha tem as comunidades autônomas, que gerenciam o sistema. No Canadá, as províncias é que gerenciam o sistema.

A descentralização das regiões de saúde não são descentralizações políticas. Há o fato de não termos construído a rede interfederativa. Quando o art. 198 da Constituição Federal diz que o SUS será constituído de uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada de saúde, ele pressupõe que esta rede tem que ser não só assistencial, mas interfederativa.

A população dos pequenos e médios Municípios sofre muito, porque todo o processo de regulação fica muito mais na informalidade que na formalidade. O fato é que na República brasileira não se tem a região como espaço administrativo político, e cada Estado adota um modelo de região. Assim, nossa regionalização é muito frágil.

Na década de 90, concebemos a Programação Pactuada Integrada, que é, no entanto, muito mais um modelo de contabilidade para definir quem tem mais oferta ou mais demanda, como se regula. Não há uma responsabilidade sanitária entre os entes, do



ponto de vista da relação solidária. Esta é uma fragilidade. Por isso, o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde procura suprir esta falta e construir verdadeiramente, na relação das regiões de saúde, o espaço de gestão solidária entre os entes.

Nós já temos uma falta entre nós que a educação supriu. Este também é outro projeto de lei nosso que estou tentando debater, que visa pensar no Plano Decenal de Saúde. Se pensarmos, um dos problemas do Decreto 7.508 é a instabilidade. Da publicação dele até hoje, de 2011 a 2016, já foram quatro Ministros. Isso também se dá pelo fato de não termos um plano decenal que se amarre, do ponto de vista de um plano do Estado, e não de um plano do Governo. Um sistema público como o nosso, forte, robusto, precisa de um plano de Estado, e não de um plano do Governo.

Temos uma grande deficiência: não ter plano de Estado. Na saúde, não se pode fazer plano de Estado com menos de 10 anos, para projetar o envelhecimento da população, a incorporação tecnológica ou questões assistenciais.

Para concluir, o projeto de lei não fica apenas na questão da região de saúde. Além da regionalização e do Contrato Organizativo da Ação Pública a ser firmado entre os entes, a partir de um planejamento regional, da definição de metas regionais, da construção de indicadores de monitoramentos pactuada entre os gestores, o que envolve o papel do Ministério e do Estado, chamando os entes para assumir verdadeiramente uma relação solidária na gestão do SUS, a grande catraca da gestão solidária do SUS, este projeto de lei também cria a região de saúde na perspectiva de ter um ente regional público não estatal. Este é outro dado importante. Se você perguntar por que o Ceará foi um dos Estados que mais avançou — comparando Ceará e Mato Grosso do Sul —, afirmo que, no caso do Ceará, esse avanço ocorreu em função de se ter no Estado a presença de 22 consórcios públicos, que funcionam verdadeiramente e mantêm serviço. Esses consórcios colocam todo mês Prefeito na mesa, para debater e discutir a agenda regional. Quando o COAP chegou, isso casou como uma mão e a luva, porque se não fossem os consórcios já existentes, com certeza, o Estado não teria avançado tanto.

Então, se não fosse o fato de haver gestor, Prefeitos, que são entes políticos, que dominam politicamente o território, que assumem a responsabilidade com a população, que debatem e discutem a saúde, não teríamos avançado. Evidentemente que o contrato foi mais um espaço. O Conselho de Secretarias Municipais de Saúde — COSEMS teve



um papel estratégico na organização. A Secretaria de Saúde do Estado comprou também a ideia. Mas o fato de já existir o consórcio foi outra coisa muito importante.

Essa questão do planejamento regional, a possibilidade de se criar uma entidade regional... É importante entendermos que essa entidade jamais será política. A República brasileira não é constituída de regiões, mas de União, Estados e Municípios independentes entre si, tanto que nem falamos de nível, falamos de esferas federal, estadual e municipal, para que fique sempre claro que não há hierarquia entre os entes da federação.

No caso do SUS, a própria Lei Orgânica da Saúde define claramente a colaboração técnica e financeira entre os entes da República. Por isso nós pactuamos sempre, de forma consensual, na Comissão Tripartite.

Então, o projeto de lei também abre espaço para essa questão da região de saúde e cria — acho que é da parte da chave da integralidade que nós precisamos no Brasil — a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Trata-se de um rol de serviços que o SUS oferece e de um rol de medicamentos que o SUS oferece. Isso é muito importante, porque, quando pensamos na integralidade, esse foi um bom debate que tivemos na década de 90 e 2000, alguns setores da reforma sanitária, equivocadamente — enfrentei esse debate numa boa —, acharam que a integralidade era tudo para todos. Isso é um equívoco, é um erro. A universalidade define claramente que todos têm acesso. Não há catraca no posto de saúde. Não é para ter catraca na unidade.

Agora, a responsabilidade do padrão de integralidade, essa sim tem que ser definida. Nenhum sistema de saúde do mundo garante cirurgia plástica para todos. Nenhum sistema do mundo garante cosméticos, medicamentos que muitas vezes são mais cosméticos do que medicamentos, para todos. Uma coisa é definir o padrão de integralidade de oncologia. Quando você dá um diagnóstico, a pessoa tem até 60 dias — isso já está em lei — para entrar na linha de definição do diagnóstico, conclusão do projeto terapêutico individual. E esse projeto terapêutico individual deve ser dado à pessoa até a morte ou até ela ser curada do câncer.

Esse padrão de integralidade é uma dívida do SUS com a sociedade brasileira. Achamos que vamos dar tudo para todos, mas quem dá tudo para todos não dá nada a ninguém. Temos a classe média, que construiu seu sistema suplementar de plano de saúde, e a população pobre, que tem acesso, de acordo com... Esse padrão de



integralidade é fundamental em serviços e em medicamentos. Por isso o nosso projeto de lei cria esses dois dispositivos, para que possamos, de forma mais transparente possível, aprimorar o SUS.

Na minha opinião, é um engano o Ministério achar que resolve o problema de gestão *interna corporis*, no Ministério. Você pode melhorar a gestão do Ministério, mas não melhora a gestão do SUS, porque melhorar a gestão do SUS é uma melhoria sistêmica, envolve uma articulação, acima de tudo, com os Municípios, que verdadeiramente prestam serviço na ponta, e os Estados, que coordenam as redes estaduais.

Por isso o decreto, em 2011, teve essa pretensão. E o nosso projeto de lei tenta resgatar e colocar em lei essa questão da organização regional de saúde. *Grosso modo*, era isso.

Disseram-me que eu tinha meia hora. Espero que não tenha chegado aos 30 minutos, só a uns 20 e poucos, para aquecer o debate.

Agora, vamos começar com a representante do Ministério da Saúde. Depois, vamos ouvir os do CONASS e CONASEMS e o Sr. Marco Antônio.

Tem a palavra a Sra. Isabel Maria Vilas Boas Senra, do Ministério da Saúde.

**A SRA. ISABEL MARIA VILAS BOAS SENRA** - Boa tarde a todos. Cumprimento o Deputado Odorico. Vou falar em nome do Ministério. Estou representando o Ministério nesta Mesa, a pedido da Secretária Gerlane Baccarin, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa — SGEP. Ela, inclusive, ratificou a importância deste debate, mas não pôde estar presente em função de outro compromisso já assumido na sua agenda. Enfim, ela me pediu para vir aqui contribuir com este debate. Acho que os debates em saúde são sempre muito bem-vindos.

Aproveito também para cumprimentar os colegas da Mesa: o Procurador Marco Antônio; o Sr. René, representante do CONASS; e o Sr. Fernando, do CONASEMS.

*(Segue-se exibição de imagens.)*

Trago algumas contribuições para este debate, que começou antes da Constituição. Só quero lembrar que estamos falando de um sistema que é consequência de um processo de construção democrática, que vem do Movimento da Reforma Sanitária, antes de 1988, e culmina com a Constituição, como um direito de todos os cidadãos. Até então não existia dessa forma.



Trazemos aqui uma linha do tempo, porque, durante quase 30 anos, os gestores, os trabalhadores da saúde e os usuários vêm se debruçando sobre a organização desse sistema. Temos a questão da regionalização, já colocada desde o início, desde a raiz desse sistema, em 1988. Esse processo passa pela Lei nº 8.080, de 1990; pelas NOBs, de 1991, 1993 e 1996; pelas NOAS, de 2001 e 2002, que também retomam a regionalização, só que de um outro lugar — acho que vale a pena refletirmos sobre isso; pelo Pacto pela Saúde, em 2006; pelo Decreto nº 7.508, de 2011, que também contribui com a organização do sistema; e, por fim, pela Lei Complementar nº 141, de 2012.

Vou falar um pouquinho de cada fase, até para que possamos perceber o quanto esses processos já estão aí, desde lá atrás, e não conseguimos vencê-los muitas vezes por alguns entraves. Precisamos ter uma percepção mais fina em relação a alguns processos.

A partir deste lugar em que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, já está posto, desde então, que a saúde depende de políticas sociais que reduzam o agravo à saúde e garantam o acesso universal.

Na sequência temos o art. 198, que fala das diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade.

Então, essa questão da integralidade já está posta desde então, o que eu acho que merece certa reflexão no sentido de considerar o que é exatamente saúde ou no que se compreende a integralidade, entendendo-se que a integralidade aqui colocada enfatiza a priorização das ações preventivas, sem prejuízo obviamente dos serviços assistenciais. Mas, como vivemos numa sociedade de consumo, a tônica sempre acaba sendo a oferta. Nesse sentido, acho que precisamos também nos deparar com um desafio: hoje se consume muito serviço de saúde que não tem impacto, de fato, na melhoria da condição de vida da população. É uma equação, então, que também precisamos fazer avançar.

A Lei nº 8.080 traz a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. É colocada ênfase no processo de descentralização dos serviços para os Municípios, e a regionalização aparece aqui junto com a hierarquização da rede. Parece que são dois conceitos diferentes, embora se sobreponham e em muitos momentos se confundam. Mas a regionalização vem bem vinculada ao princípio da descentralização, ou seja, à distribuição de poder no sentido da execução. As ações e os





serviços de saúde são organizados dessa forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Depois disso, temos as NOBs. Eu as revisei recentemente. São normas riquíssimas do ponto de vista dos detalhamentos de processos. Depois de 30 anos, ainda nos deparamos com algumas questões. Eu acho que devemos refletir em relação a isso. Queria destacar, na NOB 91, que, em função dessa descentralização, que era novidade naquele momento da vida política do País, entendeu-se essa política como uma concessão de crédito de confiança aos Estados e Municípios. Então, é nessa condição que a NOB 91 regulamenta todo o processo de organização do sistema.

A NOB 93 vem acrescentar a isso a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei e na introdução coloca alguns pressupostos para a descentralização. Ela coloca que a descentralização deve ser entendida como um processo que implica redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de responsabilidades entre as esferas de governo; reorganização institucional; reformulação de práticas; e controle social.

Acrescenta ainda que a descentralização envolve várias dimensões, dimensões políticas, sociais e culturais, e que sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação — o que vimos tentando construir ao longo do tempo —, para a constituição de base legítima para as decisões.

A regionalização é colocada e entendida como uma articulação e mobilização municipal que levem em consideração diversas características, mas acima de tudo a vontade política expressa pelos diversos Municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo. Eu chamo a atenção aqui, porque acho que esse é um grande entrave. Não conseguimos, muitas vezes de uma forma ascendente, perceber essa vontade política naquilo que é necessário fazer em termos de acordos na construção de interesses comuns na região.

Coloca ainda, em 1993, a importância do planejamento integrado em cada esfera de governo e, como foros de negociação e deliberação, as comissões intergestores e os conselhos de saúde.

Três anos depois vem a NOB 96, que redefine os papéis de cada esfera de governo, especialmente no tocante à direção única; os instrumentos gerenciais para que Municípios e Estados superem o papel exclusivo de meros prestadores de serviços e assumam de fato o papel de gestores do SUS; os mecanismos e fluxos de financiamento;





a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS; e os vínculos dos serviços com os seus usuários.

Versa ainda sobre o sistema de saúde municipal. Nesse sentido, diz que a criação e o funcionamento do sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos Municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território. Mas possibilitam também — já se alertava nessa NOB 96 — um risco elevado de atomização desordenada dessas partes do SUS. Por isso era imperioso que os Municípios integrassem, harmonizassem e modernizassem, com equidade, seus sistemas. É aí que a regionalização tem um papel fundamental. Ela é uma estratégia de fortalecer essa relação entre gestores para que de fato assumam os compromissos com a gestão do sistema.

Sobre as relações entre os sistemas municipais, a NOB coloca que essa relação é mediada pelo Estado e institui a programação pactuada e integrada na CIB regional ou estadual e submetida ao Conselho de Saúde correspondente.

A NOB 96 versa ainda sobre o papel do gestor estadual, o papel do gestor federal.

Do ponto de vista da direção e articulação, estabelece que a direção do SUS, em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do Poder Executivo e pelo correspondente Conselho de Saúde. A articulação entre gestores, prevê a CIT, é composta por representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS, e a CIB, composta pelas Secretarias de Estado e respectivos COSEMS — prevê ainda que a Bipartite pode operar com subcomissões regionais.

A NOAS, de 2002, estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde — isso está posto hoje, pelo Decreto nº 7.508, de 2011, como a definição de uma rede de atenção. Então, a regionalização perde, a meu ver, o caráter essencialmente político de agregar a expressa vontade dos gestores em determinada região, para ficar como estratégia de organização da oferta dos serviços no território.

Bom, o capítulo que versa sobre a regionalização estabelece o plano diretor que, na verdade, retrata uma organização dessa oferta. Então, não se trabalha com as necessidades. Isso é uma lacuna que percebemos ao longo do tempo e hoje tentamos correr um pouco atrás. Mas a tônica fundamental era a oferta de serviços e, portanto, a organização dessa oferta.



Estabelece também a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica; os módulos assistenciais. Enfim, eram processos complexos, mas de organização da oferta dos serviços no território.

Estabelecia ainda critérios de habilitação e desabilitação de Estados e Municípios a uma gestão do sistema, se plena ou se parcial.

Em 2006 vem o Pacto pela Saúde, os gestores continuam trabalhando. O pacto vem no sentido de retomar — aqui eu só faço destaque para essa regionalização — a regionalização como um eixo estruturante do pacto de gestão, aquilo que está no centro de uma discussão entre gestores e vontades expressas desses gestores.

Diz que a regionalização deve orientar, de fato, o processo da descentralização e os demais processos de negociação e pactuação entre os gestores, até porque sabemos que há hoje problemas do ponto de vista de ainda termos um processo incipiente na pactuação, de fato, no que hoje são as chamadas Comissões Intergestores Regional — CIR.

Estabelece ainda um instrumento que media a relação entre os gestores, os acordos que vão fazendo.

Institui os Colegiados de Gestão Regional, um avanço do ponto de vista da regionalização, pois prevê que todo secretário sente-se, junto com os demais, para discutir a organização e a gestão do sistema.

Há uma questão: o pacto dizia que a região de saúde deveria se comprometer com a resolutividade, e não exatamente com a integralidade. Eu acho que são dois conceitos, porque eles se misturam e oscilam, e nós, às vezes, acabamos tendo aí um campo, digamos assim, de alguma polissemia conceitual, o que eu acho que seria importante detalhar um pouco mais, aprofundar.

O Decreto nº 7.508, de 2011, vem regulamentar a Lei nº 8.080 — não podemos nos esquecer disso, porque é uma regulamentação da Lei nº 8.080, a Lei Orgânica da Saúde —, e dispõe apenas alguns aspectos.

A tônica desse decreto, com relação ao Sistema Único de Saúde, versa sobre a organização, organização essa, prioritariamente, em regiões de saúde; sobre a hierarquização, obviamente, dessa rede de oferta também de serviços; sobre o planejamento da saúde como uma função essencial para a gestão sistema; sobre a assistência, falando da RENASES e da RENAME enquanto possibilidades de oferta



dessa complexidade de ações; e sobre a articulação interfederativa, tratando das comissões intergestores e do contrato organizativo da ação pública da saúde.

Então, tirei, do próprio decreto, dois conceitos que me parecem ser distintos: região e rede, que, muitas vezes, na prática cotidiana são confundidos e tratados um como o outro.

As regiões de saúde têm a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços. Então, são funções da gestão e dos gestores, atribuídas e previstas em lei.

A Rede de Atenção à Saúde tem a finalidade de garantir a integralidade da assistência. Então, eu vou ter pontos de atenção nessa rede que não vão estar necessariamente numa região, mas que fazem parte dela, ou a população que reside numa região vai ter que acesso a esse ponto de atenção, porque o direito é universal. O art. 20, inclusive, prevê a referência entre serviços nesta rede, que é regional ou até mesmo interestadual. Então, são duas questões sobre as quais nós precisaríamos aprofundar um pouco o entendimento porque às vezes oscilamos e tendemos a sobrepor um em relação ao outro.

E começam a aparecer as resoluções CIT, os acordos tripartites em relação à organização do sistema. Na Resolução CIT nº 1, de 2011, temos três objetivos macro, digamos assim, postos para o processo de organização das regiões.

Um deles é o acesso resolutivo, em tempo oportuno, a uma rede de serviços, não necessariamente à integralidade. É óbvio que, para que haja um acesso resolutivo, é preciso que haja uma rede que tenha minimamente ações de atenção básica, de vigilância em saúde, de atenção psicossocial, de urgência e emergência, de atenção ambulatorial especializada e hospitalar.

Outro objetivo é efetivar de fato o processo de descentralização. Então, esta responsabilização compartilhada é um desafio imenso hoje: chegar a acordos de fato que sejam comuns entre os gestores, a objetivos comuns, por meio de ações que sejam solidárias e cooperativas, e não predatórias, como muitas vezes percebemos hoje em dia.

Por fim, outro grande objetivo da resolução é se comprometer com a redução de desigualdades locais e regionais, até porque o Brasil é muito desigual. Então, precisaria haver um compromisso também na redução de desigualdades.



Ficam também estabelecidas aqui competências dadas para os gestores, no âmbito dos seus fóruns. É um exercício que, sabemos, não é de uma hora para outra, é um processo que vamos tendo que ganhar. Obviamente, a velocidade com que uma norma é colocada no âmbito nacional não é a mesma quando da implementação no território. Nós ouvimos reclamações dos gestores porque, quando uma norma está começando a ser digerida no âmbito do território, muda-se de novo a norma. Isso gera um esforço imenso para o sistema voltar a se apropriar desses processos.

Enfim, ficaram estabelecidas algumas competências, ainda do ponto de vista macro, que os gestores têm que, obviamente, discutir e chegar a um consenso, no âmbito regional.

Compete às Comissões Intergestores Bipartite, obviamente, estabelecer diretrizes estaduais para o funcionamento das regiões de saúde e avaliá-las permanentemente, além de estabelecer regras de continuidade do acesso, quando envolve mais de uma região naquele mesmo Estado. Existe a mesma competência para as Comissões Intergestores Tripartite: estabelecer diretrizes nacionais para a organização deste processo e pactuar também as regras de continuidade de acesso quando envolvem regiões de Estados diferentes.

Ainda está posto no Decreto nº 7.508 que o COAP — Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde é um instrumento que celebra o acordo de colaboração firmado entre entes federativos. Em sendo um acordo de colaboração, nós entendemos que isso deverá advir de um movimento voluntário dos gestores no âmbito local e regional, para que este contrato de fato se estabeleça e se firme.

O art. 36 do decreto coloca quais são as disposições essenciais. São vários os elementos. Isso acabou gerando, quando os gestores foram definir um modelo de COAP, um instrumento muito complexo, um pouco engessado, que, de alguma maneira, não permitiu a expressão da diversidade do País, o que nos leva a pensar em uma revisão inclusive na proposta deste modelo.

Essa imagem ali é só para lembrar ou reiterar a complexidade deste sistema de saúde. O Deputado já falou aqui da complexidade, da autonomia que os Municípios têm e pela qual se organizam em regiões de saúde como uma estratégia solidária e cooperativa para dar conta da saúde da população.



A Rede de Atenção à Saúde muitas vezes envolve — a maioria delas — mais de uma região de saúde porque o vazio assistencial no País é imenso e, sabemos, os recursos, os investimentos são escassos. Mas, enfim, é uma equação sobre a qual precisamos também nos debruçar. Na CIT são definidas essas diretrizes mais gerais em relação ao sistema.

Estão hoje estabelecidas pelos Estados, em consonância com seus Municípios, 438 regiões de saúde. Ali está um mapa dos Estados, que foram se modificando, seja do ponto de vista de aumentar o número de regiões, seja do de diminuir o número de regiões, seja do de alterar a composição, seja do de renomeá-las. Somos informados também às vezes de que nada mudou, a não ser o próprio nome da região. É preciso lembrar que este processo tem um significado simbólico importante para o âmbito local. Para nós, no âmbito nacional, pode até não ter, mas precisamos levar em conta.

No ano de 2015, os Estados não informaram nenhum movimento nesse sentido. Este foi um processo que, a partir do Decreto nº 7.508, teve uma movimentação mais significativa no território.

Ali estão algumas dificuldades no processo de adesão ao COAP. Nós do Ministério fomos também instigados pelo Tribunal de Contas da União com recomendações por meio de acórdãos. Portanto, eu trouxe algumas aqui que foram apontadas em resposta ao Acórdão nº 1.714, de 2015, do TCU, que pedia ao Ministério um diagnóstico sobre esse processo e um plano de ação, de superação. Enfim, algumas delas estão ali colocadas, como a existência de imprecisões e ambiguidades conceituais por excesso de normativas, por vezes contraditórias. O Ministério retomou a discussão de um projeto, o RegulaSUS, que prevê o balizamento de uma série de normas que muitas vezes deixam os gestores um tanto confusos, algumas até se contradizem mesmo em alguns aspectos.

Outra dificuldade é o modelo de COAP inadequado, que acaba não acolhendo a diversidade do País. Aqui faço um destaque para a baixa capacidade técnica e por vezes político-administrativa de Municípios e de alguns Estados, associada à alta rotatividade de técnicos e gestores. O Deputado já até colocou que, depois do Decreto nº 7.508, o Ministério já mudou quatro vezes sua autoridade máxima. Então, isso é um problema com o qual nós nos deparamos no cotidiano da gestão deste sistema.

Eu destaco também outro relatório de auditoria operacional, que avaliou a qualidade de serviços oferecidos em unidades básicas de saúde. Ele gerou, em 2015, o Acórdão nº



2.888, que recomendou ao Ministério a adoção de medidas para organizar o apoio técnico e financeiro à regionalização e à implementação do COAP, de modo que esse apoio seja estável e contínuo, porque esse também é um desafio. De fato, o Ministério não se faz tão presente no território, mas nós assumimos essas responsabilidades de forma mais solidária e cooperativa. Outros pontos são a cultura de centralização e verticalismo que ainda predomina no sistema, na relação entre os entes da Federação e a baixa apropriação do próprio instrumental por parte de cada esfera de Governo, aí incluído o próprio Ministério da Saúde, já que há uma cultura que ainda predomina de fragmentação de processos e de políticas. Às vezes, a coisa fica estrita a uma área, mas esse é um processo do sistema, que tem de ser de todas as áreas. Mas a integração, no âmbito de cada esfera de Governo também se faz necessária.

Outro problema: a dependência da sintonia da vontade política dos três entes da Federação na construção de objetivos comuns e a dissociação entre o processo de contratualização e o próprio financiamento dessas ações e serviços de saúde.

Finalizo mostrando os grandes desafios que temos e que se têm colocado de forma permanente ao longo desses 30 anos.

