

Do Pacto de Gestão ao Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP: olhando a gestão do SUS na Bahia

Management Pact to Organisational Contract of Public Action - COAP : looking SUS management in Bahia

Joana Rocha e Rocha¹
Túlio Batista Franco²

RESUMO

Este estudo indica que o Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP, anunciado pelo Ministério da Saúde não uma mera “substituição” do Pacto de Gestão, mas um instrumento de “aprimoramento” da gestão e mais uma ferramenta. O contrato não terá o condão de resolver problemas históricos do SUS como, por exemplo, a falta de financiamento, a disputa técnica e política do modelo de atenção à saúde passível de ser implantado, a necessidade de consenso e cooperação para o sucesso na execução de políticas de saúde, dentre outros. Mas, abre um terreno para se incorporar na gestão da saúde pública técnicas gerenciais já utilizadas largamente em outros países, e que tem apresentado resultados positivos. A utilização de mecanismos que estimulem o diálogo e a articulação entre os gestores possibilita a gestão pública da saúde a acompanhar a tendência mundial da gestão por resultados, bem como a ampliação da responsabilização solidária.

Palavras-chave: COAP, SUS, Gestão, Saúde.

ABSTRACT

This study indicates that the Organisational Contract of Public Action - COAP , announced by the Ministry of Health not just a " replacement " of the Management Pact , but an instrument of " improvement " management and more a tool. The contract will not have the power to solve SUS historical problems such as the lack of funding , technical dispute and care model of health policy that can be implemented , the need for consensus and cooperation for the successful implementation of health policies , among others. But open land to incorporate in the management of public health management techniques already widely used in other countries, and has shown positive results . The use of mechanisms to encourage dialogue and coordination between managers enables public health management to follow the global trend of results by management, as well as the expansion of joint accountability.

Keywords: COAP, SUS, Management, Health.

¹ Advogada, sanitarista, mestre em saúde coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

² Professor doutor da Universidade Federal Fluminense.

INTRODUÇÃO

Este estudo pretende analisar, a partir da percepção dos gestores da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), no período compreendido entre 2007-2012, o entendimento acerca da utilização dos processos de pactuação e contratualização de responsabilidades sanitárias como ferramentas de gestão no Sistema Único de Saúde da Bahia (SUS – Bahia).

Além disso, a publicação do Decreto Federal nº 7508/11(Brasil, 2011) – verdadeiro marco regulatório no processo de gestão no SUS, ao introduzir um instrumento jurídico para alinhar o conjunto de ações, recursos e responsabilidades sanitárias dos três entes federados, revelou-se uma oportunidade de aprofundar os meus conhecimentos sobre esse tema de grande relevância para o campo da Saúde Coletiva e, também, do direito, minha área de formação original.

No caso específico do Estado da Bahia, diversas lacunas pairam sobre o processo de implantação do Contrato Organizativo de Ação Pública, além da escassez de produção acadêmica, que permita avaliar o processo de implantação do Pacto de Gestão na Bahia, sob o espectro do cumprimento das responsabilidades sanitárias.

A implantação do Pacto de Gestão na Bahia, por sua vez, enfrentou limitações, especialmente na gestão estadual, de modo que a mera “substituição” do instrumento de pactuação, ou mesmo o “aprimoramento”, talvez não sejam suficientes para garantir o cumprimento das responsabilidades sanitárias pelos entes da federação. Portanto, pretendemos analisar, a partir da percepção dos gestores da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, no período compreendido entre 2007-2012, o entendimento acerca do processo de pactuação e contratualização de responsabilidades sanitárias no SUS Bahia.

Para tanto, descreveremos as percepções dos gestores da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia em relação ao Pacto Pela Saúde e ao Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) a partir da identificação das dificuldades e ou facilidades para implantação dos Contratos Organizativos de Ação Pública na organização das responsabilidades sanitárias entre os entes federativos.