Precisamos buscar a convergência de interesses no âmbito territorial, até porque o território lida de fato com as necessidades, seja de saúde, seja de gestão. Como acolher e respeitar as necessidades e desenvolver estratégias de acordo com elas?

Precisamos buscar o planejamento integrado, pensando também em uma integração de políticas de base territorial, lembrando que saúde não só está na rede setorial de ações e serviços, mas está fora dela também. O conceito de integração de políticas está posto na Constituição, mas ainda é um desafio para nós. Nós falamos sobre os determinantes e condicionantes sociais da saúde, mas também não conseguimos avançar no campo da integração de políticas.

Por fim, também o financiamento adequado é necessário — nós sabemos do subfinanciamento deste sistema. Os recursos são escassos e, desde 2012, depois da Lei Complementar nº 141, temos uma proposta de rateio de recursos, de uma forma transparente, para financiar o sistema tanto da União para Estados e Municípios, quanto de Estados para os seus Municípios, a partir dos critérios que a própria Lei nº 141 estabelece. São 4 anos e nós também temos dificuldades de avançar nesse propósito de financiamento.



Enfim, acho que essas eram as contribuições que eu tinha a trazer para nosso debate.

Obrigada.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Muito obrigado, Isabel.

O tempo de exposição é de 15 minutos. Concedi à Isabel um tempo a mais. Os outros também poderão ficar à vontade.

Passo a palavra ao Sr. René José Moreira dos Santos, Coordenador Técnico do CONASS.

**O SR. RENÉ JOSÉ MOREIRA DOS SANTOS** - Quero saudar, na pessoa do Deputado Odorico, os Deputados e Deputadas presentes; saudar os demais membros desta Mesa, na pessoa do Fernando Monti, do CONASEMS; na pessoa do meu conterrâneo Marco Antônio, do Ministério Público; e da Isabel, do Ministério da Saúde.

Estou aqui representando o Presidente do CONASS, Dr. João Gabardo e vou trazer algumas observações e reflexões sobre a proposta do Projeto de Lei nº 1.645, de 2015.

De início, antes de entrar especificamente na discussão do próprio projeto, eu queria fazer algumas observações e vou me permitir não colocar algumas questões já colocadas pela Isabel, até para me situar um pouco no tempo, já que ela já abordou alguns aspectos.

Nós estamos hoje, em relação às políticas públicas, diante de um cenário nacional — não é só a saúde que está sendo contemplada neste momento de reflexão — que exige da nossa parte avaliarmos certas trajetórias e, em determinados momentos, também avaliarmos os rumos que queremos dar a um processo que tem uma história e a respeito do qual acredito que a grande maioria aqui concorda que temos de garantir que prevaleçam os princípios constitucionais observados pela Constituição.

Então, o objeto desta discussão passa a ser principalmente o fato de que nós queremos fortalecer o Sistema Único de Saúde, na sua dimensão ampla. Esse fortalecimento passa por avaliarmos todo o processo histórico sobre o qual ele foi construído até o presente momento. A Isabel teve oportunidade de mostrar, em pouco tempo, a passagem do tempo e todos os esforços que constituíram, como disse o Deputado Odorico, um sistema universal de caráter tão abrangente e com tantos atores envolvidos. Trata-se, talvez, de uma situação inédita no mundo, porque estamos falando de mais de cinco mil e tantos Municípios envolvidos, mais os Estados, mais a União. Com





tantas peculiaridades, por mais que haja uma atomização, vamos chamar assim, das responsabilidades, ainda há uma grande concentração de poder de decisão e de recursos, em torno da qual se lançou mão de várias normativas. As próprias normas operacionais foram sucessivas tentativas de obter aquilo que se imaginava dever ser consolidada num sistema. Cada uma delas teve o seu momento histórico. Foi citada aqui a NOB 01/91, que foi um momento histórico porque ajudou a financiar o sistema principalmente na ponta, assim como foi um momento histórico a NOB 01/93: pela primeira vez, quem estava na ponta foi identificado como gestor, sem as classificações que fazem parte de cada norma.

Movimentos sucessivos, inclusive, fizeram-nos reavaliar discursos históricos. Eu sou do tempo em que a Conferência Nacional de Saúde, de 1991, se não me engano, dizia que a municipalização era o caminho. Depois disso, vinham reticências: daí em diante, o que fazemos? Ficamos por muito tempo discutindo isso, em alguns momentos até com certo atrito, no sentido de que isso era uma coisa fundamental sob o ponto de vista de empoderamento político local, etc.

Tivemos momentos históricos onde a consequência, por exemplo, de alguns discursos levou até ao esvaziamento do perfil de atores tão importantes como, por exemplo, os Estados, que, em determinado momento, estavam quase em crise de identidade, fosse pela percepção dos outros em relação a eles, fosse pelo entendimento do que tinham de fazer em relação aos outros. Não sabiam ao certo que papel tinham nesse discurso. Parecia que, quando todos os Municípios fossem plenos, o Estado seria um apoiador técnico, um apoiador financeiro.

Tivemos momentos em que a reflexão começou a nos colocar diante de um desafio: não é possível constituir um sistema único de caráter regional sem falar em regionalização. Não é possível, aqui ou em qualquer parte do mundo. E nós tivemos alguns movimentos. É claro que não foram tão amplos como, por exemplo, a norma operacional da assistência, que, apesar de muito mais voltada para a assistência, já trazia uma reflexão. Quem é um pouco mais experiente no SUS lembra-se de um livro que falava de regionalização da saúde, como se aquilo fosse uma coisa que tivesse começado naquele momento, lá em 2002, como se não estivesse escrito na Constituição, desde o início.



Tivemos um momento importante nessa discussão, porque começamos também a debater o papel da região. Antes, parecia que o acúmulo de necessidade de assistência só se veria no campo do Município.

Avançamos mais. Paramos de nos tratar como aquele que dá uma carteira de habilitação de acordo com a sua condição de dirigir um carro maior ou menor, em que era papel do gestor federal dizer, por exemplo, que você pode dirigir a atenção básica, mas, para você dirigir a atenção de média e alta complexidade, tem de ter mais alguma coisinha. Você se via numa condição de habilitação. Desculpem o trocadilho, mas era isso. Era alguém dizendo para o outro que ele podia fazer aquilo, como se não estivesse claro que o papel de gestão é inerente a qualquer habilitação de qualquer ente. Ele é inerente à função, que o Município tem de ter, que o Estado tem de ter, a União tem de ter.

Evoluímos para a ideia de que isso não era uma hierarquização de competência, mas, sim, um pacto entre iguais, o que abria condições de se debater competências; abria condições de se ver que esses iguais tinham papéis específicos, dependendo do seu porte; abria condições de se ver que, na medida em que se estabelecia essa discussão, também se estabeleciam responsabilidades pertinentes. Daí evoluímos para a figura do pacto pela saúde, na maioria das situações atuais — registre-se! — ainda vigente. O pacto pela saúde foi, sem dúvida alguma, uma quebra das vinculações hierárquicas segundo as quais o Ministério é quem dava a carteirinha de habilitação para isso ou para aquilo.

O pacto, por si só, talvez não tenha tido tempo suficiente de experimentar todos os seus instrumentos. A Isabel disse bem claramente que, quando estamos começando um processo, vem outro processo. Eu imagino como deve ser difícil ser gestor com tanta sucessão de processos. Imagino como deve ser complexo isso.

Até o advento do decreto — começo aqui a fazer algumas pontuações muito claras, porque acho que temos que compreender o processo em que nos encontramos hoje —, todas as demais ações desempenhadas em processos normativos eram totalmente pactuadas ao extremo do detalhe — ao extremo detalhe. Com exceção da NOB 01/91, participei de todas as outras e, por deferência dos secretários de todas essas épocas, sempre participei efetivamente, inclusive, da discussão dos detalhes. Quem me conhece



sabe que eu prezo muito os detalhes, e às vezes os detalhes fazem diferença para uma coisa dar certo ou não.

Bem, a primeira questão é que o Decreto nº 7.508, de 2011, não teve o mesmo processo. Com exceção de um momento muito preliminar de discussão, o que foi publicado não foi necessariamente tudo o que foi pactuado. E aí vem a primeira discussão: será que algo com tal nível de abrangência, sem ter sido objeto de pactuação, não se colocou diante do risco de que não fosse absorvido em sua plenitude, tendo em vista as demais normas — nem todas tiveram seus detalhes discutidos. Esta é, então, a primeira reflexão importante sobre o decreto: ele seguiu outra lógica que não a das demais pactuações.

A segunda reflexão que eu quero fazer é que, nesse período todo, nós também fizemos um grande exercício de modificação de foco. Começamos com o Município como foco central de tudo e caminhamos para a regionalização como uma alternativa real de organização de uma rede hierarquizada e organizada de forma a garantir integralidade. O fato, contudo, é que até hoje — o Deputado Odorico estava numa mesa comigo, lá em São Paulo, o ano passado, que discutia isso — nós precisamos ter mais clareza do processo e da necessidade de discussão da regionalização. A regionalização, tal como posta por todas as portarias, etc., ainda carrega a dificuldade de vários entendimentos — vou falar sobre isso mais adiante —, sendo o mais importante o de que a regionalização, que considero estar no campo do modelo da gestão, tem que falar diretamente com o modelo de atenção à saúde que nós queremos.

E aqui, Isabel, vou acrescentar um item que acho que ajudará na sua linha do tempo.

Quando nós vimos a questão do decreto... Poucos meses antes, em dezembro de 2010, nós demos um prazo significativo em relação à discussão de modelo de gestão e modelo de atenção à saúde, quando foi publicada a Portaria GM/MS nº 4.279, de dezembro de 2010, que definiu as diretrizes gerais em relação à questão da rede de atenção à saúde, porque, para desenhar a regionalização, eu preciso saber que modelo eu tenho. O que está descrito lá? Um modelo fundamentado na importância do papel da atenção primária à saúde como ordenador de uma rede organizada num território regional. Lá estão descritos exatamente os papéis que se desenvolvem a partir desse desenho, papéis que envolvem o processo de definição de competências.



Essa discussão de redes, a meu ver, introjetou-se no Ministério a partir, inclusive, de diversas portarias. Depois vou voltar a essa questão, porque talvez ela seja uma das razões pelas quais o contrato organizativo de ação pública — COAP não avançou em alguns aspectos. Isso tem a ver com a forma como o Ministério trabalha por dentro dessa organização.

Nós temos também que estabelecer aqui a discussão de que a Portaria GM/MS nº 4.279 não se fixou apenas na discussão da rede, ela se fixou também na discussão de governança de gestão, de espaço territorial regional. Ela conflita com o que está no decreto, com a essência do que deveria ser uma região, do que deveria ter? Não, mas o decreto não foi suficiente para identificar o avanço que ela representou em relação a um novo modelo de atenção.

Paralelamente a isso, o Ministério da Saúde funcionou como ele funciona até hoje, de forma fragmentada: de um lado, a discussão das redes, principalmente pelo lado assistencial; de outro lado, a discussão do aspecto de gestão já sob o ângulo próprio decreto. Em alguns momentos, no meio de tudo isso, surgiam políticas setoriais que não falavam nem com uma coisa nem com outra. E ainda, no meio de tudo isso, a regulamentação da Emenda nº 29, que, se minha memória não falha, é do final de 2012 — Lei Complementar nº 141 —, que também agregou questões centrais à questão do financiamento e à organização do sistema.

Com base em todas essas discussões — trata-se de uma reflexão enorme do CONASS, por conta das discussões que por anos tivemos —, ficou claro que havia e ainda há enormes dificuldades em relação à questão do COAP, porque sua essência é ser instrumento final, não ponto de partida. O COAP tem de representar o processo que se constrói a partir de certas concepções, e três concepções são básicas aqui: de que modelo de gestão nós estamos falando, de que modelo de atenção nós estamos falando e de que financiamento nós estamos falando. Pela essência das três coisas, grande parte do que pode ser relatado por qualquer pessoa aqui em relação às dificuldades do COAP vai estar com elas identificado.

O CONASS fez um debate muito profundo sobre a questão, realizou várias assembleias. Creio que em julho do ano passado, nós fizemos um grande seminário com os secretários para desenvolver consenso em relação a vários temas. Um dos temas



centrais foi a questão não do COAP, mas da discussão do decreto. Para isso, definimos certos posicionamentos que levamos para a discussão tripartite.

Vou me permitir usar um pouquinho mais de tempo.

Primeiro, para fazermos essa discussão, orientada pela nossa própria assembleia, nós tínhamos de ter pelo menos cinco grandes eixos que pudessem orientar tanto a discussão da implementação do decreto quanto a sua revisão, para orientar, inclusive, o processo de continuidade de quem assinou o COAP ou de quem venha querer assinar o COAP. Fizemos essa discussão inclusive com a equipe do Ministério da Saúde. Levamos esses cinco temas centrais para podermos entender, inclusive, a lógica da própria rede, da própria regionalização e do próprio instrumento que venha consubstanciar isso.

O primeiro é que, se nós acreditamos no que já passamos até agora, temos que fazer isso com base na ideia de organizar a rede de atenção à saúde, com o conceito de uma atenção primária resolutiva, com pontos de atenção específicos que se definam por um território que dê condições de garantir a integralidade — diga-se de passagem, a integralidade vista sob essa lógica não se dá no território municipal e, muitas vezes, nem pode se dar só no território de uma determinada região. Dependendo das características, esse território pode ser até macro, muito maior do que uma região.

O segundo, uma coisa na qual eu acho que até já avançamos muito, é a questão da definição do território sanitário. É claro que nós temos todas essas regiões que foram citadas aqui, mas em alguns locais ainda somos um pouco refém dos aspectos administrativos do território sanitário. O território sanitário tem de representar a forma de organização em que o acesso se dá a cada cidadão.

O terceiro ponto — grande fragilidade nossa — é que, para discutir regionalização, nós temos que introjetar a questão do planejamento regional integrado como base, fundamento. Já conseguimos evoluir nos planos estaduais de saúde, nas suas dimensões diversas, mas quanto ao planejamento regional integrado, com uma visão local que converse, que se articule com as demais regiões para que aquilo se dê de forma a garantir a integralidade, nós precisamos ter isso colocado muito fortemente.

Nós temos que, neste debate, colocar claramente que modelo de gestão nós queremos e principalmente que mecanismo de governança regional nós queremos. Na verdade, nós temos delimitado mecanismos de pactuação — vamos chamar assim, vamos tentar separar isso. Em relação aos mecanismos de pactuação, eu tenho a



Comissões Intergestores Bipartite, a Comissão Intergestores Tripartite, as comissões intergestores regionais, mas que mecanismos de governança regional nós temos? E nesse caso eu quero me reportar — não sei se está presente o representante do Tribunal de Contas da União — ao debate que nós já fizemos com o Tribunal de Contas da União em relação à discussão de governança, sobre o conceito amplo.

Nós temos várias experiências em curso hoje, sendo que algumas estão sendo acompanhadas pelo CONASS, por exemplo, de governança de redes, que falam mais diretamente ao conceito da própria rede. Trata-se de experiências que, inclusive, ampliam essa nossa visão, e às vezes o aspecto da gestão é discutido só com a gestão. Mas a gestão também trabalha com um diálogo permanente com quem faz o processo de atendimento, inclusive não só da gestão.

E por último apresento o que para mim parece ser hoje, diante da atual realidade brasileira, da atual realidade das políticas públicas, algo que é relevante para o sucesso de qualquer coisa na nossa discussão, que é a discussão do financiamento. Nessa discussão do financiamento, nós tivemos que fazer durante esse período alguns ajustes em nosso processo de discussão. O problema começa no volume do dinheiro que é repassado, passa pela forma como ele é repassado e passa pela regra que diz como ele pode ser gasto. Todas elas são instrumentalizadas, e alguns instrumentos utilizados são até anacrônicos em relação à própria lei, como por exemplo a Portaria GM/MS nº 204, de 2007, que até hoje vige sobre uma regra que a Lei Complementar nº 141, de 2012, disse que já não existe mais. Alguém disse aqui que já faz 5 anos — considerando que o ano está terminando — que nós temos a questão dos critérios de rateio e não conseguimos dar conta.

Por isso é fundamental que se faça uma revisão e uma discussão do decreto à luz de todas essas modificações que ocorreram no decorrer desse processo, com pelo menos alguns focos. O primeiro foi citado aqui: não é possível continuar fazendo contratos, pactos ou o nome que se dê com essa excessiva burocracia normativa federal, que quer normatizar até o último detalhe do último detalhe. Nós já vimos que isso não funciona num país com as características do Brasil. Qualquer um que fizer um levantamento dos detalhes que existem nas portarias, como o Lenir já fez, vai constatar isso. Não sei quantas portarias nós temos, mas há portaria que desdiz portaria e portaria que complementa portaria.



Não dá para pensar esse processo sem reduzir a fragmentação do Ministério da Saúde, para que ele vá por um caminho em que fique claro o processo: *"Então, o caminho é por aqui, o caminho é esse, a política é essa, o nível de financiamento é esse, a lógica de financiamento é por aqui"*.

E talvez aí resida o mais difícil de toda essa tarefa. Talvez esteja na hora de uma discussão ampla sobre um novo pacto sanitário, em que as responsabilidades e as instruções para uso de recursos ganhem outra característica, talvez até com a regulamentação da própria Lei nº 141 em relação aos critérios de rateio, talvez até com a diminuição desse processo excessivo de cerceamento de gestão, isto é, amarrar a gestão a uma forma de utilização dos recursos que tem mais a ver com a forma burocrática e contábil de como o recurso sai daqui do que com a necessidade local.

E obviamente é preciso considerar, ao final de toda essa reflexão, o porquê de em 5 anos apenas dois Estados aderiram ao COAP. Atrevo-me a dizer que uma parte do que eu disse aqui pode ter sido o motivo — não vou dizer que seja só isso. Mas com certeza aspectos como o modo de organização do sistema foram fundamentais.

Em relação à análise do projeto de lei, quanto ao COAP, previsto aqui, eu acho que é preciso que essa proposta dialogue com todo este movimento de repensar todo o processo, inclusive a forma como fazemos nosso processo de construção coletiva.

Em relação à criação da associação regional, Deputado Jorge Solla, antecede esta discussão a discussão do que nós entendemos como governança regional, diante de uma lógica em torno da qual ainda não tenhamos consenso. Digo disso porque, quando participamos da reunião com o TCU, numa mesa de três ou quatro pessoas, cada uma tinha uma visão de governança. Não estou dizendo que isso seja defeito — isso às vezes é avanço no processo.

Por último, quando falamos sobre o debate da integralidade, com a questão da RENASES e da RENAME, é preciso também imaginar que essa integralidade tem que ter um fundamento de organização que é a rede. Se eu quero dizer que há integralidade, esse território sobre a qual ela se dá — claro que ela pode se dar sobre a RENASES e sobre a RENAME — tem que ser identificado sanitariamente não só por nós gestores, mas por todo o conjunto de organização político-social que possa existir.

Diante de todas essas questões, considerando inclusive que, no dia 16 de agosto de 2016 agora, houve uma resolução tripartite que definiu a criação de um grupo de trabalho





para discutir a revisão do Decreto nº 7.508, um grupo de trabalho que tem um período, se não me engano, de 90 dias para apresentar propostas; considerando todos esses aspectos, nós trazemos a este seminário, que me parecer ter uma característica até de ausculta do projeto, uma sugestão: a de que essa proposta posta hoje seja tirada de pauta, para que possamos aguardar um primeiro movimento de um desenho estratégico feito a partir dos gestores, para então constituirmos um movimento normativo legal que dê base a isso.

O fato de ser um decreto, de ser uma lei, já demonstrou que nós fomos "vencidos" — entre aspas — pela realidade de coisas que precisam ser superadas. E uma delas, com certeza, é justamente esse aspecto. Nós estamos num divisor de águas. Nós não temos mais tempo futuro de, a cada 2, 3 ou 4 anos, fazer novas normas, novos pactos, porque o sistema já não precisa mais. Nós temos é que acrescentar o que nós colocamos nessa estrada o tempo todo e, ao acrescentar isso, ganhar em qualidade e velocidade.

Para concluir, respeitando obviamente todo o posicionamento dado e até o próprio parecer já emitido, nós solicitamos uma reavaliação dessa questão, de modo que seja retirada de pauta, para que possamos, advindos da discussão dos gestores, constituir de forma harmônica — o Poder Executivo e o Poder Legislativo — uma proposta que dialogue melhor inclusive com uma coisa que, para o futuro, seja exequível, sabendo que todo projeto de lei colocado aqui traz, no seu mérito, o grande interesse pela implantação do SUS que nós queremos e que nós defendemos.

Muito obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Obrigado, René.

Tem a palavra o Sr. Fernando Monti, representante do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde — CONASEMS.

**O SR. FERNANDO MONTI** - Boa tarde a todos e a todas. Eu gostaria de agradecer a oportunidade de estar aqui, representando o Presidente Mauro, aqui presente, e os Secretários Municipais de Saúde do País.

Cumprimento o Deputado Odorico Monteiro e, em sua pessoa, cumprimento os demais Deputados, em especial o Deputado Jorge Solla, que está aqui conosco. Cumprimento a Isabel, do Ministério da Saúde; o René, do CONASS; o Marco Antônio, do Ministério Público do Paraná. É uma satisfação muito grande estar aqui discutindo um tema de bastante relevância para o nosso Sistema Único de Saúde.



A primeira coisa que nós temos que pontuar é o quanto nos é caro o nosso Sistema Único de Saúde, o sistema público que nós temos no País, especialmente nos momentos que nós estamos vivendo, quando somos cercados de tantas ameaças, vindas de tantas direções diferentes. Eu reputo o Sistema Único de Saúde como um movimento da sociedade brasileira em busca de um novo marco civilizatório no País. O SUS não estava pronto, ainda havia muito a ser construído, mas o sistema tem uma dimensão que extrapola a própria noção simples de prestação de serviços na área da saúde. Ele tem uma dimensão maior que talvez seja a dimensão da própria existência humana na sociedade. Então, é bastante importante essa pontuação inicial.

Ao mesmo tempo, quero dizer que não venho aqui trazer certezas. Acho que venho trazer muito mais dúvidas e preocupações do que certezas. E, dentre essas preocupações, acho que a primeira diz respeito a sabermos em que estágio estamos vivendo neste momento quanto à relação entre o Estado e a sociedade. Acho que nossa sociedade espera cada vez mais avidamente de todos nós que consigamos fazer a entrega de bens e serviço públicos. Ela espera muito ansiosamente por isso e tem cobrado isso insistentemente.

Estou pontuando isso como aspecto inicial, porque eu tenho muito receio do arcabouço jurídico que vimos seguindo ao longo dos últimos tempos. Esse arcabouço jurídico, esse arcabouço legislativo regulamentário impacta fortemente na prestação de serviços lá na ponta. O nosso cidadão é beneficiado diretamente com tudo isso que construímos. Tenho receio de não seguirmos um caminho nesse sentido, em que pese a excelente intenção de todos que estão envolvidos com isso.

Para dar uma referência do que pensam os Secretários Municipais a respeito de regionalização, é importante dizer uma coisa de maneira muito objetiva: não há dúvida da importância do processo de regionalização. E não há dúvida porque o processo de regionalização é um instrumento para que consigamos construir redes de atenção — eu vejo nesta ordem — que consigam cumprir a sua finalidade assistencial, que é a finalidade que temos no nosso sistema de saúde.

Por que precisamos ter essas redes de atenção e, portanto, por que precisamos regionalizar? Porque, em primeiro lugar, o objeto de nossa ação, que é a pessoa humana que precisa de cuidado, é um objeto transiente. A prestação do cuidado que se dá a ele, de acordo com a necessidade, não pode ser feita num único ponto. É diferente da escola.



Na escola ele não é transiente. Em vários outros segmentos de ação pública ele não é transiente, mas na saúde ele é transiente, ele vai frequentar vários serviços. E esses serviços, no nosso modelo — já foi discutido aqui, não vou detalhar —, estão dispostos inclusive em vários níveis diferentes de governança dessas redes de saúde ou desses serviços de saúde. Então, a característica do nosso objeto por si já nos leva à necessidade de haver redes de atenção.

O segundo aspecto é a questão da integralidade do cuidado. A gente tem que buscar o máximo possível conseguir dotar de integralidade essas redes. O Deputado Odorico Monteiro falou da necessidade de definir a questão da integralidade, e eu cada vez mais tenho aproximado isso a um valor pessoal — falo aqui em meu próprio nome —, e digo que integralidade é um bem utópico, na verdade. É algo que nós vamos perseguir utopicamente, porque a cada passo que damos existe uma inovação, existe uma tecnologia, existe uma forma de fazer que nos demanda outro estágio nessa busca da integralidade.

Então, para fazermos essas redes de atenção, que são redes com vários níveis tecnológicos diferentes, é preciso que se regionalize. Nós sabemos que a grande maioria dos nossos Municípios são de pequenas dimensões, e não é possível dotá-los de todos esses níveis diferentes de atenção. Então, não há dúvidas sobre a necessidade de regionalizar.

Eu penso que não há divergência — e ouvindo o René e os demais participantes convenci-me ainda mais disso — do ponto de vista do que fazer. Em relação ao que fazer nós temos consenso: nós temos que regionalizar. A questão relevante aqui que envolve um nível de complexidade que talvez não permita que ela caiba numa lei é como fazer isso. E aí eu penso que devemos fazer — já houve um convite do René nesse sentido — uma análise crítica de caminhos que nós já percorremos.

E por que nós não conseguimos chegar ao final de todos esses caminhos? A Isabel apresentou aqui um histórico das NOBs, NOAS, pactos, uma série de coisas. Na verdade, existe um elemento que nós continuamos a perseguir, algo a que nós ainda não chegamos. E eu penso que, para cumprirmos a finalidade de entregar à sociedade aquilo que o sistema promete e a que me referi no início, nós devemos nos debruçar sobre o assunto para fazer um diagnóstico bastante consistente a respeito do motivo pelo qual essas coisas aconteceram.



Do ponto de vista de instrumentalizar o processo de regionalização, estamos convictos de que precisamos de ações de educação permanente, precisamos preparar gente que possa lidar com esse processo. Nós precisamos de gente que lide com planejamento em saúde, que consiga fazer o planejamento de um setor complexo como o nosso. Vejam que ele não é só complexo pela complexidade da saúde. O fato de nós sermos um sistema interfederativo aumenta sua complexidade, porque, no caso, temos complexidade técnica e complexidade de governança ao mesmo tempo. Nós precisamos de gente preparada para conseguir vencer as fragilidades que ainda temos.

Vamos pensar como funciona na realidade — acho que isso é importante. Nós temos que fazer o processo da regionalização. Esse diálogo vai ser feito com os nossos Municípios, que nós representamos aqui. Esses Municípios são pequenos, e estamos dizendo aqui que isso é o que nos leva a pensar em fazer regionalização. É claro que um Município pequeno dimensão não tem quadro técnico totalmente preparado. Então, nós vamos ter que ter a preocupação inicial de produzir esse arcabouço técnico para que consigamos produzir esse caminho. Essa é uma necessidade irrecorável em nossa visão.

Outro fato sobre o qual acho que temos de nos debruçar e fazer uma análise crítica é que tivemos uma propositura de um instrumento, ou uma ferramenta, ou um processo — eu não sei exatamente como qualifico isso — para que tentássemos fazer redes de uma forma mais acabada. Refiro-me ao COAP — Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, previsto no Decreto nº 7.508. Uma coisa sobre a qual nós temos que nos debruçar, dentre fatos mais recentes, é o fato de ter havido tão baixa adesão. Dois Estados apenas tiveram a assinatura desses instrumentos.

Se ele fosse um instrumento com facilidade em sua aplicação — e nós temos que discutir a aplicabilidade dele, o que ele resolve para os entes —, ele teria tido uma disseminação dessa estratégia, dessa alternativa. Isso não aconteceu.

Há limites claros sobre os quais precisamos nos debruçar. Precisamos discutir esse contexto de estudo. Talvez ele devesse envolver fortemente outros setores, como a universidade, e estudar instrumentos que possam traduzir de maneira adequada as necessidades e as possibilidades de articulação interfederativa. E que isso seja aplicável às várias realidades que o País tem.

O que a gente precisa construir para que isso seja efetivamente eficaz? Eu não quero dizer com essa posição que o problema tenha sido o decreto ou que o problema



tenha sido o instrumento. É evidente que não deve ter sido isso. Se tivesse sido isso e se por trás disso houvesse uma situação bastante favorável, ou se eventualmente ele tivesse insuficiência, isso seria corrigido facilmente. Não é isso que pode explicar os caminhos que este movimento teve.

Uma coisa que eu acredito que seja muito significativa, já que não é problema do decreto, do instrumento, é que todos nós queremos um instrumento que não só regionalize, que não só crie as redes. E isso é muito caro! Eu quero sublinhar isto. É muito cara a posição dos Municípios no sentido de que queremos um instrumento que especifique de forma mais precisa as atribuições e as formas de realização dos entes federativos. Isso é muito caro aos Municípios. Como eles estão na linha de frente, tem pesado sobre eles uma grande parcela da responsabilidade e das atribuições de promover essa questão de fornecimento de serviços de saúde.

Eu acho que aqui há um primeiro engasgo, na minha percepção. Eu trabalhei bastante com isso no Estado de São Paulo, eu sou Secretário Municipal em Bauru, no interior do Estado. Eu trabalhei em São Paulo com isso. Qual foi a minha percepção? Uma das coisas que levou à baixa adesão ao COAP é que os entes não queriam assumir as responsabilidades, por uma série de questões. A questão verbalizada era a seguinte: *"Bem, eu assino o COAP e aí estou ferrado"*. Desculpem a expressão, mas era isso que diziam. *"Eu estou ferrado, porque na hora em que tiver uma judicialização e eu tiver assinado uma responsabilidade lá, é líquido e certo que caí numa arapuca"*. Esta era a percepção dos entes.

Então, vejam, de um lado nós queremos que haja precisão na atribuição de responsabilidade e na atribuição de competência. E, de outro lado, tem-se uma situação em que todo mundo de alguma maneira que fugir da atribuição e da competência, ou não quer deixar precisa sua responsabilidade e sua atribuição. Então, este é um problema que nós temos que nos empenhar para resolver. E sublinho de novo: essa é uma questão absolutamente cara para os Municípios, que, aliás, foram um segmento que teve grande interesse na assinatura de COAP no País inteiro. Eles fizeram quase uma batalha por isso, e tal, até por causa desta questão, para que as coisas ficassem mais precisas.

Vejam bem, eu penso que uma primeira coisa a ser vencida é o grau de compreensão dos nossos dirigentes e dos nossos governantes sobre as questões



interfederativas. Este é um problema do sistema. Eu sempre brinco que o nosso sistema tem várias matrizes complicadoras. E digo isso não do ponto de vista negativo.

O Deputado Odorico já mencionou aqui que a municipalização não só atomizou o sistema de saúde como permitiu a criação de um sem-número de soluções inovadoras, que, num sistema do tipo Estado unitário, talvez não fosse possível. Então, isso foi muito possível pelo processo de municipalização.

Acho que nós temos atributos importantes no sistema, mas não é fácil... O sistema é muito complexo, porque uma matriz é a rede de serviços, e uma outra matriz é a governança. É outra matriz que está no sistema, é uma matriz de governança com esta multiplicidade de entes federados.

Finalizando, então, para discutir especificamente o projeto de lei à luz deste cenário, que tentou de uma maneira absolutamente rápida fazer uma certa reflexão sobre o que não funcionou, trago o seguinte: a associação regional que está proposta aqui é uma condição para a efetivação do processo de regionalização? Precisa ser desse jeito?

Dentro ainda desse contexto, o que nós fazemos com formas que já existem? Nós temos formas que já existem. Temos consórcio e fundação, em alguns lugares. Então, existe uma questão aí que precisamos ver.

A criação da associação regional — uma dúvida ainda — vai fortalecer a efetivação de instrumentos tipo COAP e os pactos regionais? A criação fortalece isso, ou pode ser mais um complicador? E a questão que eu acho gritante nisso é a seguinte: é possível fazermos uma instância que está desacoplada, desacompanhada da instância político-institucional? Hoje é assim: o Município é uma instância. Bom, mas lá no Município tem gente eleita, tem Prefeito, tem Vereador. O Estado é outra instância e também tem gente eleita, Governador, Deputado Estadual. A União tem Presidente, tem Deputado, tem Senador. E a instância regional? Ela não tem esses organismos, esse mesmo sentido político-institucional. A região não tem essa característica.

E, para concluir, quero dizer que, discordando relativamente aqui... Aliás, concordando... Nós realmente não temos ainda as redes regionais feitas e efetivas. Não temos isso em nosso sistema. Depois de todas as tentativas sucessivas, nós avançamos muito com o SUS, mas não temos isso. Mas vou discordar do Deputado Odorico sobre o fato de que nós não temos região. Temos região para um monte de coisa, para um monte



de outros setores da atividade pública. E as regiões nas outras atividades são subdivisões dos Estados.

Então, talvez fosse muito importante para nós — eu estou aqui no papel de representante de Município — debater como conduzir essa discussão com os Estados, porque se os Estados toparem verdadeiramente esse enfrentamento, talvez as suas regiões possam desempenhar o papel que nós queremos construir com esse tipo de associação regional. Nas outras áreas que não são interfederativas é assim.

Falando de outro jeito: nós estamos aqui concebendo um sistema que se constrói de baixo para cima. Então, a partir de uma célula, que é o Município — de forma predominante, embora não se tenha excluído o Estado —, se criam mecanismos de construção da região. Essa é uma forma ascendente, mas existe uma forma descendente. Então, isso precisa daquilo que eu acho fundamental para se fazer qualquer instrumento na constituição desses modelos que estamos imaginando, que é fazer antes a concertação política. Qualquer instrumento de formalização vai ser uma consequência da possibilidade da concertação política que vamos fazer.

É isso.

Muito obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Obrigado, Fernando.

Passo para o Dr. Marco Antônio Teixeira, Procurador de Justiça do Ministério Público do Estado do Paraná.

Informo que algumas questões já estão sendo levantadas, e, após as falas, nós podemos abrir para o debate. Eu acho que podemos fazer as duas Mesas juntas e depois fazer o debate.

**O SR. MARCO ANTÔNIO TEIXEIRA** - Boa tarde.

Eu inicio minha apresentação saudando o Deputado Odorico Monteiro, que, em nome desta Casa, a Câmara, requereu este seminário. Agradeço-lhe muito o convite para vir aqui dizer algumas palavras pela minha instituição, que é o Ministério Público. Saúdo também o Dr. Fernando Monti, que, além de ser Secretário Municipal de Saúde de Bauru, representa aqui o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde — CONASEMS. Saúdo a Dra. Isabel Senra, do Ministério da Saúde, e, por último, mas não em ordem afetiva, o Dr. René, gestor estadual de profundo conhecimento sanitário, que, nas questões institucionais que tivemos com o Estado e o Ministério Público, sempre foi





agregador, sempre foi uma pessoa que busca consensos, e isso significa muito nos embates que temos na saúde. O Dr. Odorico Monteiro, ora Deputado, quando era gestor do Ministério, também agiu da mesma forma na construção do Plano Nacional, tendo sido um interlocutor qualificado e atento às questões que o Ministério Público que atua na saúde no Brasil levava ao Ministério.

A minha leitura será muito rápida, uma vez que, certamente, não tenho a qualificação dos meus colegas de Mesa. Trago uma visão um pouco pedestre, de uma instituição que não integra o sistema de saúde, mas que atua em face do sistema de saúde, que é o Ministério Público. Eu me limitarei à leitura do decreto, que acho que é o ponto principal, a parte de resistência da nossa conversa, e pronto.

Havemos de convir que o decreto traz três pontos importantes. Ele traz como ponto novo a associação regional de saúde. Ele traz como revisão dois outros pontos. Um deles é a integralidade, e ele passa a dispor novamente de outro instrumento normativo...

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Não é decreto, não.

**O SR. MARCO ANTÔNIO TEIXEIRA** - É projeto, não é? O que eu disse?

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Digo isto porque há o Decreto nº 7.508.

**O SR. MARCO ANTÔNIO TEIXEIRA** - Eu disse decreto? Eu quis dizer PL. É PL. Pronto.

Ele prevê também ações e serviços de saúde na região mediante contratualização, COAP. E, é claro, como elemento indutor, temos a associação regional. Eu acho que o PL deve ser saudado como proposta de avanço na implementação e efetivação de estruturas no Sistema Único de Saúde que ainda carecem de melhor funcionamento e, por isso mesmo, de melhor prestação de serviços à população. Portanto, eu vejo o Projeto de Lei nº 1.645, de 2015, como integrante de um conjunto de esforços que ainda estão por ser completamente finalizados ou empreendidos no sentido de preservar as conquistas que o SUS nos oferece na Constituição, mas que não estão garantidas, na realidade, no dia a dia das pessoas, dos usuários, dos gestores, enfim, de todos os envolvidos nessa série de relações que se estabelece dentro do sistema. Isso não está perfeitamente garantido. Então, o PL 1.645, bem como a proposta dele, certamente não salvará o SUS, mas possivelmente se integra a um conjunto de esforços outros que, quando somados, provocam esse tipo de resultado.



Uma questão que não é nova e me parece estar nas entrelinhas do PL é a de que no Brasil nós desenvolvemos a discussão de um elaborado sistema de saúde, o Sistema Único de Saúde, que é uma construção que dignifica este País e que surgiu com a proposta constitucional de 1988, mas tanto na Constituição quanto nas leis orgânicas e no PL que discute a integralidade nós não temos um conceito de saúde, e nós nos ressentimos disso. Haverá quem diga que esse conceito não é necessário, mas nós nos ressentimos de não termos esse conceito em nosso plano normativo. Estou falando inclusive da legislação *lato sensu*, da própria Constituição.

E o que que aconteceu por não termos um conceito de saúde? E por que não podemos efetivamente adotar o conceito da Organização Mundial de Saúde? Porque seria adotar o conceito de felicidade. As pessoas iriam procurar o Judiciário para pedir para serem felizes, porque esse conceito se refere a um estado de pleno bem-estar físico, mental e social. Já foi dito pelo famoso sanitarista que isso é a definição de felicidade. É claro que isso não poderia estar na lei, porque as pessoas buscariam a implementação disso para serem felizes, mas poderíamos ter construído, fruto da Inteligência brasileira na área de saúde, um conceito que nos livrasse desta situação na qual vemos a saúde não conceituada normativamente e colocada como objeto de integralidade.

Hoje, para nós, saúde é o que comporta ou não a integralidade, também prevista na Constituição. Vemos a saúde pela lente da integralidade, esta é a verdade. Não vemos a saúde abstratamente como um conceito, como deveríamos ver. Esse é um dado passado que volta e meia a ele se remete, ele volta à tona, mas ele me diz muito claramente que não vemos a saúde hoje como uma entidade perfeitamente conceituada no plano normativo. Nós temos um olhar que considera que a saúde é o que é integral. Isso é o que se busca no Judiciário.

E há mais um outro dado que é apêndice dessa questão de olhar o que é saúde pela ótica da integralidade. É a questão da prescrição do médico, que acabou se transformando na materialização desse direito. O que está numa prescrição é a materialização do direito à saúde. Como não temos isso estabelecido claramente, aquilo vale como regra do jogo custe o que custar, para o bem e para o mal.

Nós criamos culturas, portanto, a respeito dessas questões de saúde e integralidade. Algumas dessas culturas têm um caráter restritivo no significado da expressão, e outras um caráter ampliativo.



E digo mais: é tão séria a questão da integralidade que o PL traz — e ele traz algo que já vem sendo objeto de evolução normativa e de discussão no sistema — que, se nós lembrarmos bem, poderemos dizer que na Lei nº 8.080, o que se quer ou o que se pretende dar ao usuário do sistema via Legislativo não é apenas a integralidade. A lei diz "*integralidade com resolutividade*". Isso, em geral, tem sido pouco lembrado. Não basta dar o que é necessário, é preciso que esse necessário seja efetivo para enfrentar determinadas situações de saúde. Isso é um apêndice legal da questão da integralidade. É nesse contexto um pouco intrincado que estamos nós todos a esta altura.

A Dra. Isabel fez uma linha do tempo interessantíssima. Eu também acompanhei com atenção as suas palavras e concordo com elas. Na verdade, com a construção das leis orgânicas, a Lei nº 8.080 e a Lei nº 8.142, quatro gerações normativas passaram a regular o sistema ao longo desses 25 ou 26 anos. E ela disse isso bem. Começamos com as normas operacionais básicas — NOBs. Depois, na segunda leva, tivemos as normas operacionais de assistência à saúde — NOAS. Na terceira leva, o Pacto pela Saúde, que é um sobrevivente prático de uma era que já passou, uma vez que, com o advento do decreto, esse pacto, previsto na Portaria nº 399, já não devia existir, mas sobrevive. E o decreto há 5 anos não se efetiva plenamente porque o COAP também não se implementa. Portanto, nós temos uma situação que não é apenas jurídica, mas também, de fato, de insegurança, e isso se reflete na debilidade do sistema. Acho que temos que perceber essa realidade — eu pelo menos vejo dessa forma — e tentar encontrar meios de superar isso. O sistema não pode se enfraquecer a este ponto por conta de debilidades. E hoje estamos vivendo a quarta geração, que é a geração trazida pelo decreto que estabelece o COAP e também, de certa forma, a Lei Complementar nº 141, de 2012.

Eu acho que a Dra. Isabel ou o Dr. René falaram na questão do caráter polissêmico da integralidade que o PL aborda, e eu concordo com isso.

Vejam bem: o PL, também na linha já pensada pelo decreto, tenta, digamos assim, documentar a integralidade dizendo que a integralidade é o que comporta RENASES e é o que comporta RENAME. Mas eu temo que essa fórmula não seja o suficiente na via judicial. Por quê? Porque desde sempre, e desde sempre significa desde 1990, a velha Lei nº 8.080 já dizia, em seu art. 7º, que a integralidade da assistência se dava em todos os níveis de complexidade do sistema. Desde 1990 já se sabe que ela existe dentro do



sistema. Pode-se não saber exatamente o que ela comporta, mas ela está dentro do sistema. Hoje nós tomamos decisões que até extrapolam o sistema no sentido de conceder bens e serviços de atenção fora da proposta do sistema. Isso de fato é verdade, mas não é disso que estou tratando. Eu quero dizer que, no decreto, nós temos uma visão restritiva da integralidade em relação à proposta da Lei nº 8.080, porque até a Lei nº 8.080 não fixa RENASES e RENAME, ela fixa dentro do sistema.

Essa é uma objetivação que pode ser discutida, mas o grande problema que nós temos nessas objetivações de integralidade... Temos que buscar a boa objetivação, porque essa coisa não pode ficar mal resolvida para sempre e o sistema não pode ser refém desses mal-entendidos e dessas discussões a respeito da integralidade que não terminam conclusivamente. Por quê? Vejam bem: a integralidade acaba tendo importância maior por conta da judicialização. A judicialização traz para a mesa a questão da integralidade, porque começa a fazer concessões, começa a gerar custos, começa a gerar conflitos e incompreensões e algumas adesões. Mas, enfim, é via Poder Judiciário *lato sensu* — eu me refiro ao Poder Judiciário como comunidade jurídica que atua na saúde — que temos essa percepção. Portanto, é importante dizer isso.

A Resolução nº 1 da CIT, que já foi citada aqui, traz uma questão que chama a atenção e que eu anotei aqui. Essa resolução diz assim, falando de integralidade: que se assegura um padrão de integralidade. Quantos padrões temos? De qual integralidade estamos falando? Isso tudo demonstra o terreno movediço em que nos movemos, pouco seguro. Portanto, precisamos avançar. E é por isso que eu digo que a revisão dessas questões, através do PL, no plano normativo, sempre auxilia, sempre amadurece e sempre qualifica o debate e, certamente, as soluções que dele podem surgir.

E quanto à questão da prestação de saúde que envolve diretamente o que está no PL — como isso pode ser enquadrado a partir de então, caso o PL se transforme em lei? —, no fundo não muda muito a situação relacionada ao que o indivíduo pode pedir razoavelmente ao Estado gênero em termos de saúde.

A saúde é muito mais do que assistência, mas é na assistência que se gera a grande controvérsia em torno da judicialização e da integralidade. E o dado da integralidade, o indivíduo pode razoavelmente pedir do Estado — gênero, repito eu —, é altamente subjetivado. Há aquela coisa que é o razoável para um indivíduo, para um grupo de indivíduos, para a população de um território; há algo que é razoável para o



Poder Judiciário, que tem uma visão disso; e haverá outra subjetivação e razoabilidade para o próprio usuário, para o conjunto de usuários, que terá uma visão própria do que é necessário para si. Existe também a visão dos gestores, que é outra subjetivação do que é razoável dar, conceder e de como se organizar para que isso aconteça. Há ainda uma quarta ou quinta subjetivação, por exemplo, a do prescritor.

Os prescritores induzem mesmo, turbinam, numa expressão que era muito do gosto do Prof. Gilson Carvalho, essa questão da integralidade. Por quê? Hoje nós estamos tratando do fenômeno da integralidade, estamos tratando do fenômeno da judicialização, mas temos que pensar que o que gera o custo não é a judicialização, é a prescrição. Talvez o projeto possa avançar e refletir sobre isso. Os profissionais de saúde são todos muito sérios, muito competentes, muito compenetrados dos seus deveres. Porém, acontecem na área pública, porque estamos falando do SUS, prescrições feitas por profissionais que não conhecem a RENAME, que não sabem o que são os protocolos clínicos, não os têm pelo menos na mesa como objeto de utilização imediata, e elas geram custos. A caneta do médico gera custos para o sistema porque as prescrições muitas vezes estão em desacordo com toda a oferta do sistema pelo desconhecimento que ele tem e também porque não lhe é cobrado algo diferente. O gestor, principalmente o municipal, que é o mais acuado nessa situação, sabe que o profissional não é bem remunerado e, por que não quer perdê-lo, também não o pressiona. Assim, nós ficamos num jogo de cena cujo resultado final é muito ruim para todos, para gestor, para o usuário, para o sistema, para a sociedade.

Temos que pensar também que o PL vai numa linha de discutir a integralidade. Eu vou dizer-lhes o que eu penso a respeito da questão da integralidade, que é o que se debate nessas ações judiciais, desde as mais simples, para obtenção de assistência farmacêutica, até as mais complexas, pleiteando bens e serviços de alto custo. Tudo o que se pretende judicializar neste País — de fato assim tem sido — parte de duas premissas. Não se judicializam no Brasil as bases do sistema, judicializam-se serviços de alto custo e incorporação de tecnologia. Não se judicializa a boa organização do sistema ou o correto cumprimento de plano de saúde. Não se judicializa a questão da orçamentação insuficiente, a regressão orçamentária da União ao longo do tempo ou, pelo menos de forma um pouco ampla, o não cumprimento dos orçamentos mínimos pelos Estados — ainda hoje é assim, apesar da Emenda nº 29.