As respostas às essas questões poderão contribuir para o debate acerca da utilização dos processos de pactuação e contratualização de responsabilização sanitária pelos entes federativos como verdadeiras ferramentas de gestão, com vistas a garantir o seu cumprimento e conseqüente consolidação da gestão solidária do SUS. Além disso, a identificação dos

elementos facilitadores e limitadores do processo de implantação do Pacto de Gestão no Estado podem subsidiar a gestão do SUS na Bahia, na implantação do novo instrumento, qual seja o COAP.

Vale ressaltar ainda que a temática dos Contratos Organizativos de Ação Pública – COAP é extremamente atual, sendo que desde a publicação do Decreto Federal nº 7508/2011 (Brasil, 2011, c), conforme informações disponíveis no Portal do Ministério da Saúde, foram assinados contratos desta natureza apenas nos Estados de Sergipe, Ceará e Mato Grosso do Sul.

O Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP

De acordo com o discurso institucional do Ministério da Saúde, o instituto do Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP - “acordo de colaboração entre os entes federativos para organização da rede interfederativa de atenção à saúde”, conforme o Decreto Federal nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8080/90, pode ser entendido como um dispositivo que “aprimorou” o antigo Termo de Compromisso de Gestão (previsto pelo Pacto de Gestão) e, portanto, viabilizaria uma relação entre os entes federativos com maior segurança jurídica, com maior transparência das suas respectivas responsabilidades, dentre outros aspectos (BRASIL, 2011, p. 78).

Conforme ensinamento de Santos L., (2012), os contratos organizativos encontram respaldo constitucional através do art. 37, § 8º, da CF, que previu acordos organizatórios, visando a ampliação da autonomia dos entes e órgãos públicos em nome da maior eficiência dos objetivos públicos. Todavia, adverte que somente contratos organizativos serão capazes de vincular os entes federativos signatários na organização das redes de saúde, no que se refere às suas obrigações, responsabilidades e demais compromissos, e que sem eles a governança da rede poderá ser falha, ante a ausência de segurança jurídica aos compromissos sanitários pactuados.

Interessante observar que o Ministério da Saúde trata o processo de transição do instrumento Pacto pela Saúde para o Contrato Organizativo de Ação Pública como um “processo de aprimoramento” muito bem ilustrado pela Figura 1:



Figura 1: Pacto pela Saúde e o COAP
 Fonte: Ministério da Saúde, 2013²

Depreende-se da figura acima que o Termo de Compromisso de Gestão (TCG) segue um modelo padronizado composto de seis cláusulas (objeto, atribuições e responsabilidades sanitárias dos Estados, objetivos e metas prioritárias dos Pactos pela Vida e de Gestão, indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, revisão e publicação) e os seguintes anexos: Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP)³, Termo de Limite Financeiro Global (TLFG) e Declaração de Comando Único (DCU).

O Contrato Organizativo por sua vez, de acordo com suas diretrizes gerais, é consubstanciado a partir das decisões nacionais dos entes federativos na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e os consensos referendados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), devendo suas regras de operacionalização durante a execução serem discutidas na Comissão Intergestores Regional (CIR) e é organizado em quatro partes, como bem ilustra a figura abaixo (Brasil, 2012):

² Brasil, 2013, Caderno de Informações par a Gestão Interfederativa no SUS, página 19 disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_160813.pdf último acesso em 19 de setembro de 2013.

³ PORTARIA Nº 161, DE 21 DE JANEIRO DE 2010* Dispõe sobre o art. 3º da Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que versa sobre o Termo de Cooperação entre Entes Públicos.

Figura 2:



Figura 2: Estrutura do COAP

Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, 2012)

Sandro Terabe⁴, coordenador geral de contratualização do Ministério da Saúde, defende que

Entre as dificuldades estão a capacidade, a forma de condução desse processo e a mudança de cultura (...) o COAP é o produto do processo de planejamento integrado realizado na região. Ele facilita a organização do sistema, mas não resolve todos os problemas. Quem faz a mudança são as pessoas que estão lá dentro, essa é uma ferramenta para tentar garantir acesso com qualidade em tempo adequado às necessidades de saúde dos cidadãos e oferecer maior segurança jurídica frente aos compromissos assumidos entre os entes federativos. O COAP é a oportunidade para construção de um a nova gestão sistêmica do SUS.