Na outra ponta disso estão os Municípios, e eu sei de tal coisa pelo Paraná, mas acredito que a situação não seja muito diferente nos demais Estados. Há Municípios estão gastando 30%, 32% com saúde. Somando-se isso aos 25% gastos com educação, resta menos de 50% do orçamento para eles fecharem a conta, e essa conta não fecha, não é possível fechá-la. Isso é matemática de grupo escolar. Aliás, grupo escolar é uma expressão datada, mas eu sou do tempo em que havia grupos escolares. *(Risos.)* O pior de tudo isso é o seguinte: como fruto da regressão orçamentária da União e dos Estados, os Municípios estão num embate com a população quanto ao atendimento. E o que acontece? Gastam o que não podem, e todo mundo fica insatisfeito porque o Município não consegue suplementar a regressão orçamentária dos demais entes federativos.

Eu sei que já acabou o meu tempo. Eu tinha muita coisa para falar, mas eu só quero...

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Ainda faltam 4 minutos para acabar o seu tempo.

**O SR. MARCO ANTÔNIO TEIXEIRA** - Eu tinha visto que faltava 1 minuto só. *(Risos.)*

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Generosamente foram dados mais 5 minutos, como foram dados aos outros.

**O SR. MARCO ANTÔNIO TEIXEIRA** - Então está bom. Obrigado.

O que quero dizer com o que expressava é o seguinte: hoje o problema que o PL enfrenta por vias transversas é dar um certo contorno de racionalidade a uma judicialização que cresce e é, num certo sentido, um pouco selvagem. Há para mim a visão clara de que essa judicialização que temos, que é o modelo brasileiro, é a busca por saúde numa instituição ou em instituições que não pertencem ao sistema de saúde criando-se portas de acesso a serviços de saúde por meio do Poder Judiciário e do Ministério Público. Isso é absolutamente indevido, mas é assim que as coisas são, demonstrando que o sistema está frágil nesse aspecto. Precisamos melhorar o sistema sem desautorizar o acesso das pessoas à Justiça, porque está na Constituição que, quando há perigo de lesão ou lesão a direito, ter esse acesso é direito elementar de todos nós cidadãos brasileiros. Não podemos impedi-lo, mas podemos racionalizá-lo. No fundo, temos essa judicialização mal posta, que é uma judicialização de consumo de bens e



serviços, porque não temos aquela outra, que, se ocorresse de forma adequada, atuaria em face das estruturas do sistema. Isso não existe ainda.

Há uma série de questões que eu gostaria de colocar, mas eu perseguirei a linha do PL 1.645. Como disse o Dr. Fernando, existem hipóteses de organização dos Municípios que ainda não foram perfeitamente exploradas, mas não excluo que o PL ofereça também a ideia da Região de Saúde — RS. Cito como exemplo as regiões do Paraná. Para falar uma expressão dele com a qual eu também concordo — o Dr. Odorico também falou isto no Ceará: nas regiões que têm consórcios intermunicipais existem problemas, mas menos do que naquelas que não os têm. Eu percebo bem isso na rede de urgência e emergência do Paraná, cuja situação o Dr. René conhece. Na região de Umuarama, onde há consórcios intermunicipais, é mais fácil de resolver os conflitos, que sempre existirão. Na região de Londrina não há consórcios, e lá a confusão é enorme; em Curitiba também não há, outro problema enorme.

Então, o consórcio ainda não é uma experiência vencida. Eu lembro que o contrato de prestação do consórcio é algo que não se usa muito em saúde, usa-se em outras áreas, como meio ambiente, mas, enfim, pode-se prosseguir com a ideia. Eu penso que as experiências podem conviver, uma não elimina a outra. Mas concordo com Dr. Fernando que consórcio não é algo perfeitamente explorado e finalizado como experiência de organização dos Municípios. Eu ressalto até que consórcios públicos — fiz essa anotação — têm matriz constitucional no art. 241, bem como os convênios de cooperação entre os entes federados.

O PL vai numa linha que é recorrente, e talvez se possa refletir sobre isso nesta Casa, já que o PL não está concluído como proposta ainda, está em fase de discussão. O art. 12 diz que os recursos voluntários para os Municípios cessarão quando o ente municipal estiver inadimplente em relação ao COAP ou à associação regional de saúde. Ora, isso é continuar na mesma linha de sempre, ou seja, punir o ente federativo. Mas o ente federativo não precisa de saúde, ele não adoece e não morre. Então, quem vai ser punido, na verdade, por via reflexa, são os usuários. Então, quem vai ser punido, na verdade, por via reflexa, são os usuários.

Precisamos talvez imaginar outra fórmula, porque a real vítima dessa ação não é o Município, o Estado, muito menos a União, são os usuários, que já estão numa situação precarizada e terão a possibilidade de ficar mais ainda pelo corte, pelo menos teórico, de





recursos voluntários. Eu me lembro, Dra. Lenir Santos, que está presente, de conversas sobre esse tema que aconteceram nesta Casa. Naquela altura era o Deputado de São Paulo Roberto Gouveia que tinha um projeto de lei sobre responsabilidade sanitária. Isso jamais avançou, dormita em alguma gaveta da Casa.

A situação atual estimula o ciclo de inadimplências, não observâncias e não conformidades. Digo isso porque não existe no sistema jurídico brasileiro a hipótese do poder sem responsabilidade, ou seja, toda fração de responsabilidade que é concedida a um gestor ou ao próprio cidadão corresponde também a deveres e a uma noção de imputabilidade caso haja lesão a essa previsão legal, mas na saúde isso não se dá de uma forma clara. O alvo da punição sempre será o ente federativo. Nós precisamos evoluir quanto ao conceito de responsabilização por inobservância, porque — os gestores municipais e estaduais sabem disso, e o Ministério não desconhece essa realidade —, em um mesmo contexto, existem bons e maus gestores, é inevitável que isso ocorra, mas quem se beneficia desse sistema vago, impreciso e de responsabilização de pessoa jurídica de direito público é o mau gestor. Pune-se o bom gestor. Para o mau gestor qual é o ônus? Isso fica muito pouco claro, o que não é bom para o sistema.

Haveria outras questões importantes a meu ver. Isso fica para uma outra ocasião, se houver. Mas quero apenas dizer que um dos pontos fortes do sistema é a questão do controle social que o PL traz. Eu quero dizer para os senhores e para senhoras que, a meu ver, nós temos duas questões aí. Uma delas, e eu proponho que se pense nela no plano do PL, é que nós não temos controle social na região. Nós temos a Comissão Intergestores Regional — CIR; os controles municipais que, num COAP, vão ter a visão fragmentada do contrato; um conselho estadual que não tem a visão da região, porque já tem a visão do Estado, mas nos falta talvez, e talvez a Casa possa discutir nessa linha, uma forma de imaginarmos algum controle social na região. Ele não existe.

Se a base mais moderna que se propõe para a regionalização, que está desde 1988 nas linhas da Constituição, é mesmo a da região vista com um novo olhar, diferente do olhar com o qual elas foram constituídas lá atrás, não se trata hoje de criar Regiões de Saúde, mas de recriá-las. Elas já estão estabelecidas com critérios políticos mais antigos, com visões que hoje talvez não sejam mais prevalentes. Então, a tarefa, que é enorme, não é só criar regiões, é recriá-las, e isso leva a ônus políticos e administrativos. Temos que pensar nesse aspecto também.



Este é um dos pontos fortes, algo que me parece um pouco inovador, mais ainda do que a associação regional: dizer para os conselhos que, como instâncias de representação popular da sociedade, eles vão pactuar RENAME e RENAST. Por quê? Isso não é bem o meu sonho de consumo, mas ele é algo nesse sentido.

O meu sonho de consumo é o seguinte — nós não teremos a integralidade clara, consensual, com menos judicialização, com menos desorganização administrativa, com menos conflito, se não estabelecermos uma relação com a sociedade: a sociedade vai ter que rever essa questão e dizer por ela própria que tipo de integralidade teremos. Não vejo nas instâncias colocadas, até mesmo na Casa da Democracia, que é a Câmara dos Deputados, ainda assim, não vejo na própria Câmara essa integralidade sem consulta ampla à sociedade, porque isso é rever o pacto de 1988, é refazer a Constituição. E isso é muito sério, muito grave! Disso depende a sobrevivência das pessoas, a saúde delas, a própria vida. E, portanto, estamos falando de algo muito sério.

O PL avança timidamente nessa situação, nessa linha, ou seja, vamos ouvir a sociedade, via Conselho. Há um problema aí? Há. Qual é? Conselhos nossos, pequenos Municípios no interior, até alguns Estados não estarão preparados para fazer essa pactuação, pois não há assessoria adequada, não há formação técnica. Isso não pode ser um carimbo que se coloca, não. O Conselho aprovou, a sociedade tem que aceitar, não é bem assim. Não se pode pensar dessa forma. Mas se pode pensar, amadurecer a ideia de dar condições. Isso vai ser bom para o controle, vai ser bom para os conselhos, que são instituições que ainda não cumprem plenamente o papel que delas se espera. Mas é um caminho começar a conversa com os conselhos. Isso não exclui as conferências, não exclui as conferências de saúde, não exclui as audiências públicas, nada. Se não conversarmos com a sociedade, se não tivermos consensos majoritários a respeito da integralidade, tudo mais será, talvez, ilusão. Isso não vai barrar a judicialização.

O discurso do Judiciário é forte: lei ordinária não baliza perímetro de Constituição. Quando a Constituição diz, para o bem ou para o mal, que saúde é direito de todos, sem restrição, e há lei regulamentando a Constituição dizendo que se restringe à RENASES e à RENAME, o Judiciário terá dificuldade de entender isso, porque você tem uma lei inferior à Constituição tramitando o perímetro da Instituição. Isso não é lógico, não é razoável.



Portanto, temos que definir isso não no próprio Judiciário e, obviamente, não repactuando a Constituição, art. 196. Temos que conversar com a sociedade. Esse é o caminho de forma objetiva, clara e programada.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Obrigado, Sr. Marco Antônio.

Eu queria propor o seguinte: fazermos, imediatamente, a segunda Mesa. Quero convidar todos para ficarem aqui, para fazer as considerações finais, depois, o debate e a discussão.

Vamos garantir fazendo uma Mesa rápida aqui, para que continuem.

Eu recebi uma informação, Sr. Marco Antônio, da Cristina, que é a Chefe de Gabinete do Deputado Jorge Solla, que o projeto do Deputado Rômulo Gouveia passou para o Deputado Rosinha e agora está tramitando com autoria do Deputado Jorge Solla.

**O SR. MARCO ANTÔNIO TEIXEIRA** - Eu fico feliz em saber que o projeto está tramitando. Mas ele já está tramitando desde o ano de dois mil e tanto.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - É verdade. Esse é o problema. Por isso estamos preocupados com o nosso PL 1.645/15, que ele seja resolvido ainda este ano.

Então, eu vou passar imediatamente para a próxima Mesa. E já convido para compor a Mesa o Sr. Marcelo André Barbosa da Rocha Chaves, Secretário de Controle Externo do Tribunal de Contas da União.

Obrigado, Marcelo.

**O SR. MARCELO ANDRÉ BARBOSA DA ROCHA CHAVES** - Obrigado, Deputado.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Convido também a Dra. Lenir Santos, representante do Instituto de Direito Sanitário Aplicado, o Sr. Helmo Nogueira de Sousa, Corregedor Regional de Saúde, da Região Norte, Limoeiro. Falamos tanto de regiões e vamos ouvir alguém de região aqui. Esses são os três convidados que estão presentes. Eu queria convidar todos para permanecerem. Também convido o Sr. Denílson Ferreira de Magalhães, representante da Confederação Nacional dos Municípios.

Eu quero agradecer imensamente à Mesa anterior. Houve muitas contribuições. Anotei muitas coisas, Sr. Fernando. Depois vamos debater e discutir. Sem dúvida nenhuma, nós entendemos a importância deste debate. Esta já é a segunda Mesa que estamos fazendo em torno do Decreto nº 7.508, de 2011, só com as entidades.



Eu vou passar a palavra imediatamente ao representante do TCU, o Sr. Marcelo André Barbosa da Rocha Chaves, que disporá de 15 minutos para a sua apresentação.

**O SR. MARCELO ANDRÉ BARBOSA DA ROCHA CHAVES** - Boa tarde a todos!

Inicialmente, eu gostaria de agradecer ao Deputado Odorico Monteiro o convite e dizer que é um prazer apresentar para os convidados os trabalhos que o TCU vem fazendo nos últimos anos, que abordam essa questão importantíssima na área da saúde.

Cumprimento os demais membros desta Mesa.

*(Segue-se exibição de imagens.)*

Vou começar já no segundo eslaide, em que apresento um breve sumário. Já foi dito aqui o que é o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde — COAP. Acho que isso já foi abordado aqui, por isso vou falar *en passant*.

Vou apresentar dois trabalhos que fizemos, que não tiveram o objetivo principal de avaliar a questão do COAP, contudo foram duas auditorias em que essa questão foi levantada. Uma foi a auditoria na gestão da atenção básica à saúde nas unidades básicas de saúde. A outra, cujo sumário executivo foi distribuído e também está disponível no site do Tribunal, foi uma auditoria operacional feita no Ministério da Saúde a respeito da governança da pactuação intergovernamental do SUS.

Não vou repetir o que é o COAP porque imagino que os demais convidados já o tenham abordado. Vamos manter esse eslaide apenas para, antes, alertar que, nesses trabalhos que o Tribunal fez, de maneira alguma se fez uma avaliação a respeito de qual seria o melhor instrumento para proporcionar essa maior colaboração entre os entes, ou seja, o COAP era um instrumento que existia, então fomos avaliar como estava estruturado e quais instrumentos estavam sendo utilizados para que o COAP pudesse ser efetivamente implementado. Portanto, os senhores não vão encontrar aqui um discurso do Tribunal dizendo que o COAP é o melhor instrumento ou o contrário.

Eu queria aproveitar este início para pegar um gancho no que o Dr. Marco Antônio mencionou a respeito da judicialização e já fazer propaganda de um trabalho que estamos finalizando agora, justamente sobre a judicialização da saúde. Fizemos uma auditoria operacional em nove Estados. Pegamos alguns dados no Conselho Nacional de Justiça — CNJ. O relatório foi agora para comentário do Ministério da Saúde e para outras entidades. Se eu não me engano, foi também para o próprio CNJ. A perspectiva é que esse relatório seja julgado pelo Tribunal no próximo mês, mais ou menos. Esperamos que



esse trabalho ajude a trazer algum tipo de luz em relação a essa questão tão complexa, que é a judicialização.

Mas eu tenho uma notícia: no dia 6 de setembro, tivemos conhecimento de nova resolução, assinada pelo Conselho Nacional de Justiça, a Resolução nº 238, de 2016. Essa resolução criou um banco de dados de pareceres, criou um comitê estadual de judicialização — não sei se é exatamente esse o termo, vou procurar depois aqui. Eles estão tentando facilitar que a informação chegue ao magistrado na hora de decidir, reunindo todos os pareceres, as notas técnicas, os julgados.

O interessante também é que, nos TJs que tivessem mais de uma vara, criou-se uma vara especializada para a saúde. Eu acho que isso é importantíssimo, porque vai haver um ganho de escala enorme.

Como essa resolução é recente, nós ainda não a tínhamos analisado quando encaminhamos aquele trabalho. Nós não a incorporamos no trabalho que fizemos, nessa versão que foi encaminhada ao Ministério da Saúde, mas certamente, quando vier a devolutiva com os comentários do Ministério da Saúde, vamos eventualmente mencionar também essa resolução.

Eu achei importante compartilhar essa informação com todos porque, realmente, judicialização e COAP andam juntos.

O primeiro trabalho da gestão da atenção básica à saúde teve como objetivo avaliar se a gestão — repito, avaliar a gestão, porque há também a governança — da atenção básica nas Unidades Básicas de Saúde em todas as esferas, estadual, municipal e federal, proporciona qualidade nos serviços prestados. Não avaliamos a qualidade do serviço, avaliamos a qualidade sob a ótica de que as ações gerenciais adotadas se traduzem em qualidade no atendimento. Uma das questões que foram abordadas nesse trabalho foi justamente o COAP.

Esse trabalho foi feito em parceria com todos os Tribunais de Contas do Brasil. Foi um trabalho inédito no âmbito do Tribunal, e imagino que nos outros Tribunais também. Contou com o apoio da Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil — ATRICON e do Instituto Rui Barbosa, que é o instituto que representa a área de treinamento da ATRICON. Trinta Tribunais de Contas participaram, 119 auditores se envolveram no trabalho, 317 Municípios foram auditados e 27 Estados foram visitados.



Faço uma retificação: nem todos os Tribunais participaram, três ficaram de fora, porque não aderiram ao acordo. Foram os Tribunais de Alagoas, Maranhão e Sergipe. Todos os demais foram contemplados.

Enviamos um questionário, que foi feito por todos os participantes do trabalho, para 14 Secretarias de Estado de Saúde e para 2.577 Secretarias Municipais de Saúde. Isso abrange, mais ou menos, 175 regiões de saúde.

As fontes de informação que nós utilizamos para fazer esse trabalho foi basicamente um formulário de coleta de dados. Esse formulário foi respondido pelos coordenadores das equipes dos 28 Tribunais de Contas, exceto o Tribunal de Contas da União — TCU e o Tribunal de Contas do Estado do Paraná — TCE-PR. Eles representam os achados das auditorias referentes a 23 Secretarias de Estado de Saúde e 317 Secretarias Municipais de Saúde. Nós fizemos uma pesquisa eletrônica nacional. Como eu já disse, três Estados não foram contemplados. E nós tivemos então 175 gerências regionais que responderam.

O resultado desse trabalho já foi antecipado de certa maneira aqui, demonstrando que apenas 26 regiões de saúde, em dois Estados — Ceará e Mato Grosso —, assinaram um contrato. O que tentamos identificar nos questionários? Nós queríamos saber a percepção dos gestores em relação ao que estaria dificultando a implementação do COAP.

Esta é uma lista de quais seriam as principais causas para a não celebração desse acordo de colaboração interfederativa: falta de recursos do Município, dificuldades na sistemática de financiamento, ausência de articulação regional entre os Municípios, infraestrutura inadequada e ausência de atuação da Secretaria Estadual de Saúde.

Basicamente foi apontado, naquela parte do questionário em que as pessoas podiam apresentar outras questões ou outros comentários, que, por exemplo — o que ratifica um pouco o que já foi dito nas Mesas anteriores —, o COAP poderia ser utilizado como um instrumento impositivo. Era assim que eles se sentiam. Também não ficava claro se o Ministério da Saúde somente apoiaria ou se ele cobraria, se ele seria meramente alguém que estaria lá para cobrar resultados.

Foi dito que havia uma dificuldade operacional no nível estadual em fortalecer o instrumento e um temor tanto em relação ao Ministério da Saúde quanto em relação à Secretaria Estadual de Saúde, o de que, ao recuarem, toda a obrigação estabelecida no



contrato cairia em cima dos Municípios, na esfera do que o Dr. Marco Antônio apresentou agora. Esse é um grande temor. A sanção estabelecida na Cláusula 15ª dos contratos, que prevê sanção administrativa, prevê suspensão de repasses e realocação de recursos. E nós achamos, analisando toda a documentação, que a sanção só tem impacto para os Municípios. Então, esse é o grande temor dos gestores.

Acho que agora é a melhor oportunidade que se terá de tentar resolver essas questões todas, Sr. Deputado. É importantíssimo fazer essa definição de responsabilidade e é importante também a questão do financiamento, que nós sabemos que não é fácil, é muito complexa.

O Tribunal exarou o Acórdão nº 1.714, de 2015, e eu preciso explicar alguns detalhes desse acórdão. Primeiro, esse acórdão está fazendo recomendações. Ele fez recomendações para o Ministério da Saúde com base numa consolidação de todas as propostas que foram feitas pelos Tribunais de Contas. A sistemática foi definida, e cada Tribunal de Contas autuou o seu processo relativo a essa auditoria. Cada processo vai ser tramitado na sua respectiva esfera. O TCU, por meio desse sumário, apenas consolidou os achados. Eu não tenho uma informação atualizada, mas, até o início do ano, se eu não me engano, sete ou oito Tribunais de Contas já tinham julgado os respectivos relatórios com as recomendações e eventualmente alguma determinação para a Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde.

Nesse trabalho, nós não exploramos o lado do Ministério da Saúde em si. Nós fomos na percepção lá na ponta. No outro trabalho, nós exploramos um pouco mais isso, e eu vou apresentar logo em seguida. Então, no que se refere ao COAP, o acórdão tem diversas recomendações, mas eu extraí apenas as que estão relacionadas com o tema sobre o qual nós estamos conversando agora.

Houve uma recomendação para o Ministério, para realizar um diagnóstico das causas e da não adesão ao COAP, e um plano de ação com vistas a enfrentá-las, prevendo, se possível, etapas e prazos para a implementação. Essa resposta chegou ao Tribunal tempestivamente. O Ministério encaminhou a resposta no final do ano. Nós estamos ainda esperando o início do monitoramento, que nós prevemos que comece no próximo mês.

O segundo trabalho que eu queria apresentar — tenho 1 minuto — é outra auditoria, agora enfocando o lado do Ministério da Saúde. Fomos avaliar a governança da





pactuação, com foco nos componentes da institucionalização, da coordenação e coerência e da gestão de riscos e controles.

Essas dimensões — digo para quem quiser conhecer com mais detalhes —, nós as retiramos de um guia referencial que nós utilizamos para fazer esses trabalhos, que se chama *Referencial para Avaliação de Governança em Políticas Públicas*. Este está disponível em PDF também lá no *site* do Tribunal. Define o que é a governança, as dimensões da governança, o que deve ser avaliado.

No próximo eslaide, eu apresento todas as dimensões. São oito dimensões: institucionalização, planos e objetivos, participação, capacitação organizacional e recursos, coordenação e coerência, monitoramento e avaliação, gestão de riscos e controles internos, e *accountability*. Desses oito, nós achamos por bem focar apenas três, os que estão marcados no eslaide.

Quero dar uma rápida explicação para cada uma das definições que consideramos para cada um desses três componentes.

Institucionalização. Essa definição se refere basicamente a aspectos formais e informais da existência da política, relacionados a capacidades organizacionais, normatização, padrões, procedimentos, competências e recursos que possibilitem o alcance dos objetivos e resultados da política pública.

Coordenação e coerência. Isso é importante e autoexplicativo, mas, se pudéssemos dar um sinônimo, seria trabalho em conjunto. De que maneira todos os envolvidos estão trabalhando em conjunto? De que maneira se está evitando fragmentação e sobreposição de programas?

Gestão de riscos e controle interno. Quando definimos esse referencial, utilizamos um conceito que a própria Associação Brasileira de Normas Técnicas utiliza, que diz que todas as organizações enfrentam influências e fatores internos e externos que tornam incerto se e quando elas atingirão seus objetivos. Esse também é um aspecto importante da questão da governança.

O próximo eslaide apresenta, de maneira bem sintética, os quatro principais achados dessa auditoria. Dos quatro achados, os dois primeiros teriam maior relação com a questão do COAP. Cito os principais achados.



O primeiro achado é este: indefinição das responsabilidades dos entes federados em relação às políticas de saúde e das sanções contratuais aplicáveis nos termos do COAP.

O segundo achado é este: descontinuidade no apoio técnico e financeiro federal à regionalização e à implementação do COAP.

Nesse trabalho, apuramos que tanto a legislação quanto o modelo do COAP não delimitam de maneira clara essas competências e os limites de atuação dos Estados, especialmente em relação ao apoio técnico e financeiro. Vejam, não estamos dizendo que tem que haver um limite, só estamos dizendo que não se delimita. Se isso é bom ou ruim, talvez isso tenha que ser melhor discutido. Como a saúde envolve aspectos que, muitas vezes, não se consegue prever, eventualmente, algum grau de ausência e de limitação seja necessário.

Dentro desse achado de indefinição de responsabilidades, encontramos: questões relacionadas à sobreposição de competências aos entes federados no que se refere à cooperação técnica; papel supletivo dos Estados nas atividades de execução das ações e serviços de saúde; ausência de detalhamento da participação financeira de cada ente federado; baixa institucionalização das responsabilidades.

No outro achado, descontinuidades no apoio técnico e financeiro, apontamos a falta de regularidade da atuação do Ministério da Saúde para incentivar a adesão ao COAP e variações nos tipos de incentivo, bem como oscilações nos valores transferidos.

No próximo eslaide, eu apresento algumas questões que foram prolatados no Acórdão 2888/2015. Basicamente, no que se refere ao COAP, fizemos uma sugestão ao Ministério de que promovesse uma discussão junto à CIT, para eventualmente reavaliar o modelo do COAP e tentar implementar medidas legais para estabelecer sanções para a União e os Estados no caso de inadimplemento de responsabilidades assumidas.

Como eu disse antes, o Tribunal não pode se arvorar a assumir o papel do gestor. Nem teríamos competência técnica para isso. É por isso que aqui, diante desse fato de que as sanções em relação aos Estados e à União não são bem delimitadas, sugerimos que fosse feito um esforço para que isso fosse melhor definido. Não saberíamos dizer se esse é o melhor caminho a ser seguido. Isso fica para os universitários. *(Risos.)*



A outra recomendação é a adoção de medidas para aperfeiçoar a orientação aos Municípios e Estados sobre o processo de regionalização e organizar o apoio técnico e financeiro à regionalização e à implementação do COAP.

É importante também que haja algum tipo de processo de gestão de risco de implementação do COAP. Isso pode ajudar na implementação.

Quando terminamos esse relatório, ainda não tínhamos conhecimento desse projeto de lei. Acho que é muito oportuno. Certamente, avanços serão conseguidos aqui, Deputado. É o que esperamos.

Com isso, eu termino a minha breve apresentação, colocando-me à disposição lá no Tribunal. Quero mais uma vez agradecer o convite.

Muito obrigado.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Obrigado, Sr. Marcelo.

Eu acho que foi uma contribuição importante. Esse *Referencial para Governança em Políticas Públicas* é extremamente fundamental. Eu estou muito feliz porque a palavra "governança" apareceu muito aqui. Eu estou convencido de que não dá para se construir um sistema complexo como o SUS sem discutir fortemente o conceito de governança, que inclusive supera o conceito de governabilidade, muito comum no próprio planejamento do SUS. Temos que pensar nessa articulação de governança sistêmica.

E uma das questões em que pensamos fortemente, quando pensamos na elaboração desse projeto de lei, foi exatamente o aprimoramento da governança sistêmica do SUS, levando em consideração todas as questões envolvidas no próprio contrato, na própria relação, na própria RENAME, na própria Associação Regional de Saúde, tudo isso buscando aprimoramento. Portanto, estou muito feliz, porque há muita convergência.

Combinamos na Mesa que vamos passar a palavra para a Dra. Lenir. Depois, falarão o Srs. Helmo e Denílson. Encerraremos com a visão da Confederação Nacional dos Municípios.

Tem a palavra a Sra. Lenir Santos.

**A SRA. LENIR SANTOS** - Boa tarde a todos!

Quero agradecer ao Deputado Odorico Monteiro o convite. Acho muito oportuno este seminário para debatermos o assunto. Eu acho que não podemos, pelo princípio da



legitimidade, ter projetos de leis que não sejam de fato debatidos com a sociedade. Portanto, acho que esta é uma oportunidade ímpar de fazermos isso.

Eu trouxe uma apresentação, mas ouvi muita coisa e acabei fazendo algumas anotações, que acho fundamentais para o debate.

Pareceu-me que houve, em alguns momentos, uma certa crítica à formalização e ao fato de haver muitas normas. O Direito é formal. Inclusive, estamos aqui discutindo o direito à saúde exatamente porque este existe, e existe na Constituição, tanto que um princípio da administração pública é o princípio da legalidade: só podemos fazer aquilo que está previsto em lei.

Portanto, eu acho que há algo muito sério que temos em relação ao Sistema Único de Saúde ao longo de todos esses anos. São quase 28 anos, porque nós temos 28 anos de Constituição, e ainda patinamos numa coisa que se chama compreensão do sistema. Acho que ainda temos dificuldades em compreender a organização jurídico-administrativa do Sistema Único de Saúde. E toda a implantação vai fundamentar-se nessa organização que nós temos.

O art. 198 da Constituição, em seu *caput*, trata exatamente do Sistema Único de Saúde. Se você ler a Constituição, encontrará duas menções ao Sistema Único de Saúde: no art. 198 e no art. 200, que trata das competências dos órgãos e das entidades do Sistema Único de Saúde. Parece sempre que não há uma compreensão exata desse art. 198 da Constituição, que determina que haja integração, que todas as ações e os serviços públicos de saúde devem ser integrados em rede regionalizada e hierarquizada, no sentido da complexidade tecnológica do serviço.

É um artigo extremamente curto, mas extremamente complexo. Muitas vezes escutamos falas que se reportam ao SUS como se este fosse uma faculdade, como se a integração do serviço fosse também uma faculdade. Contudo, é uma determinação constitucional. A Constituição determina que os serviços sejam integrados entre os entes de maneira regionalizada. Daí nasce a questão da regional de saúde com rede de serviços. E determina que a rede seja hierarquizada, no sentido da menor para a maior complexidade de serviço.

A Lei nº 8.080, de 1990, por sua vez, não disciplinou, não trouxe maiores detalhes para isso. Repete isso no art. 8º, no art. 9º e no art. 10, que trata da organização, da direção e do funcionamento do SUS. São três artigos muito singelos, não foram ao



detalhe, o que talvez a lei precisasse ter feito, porque na nossa administração pública surgiu um elemento novo, que foi o elemento da região de saúde. O art. 25, § 2º, quando trata de competência do Estado para fazer as regiões metropolitanas, para fazer as microrregiões, se nós entendemos que ali dentro está a região de saúde, isto ocorrerá só por lei complementar, porque é lei complementar que deve fazer esta disciplina.

Isto posto, teria que ser por lei complementar a definição de região de saúde ou não? Precisamos ter uma legislação que trate disso, que fale desse recorte que se faz nos territórios, para se poder compor a região de saúde e definir qual vai ser o papel dessa região de saúde.

Até o presente momento, quem tentou trazer um pouco mais de luz normativa a isto foi o Decreto nº 7.508, de 2011. Isto ocorreu em 2011.

O que surgiu no lugar dessa falta de regulamentação? Um excesso absurdo de portarias do Ministério da Saúde.

Hoje nós estamos fazendo um trabalho — a Lurdes e a Valéria estão aqui —, com um grupo grande, para fazer toda a revisão, a sistematização e a consolidação das portarias. Para os senhores terem uma ideia, entre as 17 mil portarias, nós estamos separando as portarias normativas e estamos achando que vamos encontrar por volta de 1.600 a 1.700 delas. E uma é conflituosa com a outra! Trata-se de um mundo absolutamente impossível!

O René falou bastante em governança. Digo que é ingovernável alguma coisa que se tenha por trás deste arcabouço. E quase todas as portarias normativas — não como a portaria das redes, que o René trouxe — que regulamentam a transferência de recurso. Quando se faz uma política vinculada com recurso, essa é sempre a maneira de a União fazer todas as transferências de recursos dela para Estados e Municípios, com todas aquelas amarrações. Esse é um mundo louco, em que não é possível se ter a mínima organização.

O que ocorreu, diante disso? Houve desorganização. Eu acho que há uma desorganização grande no sistema hoje, que acabou gerando a judicialização. Eu vou voltar a este assunto.

A Isabel também trouxe a questão da descentralização — e muitas vezes se chamou de municipalização, dizia-se que havia uma municipalização a caminho. Era absolutamente necessária! Era uma fase que realmente tinha que anteceder a



regionalização, porque era necessário transferir serviços que estavam em Estados ou na União que seriam dos Municípios, ou serviços que estavam nos Estados e seriam dos Municípios.

Portanto, esse processo da descentralização, com fundamento no princípio da subsidiariedade — tudo aquilo que o Município pode fazer, o Estado não deve fazer; e tudo aquilo que o Estado pode fazer, e a União não deve fazer —, foi uma fase que precisava realmente ter acontecido, com bastante ênfase no Sistema Único de Saúde — SUS. Precisavam-se adequar às competências, digamos, os serviços já existentes e outros que precisariam ser criados. A descentralização é para você adequar os serviços nos Municípios ou nos Estados às suas competências. Este foi o movimento da descentralização. Foi necessário que acontecesse. A regionalização foi, realmente, ficando para depois.

Quando a regionalização começou a surgir, com algumas Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde — NOBs, nós tivemos aquelas — e também não gosto, René — condições de gestão: incipiente, semiplena, etc. Eu sempre tiver horror àquilo, desde a primeira vez que vi. E também quanto à questão de habilitar quem tem a competência constitucional para fazer! O Município tem competência para cuidar da saúde, inclusive nos termos dos artigos que estão na Lei nº 8.080, 1990. E o Estado também, primeiro em termos constitucionais, do ponto de vista geral, depois mais detalhadamente. Como é que se habilita?! Isso sempre foi uma coisa absurda, sempre me soava como algo extremamente absurdo.

Com isso tudo, nós chegamos à judicialização. Por quê? Acabamos não tendo o respaldo da definição das responsabilidades interfederativas. De quem era a responsabilidade, na lacuna? Por isso, a necessidade da existência de lei, que não vai dizer em minúcias o que cabe ao Município, mas precisa dizer que é o contrato que coloca, no final. O contrato não é ponto de partida, mas ponto de finalização, para dar segurança jurídica àquilo que foi estabelecido. A falta de definição clara com o contrato ou outro instrumento para poder dizer quais eram as responsabilidades com essa segurança acabou levando para o Judiciário a questão da responsabilidade solidária: todos são solidariamente responsáveis por tudo. Assim, se você aciona o Município para fazer transplante, ele vai fazer. Depois, você que se vire para acionar o Estado ou acionar a União. Isso não ficou claro, portanto o Judiciário acabou indo por esse caminho.



A outra questão é sobre quais são os serviços e o conteúdo da integralidade da RENASES e da RENAME, pois, ao longo de todo esse tempo, nós não tivemos isso. Então, ficou tudo, tudo o que existir. Tudo o que se pretender, você o garante. O grande incorporador de tecnologia no nosso País é o médico, através do Judiciário. Aquilo que ele colocar, o Judiciário manda incorporar. E não ocorre coletivamente, nem seguindo o princípio da igualdade, mas sim para aquela pessoa que pediu. E nem sempre vai haver recursos no sistema para garantir a todos, ferindo o princípio da igualdade.

Enfim, nós chegamos à questão da desorganização no tocante à região. Há região? Há, mas isso tem que ser revisado. Há que se discutido e posto o conceito de região. Se significa garantir no mínimo 90% das necessidades de saúde das pessoas de maneira efetiva e resolutiva, a maioria das regiões que nós temos não são regiões verdadeiramente. Portanto, precisamos fazer toda essa revisão.

Para vencermos essa questão do Judiciário com a responsabilidade solidária, entendo que a COAP é um caminho para chegarmos a isso. Quanto à questão da integralidade, isso se dará com a RENASES e a RENAME. Outro problema — praticamente todos o citaram — é a questão do profundo fracionamento nos âmbitos federal, estadual e municipal, pelo desconhecimento. O desconhecimento do que é o Sistema Único de Saúde nas suas estruturas é grande. Inclusive é enorme o rodízio de gestores, seja no âmbito federal, seja no âmbito estadual e municipal, e isso leva ao desconhecimento. Na hora em que a pessoa está pronta, ela vai embora. E não há um quadro efetivo. Se mudasse o Ministro da Saúde e com ele mudassem 10 ou 15 pessoas, qual seria o problema? Nenhum.

Na Inglaterra, dizem que, quando se mexe na cúpula do sistema nacional de saúde inglês, não mudam mais que seis pessoas. A maioria nem sabe que mudou. Não muda, não ocorre isto de cada um que entra ter uma visão, porque isto não é uma política sólida de Estado, nem algo que está pautado firmemente numa lei. Não dá para ficar ao sabor de quem queira fazer do jeito que lhe dê na cabeça! É algo extremamente sério o que temos vivido no Sistema Único de Saúde.

A Lei nº 8.080, de 1990, tinha que ter sido regulamentada, porque precisa de explicitação sobre como se organiza a rede, a questão da região de saúde e outras questões que nós temos lá dentro.





Falo da região de saúde. A região de saúde é um elemento novo na administração pública. Quem gere a região de saúde? Não temos, dentro da nossa estrutura federativa, o ente regional. Portanto, é precisa que haja instrumental.

Essa associação que está prevista nesse projeto de lei é meramente instrumental, operativa, não é política. Apenas ajuda na operacionalidade, assim como o consórcio. Na realidade, é uma associação consorcial, contudo com cara de SUS, voltada para o SUS, voltada para a região de saúde, e não é um consórcio em que se é possível extrapolar a região, fazer maior que a região. Ela é exatamente para atender às especificidades do SUS. E é um instrumental que o gestor pode ou não usar como consórcio. Ninguém é obrigado a fazer consórcio. Ninguém vai ser obrigado a usar essa figura jurídica como se quisesse usar o modelo da fundação interfederativa, só que ela vai estar explicitada na lei com uma cara melhor dentro do sistema, atendendo às especificidades maiores do sistema, para ajudar na governança. Falou-se tanto em governança aqui, e ela será mais um instrumento para auxiliar a governança necessária. A região vai ter que ter governança!

Inclusive, temos um problema nessa associação regional que podemos superar. Todos os entes municipais que são referência para um conjunto de serviço para outros Municípios acabam, é lógico, sendo muito mais onerados, porque têm que ter estrutura, equipamento e pessoal. Tudo bem que haja. Nem sempre é equânime que a União ou o Estado repassem os recursos suficientemente para poder oferecer essa garantia, mas, no tocante ao limite de pessoal para a Lei de Responsabilidade Fiscal, isso não se computa. Eu acabo tendo que ter muito mais pessoal na minha estrutura municipal.

Em Campinas, por exemplo, é necessária toda uma estrutura para atender toda uma região, e eu vou fazer o cômputo do pessoal só no limite da Lei de Responsabilidade Fiscal do Município de Campinas, o que é absolutamente equivocado. Você pode superar isso tendo entidades que possam operacionalizar a região de saúde.

Então, eu acho que essa figura vem na realidade para auxiliar e melhorar a governança. Ela não é impositiva, não é obrigatória, mas você acaba tendo uma riqueza maior, dentro da administração pública, com novos modelos para poder fazer um atendimento de especificidade.

O SUS trouxe inúmeras especificidades, entre elas as Comissões Intergestores. Quem tem Comissões Intergestores? Que eu conheça só a área da saúde, porque houve



necessidade. Acabou que veio a Lei nº 12.466 e fez esse reconhecimento, porque existem especificidades, e nós temos que atendê-las. Não podemos ficar patinando. Não estou falando de financiamento, que é outro problema, não é o que está sendo discutido aqui, estou falando da parte de funcionamento e organização do Sistema Único de Saúde.

Outra questão: o COAP não organiza a região, não organiza a rede. Na realidade, ele vai formalizar as responsabilidades pactuadas na região e dar segurança jurídica àquele que está ali naquele pacto. Se um não cumprir, ele vai ter a segurança. Isso vai poder auxiliar bastante na questão judiciária sobre a responsabilidade solidária, que é um grande nó na judicialização.

Por que o COAP não pegou? Porque não houve incentivo do Ministério da Saúde — a meu ver, ele teve uma responsabilidade grande nisso — e houve um atropelo no meio: o Programa Mais Médicos. O Mais Médico surgiu no meio disso e eclipsou tudo o mais que havia. No Ministério só se cuidava do Mais Médicos.

Eu não fazia parte do Ministério, mas fazia consultoria. Não era servidora, funcionária, não exercia cargo nenhum, e vivenciei isso. Estava lá exatamente para ajudar na implantação do decreto e vi que não tinha mais quase papel algum a fazer, porque isso não era mais prioridade, não era mais o objetivo do Ministério e ficou realmente bastante escanteado. Além disso, ficou altamente burocratizada e pesada toda a estrutura criada para o COAP. Esse foi um problema bastante sério que nós acabamos tendo.

Eu trouxe uma apresentação e acabei resolvendo mudar um pouco a minha fala em função do que vi aqui. Mas eu entendo que a Região de Saúde precisa ter pautas, precisa ter normas. Isso não é engessar. Ela precisa disso!

Em 2015, foi alterada a lei sobre o Estatuto da Metrópole que reorganiza toda a região metropolitana. É preciso haver algumas definições sobre região, pois ela não é uma coisa solta. Nós vamos precisar de lei que pautar realmente as Regiões de Saúde e as insira no nosso ordenamento jurídico, nós não temos isso. O decreto trouxe algumas coisas: quais são os serviços necessários para se ter minimamente uma região, a necessidade de os Municípios serem limítrofes e outras questões.

De acordo com o § 3º do art. 25 da Constituição Federal, mediante lei complementar, é competência dos Estados fazer demarcação de regiões metropolitanas, de aglomerações urbanas e de microrregiões. Vai ser lei complementar para a Região de Saúde? Isso só vai ocorrer por norma, e não por portaria do Ministério.



Aquilo que nós não fizemos, as lacunas legislativas que não esgotamos pela lei ou pelo decreto, nós o fizemos em 1.700 portarias, todas elas vinculadas a financiamento, habilitação e autorização. Acho que isso é uma diminuição da competência dos Municípios e Estados.

Para fecharmos esse ciclo, nós precisamos dos critérios de rateio da Lei Complementar nº 141, porque haverá maior transparência e o atendimento à necessidade de saúde da população e a todas as outras dimensões contidas no art. 17 da lei complementar.

Era o que tinha a dizer.

Obrigada.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Obrigado, Lenir.

Passo a palavra ao Sr. Helmo Nogueira de Sousa, Coordenador da Regional de Saúde de Limoeiro, no norte do Ceará, que teve um papel atuante na construção do COAP.

No caso do Ceará, os consórcios não nasceram em razão do COAP, mas da articulação da gestão das policlínicas. Porém, só o fato de terem colocado os Prefeitos em torno do processo liderado pela Associação dos Municípios e pelo COSEMS, isso facilitou muito.

O projeto de lei traz a ideia de a Associação Regional de Saúde cuidar, ser o guarda-chuva do COAP e viabilizar a implantação daquilo que for pactuado pelos entes. Muitas vezes, o consórcio tem um CNPJ específico para uma definição que é dada a ele.

Eu fiz um movimento, juntamente com o Governador do Ceará, em que conseguimos mobilizar 11 Deputados. Cada um aplicou emenda para comprar máquina perfuratriz, e o Governador começou a entregá-las nesta semana. Nós estamos comprando 11 máquinas, e os consórcios de saúde vão abrigar essas máquinas já como exemplo de flexibilização e facilidade de gestão. Essas máquinas vão ficar em cada região. Os Prefeitos estão fazendo aditivos aos consórcios. Ou seja, o consórcio termina sendo uma agenda que está além da saúde. A ideia da Associação Regional de Saúde é abrigar dentro dela o COAP.

Acho que o Helmo tem uma experiência exitosa neste momento, e nós fizemos questão de trazer aqui aspectos de uma região extremamente importante do Ceará, que vai ganhar agora um Hospital Regional.



**O SR. HELMO NOGUEIRA DE SOUSA** - Boa tarde a todos.

Primeiro, eu queria agradecer ao Deputado Odorico Monteiro pelo convite para participar deste seminário e aprender cada vez mais.

Para nós, que estamos lá na ponta, no dia a dia da execução, esses momentos são muito ricos.

Querida agradecer a todos a oportunidade.

Bom, eu fiz uma apresentação. Em virtude do tempo, vou ver se eu a adianto, até para que possamos passar para os questionamentos e as discussões, a fim de valorizar mais ainda este momento.

*(Segue-se exibição de imagens.)*

Este é o processo de adesão e elaboração do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde. Eu faço parte da Região de Saúde de Limoeiro do Norte.

Como já foi colocado agora pela Dra. Lenir, e a Isabel também já fez todo o histórico do marco legal em relação ao Sistema Único de Saúde, eu coloquei só o art. 198 da Constituição de 1988, que já trata da rede regionalizada e hierarquizada, dentro de um sistema organizado, com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

E 21 anos depois vem o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, para regulamentar a Lei nº 8.080. Durante todo esse período de 21 anos nós tivemos que trabalhar com a imensidão que é o Sistema Único de Saúde baseados em portarias. Como ela disse, foram mais de 17 mil portarias, 1.600 que mudam todo um processo, e temos que buscar alternativas políticas, administrativas, financeiras para viabilizar um processo de construção dentro das regionais de saúde.

O Decreto nº 7.508 regulamenta a Lei nº 8.080 para dispor sobre a regulamentação da organização do SUS, o planejamento da saúde, a articulação interfederativa e dá outras providências.

Achamos interessante trazer algo para cá, porque além do que estava colocado também na Lei nº 8.080, nós acrescentamos a necessidade de que esse decreto possa favorecer maior transparência na gestão, mais segurança jurídica nas relações interfederativas, e maior controle social.

Estão aqui os capítulos do Decreto nº 7.508, mas fizemos questão de colocar em negrito o Capítulo II, que trata da organização do SUS em relação às Regiões de Saúde,



que também é tema aqui; e o Capítulo V, que também está sendo discutido e é de fundamental importância, e trata do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

O ponto de partida foi uma decisão do Executivo Estadual, não foi só uma decisão executiva judicial. Não foi porque o Estado do Ceará desde 1999/2000 já tinha, através da deliberação do próprio Conselho Estadual de Saúde, decidido que o processo de organização política se daria através das Regiões de Saúde. Desde 1999 o Estado do Ceará já trabalha na perspectiva de organizar o serviço de saúde através da organização das Regiões de Saúde e das Macrorregiões de Saúde.

Além da questão da regionalização, nós assumimos também esse desafio, que também não foi só por uma questão política posta. Já existiam nesse período, em 2012, 22 Regiões de Saúde definidas, com 22 Comissões Intergestoras Regionais atuando em todas as Regiões de Saúde. Estávamos no processo de implantação de 22 consórcios públicos, de natureza jurídica pública, e, após uma avaliação, existia a necessidade de trabalharmos na perspectiva de fazer um caminho diferente em relação ao processo de construção que vinha sendo feito até aquele momento.

Diante disso, fizemos um pacto e demos início aos passos do processo. O Ceará entra como coadjuvante, porque, na realidade, naquele momento era preciso que se criassem todos os instrumentos. Tivemos que fazer muitos deles de forma tripartite, num processo de construção conjunta, em que discutíamos, aplicávamos, voltávamos a colocar dentro da região, debatíamos com o Secretário da Saúde, levávamos de novo para a Secretaria de Saúde, mandávamos para o Ministério,... Era um processo de construção muito difícil, mas necessário para aquele momento.