Santos L., (2002, p.143), por sua vez, ao destacar a importância da política de contratualização, podendo ser considerada como a ligação entre os entes descentralizados, o poder central e a sociedade, adverte:

No SUS, fundado na descentralização com regionalização, na interdependência dos entes nas redes de serviços, o contrato é um vínculo importante entre os entes para definição de responsabilidades. Há atividades que são comuns aos entes públicos, mas que não se realizam a contento se praticadas isoladamente, havendo necessidade de conjugação dessas competências.

Ao tratar da função dos contratos organizativos, afirma ainda que:

⁴ Extraído de <http://www.fehosp.com.br/v2/servicos/eventos/audhosp/audhosp/2013/noticias/exibir/?id=892> em 23 de setembro de 2013.

[...] são uma forma de o Estado se relacionar no interior da própria administração pública com o intuito de torná-la mais eficiente. [...] No campo da descentralização territorial, que encerra o risco da fragmentação dos serviços, a interação entre os entes prestadores de serviços é importante para permitir a sua reaglutinação sem se perder a independência da gestão.

A contratação clássica, que deriva os chamados contratos comutativos, pressupõe a existência de um acordo de vontades entre duas pessoas com interesses distintos, sendo o contrato a via jurídica para a troca de bens econômicos entre os contratantes, exaurindo-se o vínculo obrigacional entre as partes a partir da execução da prestação (ASCARELLI *apud* JUSTEN FILHO, 2005).

Acerca da distinção entre contratos comutativos e contratos organizacionais, Justen Filho (2005, p. 49) destaca que

[...] as pessoas integrantes da Administração Pública podem comprometer-se a conjugar esforços e recursos para o atingimento de fins de interesse comum. Nesses casos, existe uma contratação, na acepção da configuração de um acordo de vontades apto a gerar direitos e obrigações para as partes. Mas não é possível reconhecer-se em contrato exatamente idêntico àquele que é instrumento das trocas econômicas.

Desse modo, o regime jurídico das contratações públicas difere do regime jurídico clássico do Direito Civil. Àquele é atribuída natureza vinculante, não se tratando de mera questão política, de modo que, exemplifica Justen Filho (2005, p. 52) “se a União se vincular perante um Estado, assumindo o dever de realizar determinadas transferências voluntárias de recursos, existirá um dever jurídico cujo adimplemento será protegido pelo Direito”.

No que tange a validade desses contratos administrativos o referido autor lista os seguintes requisitos: a) Respeito às exigências constitucionais e legais pertinentes, buscando limitar as contratações dessa ordem a se evitar, conseqüentemente, o abuso do direito; b) Observância ao Princípio da Legalidade, a fim de reforçar o caráter indispensável da autorização legislativa para a execução dos atos.

No entendimento de Santos L. (2002, p.145):

Na área da saúde, o contrato organizativo veste como uma luva para a organização dos sistemas regionais. Pois são contratos que unem os entes federativos, ao mesmo tempo em que se definem as responsabilidades e obrigações de cada um na rede de serviços que deverá prover a saúde da comunidade. Trata-se de um documento no qual os entes se reúnem em favor da organização de seus serviços para o atendimento da população, a grande credora das obrigações ali definidas.

As competências na área da saúde pública não são claras nem precisas, por esse motivo os contratos administrativos seriam de grande valia para o estabelecimento das responsabilidades de cada ente federativo (SANTOS L., 2002).

Dentre algumas características do contrato de ação pública na área da saúde são: garantia da integralidade da assistência à saúde; horizontalidade nas negociações; interdependência dos entes contratantes; solidariedade sistêmica; função organizativa; referenciamentos do cidadão na rede e compensação financeira ao ente federativo responsável; multilateralidade de contratantes; e igualdade jurídica das partes (SANTOS, 2002).

Nas palavras de Santos (2002, p.147)

No caso do SUS, não há outra forma de se organizar um sistema polissêmico, um sistema em rede que perpassa diversos territórios municipais e exige coparticipação dos entes. O contrato organizativo será um elemento essencial para unir os entes em torno da execução de uma função pública comum a todos, interdependentes e ao mesmo tempo descentralizada.

Ao definir o contrato organizativo na área da saúde, Santos (2002, p.148) o coloca como “(...) mais que um programa, a própria rede de atenção à saúde, o próprio sistema de saúde, que deve ser organizado em rede. Organiza-se, na realidade, o sistema de saúde regional; é o meio pelo qual se regulam as relações de interdependência dos entes federativos no SUS”.

Uma outra questão que merece reflexão é se os contratos organizativos previstos pelo Decreto nº 7508/2011 teriam natureza vinculativa para os entes federativos.

Jean Keiji Uema, consultor jurídico do Ministério da Saúde, em parecer sobre minuta do Decreto em questão, sustenta que o SUS é matéria de competência comum dos entes federados (art. 23, II, da CF) e abarca recursos e ações de todos os entes, devendo, portanto, atuarem obrigatoriamente de maneira harmônica e integrada.

[...] nem se pode dizer que o acordo necessário entre os entes está implícito ou subentendido nas normas da lei, eis que é uma obrigação que salta diretamente dos textos dos dispositivos para os olhos de quem interpreta. Cabe referência à regra *verba legis cum effectu sunt accipienda* segundo a qual não há palavras inúteis ou ociosas na lei, devendo o intérprete garantir-lhes a eficácia e o resultado [...] (UEMA,2011, p. 6).

MÉTODOS

Para buscar entender este processo no estado da Bahia, a produção de dados se deu no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) localizada na cidade de Salvador – BA e os sujeitos participantes foram os gestores da SESAB que atuaram/atuam na gestão estadual, no período compreendido entre 2007-2012. Como critério de inclusão adotamos o fato dos gestores atuarem ou terem atuado na gestão estadual no período 2007-2012 ou não atuarem diretamente com o processo de formalização da pactuação de responsabilidades sanitárias (Pacto de Gestão).

Por ser um estudo qualitativo, não houve uma preocupação inicial de delimitarmos a quantidade numérica dos participantes. Nesse sentido, participaram do estudo dois (02) sujeitos, sendo que um deles atua na gestão e o outro atuou, no intervalo eleito para realização da pesquisa. Para a coleta de dados utilizamos duas técnicas: entrevistas semiestruturadas e análise de documentos a partir de relatórios de gestão, atas da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia, e outros documentos disponíveis nos sites oficiais ou disponibilizados pelos setores Coordenação de Projetos Especiais (COPE) e Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regionalizada (DIPRO).

Na análise dos dados utilizamos o método de análise de conteúdo que, conforme Minayo (1999) significa mais do que um procedimento técnico, fazendo parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais.

No presente estudo, a exploração do material se deu a partir de uma leitura flutuante das entrevistas transcritas, e nos permitiu a identificação dos núcleos de sentidos descritos a seguir, a partir das respostas apresentadas às questões previstas nas entrevistas semiestruturadas, tendo sido feito um agrupamento dessas respostas segundo similaridade de conteúdo.

O conteúdo das entrevistas foi analisado ainda com suporte de referencial realizado a partir de revisão bibliográfica sobre descentralização, responsabilidade sanitária, concertação, pactuação e contratualização na administração pública.