Então, houve esse acordo político firmado entre os entes envolvidos. E destacamos aqui o empenho por parte do COSEMS do Ceará, onde 100% dos Municípios do Estado aderiram a esse processo de construção. Contamos também com o acompanhamento e apoio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e da Associação dos Municípios do Estado do Ceará — APRECE, para que de fato pudéssemos garantir essa sustentabilidade política de operacionalização do contrato organizativo de ação pública.

Houve também informação e sensibilização dos gestores. Foram feitos vários seminários para definir a implantação do COAP no Estado do Ceará. Era comum nos reunirmos com Prefeitos e Secretários Municipais do Estado para discutir as questões. A própria Dra. Lenir foi convidada à época, porque era necessário envolvermos também



todos os procuradores, assessores jurídicos. Houve uma demanda muito grande, para que se pudéssemos dar a visibilidade que queríamos ao COAP naquele momento para o Estado do Ceará. Foram também definidos os momentos de elaboração do COAP e a agenda de compromisso, que foi colocada como prioridade por parte do COSEMS e da Secretaria de Saúde do Estado, a fim de que cumpríssemos aquilo que colocamos como metas a serem desenvolvidas na construção do processo.

Nesse processo, foram divididas as responsabilidades de âmbito central. Houve, por parte da Secretaria de Saúde do Estado, no âmbito central, a preparação das equipes regionais: todos os coordenadores e assessores técnicos participaram de seminários e discussões sobre o contrato organizativo de ação pública. Houve também a elaboração dos instrumentos de planejamento integrantes do COAP: Mapa da Saúde e Mapa de Metas dos Indicadores e da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde, como modelo padrão, para que de fato trabalhássemos na perspectiva de fazer um caminhar inverso ao que vínhamos fazendo.

Acreditávamos que o COAP, na realidade, iria nos dar a oportunidade de trabalhar essa preparação para um processo de planejamento melhor e mais consciente.

Além da preparação das equipes regionais e da elaboração do COAP, houve o monitoramento e a recondução do processo de elaboração do COAP. Não estou falando do monitoramento, mas, sim, do monitoramento e da recondução do processo na elaboração dele. Como disse, havia dificuldade de colocar em operação os instrumentos. Eles estavam colocados devido à necessidade de institucionalizarmos o COAP e, como o Estado, naquele momento, havia feito a adesão ao COAP, tivemos que fazer esse monitoramento e recondução do processo de elaboração para definirmos quais instrumentos iríamos utilizar.

Fizemos ainda a análise de consistência interna e os ajustes dos instrumentos de planejamento, além da pactuação e aprovação dos COAP's nas Comissões Intergestoras Regionais. Então, tudo era levado, colocado e discutido nessas Comissões.

Aí vêm as responsabilidades nas Regiões de Saúde. O primeiro ponto foi a apresentação e discussão em reunião ampliada do Colegiado Interno de Gestão. Esse colegiado é dentro da Região de Saúde, não é a CIR. Participaram da reunião também os GTS, que são os grupos de trabalho da Coordenadoria Regional de Saúde.



Vou passando os eslaides rapidamente, mostrando quais instrumentos estávamos trabalhando e quais referências foram também norteadoras para dar o embasamento para discutir e criar esses instrumentos.

Em âmbito regional, também criamos o Grupo Condutor Regional e a divisão de responsabilidades em conformidade com cada parte do COAP. Nós fizemos questão de fazer uma distribuição das quatro partes do COAP através desse Grupo Condutor Regional, em que havia o envolvimento da equipe técnica da Região de Saúde e também dos representantes dos Municípios.

Nas subdivisões do COAP, há diretrizes, objetivos, metas regionais e indicadores. Na parte II, há também o Anexo I, Mapa da Saúde, e o Anexo II, Programação Geral de Ações e Serviços da Saúde, com as devidas áreas técnicas, que é quem trabalhava as responsabilidades postas.

Há também as responsabilidades organizativas. Muitas vezes não damos a visibilidade que deveríamos dar quando colocamos apoio institucional. Essas responsabilidades organizativas, que são de responsabilidade do Estado e da União, não têm essa visibilidade, e cria-se, na verdade, essa fantasia de que quem vai responder por isso é só o Município, porque é na parte das responsabilidades executivas que estão postas, na sua grande maioria, as responsabilidades para os Municípios.

Essa realmente foi uma discussão feita com Procuradores, com Ministério Público, justamente para que essa judicialização não viesse a apenar os Municípios naquele momento em que se estava implantando um Contrato Organizativo de Ação Pública não como um modelo, mas, pelo menos, como uma clareza, para operacionalizá-lo dentro do Estado do Ceará.

A parte das responsabilidades executivas nós dividimos em três áreas técnicas. E a parte das responsabilidades orçamentárias também teve subdivisão em áreas técnicas de gestão, planejamento e financiamento.

Agora vem a parte da convocação da Comissão Intergestora Regional. O passo a passo é o seguinte: a apresentação do processo de elaboração do COAP, a apropriação dos conteúdos e procedimentos técnicos e operacionais com vista à pactuação e aprovação, o conhecimento do cronograma para conclusão de cada parte e a participação da assessoria jurídica das Prefeituras Municipais, que foi fundamental. Houve o entendimento por parte da assessoria jurídica, o que facilitou muito o processo. Desde a





primeira vez, quando a Dra. Lenir foi, tivemos a preocupação de repassar aquele aprendizado no momento em que estivemos lá para todos os Municípios na perspectiva de colocar os assessores jurídicos como parceiros nesse processo.

Houve ainda a convocação das Câmaras Técnicas. Em âmbito regional, temos, dentro das Comissões Intergestoras Regionais, as Câmaras Técnicas de Planejamento, Gestão e Financiamento; de Atenção Primária; de Vigilância à Saúde; e de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria. Com certeza absoluta, elas têm suas fragilidades e dificuldades, mas estamos num processo de estruturação, em que buscamos realmente operacionalizar aquilo que achamos que vai contribuir para que essas Câmaras Técnicas possam de fato dar sustentabilidade à implantação do COAP.

Agora vêm o processo de elaboração e as quatro partes dele, das quais não vou falar porque já o fiz.

Temos a parte das responsabilidades organizativas, em que há o padrão nacional contendo os funcionamentos organizativos que se traduzem como a unicidade conceitual dos SUS e compromissos interfederativos. Só temos condições de visualizar essas responsabilidades organizativas quando vamos ao mapa de investimentos, em que está posto de quem é a responsabilidade em relação ao que está colocado como investimento e custeio, para que aquelas metas pactuadas no COAP possam de fato ser asseguradas. Se não fizermos esse *link* do que está posto como responsabilidades organizativas em cima de um mapa de metas vinculado ao mapa de investimento, não temos como dar visibilidade ao COAP. Cria-se, na realidade, a perspectiva de que as responsabilidades na execução do COAP são só as responsabilidades executivas, que estão postas de maneira bem clara como sendo dos Municípios.

Aí vemos a parte da responsabilização no preenchimento da minuta de contrato, com todas as referências, até a conclusão com a minuta adequadamente preenchida.

Das responsabilidades executivas. Nelas estão os objetivos regionais plurianuais, as metas, os indicadores, a forma de avaliação e o prazo de execução para o cumprimento dessas responsabilidades. Para cada ação dessas, nós tínhamos um produto a ser entregue em relação à construção do contrato organizativo de ação pública, no que diz respeito a quadro de metas, indicadores definidos e pactuados. Todas as ações eram discutidas e pactuadas através de documentos e de encaminhamentos para a Comissão Intergestora Bipartite.



Mapa da Saúde. Este aqui foi o grande, vamos dizer assim, motivador para que todo o processo de construção do COAP pudesse acontecer, porque foi através do Pará que fizemos todo o levantamento e um estudo detalhado desse Mapa da Saúde. E aí vimos como estava o CNES, a capacidade instalada na nossa região, e descobrimos a grande falha que existia ao que estava nele posto. A caracterização da região, os dados, todo esse Mapa da Saúde foi o instrumento para que, visualizando aquilo que estava colocado no contrato organizativo, tivéssemos a garantia de que iria haver condições realmente de efetivar e operacionalizar, porque o Mapa da Saúde nos deu essa visão. Ele fez, vamos dizer assim, o retrato da região e, a partir disso, fizemos todo o processo de construção.

Aqui a programação geral, que depois vou detalhar. Esta é a parte das responsabilidades orçamentário-financeiras. Depois que fizemos o monitoramento, percebemos que nas responsabilidades orçamentárias e financeiras houve um aumento significativo, por parte dos Municípios, do que foi colocado como gasto na saúde, como também detectamos que houve um crescimento nos gastos colocados também pelo Estado quando da definição da planilha orçamentário-financeira do que ficava lá bem claro que era de responsabilidade de Estado, Município e União.

Este eslaide mostra o monitoramento e avaliação de desempenho e auditoria.

Avaliação de desempenho. O monitoramento, a avaliação de desempenho e a auditoria estamos revendo agora. Vamos discutir como iremos fazer o monitoramento e avaliação de desempenho. O próprio Conselho Estadual de Saúde colocou como pressuposto do que estava pactuado que houvesse a garantia da realização de pelo menos 70% do que estava lá. Aquilo que não estava ou que não foi realizado acenderia uma luz, para que pudéssemos rever essa pactuação e refazer aquilo que pudesse, na realidade, justificar perante os órgãos de controle o porquê de algumas alterações necessárias em face do não investimento realizado.

Relação de Instrumentos. São eles: contrato (preenchido), quadro de metas e indicadores, Mapa da Saúde, Programações e Planilha demonstrativa dos Recursos: fundo a fundo, custeio e investimento. O parecer técnico-jurídico elaborado, o COAP pactuado na CIR em todas as 22 regiões. Aliás, o primeiro em 21 Regiões de Saúde, porque em Iguatu, na época, não deu tempo de fazer a pactuação em relação ao COAP. Foi homologado na CIB- Ceará, e a assinatura do COAP em dezembro de 2012.



Construção Coletiva. Esta é uma foto que colocamos no início e os processos de construção, que não vou detalhar. E aqui, em 2012, a assinatura do COAP.

Eu havia feito outra apresentação na perspectiva de colocar avanços e desafios. Como havia feito também mais na lógica, vamos dizer assim, do COAP propriamente do Estado do Ceará, achei melhor escrever algumas questões que para mim foram de fundamental importância no planejamento à época, quando começamos, da visão que temos hoje. Hoje temos a possibilidade — acho que houve um avanço, — de fazer o amadurecimento do processo pactuado envolvendo os três entes federados.

Na realidade, nunca havíamos tido a oportunidade de fato, cara a cara, de discutir a construção desse contrato organizativo de ação pública com os três entes. Na época, houve uma aproximação muito grande, tanto do COSEMS quanto da regional de saúde, com as coordenadorias do Estado, que, muitas vezes, não acompanhavam a passo, vamos dizer assim, rápido a forma como estava sendo feito nas Regiões de Saúde. O próprio Ministério da Saúde também atuou nas regiões, orientando o grupo condutor estadual. O Decreto nº 7.508 dizia que tinha de ser ascendente, e aí vamos ter que buscar uma forma de fazer o diferente agora.

Quando dissemos que isso aconteceu através dessa base de construção tripartite discutida, colocamos isso como também um avanço. A construção do Mapa da Saúde e a sua utilização como fonte de informação para refazer todo o processo de pactuação, contratualização das ações de serviços de saúde, para nós também foi muito importante, mesmo sabendo não consideramos muito dos vazios assistenciais, é ausência mesmo. E aí não havia como visualizar de onde buscar os recursos, mas apontávamos, através desse Mapa da Saúde que construímos, de forma bem calma, bem discutida, bem pactuada, em conjunto com todos os Municípios.

Nós temos o COAP como referência, enquanto processo de monitoramento e avaliação, e aí concordo com o que o Marcelo disse aqui sobre a questão de retroalimentar os relatórios de gestão. O COAP hoje é para nós um instrumento que nos permite fazer de fato um acompanhamento, uma avaliação. Não temos pernas, não temos condições de fazer isso de forma quadrimestral, mas procuramos fazer o máximo, dependendo da capacidade instalada em cada Região de Saúde. Depois vamos discutir — e espero que isso passe pela questão da governança regional também — a questão de recursos humanos e de capacitação, mas procuramos fazer esse alinhamento do COAP



como um instrumento que não tínhamos, e aí nos envolvemos realmente. Hoje os órgãos de controle do Estado do Ceará conhecem o COAP. Eles vão para os Municípios e perguntam o que está no COAP, como está a questão do plano e se isso tem coerência com as metas estabelecidas.

Penso que isso é um crescimento para a gestão, é um crescimento para o processo implantado. Na realidade, temos que definir qual o modelo de gestão precisa o Ministério da Saúde. Na foto que estava aqui, o Ministro que apareceu era o... Quantos Ministros tivemos de 2012 para cá? Cinco? Quatro?

*(Intervenção fora do microfone.)*

**O SR. HELMO NOGUEIRA DE SOUSA** - Cinco Ministros. Então, aí há uma dificuldade porque sempre está sendo colocado o quê? Portanto, temos de definir realmente qual o modelo de gestão que vamos querer e qual o processo. Aí, sim, começaremos a discutir, na realidade, qual a governança realmente vamos trabalhar.

Sr. Presidente, eu queria agradecer a oportunidade. Peço desculpas por ter extrapolado o tempo, mas foi uma experiência muito boa. Certa vez, na Comissão Intergestora Regional, disse que depois que implantamos o COAP será igual casamento: não se desliga mais. É um processo contínuo de construção.

Quero parabenizar mais uma vez o Deputado por este evento.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Obrigado, Helmo. É importante o depoimento de quem fez e continua fazendo.

Vou passar a palavra para o Denílson, representante da Confederação Nacional dos Municípios.

**O SR. DENÍLSON FERREIRA DE MAGALHÃES** - Boa tarde a todos. Eu quero, em primeiro lugar, agradecer ao Deputado Odorico, em nome do Presidente Paulo, pelo convite, pela oportunidade de a CNM participar deste debate. Nós estamos acompanhando esse assunto desde 2011, sempre participando de debates e fazendo vários questionamentos a respeito do COAP também.

Ainda questionamos a sua legalidade, porque o decreto veio para regulamentar a organização do Sistema Único de Saúde, planejamento e assistência à saúde, e ele inova trazendo a proposta de um novo instrumento de pactuação. O René abordou isso muito bem, dizendo que ainda há um instrumento válido vigente, e nós fizemos várias pactuações, até chegar ao pacto pela saúde. E um dos maiores questionamentos que



fizemos é por que não avaliamos o pacto pela saúde antes de partir para um novo instrumento? O que o pacto pela saúde trouxe de avanço para o Sistema Único de Saúde? Para podermos trabalhar um novo modelo de pactuação, será que isso era necessário?

Inclusive todos os nossos instrumentos de planejamento — Plano de Saúde, Programação de Saúde, PPI — são a base para elaboração do COAP. Então, a nossa pactuação está dentro do COAP. O que estamos trazendo de novo com o COAP? Nós questionamos a legalidade e o porquê de um novo instrumento. Entendemos que ele não é impositivo, até porque seria ilegal. Nenhum contrato pode ser impositivo. Nós trazemos aqui os nossos questionamentos justamente por estar em discussão um projeto de lei que transforma o COAP, praticamente, em uma imposição para o Sistema Único de Saúde e para os nossos gestores.

Ao longo do tempo, trabalhamos esses instrumentos de pactuação como impositivos, porque amarramos todo o financiamento neles — ou adere ou não tem financiamento. E não há como os Municípios discutirem pactuação e planejamento de saúde se não discutirem financiamento, porque hoje, infelizmente, está insustentável os Municípios manter o Sistema Único de Saúde. Não há como custeá-lo. Hoje, nós ouvimos reclamações da União e dos Estados, porque não há recursos mais para tanta demanda existente na saúde.

Nós vimos então que o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde veio organizar, veio novamente responsabilizar em relação à organização, ao financiamento, ao monitoramento, à avaliação e à auditoria. Há também a exigência de que o Chefe do Executivo assine o contrato. E, à época, foi dito que ele seria reconhecido em cartório, e agora nós temos um instrumento de cobrança. Por que nós podemos avançar com um instrumento de cobrança? Lá no Ceará fizemos o maior questionamento. Nós recebemos o contrato da região de Tianguá para ser avaliado, e parava em Tianguá. Então, a Procuradoria do Município fez questionamentos. Para onde nós vamos daqui? Nós pactuamos receber tudo no nosso contrato, mas aqui não diz para onde nós vamos. A responsabilidade toda vai ser de Tianguá? Nós vamos ter que resolver todos os problemas de saúde da nossa Região de Saúde?

A nossa grande preocupação é criar mais responsabilidades e nos amarrarmos ao contrato cada vez mais e talvez não termos condições de fazer governança do SUS.



Nós temos ainda a RENAME e a RENASES, que são a base para essa pactuação, mas elas são subsidiadas pela tabela do SUS. Não houve reajustes, não houve a correção dos valores da tabela do Sistema Único de Saúde. Isso é histórico. Nós sabemos que não há como trabalhar dessa forma. Nós trabalhamos com valores defasados e com programas de saúde subfinanciados. Nós já fizemos estudos e mostramos que não há como custear uma UPA, por exemplo, no valor de 1 milhão de reais por mês recebendo 200 mil reais. É humanamente impossível! Hoje já temos Municípios que investem mais de 80% de todo o seu orçamento em saúde só em remuneração de pessoal. O que nós vamos fazer com 18% do orçamento? É possível investir em saúde?

Nós estamos com um novo instrumento de pactuação. Precisamos discutir mais esse instrumento, analisar que tipo de inovação ele traz. Constatamos, à época, que ele não trazia recursos novos; nós tivemos que pactuar o que já tínhamos. Então, para nós, ele não trouxe nada de novo.

Responsabilidade nós já temos demais. Os Municípios têm muitas responsabilidades. A meu ver, mais um instrumento de pactuação vai justamente nos levar para aquele nosso seminário realizado no Senado, quando eu disse que nós temos um complexo sistema regulamentador do Sistema Único de Saúde. Nós não nos entendemos mais. Há 17 mil portarias!

O Tribunal de Contas do Estado do Amapá, Dr. Marcelo, notificou o Secretário de Saúde para que este desse explicações sobre o Fundo Estadual de Saúde, que tem 114 contas bancárias. Vale registrar que, pela legislação do SUS, a conta é única. A Portaria nº 204 criou cinco blocos. Com a Portaria nº 412, esse número subiu para sete. Hoje nós estamos com nove blocos. Ocorre que a portaria possibilita a abertura de contas por ação de saúde, por serviço de saúde, por programa de saúde. Nós esperávamos que a Portaria nº 141 enxugasse isso, mas não enxugou. Isso continua da mesma forma. Aí os tribunais não sabem o que vão fiscalizar, porque não entendem o motivo pelo qual fugimos à legislação do SUS, mas temos uma portaria que quebra a lei, quebra a Constituição e faz a regulamentação de outra forma.

Então, parabéns a vocês pelo trabalho que estão fazendo, porque precisávamos há muito tempo que se tentasse enxugar essa legislação, até para que conseguíssemos entendê-la. Nós entendemos muito bem o que necessita o SUS. Nós precisamos adequar



a legislação a ele, e não adequar o SUS à legislação. É a regulamentação que precisa se adequar às nossas necessidades de saúde.

Diante disso, torna-se torna muito difícil hoje ser um gestor de saúde. Secretário de Saúde é um herói. Atualmente o nosso ex-Secretário do Estado está com todos os seus bens bloqueados, porque tentou atender às necessidades de saúde da população. O seu antecessor está praticamente com a vida acabada, em função dos muitos processos a que ele responde e das muitas notificações que ele recebe por omissão, porque ele tinha receio de usar esse recurso, por medo do que poderia acontecer se o fizesse. Hoje é assim: se sobrar algum recurso do SAMU, eu não posso aplicá-lo na UPA, porque o Ministério da Saúde e o Tribunal de Contas não aceitam. Há um carimbo lá indicando que o recurso é do SAMU. Era isso que a Portaria nº 204 ia quebrar. Nós íamos criar blocos para poder remanejar os nossos recursos e atender as nossas necessidades de planejamento, de ações, de serviços de saúde. Mas o nosso sistema ficou tão complexo, com tantas regulamentações, que nós não pudemos utilizar o recurso. O recurso ficou lá parado, e agora o Secretário responde a 54 processos por omissão, porque ele não conseguiu executar o recurso, não conseguiu usá-lo. Então, esta é uma grande preocupação nossa: o que fazer com esse complexo sistema regulamentador.

Quanto ao financiamento, como eu falei, não há como discutir saúde sem discutir financiamento. Podemos trabalhar a regulamentação do Sistema Único de Saúde em partes. Com a Portaria nº 141, nós regulamentamos o SIOPS, que está funcionando muito bem: se eu não apresento a informação, na mesma semana, os meus recursos são bloqueados. No entanto, nós nos esquecemos de regulamentar a metodologia de transferência dos recursos da União para Estados e Municípios, que era fundamental para custear o SUS. Então, nós temos que apresentar direitinho as contas, mas não recebemos o suficiente para realizar ações de saúde e manter os serviços de saúde. E isso passou porque a regulamentação da metodologia era anual, nós teríamos que ter regulamentação todo ano.

Já existem muitas penalidades também, e agora há mais uma: se não cumprimos o COAP, recebemos mais uma penalidade. E, como já foi falado aqui na Mesa, a penalidade é para a população, é para o Secretário. Ou seja, todos nós somos penalizados. Quando não conseguimos realizar ações de saúde, quando não





conseguimos executar os recursos, nós somos penalizados, a nossa população é penalizada.

Estamos agora com um PL criando mais uma instituição para participar do SUS. Eu não sei se nós estamos com um problema ou uma solução: uma hora as OS são solução, outra hora são problema. E agora nós temos a possibilidade de criar associações, o que pode ser mais uma solução ou, talvez, mais um problema. E isso nos preocupa muito.

Outro ponto que coloco é que nós não podemos perder de vista a saúde suplementar. Nós vamos trabalhar com as redes privada e pública, mas a saúde suplementar vai continuar sendo um apêndice do SUS. Nós continuamos atendendo, principalmente, a alta complexidade da saúde suplementar, mas não temos o retorno desses procedimentos para o Sistema Único de Saúde. Precisamos pensar nisso também.

Para finalizar, a Confederação Nacional de Municípios não é contra o COAP, pelo contrário. Se houver um contrato que traga regras e planejamento sobre as ações e os serviços de saúde e o financiamento de cada ente da Federação, nós concordamos com ele. Nós queremos discutir mais o COAP, até para nos aprofundar e chegar a um consenso sobre um melhor instrumento de pactuação.

Precisamos evitar a judicialização, que hoje é um dos braços do Sistema Único de Saúde. Ela resolve, mas traz problemas seriíssimos com relação a planejamento de orçamento, porque quebra todo e qualquer planejamento de orçamento. Então, nós temos que evitar a judicialização.

Há algo que precisamos discutir, mas de que sempre fugimos e, só na saúde, nos aproximamos mais: o pacto federativo. Nós precisamos definir o que é competência da União, dos Estados e dos Municípios. Não dá mais para continuarmos dessa forma. Nós temos que colocar na mesa o pacto federativo de uma vez por todas e definir as competências de cada um.