Por fim, foram elaboradas as categorias de análise, a partir do tratamento do material pesquisado por meio da codificação, classificação e interpretação, oportunidade que nos permitiu fazer inferências e interpretações à luz dos objetivos propostos. Esse momento, portanto, nos oportunizou a elaboração das seguintes categorias: 1 – Pacto de gestão: a compreensão dos gestores; 2 – O reflexo da celebração do pacto na gestão do SUS: a percepção dos gestores da SESAB; 3 – A contratualização das relações interfederativas:

ferramenta de gestão para alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade da resposta do sistema às necessidades da população.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de construção do Pacto de Gestão na Bahia

O Estado da Bahia aderiu ao Pacto pela Saúde em junho de 2007, em um processo participativo e eficiente de discussão do Termo de Compromisso de Gestão Estadual, no qual participaram SESAB, Conselho Estadual de Saúde – CES-BA, Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia – COSEMS-BA e MS, desde a discussão até o preenchimento da planilha de responsabilidades (PINTO *et al.* 2007, p. 35).

No ano de 2007, consoante informações do Relatório Anual de Gestão (BAHIA, 2007, p. 67) daquele ano, teve como resultado efetivo a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Estadual e dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, em 12 municípios: Belo Campo, Dias D’ávila, Feira de Santana, Itamaraju, Mata de São João, Paulo Afonso, Pojuca, Porto Seguro, Salvador, Teixeira de Freitas, Vera Cruz e Vitória da Conquista.

Em estudo sobre o processo de implantação do Pacto de Gestão na Bahia “pode-se dizer que a implantação do Pacto de Gestão na Bahia avançou pouco no período de 2006 a 2009, considerando que o estado conta com 417 municípios e que apenas 90 (21%) tinham aderido até então” (RIBEIRO, 2010, p. 31). Isso se deve, ainda segundo a autora, às dificuldades históricas de consolidação do SUS no Estado, tendo sido um dos últimos a ser habilitado na Gestão Plena do Sistema Estadual, bem como as dificuldades referentes ao avanço do Pacto.

A partir de informações da Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regionalizada (DIPRO), por meio do seu Relatório Anual de Gestão de 2011⁵ verificamos uma menor taxa de adesão ao Pacto no ano de 2011 (BAHIA, 2011). De acordo com o referido relatório o “Pacto de Gestão será incorporado pelo Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) e motivos que levam as dificuldades vigentes poderão persistir nos novos modelos organizativos do SUS” (BAHIA, 2011, p.11).

Com a publicação da Portaria nº 1.580 de 19 de julho de 2012, a qual afastou a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito

⁵ Até a conclusão desta dissertação não conseguimos ter acesso ao Relatório de Gestão de 2012.

Federal e Municípios, verificamos uma adesão automática e em bloco, bem como o encerramento de todo o processo formal de adesão ao pacto até então vigente para dar lugar à transição ao Contrato Organizativo de Ação Pública, que de acordo com o discurso do Ministério da Saúde é um “aprimoramento” do Pacto pela Saúde e não uma mera substituição de instrumentos.

Analisaremos as categorias analíticas abaixo relacionadas, que nos permitiu fazer inferências e interpretações a luz dos objetivos propostos por este estudo.

Pacto de Gestão: a compreensão dos gestores da SESAB

Verificamos através da fala dos gestores que, o Pacto pela Saúde, resultou de uma evolução na forma de regulamentação do Sistema Único de Saúde. Além disso, chamaram a atenção ao contexto político de implantação do Pacto de Gestão no Estado da Bahia, o qual foi marcado por amplas mudanças nas equipes gestoras no governo estadual.

Ressaltamos também a questão das dificuldades encontradas no processo de implantação do Pacto de Gestão, o Gestor 1, relatou:

(...) Então, naquele momento, **o movimento era mais político** do que concreto, real e foi logo após o pleito eleitoral daquele período. **Já havia uma mudança no cenário político.** (...) Era até uma forma de levar o estado a fazer um posicionamento, não aquele estado, mas o outro queria. O próximo governante, na verdade. Com isso não tivemos avanços no estado da Bahia naquele movimento.

Passamos então para o movimento de implantação do pacto no estado com a nova gestão. Tivemos algumas dificuldades, porque isso implicava em outras bases de discussões que passavam pelo processo de regionalização do estado que foi feito um novo desenho, um novo plano diretor, que levou um pouco mais de um ano para ser definitivamente pactuado e consolidado com o novo desenho, com os novos discursos. (...) (Entrevistado 1).