Trazemos como sugestão, Deputado, a realização de seminários estaduais para verificar quais Estados assinaram o COAP e no que avançaram e até para avaliar aquilo onde nós avançamos com o pacto pela saúde, para chegarmos a um consenso de onde precisamos melhorar, onde precisamos avançar, onde não avançamos. Aí, sim, podemos partir para uma compactuação, para debater e compactuar com os Prefeitos, porque eles também estão assinando o COAP. Eles precisam entender o que é o COAP, o que eles



estão assinando, qual responsabilidade estão assumindo, qual o papel deles nessa pactuação. O Prefeito é o chefe do Executivo, é ele que conduz o Município, é ele que conduz as políticas municipais. E, se ele não entender a necessidade e a importância disso, a política pode não avançar.

É preciso definir as competências de cada ente e o financiamento tripartite de forma equânime. Precisamos pensar isso também para o financiamento, porque não dá mais para continuarmos da forma como estamos hoje. Nós assumimos a maior parte das responsabilidades e recebemos a menor parcela do recurso financeiro. E hoje os Municípios não conseguem mais manter não só o Sistema Único de Saúde. A crise afetou todos os Municípios brasileiros. É difícil um Município que esteja conseguindo manter suas contas em dia e a folha de pagamento de pessoal, a maioria dos Municípios hoje não consegue mais manter nem a folha de pagamento de pessoal.

Era isso. Obrigado. Agradeço pela oportunidade de estar aqui com vocês.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Obrigado, Denílson.

Em seguida, passo a palavra, primeiro, ao Deputado Jorge Solla, que é o Relator e coautor do requerimento. Há dois cenários: ou os três vêm para cá e damos aqui uma geral, ou continuam aí debatendo e fazemos as considerações finais. *(Pausa.)*

Então, vou abrir um momento para debate, começando pelo Deputado Jorge Solla. E já fica acatada a sugestão de realizarmos os seminários estaduais. Lembro que vou liberar as inscrições. Como se trata de um seminário, todos podem falar. Nós optamos por um seminário porque, em audiência pública, só os Deputados falam. No seminário, fica aberta a palavra e todos podem falar.

Lembro ainda aos companheiros que quem for falar deve se identificar e dizer o nome completo, porque estamos gravando o evento, que, aliás, está sendo transmitido ao vivo. Aproveito para saudar todos os nossos internautas que estão nos acompanhando.

Todo o material vai ficar como subsídio para quem quiser estudar e debater. Vários Deputados que passaram aqui e registraram presença vão ficar em casa, no final de semana, estudando para participar dos debates. Fazemos isso muitas vezes.

Com a palavra o Deputado Jorge Solla, por favor.

**O SR. JORGE SOLLÁ** (PT - BA) - Obrigado, Deputado Odorico. Eu queria parabenizá-lo pela iniciativa da proposta. Este debate que está sendo oportunizado



precisa ser feito. E foi interessante este espaço aqui porque trouxe várias representações e visões sobre o assunto.

Inclusive, sobre essa ideia que colocou o Denílson Magalhães, o último que falou, acho que seria interessante tentarmos construir uma avaliação acerca do impacto, dos desdobramentos do COAP no Ceará e em Mato Grosso do Sul, claro que com o apoio do CONASS, do CONASEMS e do Ministério da Saúde. Acho que seria interessante sinalizar nesse sentido.

Não vou repetir alguns aspectos, mas acho que precisamos discutir mais essas duas experiências e por que esse processo não deslanchou nos demais Estados, discutir quais são os entraves, os limites, as dificuldades, para que possamos amadurecer esse processo do ponto de vista normativo e legal.

Vou comentar com vocês algo que estava comentando com o Jurandir aqui: minha preocupação com o cenário atual. Estou participando da Comissão Especial sobre a PEC 241, e ontem tivemos aqui uma reunião emblemática. O representante que estava como porta-voz da PEC 241 foi Presidente da FEBRABAN. Trata-se do Murilo Portugal, que já foi Secretário do Tesouro. Ele, que conhecia todos os meandros da PEC, todos os prós e contras de cada artigo, todo o detalhamento, não conseguia disfarçar a origem dessa proposta de emenda constitucional. Quando pressionado e acuado para colocar também no rol do congelamento do teto de gastos o pagamento da dívida pública, ele usou subterfúgios e não teve nenhum argumento plausível para justificar por que se tem que congelar a educação, a saúde, a Previdência e a assistência social, para, na verdade, sobrar mais dinheiro para pagar os juros.

O Orçamento que foi enviado pelo Governo golpista a esta Casa para o próximo ano — pasmem vocês — foi construído como se a PEC 241 já tivesse sido aprovada! O Orçamento encaminhado para cá coloca, para a saúde, as regras que estão na PEC 241 e, no entanto, para o pagamento da dívida, aumenta em muito o recurso disponível. Ou seja, está muito claro que este Governo negociou aliados para construir o golpe e assumir a direção do poder do País e tem que pagar a conta por isso. Ele está sendo cobrado e tem que pagar a conta.

Então, nos próximos meses, teremos uma conjuntura extremamente adversa para o Sistema Único de Saúde, entre outras políticas públicas essenciais. Acho que vamos precisar de algum nível de centralidade nesse enfrentamento. Essa era a preocupação



que eu queria compartilhar com vocês, sobre a qual, ontem, até comecei a conversar com o autor do projeto, o Deputado Odorico, pois acho que talvez precisemos amadurecer um pouco mais a questão, tanto pelo fato de as duas experiências precisarem ser mais bem estudadas, juntamente com os entraves e limites, como também pelo fato de haver essa ameaça ao Sistema Único de Saúde que estamos vislumbrando agora.

Há outro ponto que também queria compartilhar, como ex-gestor e, no momento, como Deputado, aproveitando a presença não só dos representantes dos diversos níveis de gestão do SUS, mas também dos Municípios e do Tribunal de Contas: as angústias em relação ao nível de risco de ser gestor público hoje neste País. Minhas contas de 2005 só foram aprovadas no Ministério da Saúde em 2015, quase 10 anos depois. E eu só não tive a prestação de conta reprovada porque, ao tomar conhecimento de uma reprovação, eu tive a oportunidade, até por ser Secretário de Estado no momento, de buscar o Ministro e discutir. Ela iria ser reprovada porque os técnicos não viram os documentos que estavam dentro do processo. Eu tive que reconstruir toda a documentação, para que o processo fosse revisto.

Como Secretário de Estado, estou fazendo contagem regressiva. Fui Secretário durante 7 anos e 1 mês e já consegui aprovar três contas. Mas diversos colegas de gestão, ex-diretores de hospital, ex-superintendentes, estão com as contas reprovadas, inclusive com multas. Vamos ter até que fazer uma vaquinha para ajudar a pagar as multas de um deles, porque, como era Diretor do Fundo, qualquer convênio que desse problema gerava multa para ele. Vejam o nível de exposição!

Recentemente, comentei com uma pessoa do Ministério Público de Contas que eles vão conseguir afugentar todas as pessoas honestas da gestão pública. Eu não sou contra o controle, muito pelo contrário. Mas acho que o controle não é para prejudicar os gestores, mas para orientá-los. Pegar uma conta de 2007 de um diretor-geral da área administrativa da Secretaria e, em 2016, 9 anos depois, reprová-la por uma formalidade que foi achada e pinçada para justificar a reprovação, é algo completamente absurdo! Não tem nenhum cabimento isso!

Além do mais, há a construção de teses que não são verificadas por outros órgãos de controle. E aí não consigo entender como age o Ministério Público, mas me permitam dizer que cada cabeça é um mundo. Só para dar um exemplo desse dilema, há uma pessoa do Ministério Público da Bahia que construiu, junto com o Conselho do Tribunal de



Contas, a tese de que, quando o poder público faz um contrato com uma entidade filantrópica, tem que pagar menos do que quando faz um contrato com uma entidade privada lucrativa. Lá é o único lugar do Brasil onde alguém se arvorou a tecer tese tão absurda. Quando Secretário, eu desafiei a promotora e disse: *"Traga-me um contrato feito assim, de qualquer Secretaria Estadual, porque não existe; ou me traga uma decisão judicial, porque eu vou achar ótimo ser obrigado a fazer isso; ou me traga uma decisão do Tribunal de Contas dizendo que, a partir de agora, o Estado da Bahia ou o Secretário tem que fazer isso. Eu vou achar ótimo porque vou gastar menos! Enquanto não houver uma determinação legal que me dê cobertura, vou seguir o que você está orientando. Mas, depois, o próprio Tribunal de Contas, lá na frente, vai julgar que você está equivocada, porque, quando isso for a plenário, será derrubado"*.

Essa tese não prosperou até hoje. Mas eu estou respondendo a ações judiciais lá, aqui e acolá. Pelo menos 2 dias no mês, eu tenho que pagar advogado e seguir o processo, porque alguém achou que deveria cobrar uma medida que ninguém cobra no Brasil inteiro.

E mais: chegou-se ao ponto, Dr. Marcelo, em que foi feita uma denúncia contra outro promotor, responsável pelo Ministério Público e fundações, por ter dado um parecer contrário à tese absurda dessa promotora. Sabe qual foi o resultado? Denunciaram-no no Conselho Nacional do Ministério Público! E o Conselho Nacional do Ministério Público julgou a denúncia improcedente e reiterou todos os pontos de vista dele. Mas, quando eu usei isso na minha defesa no Tribunal, sabe o que me responderam? Que o Conselho Nacional do Ministério Público só julga aquela ação e não serve de orientação, que eles não são obrigados a seguir orientação nem do Conselho!

Então, estamos vivendo uma situação em que os órgãos de controle passam a ser espaços, diria, até de perseguição pessoal: se algum conselheiro invocar com um gestor, ele vai buscar pinçar alguma coisa. E, no caso da saúde, pinçar alguma coisa é muito fácil, criticar o setor saúde é a coisa mais fácil porque, por mais que você invista, sempre haverá demandas não atendidas. Se você acelerar os processos para atender às demandas, será considerado culpado porque pulou uma etapa, fez uma emergencial, contratou com dispensa para garantir que o paciente não morresse por falta de medicamento; e, se você não acelerar as demandas e o paciente for a óbito, vai ser criticado por omissão.



Portanto, estamos vivendo uma situação em que ou o aparelho do Estado, em todos os Poderes, revisa a forma como faz o controle ou, infelizmente, só vamos conseguir afugentar os gestores e só vai ficar na gestão quem não tiver nada a perder, quem não tiver nada melhor para fazer, quem estiver desempregado — porque, no desemprego, o cara pega qualquer coisa. Vamos direto ao assunto: ou o cara não tem nada a perder ou o cara quer se armar. É isso que estamos vivendo.

Eu não poderia perder a oportunidade de compartilhar essas angústias, porque discutir o COAP também significa construir um documento que pode ser utilizado como ferramenta de perseguição política, de coação, etc.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - O.k.

Vamos passar, então, para o debate. Pela ordem, falará o René e, depois, o Ângelo.  
(Pausa.)

Ah, o Ângelo vai viajar? Então, René, você pode deixar o Ângelo falar primeiro, por favor? (Pausa.)

Com a palavra o Ângelo, do COSEMS do Ceará.

**O SR. ÂNGELO LUIS LEITE NÓBREGA** - Boa noite a todos. É com muito prazer que estou aqui.

Sou Secretário de Saúde do Município de Crateús, no Estado do Ceará, e tenho 13 anos de Tribunal de Contas nas minhas costas. Inclusive, em alguns processos em que já fui julgado pelo Tribunal de Contas, eu paguei multa. E agora o Ministério Público está tentando reaver isso. São processos de 2003 e 2004. Então, devo alguns cabelos brancos ao Tribunal de Contas. Mas faz parte.

Eu me senti bastante contemplado com o relatório da pesquisa do TCU de que falou o Dr. Marcelo André. Muito do que penso com relação ao que está acontecendo foi resultado do relatório.

O trabalho que o Estado do Ceará e, principalmente, os coordenadores regionais de saúde do Ceará fizeram para a implantação do COAP foi realmente relevante, foi 100% na parte teórica.

Como disse o Dr. Marco Antônio, para mim, da forma como o COAP está idealizado, o bom gestor não o assina. Para isso, tem que haver mudanças. O Ceará sempre foi desbravador e enxergou no COAP uma forma de melhorar o serviço de saúde, de desbravar e procurar melhorar a assistência, ter mais qualidade. E a parte teórica cresceu



com certeza. Mas, infelizmente, na prática, como disse o Dr. Denílson, continuamos com os mesmos vazios assistenciais e problemas que sempre tivemos. Um dos nossos incentivos para entrar com o COAP foi a garantia de investimentos, e nós não tivemos investimentos, tanto que continuamos com os mesmos problemas, apesar de ter sido feito um monstruoso esforço, principalmente do COSEMS, para garantir a plena adesão ao COAP, capitaneado pelo nosso Governador à época, o Dr. Cid Gomes, que colocou isso como política de Estado.

Tivemos, sim, um ganho muito grande com a implantação dos consórcios, principalmente com relação a exames e consultas especializadas. Nessa parte, sim. Mas continuamos com um gargalo muito grande na média e na alta complexidades. Elenco aqui alguns dos nossos problemas. Não posso confiar ou achar que o COAP vai ser um sucesso se não houver a resolução dos nossos litígios territoriais, das diferenças *per capita* existentes, do subfinanciamento das nossas ações, da falta de regularidade dos repasses monetários, da irregularidade no fornecimento de insumos, medicamentos, soros e vacinas, da complexidade dos nossos sistemas de informação e de suas eventuais mudanças. Quando estamos começando a dominar o sistema, ele é mudado. Daí ninguém entende nada, e começa tudo de novo.

Muitas das decisões ainda são políticas, infelizmente. Há fragmentação das políticas de saúde e alternância muito grande de gestor nos três níveis. Inclusive, agora, em pleno processo político, está havendo uma mudança sistemática de gestores que nos tem deixado "arrupitados", como se diz no Ceará. Nunca esperamos isso. E, depois do dia 3 de outubro, podem esperar, vai mudar muita gente.

Tudo isso impacta em resultados, em metas e em indicadores. E, conforme disse o Helmo — ele nem vai mais querer viajar comigo no mesmo voo (*riso*) —, os Tribunais de Contas hoje sabem o que é o COAP. Mas, infelizmente, a grande quantidade de gestores que acompanhou o COAP não existe mais. E, se o COAP virar lei da forma como está, o restinho de gestores que existe não vai mais continuar sendo gestor, pois o bom gestor não vai conseguir assiná-lo.

Obrigado. Era só isso o que eu queria dizer.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Obrigado, Ângelo.

Com a palavra o René, por favor.





**O SR. RENÉ JOSÉ MOREIRA DOS SANTOS** - Vou aproveitar a minha intervenção para também fazer o agradecimento pelo convite feito ao CONASS para participar da Mesa, já encaminhando também a minha participação nesse sentido.

Farei dois registros. Acho que as falas nos encaminharam para um momento de reflexão não só em relação ao COAP.

**O SR. ODORICO MONTEIRO** (PROS - CE) - René, espere um pouquinho.

Ângelo, você não falou o nome completo. Só para ficar gravado aqui, diga o local onde é Secretário.

**O SR. ÂNGELO LUIS LEITE NÓBREGA** - Sou Ângelo Luis Leite Nóbrega, Secretário de Saúde de Crateús, no Ceará, acho que até o dia 3 de outubro. *(Risos.)*

Estou brincando. Mas é muito grande a realidade de mudança de Secretários hoje.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - René, continue, por favor.

**O SR. RENÉ JOSÉ MOREIRA DOS SANTOS** - Sou René dos Santos, Coordenador Técnico do CONASS. Quero agradecer o convite feito ao CONASS para nós participarmos desse debate.

Eu estava afirmando que este momento de reflexão não diz respeito só a discutirmos o COAP. Nós estamos constituindo, na tripartite, um conjunto de agendas que vão além dessa discussão, porque entendemos, assim como acho que ficou muito claro para as pessoas aqui, que, se nós olharmos o COAP pela sua essência como contrato, nós não vamos encontrar nele as questões centrais que estão levando às dificuldades.

Nós estamos com uma agenda, por exemplo, Denílson, em que a nossa prioridade número um hoje é a revisão da Portaria nº 204. Não é possível ter COAP ou qualquer outro instrumento que seja de pactuação com uma regra como a da Portaria nº 204, que vai ao arremedo da Portaria nº 141. Isso é uma prioridade. Nós temos que ter como prioridade a mudança do perfil burocrático que norteia a questão. Eu falo da excessiva normatização porque o Ministério da Saúde exaustivamente normatiza questões por portarias que, depois, não só dificultam para o gestor, mas também para o próprio sistema.

Então, nós estamos também com outro segmento de discussão para debater essas questões normativas, inclusive para tentar entender, de forma clara, quais problemas essas questões normativas causam ao usuário e ao gestor. E temos esse grupo-tarefa,



esse grupo de trabalho que foi instituído por resolução, que vai discutir especificamente a questão do decreto.

Por isso, acho que o prudente e adequado para este momento é que possamos constituir a discussão com essa visão de financiamento, de como o sistema se organiza e como isso, às vezes, dificulta o próprio sistema. Também devemos constituir a própria discussão do decreto à luz dos mecanismos de pactuação que constituímos com o passar do tempo, para podermos, a partir daí, reconstituir uma nova base de saída — referindo-me a uma fala do Marco Antônio. Precisamos de uma nova base de saída porque estamos realmente num certo vazio, não estamos nem tanto cá nem tanto lá, mas, em compensação, estamos reproduzindo coisas que estão discordantes entre si. Isso é o prudente neste momento.

Há esse compromisso de um prazo de 90 dias, que, inclusive, acho curto, mas que acho que vai pelo menos delinear as diretrizes sobre o decreto, sobre a questão advinda dele — se for o caso, o COAP —, sobre a questão da Portaria nº 204, que é fundamental. O que dificulta o COAP não é só a falta do financiamento, não é só quanto chega lá, mas é como se usa o que chega lá. E vai passar por mudanças significativas dentro do próprio Ministério a forma como que ele pensa o recurso de que faz a distribuição.

E, para concordar com o Denílson, paralelamente a isso — sei que já não é no campo só da saúde —, precisamos fazer um novo pacto sanitário, que tem que estar, de um lado, revestido de atribuições e, de outro, de competências e responsabilidades assumidas proporcionalmente pelos entes. Esse talvez seja o grande desafio porque não é uma questão só oriunda da área da saúde. Esta Casa, com certeza, vai ter que se debruçar, logo também, sobre a discussão do próprio pacto federativo, do qual o pacto sanitário é resultante.

Então, acho que é prudente neste momento, em cima do que foi falado pelo próprio Relator inclusive, que se observem esses movimentos que os gestores estão fazendo, este movimento de pactuação e discussão agora, para que isso venha a orientar os procedimentos legislativos subsequentes, que vão acabar sendo necessários.

Obrigado pela oportunidade de participação.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Tem a palavra o Mauro. Peça, por favor, que se identifique, com nome completo e entidade.

**O SR. MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA** - Muito obrigado, Deputado Odorico.



Sou Mauro Guimarães Junqueira, Presidente do CONASEMS e Secretário Municipal de Saúde de São Lourenço, em Minas Gerais.

Eu queria dizer que o CONASEMS está estudando esse assunto com um grupo técnico, o GT de Regionalização, está discutindo esse assunto já há alguns meses, para que possamos apresentar uma proposta de pactuação.

Hoje nós temos uma normatização excessiva. Precisamos diminuir a normatização, diminuir as regras e dar ao Município mais possibilidade de fazer o seu plano municipal de saúde e trabalhar os recursos. É impossível, com 17 mil portarias, mais de 1.700 normativas, fazer gestão hoje.

Para que haja a diminuição de normatização, é preciso que a informação seja igual no País inteiro. Vamos pegar o exemplo que o Denílson apresentou com relação à Portaria nº 204. É livre a movimentação dentro dos blocos. Todos nós aqui em Brasília sabemos disso, o CONASS, o CONASEMS, o DENASUS, o Ministério da Saúde, todos os órgãos de controle sabem disso. Mas os técnicos que estão na ponta não sabem, desconhecem isso. Eles acham que são juízes da lei, que interpretam da forma como querem, pressionando e multando os Municípios, indo para cima dos Municípios. E os tribunais acompanham as aberrações que acontecem no dia a dia dos Municípios. É por isso que os Prefeitos, os Municípios e os Secretários estão pagando caro.

Portanto, está claro para todos nós que é livre a movimentação dentro do bloco. Mas é impossível botar isso na cabeça dos fiscais, dos representantes dos órgãos de controle que estão lá na ponta, em cima dos Municípios, em cima dos Secretários.

É preciso respeitar a autonomia dos entes inclusive na aplicação de recursos. O Município tem que ter liberdade. O recurso que sai daqui e vai para um orçamento municipal tem que ser recebido, recepcionado de forma livre, para que o gestor, o Prefeito, com seu planejamento, possa aplicá-lo da melhor maneira possível. Isso não pode ser feito em cima das 256 caixinhas que existem hoje o Ministério da Saúde. Tudo bem que haja essas caixinhas. *"Se você aderir a esse programa, você tem mais 'x' recursos"*. Mas, na hora em que o recurso chega lá, ele é livre. O gestor, o Prefeito, o Secretário têm que ter liberdade de utilizar esses recursos.

Os Municípios hoje aplicam mais de 23% de recursos próprios na saúde. No ano que vem, na hora em que fechar este ano, esse percentual passará dos 24%, não porque



o Município colocou mais recursos, mas porque a receita caiu tanto no Município quanto no Estado e na União.

É preciso haver regularidade nos repasses. Hoje, felizmente, o repasse federal está em dia, mas não acontece o mesmo nos Estados, vários dos quais estão com problemas gravíssimos de repasse porque também perderam arrecadação. E os Estados não fazem isso porque querem, mas porque a arrecadação diminuiu também e eles estão sofrendo tanto quanto os Municípios.

Deputado Odorico, sobre a proposta do Denílson, é fundamental nós irmos ao Ceará, que fez um contrato. Eu já conversei com vários Secretários e, por isso, insisti que o Ângelo viesse aqui. Lá o contrato funciona em algumas partes e, em outras, não, mas houve o incentivo financeiro do Governo do Estado, que quis fazer, que quis assinar, que assumiu e incentivou essa participação através de consórcios. Isso aconteceu lá.

Já em Mato Grosso do Sul, o documento é de gaveta! Lá no Estado, a nossa querida Beatriz tinha um projeto bacana e competente, mas, como ela saiu, ele hoje é um documento de gaveta. Nós não queremos mais um documento de gaveta.

Acho que temos que ir até os Estados e ver os avanços, os problemas, os incentivos que são necessários.

Nós temos que discutir o pacto federativo. É preciso ter clareza, saber qual é a responsabilidade do Município na saúde. Até onde o Município é responsável? O que ele tem que ofertar à sua população? E, em relação à população, o que é responsabilidade do Estado e o que é responsabilidade da União? O Município não pode ser responsabilizado por tudo! Hoje nós estamos percebendo, principalmente no Ministério Público, que está do outro lado da rua, o seguinte: *"A responsabilidade é tripartite. Então, eu aciono você que está mais próximo. Se você quiser, recorre"*. Na maioria das vezes, 70% a 80% dos Municípios com menos de 20 mil habitantes têm um advogado para a Prefeitura inteira. Às vezes, é um advogado para quatro ou cinco Municípios. Aí o advogado não dá conta e diz o quê? *"Cumpra-se!"* Ora, se for para dizer *"cumpra-se"*, não precisamos de advogado! Porém, não temos um pessoal capacitado e habilitado para fazer o enfrentamento, para fazer a discussão, para gravar uma decisão judicial, como têm os Municípios de maior porte, e, por isso, estamos pagando cada vez mais, estamos aplicando mais de 23%.



Esta Casa está discutindo uma proposta de emenda à Constituição, a PEC 241, que congela por 20 anos os recursos da saúde, da educação e da área social. É um projeto que vai acabar com muitos leitos de UTI e muitos leitos de neonatal, que vai inviabilizar o avanço e o crescimento de SAMU, de equipe do Saúde da Família. Então, temos que debater isso.

Esta Casa está esquecendo que são 300 bilhões de reais por ano de renúncia fiscal neste País. A renúncia fiscal, Denílson, é três vezes o orçamento do Ministério da Saúde.

Para encerrar, acho que é muito prudente, Deputado Odorico, a retirada de pauta desse projeto, para que possamos fazer uma discussão principalmente com esses dois Estados, em audiências, fazer uma discussão mais aprofundada, fazer uma proposta bem maior, já com o enxugamento maciço das normatizações do SUS, criando uma regra clara, objetiva, com definições de papéis de cada um dos entes de saúde e com responsabilização desses entes pelo não cumprimento do que lhes cabe. Aí, sim, com o Estado sentando-se à mesa com o Ministério da Saúde e com o Prefeito, definindo as regras, os recursos e o fluxo desses recursos, tenho certeza de que podemos avançar.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Só quero dizer que isso é um contrato, que Ministério, Estados e Municípios sentam-se à mesa para fazer isso. Para mim, é uma coisa ótima. Da minha parte — já conversei com o Relator —, nós suspendemos a pauta. Vamos fazer dois seminários, um no Ceará e outro em Mato Grosso. Depois vemos as...

*(Intervenção fora do microfone.)*

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Vamos vencer a PEC 241/16, porque eu acho que esse é o nosso grande desafio. Nós estamos fazendo uma série de propostas de redução de danos. Inclusive, fica a ideia de que podemos, se for o caso — não sei se seria um substitutivo —, construir um novo projeto de lei. Vamos chegar a um consenso.

Agora, esse projeto não surgiu à toa. Fui gestor por 25 anos, praticamente, de forma ininterrupta. O René não acompanhou a NOB 91, mas eu acompanhei. Não só acompanhei a NOB 91 como a minha dissertação de mestrado foi analisando-a. E aí, quando nós construímos a NOB 96, parte do PAB foi quem produziu realmente equidade dentro do sistema. A NOB 91 produziu iniquidades.



Quando se criou a Unidade de Cobertura Ambulatorial, ela produziu iniquidades profundas dentro do sistema, e o próprio convênio... Transformou Estado e Município em prestadores de serviço. Criou a tal da produtividade, o que ainda hoje, em muitos Estados, é um...

Este seminário foi exatamente nessa perspectiva. E nós temos um outro projeto de lei, do qual a Relatora é a Deputada Carmen Zanotto — já combinei com ela —, que cria o Plano Decenal da Saúde. A exemplo do da educação, nós temos que acabar com esse negócio de plano de Governo. O que tem que haver é plano de Estado. E o plano de Estado tem que ser debatido e discutido nas Casas Legislativas: o plano nacional debatido aqui, os planos estaduais debatidos nas Assembleias, e os planos municipais debatidos nas Câmeras.

Se pensarmos num período de 10 anos, veremos que é uma loucura. São cinco Ministros, e cada Ministro tem um plano de saúde na sua cabeça. Ele manda para o Conselho Nacional de Saúde, aprova, e o plano fica por 1 ano. Isso é um desastre na saúde. Queria só colocar isso.

Nós estamos totalmente abertos. Queremos aprimorar o sistema, acima de tudo pensando no pacto federativo. Se fosse convidado para ser Secretário de Saúde hoje, eu só aceitaria se houvesse o COAP, só aceitaria se houvesse o contrato. Eu não iria arriscar sozinho. E o COAP tem essa perspectiva.

O Helmo Nogueira está com um problema. Isabel, ele tem que pegar o avião. Eu vou passar a palavra a ele e já o convido para nos ciceronear no Ceará — ele, o Ângelo e o Jurandi —, para que façamos um grande seminário lá, outro em Mato Grosso do Sul e em outro Estado que queira realizá-lo. Se o Mauro quiser fazer um em Minas Gerais, nós fazemos e aproveitamos para discutir a experiência dos Municípios de pequeno porte.

Quantos Municípios com menos de 10 mil habitantes existem lá, Mauro?

**O SR. MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA** - Quatrocentos e noventa e seis.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - São 496 Municípios com menos de 10 mil habitantes! Um Município desse tem que ter COAP para garantir o acesso à população.

Se você for discutir com um europeu como é que se faz a descentralização para 400 Municípios com menos de 10 mil habitantes, o cara corre e não quer mais nem ouvir nada. Ele não entende isso. Isso mostra a complexidade do nosso sistema.



Um Município de 10 mil habitantes tem que ter acesso à ressonância, à tomografia e à oncologia lá em Belo Horizonte.

Tem a palavra o Sr. Helmo, por favor.

**O SR. HELMO NOGUEIRA DE SOUSA** - Eu só quero agradecer e fazer um comentário em relação à questão que o René falou, sobre o excesso normativo.

Colocamos um mapa de investimento para o Estado do Ceará, para que pudéssemos operacionalizar os pontos de atenção da Rede Cegonha. Só para vocês terem uma ideia, quando buscamos o financiamento que estava posto pelo Ministério da Saúde, os Municípios não conseguiram captar 10%. Realmente foi criado esse excesso burocrático a ponto de os recursos terem que ser vinculados à Caixa Econômica, e os Municípios terem que se sujeitar a mil e uma burocracias.

Então, esse é um processo que realmente nós temos que rever, não só em relação à questão do financiamento, mas o excesso também precisa ser visto. E eu acho que esse processo de conversão do COAP não é e não vai ser uma coisa imediatista. Esse é um processo de construção permanente.

Na perspectiva de construir e de discutir esses vários aspectos, o gestor municipal — como o Ângelo disse aqui — realmente é quem fica. E nós temos o conhecimento disso também. Estamos na região de saúde, somos solidários, discutimos e também sabemos das dificuldades. Mas eu acredito que esse processo construiu um espaço dentro da região para que os instrumentos de planejamento e o próprio contrato organizativo sejam norteadores e possam, de fato, dependendo de qual forma de gestão o Ministério realmente pretende ter, construir a governança regional.

Eu agradeço. Vou ter que sair agora.

Mais uma vez, parabenizo todos os presentes.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Obrigado, Helmo. Boa viagem e bom retorno ao Ceará! Prepare-se para nos receber lá, talvez em novembro ou dezembro.

Eu também sou da CPI do DPVAT. Na quinta-feira, vamos realizar uma audiência lá no Ceará. Também houve uma CPI na Assembleia Legislativa, e nós vamos analisar a questão do DPVAT lá.

Isabel, por favor!





**A SRA. ISABEL MARIA VILAS BOAS SENRA** - Eu também vou aproveitar para agradecer pela oportunidade do debate. Parabenizo V.Exa. pela decisão acertada de suspender esta pauta, para, de fato, podermos ampliar e aprofundar essa discussão.

O René já colocou aqui sobre esse grupo tripartite que foi instituído no CTE de julho. Inclusive, acho que precisamos aprofundar essas avaliações. O Helmo colocou — também participei diretamente desse processo de construção do contrato nas regiões de saúde do Ceará —, e eu não tenho dúvida de que esse processo de construção coletiva de fato traz ganhos e é uma riqueza. Isso possibilita, inclusive, que o Ministério entre em contato com necessidades locais, o que, de fato, minimiza, digamos assim, algumas distâncias.

No entanto — o Mauro já reiterou aqui —, houve uma decisão clara do Chefe máximo do Executivo local, do Estado. Isso não aconteceu em outros Estados. Alguns até se mobilizaram, por exemplo o Espírito Santo. Não houve somente o interesse, mas uma posição contrária da CNM em alguns momentos, logo após o decreto. E o próprio CONASS orientou os Estados para não haver a adesão, porque existe a necessidade de discutir uma série de questões.

Acho que isso nos leva a perceber que esses processos, de fato, são construídos na base, de forma coletiva, ou não têm a legitimidade para serem implementados. E aí a norma fica colocada para ser transgredida ou não ser cumprida. Acho até que, para uma efetividade das normas, nós precisamos mudar essa cultura. A possibilidade de ampliar o debate é salutar.

Em relação ao Ceará, houve uma decisão que, num determinado momento, não se sustentou. A fala do Ângelo reiterou isso, e a Lenir colocou que o Ministério não seguiu essa agenda, não a priorizou, em virtude de um programa que era vital para o País. Inclusive, na época, o dirigente da SGEP era o Deputado Odorico Monteiro. Ele deve saber das dificuldades de integrar o próprio Ministério da Saúde em prol de um projeto que é amplo, que propõe uma gestão sistêmica.

Enfim, eu acho que é o aprendizado do processo. Nós precisamos avançar nessas questões. Acho que a possibilidade de um GT tripartite agora, que possa acumular essas experiências e avançar nesse processo, é fundamental.

Eu só queria aproveitar para colocar também que vai me incomodando, de certo modo, ouvir falar dessas excessivas normas, como se elas fossem uma atribuição



meramente do Ministério. Eu até comentava com o próprio René que, depois do decreto — isto é uma coisa mais recente — as portarias deixaram de ser portarias do Ministério. Aquelas que regulamentam o sistema passaram a ser resoluções. Elas são de uma construção tripartite, são legítimas, porque são...

*(Intervenção fora do microfone.)*

**A SRA. ISABEL MARIA VILAS BOAS SENRA** - Só há 26 resoluções.

Então, temos um passivo. Obviamente há um outro grupo de trabalho se debruçando sobre isso, o que vai permitir reduzir esse tanto de normas. Muitas vezes, isso deixa os gestores confusos na ponta. Inclusive, isso vem sendo mostrado pelas auditorias que o próprio TCU tem feito no território.

Por falar em TCU, eu também queria colocar que, no campo da governança, nós temos avanços a fazer aqui. Temos que avançar nas respostas tripartites que damos a outros órgãos fora da saúde. Muitas vezes, somos interpelados nessas instâncias. Acho que, mais do que nunca, agora, inclusive num referencial teórico que o próprio TCU utiliza, não se trata de uma resposta do Ministério, do CONASEMS e do CONASS em separado. Temos que buscar consensos de fatos que demonstrem uma posição do setor saúde diante dos demais órgãos. Acho que também precisamos avançar nisso, e este é o momento oportuno para fazermos e aprofundarmos esse debate.

Mais uma vez, obrigada.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Obrigado, Isabel.

Passo a palavra ao Jurandi.

**O SR. JURANDI FRUTUOSO** - Rapidamente, quero só parabenizar o Deputado pelo seminário e principalmente pela decisão tomada de fazer uma ausculta mais ampliada sobre esse projeto. É óbvio que, nascendo na cabeça de quem viveu o sistema a vida inteira, eu não ia ser inconsequente de querer votar um projeto agora sem ouvir a maioria dos gestores sobre aquilo que pode vir a ser a favor ou contra o sistema de saúde.

A época é muito difícil. O que me preocupa é a questão do atual cenário.

Ontem, eu e os Presidentes Mauro e Gabbardo, com as suas diretorias, passamos o dia inteiro em São Paulo. Convidamos cinco grandes economistas de renome nacional, fechamos uma sala do Maksoud Plaza Hotel e ficamos lá o dia todo para discutir cenários. E os cenários não apontam, neste momento, nem por um momento breve, uma solução



para o problema do financiamento da saúde até a modificação da situação econômica do País. Isso nos preocupa bastante.

Então, queria parabenizá-lo por isso. Não é à toa, Deputado Odorico, que hoje, 13 de setembro de 2016, 18 Secretários estaduais tenham deixado os postos. O povo está ouvindo lá fora que 18 Secretários, em 19 meses, largaram os postos. E isso não é por acaso. Todos têm vontade, querem ser servidores para fazer a diferença, mas a situação é tão adversa, que eles fazem a opção por largar. E aí vêm um, outro e outro para ocupar o posto. Mauro, depois do dia 3 de outubro, após a eleição, os Prefeitos, por terem queda na arrecadação e por terem a obrigação constitucional de cumprir leis... Eu não quero nem pensar no que vai acontecer.

Eu acho que essa parada para ouvir é prudente. Andar no ambiente pantanoso em que estamos vivendo na política e na economia e fazer modificações mais sérias para aprofundar o sistema é um tanto arriscado.

Isabel, eu só queria corrigir um pequeno detalhe. O Brasil está ouvindo, e você não utilizou bem uma frase. Mas sei que não foi sua intenção. O CONASS não orientou os Estados a não fazerem COAP. O CONASS são os Secretários. Nós somos empregados deles. Quando a discussão acontece dentro da assembleia do CONASS, eles deduzem, concluem e decidem o que vão fazer. Nós técnicos apenas servimos de instrumento para levar algumas informações.

Portanto, a decisão de não fazer COAP não foi do CONASS — e ele é entendido como escritório de Brasília —, mas se tratou de uma decisão dos Secretários Estaduais de Saúde, individual e propriamente, em assembleia. E a decisão foi registrada em ata. Por tudo o que foi posto aqui, não promoveriam uma situação desfavorável para que isso acontecesse.

Eu queria apenas esclarecer isso, para que, no Brasil como um todo, não ficasse a percepção de que nós decidimos por eles. Na verdade, é o contrário. Eles é que decidem por nós.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Obrigado, Jurandi.

Mais alguém quer falar? Terão a palavra os componentes da Mesa para que façam as suas considerações finais.

Eu só queria fazer um esclarecimento. Na realidade, houve debate em relação ao projeto de lei. Tanto é verdade que o tema foi objeto de uma Subcomissão.



Evidentemente, essa Subcomissão foi presidida pelo Deputado Osmar Terra e teve a relatoria do Deputado Paulo Foletto. Ouviram o TCU, o CONASS e o CONASEMS em reuniões para discutir várias questões do SUS como um todo. Inclusive, a matéria foi fruto de um substitutivo do Deputado Paulo Foletto. Chegou-se ao ponto de estarem querendo criar um fundo do COAP.

Além de haver a Associação Regional de Saúde, o substitutivo propôs criar um fundo do COAP, tamanho foi o nível de empolgação. Tivemos aqui uma colega do TCU, a Ana Maria, que, inclusive, fez um posicionamento muito interessante sobre o COAP.

Agora, como vimos que isso tinha vindo como um substitutivo fruto de um conjunto de discussões de uma Comissão Especial, nós achamos que já podíamos fazer o debate. Aí o Deputado Jorge Solla fez um parecer aprovando o PL, mas sentimos, por parte do CONASS, do CONASEMS e do Ministério, a necessidade de debater mais. Imediatamente, isso foi acatado por nós. A Alessandra está aqui — ela foi testemunha —, e os assessores parlamentares também estiveram.

Da nossa parte, nós queremos contribuir para o aprimoramento dos SUS. Esse projeto de lei não tem nada de vaidade pessoal. Há um objetivo. Eu fui gestor por 20 anos ininterruptos. Uma coisa é ser gestor por 4 anos; agora, ter 23 anos de TCU nas costas não é pouca coisa. Graças a Deus, consegui registrar a minha candidatura sem nenhum problema. O difícil era registrar. Depois que registrou, ganhou. É uma vitória não judicializarem a campanha. São várias vitórias juntas agora.

Eu quero dizer que nós desejamos o aprimoramento. E há a convicção de que a relação interfederativa brasileira é aprimorada dentro de um processo de contratualização. O estado do século XXI é o estado contratual. Isso está claro. As experiências europeias dos estados europeus são todas contratualizadas. E são sistemas universais maduros.

Enquanto existem sistemas europeus de quase 70 anos de idade, nós estamos começando o nosso com vinte e poucos anos. Vamos fazer 30 anos daqui a 2 anos. Então, são sistemas maduros que estão contratualizados. O sistema espanhol é muito interessante. Ele é todo contratualizado. Inclusive, na contratualização, há estruturas públicas não estatais. É um pouco isso.

Agora, nós vivemos numa informalidade muito grande. Por que o sistema europeu é contratualizado? Porque ele é universal de verdade! O nosso aqui é meio universal,



porque a população de classe média alta tem um sistema paralelo, não existe o sistema privado que há lá.

Eu morei 1 ano no Canadá. Sempre que você se senta com um professor da Universidade de Montreal, ele discute a *performance* do sistema. A questão da eficiência do sistema, a *performance*, é o tempo todo debatida, discutida. O professor, o doutor da Universidade de Montreal é usuário do sistema. O professor da faculdade de medicina de Londres é usuário do sistema. O professor da faculdade de medicina está na enfermagem do hospital da universidade de Londres ao lado do trabalhador do hospital comum. Ele não tem um sistema paralelo para onde foge. Ele não tem linha de fuga.

Então, a contratualização faz parte da definição de metas e contrapartidas, tudo o que nós fazemos na informalidade. A ideia do contrato é dar segurança jurídica ao gestor. Por que o nosso gestor está todo judicializado? Porque ele não tem segurança nenhuma. A nossa ideia é essa. É por isso que nós não temos pressa. Queremos aprimorar o sistema, e com os atores do sistema.

Nós entendemos que esta Casa Legislativa existe para a produção de leis. As portarias não dão segurança, e o decreto, mais ou menos. A lei tem de aprimorar o sistema. E aí, quanto mais essa discussão do pacto federativo vier para o projeto de lei, melhor para nós. Queremos isso. É por isso que temos que ouvir todo mundo.

Feita essa introdução, vou passar a palavra ao Denílson. Depois falarão a Lenir e o Marcelo. Será nessa ordem.

Obrigado.

**O SR. DENÍLSON FERREIRA DE MAGALHÃES** - Quero apenas agradecer pelo convite, em nome da Confederação Nacional de Municípios. Colocamo-nos mais uma vez à disposição desta Casa e do Ministério da Saúde para continuarmos debatendo e construindo esse sistema, no qual temos muito que avançar.

Nós nunca fomos contra o COAP, como coloquei. Em 2011 e em 2012, orientamos os Prefeitos que não assinassem na forma como estava sendo apresentado. E, desde lá, estamos debatendo, para aperfeiçoarmos, melhorarmos e garantirmos, principalmente, a assistência à nossa população e a tranquilidade dos nossos gestores em fazer saúde.

Então, era isso.

Obrigado pelo convite.



**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Passo a palavra à Dra. Lenir Santos.

**A SRA. LENIR SANTOS** - Também quero agradecer por ter participado desta tarde, que foi bastante rica.

Quero pegar uma carona no que o Deputado Odorico acabou de dizer, não só a área da saúde, mas todas as áreas, na França, na Itália e na Espanha, são altamente contratualizadas, e o contrato é dentro do próprio poder público. Há um livro, *A Crise do Estado*, do Sabino Cassese, uma pessoa que nós até conhecemos — ele esteve no Brasil —, membro da Suprema Corte italiana, em que diz, ao falar da Itália, que uma das soluções são os contratos todos que o poder público faz com o poder público, e lá o Estado é unitário. Na França, há um livro que se chama *Governo por Contrato*, que traz toda essa questão.

Hoje, se eu fosse ser secretária de saúde, iria querer o COAP, porque ele tem lastro nessa integração e nessa definição de responsabilidades. E quem assina? O Prefeito, o Governador e o Ministro. Assim, você sente segurança. Hoje, não temos segurança.

Eu acho que o COAP é um instrumento extremamente relevante para poder fazer a integração das ações de serviço de saúde e definir as responsabilidades dos entes na região de saúde. Tudo bem que devemos aprimorar, rever, melhorar, mas esse é um instrumento que tem que ficar no Sistema Único de Saúde, porque vai trazer mais ganhos do que qualquer dificuldade em celebrá-lo.

Quero só dar um exemplo, já que você estava falando do pacto. O pacto poderia ser o elemento do contrato, porque o contrato é sempre depois. Eu sempre digo, como exemplo, que é o fecho do vestido, constrói-se tudo e, depois, fecha-se. É ele que faz isso. Eu acho que muitas vezes não há o entendimento correto do que seja o contrato.

E, para finalizar, precisamos discutir realmente a Federação. O que acontece com o Município? O Município é o que está mais próximo do cidadão. Ele é o mais lembrado pelo cidadão e é o que está mais distante, o mais esquecido pela União, mas é o mais pautado — esquecido e pautado o tempo todo. Então, nós precisamos sair realmente desse impasse que vivemos há tanto tempo.

Agradeço por estar participando desta reunião.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Com a palavra o Marcelo, por favor.



**O SR. MARCELO ANDRÉ BARBOSA DA ROCHA CHAVES** - Gostaria também de agradecer o convite, Deputado. Foi uma honra, um prazer poder contribuir com esta discussão.

Ouvi os comentários de vários colegas, o do Deputado Solla, o do Secretário Ângelo, enfim, sobre a questão da angústia. Lembrei-me de uma piada, que vou tomar a liberdade de contar. Vocês conhecem aquela história da diferença entre o auditor e o terrorista? A diferença é que o terrorista tem seguidor. *(Risos.)*

Essa brincadeira não fui eu que criei, os colegas no Tribunal contam para ilustrar situações como esta. Nós, no Tribunal, não temos a intenção, não gostamos, não sentimos prazer em multar um gestor. Temos vários casos de fraude, e aí é necessário apenar mesmo o gestor. Da mesma forma, sabemos que muitos gestores são apenados por desconhecimento.

O que eu posso recomendar, apesar de saber que não é fácil para os gestores, é que documentem suas decisões, não tenham medo de tomar uma decisão que vocês julguem que seja correta. Mesmo diante da fragilidade das assessorias jurídicas, tentem ao máximo documentar as decisões, justificá-las. Nós vemos muitos casos, numa primeira instância, no Tribunal, de condenação de um gestor por falta dessa documentação. Eventualmente, numa fase recursal, ele consegue reverter isso, porque tem um documento como prova — é importante isso! E isso, na verdade, passa pela questão do treinamento dos funcionários, que, sabemos, é difícil. A rotatividade prejudica. Mas isso tudo passa pela questão da governança, de tentar melhorar a questão da governança.

Para finalizar, quero dizer que o trabalho, que eu mencionei, está sendo monitorado e, assim que nós o concluirmos, faremos chegar ao Deputado.

Estamos no Tribunal à disposição de todos os senhores.

Quero agradecer a todos.

**O SR. PRESIDENTE** (Odorico Monteiro. PROS - CE) - Dificilmente os nossos seminários chegam a esta hora. Talvez esta seja a única Comissão que esteja funcionando na Casa a uma hora dessas, às 19 horas. Isso mostra que a turma da saúde é sempre aguerrida, e somos comprometidos.

De certa forma, fica agendada a votação do requerimento para a realização dos dois seminários. Um deles será sobre o plano decenal. Então já ficam convidados o TCU, a CNM, o CONASS, o CONASEMS, o CNS. Iremos debater dois projetos de lei que,





entendemos, são estruturantes para o SUS. Não queremos aprová-los por aprová-los, até porque isso não acontece. Nós queremos o fortalecimento do sistema, com a participação de todos.

Convido a todos para tirarmos uma foto, a fim de registarmos este momento tão importante.

Agradeço à ONG Elos, que está presente. Uma salva de palmas para eles.  
(Palmas.)

Nada mais havendo a tratar, agradeço a presença de todos.