O Gestor 2, em abordagem ainda às dificuldades, tece uma crítica ao processo da “descentralização tutelada”:

(...) as normas operacionais básicas tinham um peso burocrático muito grande e parecia haver um certo pressuposto de que, embora a municipalização fosse defendida na constituição e em todo o processo de desenvolvimento do SUS, ela deveria ser um processo gradual, com um certo receio de que os municípios não estariam preparados tecnicamente para receber todos os recursos para a gestão do SUS e ao mesmo tempo um receio de que a corrupção estivesse mais localizada nos municípios pela distância dos processos de controles, com mil e tantos municípios no Brasil, ao mesmo tempo uma visão então de que algumas prerrogativas deveriam acontecer para que os municípios pudessem receber os recursos para a gestão do SUS.

Essa foi uma visão à época, uma visão da qual eu não compartilho, mas que, foi uma visão predominante no momento e que no meu modo de ver orientou

as normas operacionais. Isso fez então, com que uma série de condicionantes fossem criadas, para que os municípios pudessem assumir as suas responsabilidades sanitárias (...) (Entrevistado 2).

O Pacto pela Saúde permitiu uma mudança de visão no processo de organização das pactuações locais, regionais, estaduais, federais no SUS, na medida em que mudou as regras para recebimento dos recursos do SUS, até então condicionadas a critérios ligados ao desenvolvimento do ponto de vista técnico e da gestão, para uma perspectiva de que responsabilidade sanitária é uma responsabilidade de todos e que os colegiados regionais precisam ser os espaços de debates e discussão, viabilizando um processo de pactuação dialogado.

O reflexo da celebração do pacto na gestão do SUS: a percepção dos gestores da SESAB

Os entrevistados apontaram os aspectos positivos, avanços a partir do processo de implementação e também as dificuldades e limitações do instrumento de pactuação.

Dentre os avanços do Pacto de Gestão apontados pelos entrevistados podemos mencionar a possibilidade de maior flexibilidade no uso dos recursos, a oportunidade para o processo de negociação e construção de consensos, a criação dos espaços interfederativos de negociação, os Colegiados de Gestão Regionais, a reinserção do protagonismo dos municípios nos processos decisórios, a valorização da regionalização que possibilita relações interfederativas mais horizontalizadas, a viabilidade de se construir um planejamento com vistas a assegurar um padrão mínimo de integralidade e uma mudança na visão das responsabilidades dos entes na organização das ações de saúde.

Ao confrontarmos a fala do Entrevistado 1 com a do Entrevistado 2, verificamos uma convergência em relação aos avanços e retrocessos citados.

[...] O efeito importante que o Pacto teve foi, além do debate, que ele permitiu a organização dos colegiados intermunicipais, dos colegiados regionais, esses colegiados na Bahia surgiram no movimento do Pacto pela saúde, muitos deles surgiram, mas não funcionaram na prática, apenas alguns deles, os quais funcionam até hoje como espaço de articulação, isso foi outro produto importante do processo de discussão do Pacto pela Saúde. [...] (Entrevistado 2).

O Pacto foi um avanço em relação à NOAS, pois deu mais concretude a um espaço onde as relações interfederativas poderiam ser trabalhadas com outro olhar. No entanto, também se tornava mais evidente o nível de competição ou consenso ali existente. Até então,

o único espaço de pactuação era a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que se revela como uma arena de disputa política e técnica de todo o Estado.

[...] Porque a gente não pode esquecer que são arenas políticas micro regionais e que, por consequência, os gestores eles estão atrelados a governos que nem sempre tem a mesma leitura e nem tem a mesma estrutura de governo ou comprometimento, ou responsabilidade ou ideologia até. Qual é a maneira que cada um leva. Essa bandeira existia e era muito mais individual do que regional. Até porque espaço regional não existe no ponto de vista federativo (Entrevistado 1).

De acordo com o relato do entrevistado 01, nos Colegiados Regionais foi possível aos municípios enxergar a região de forma mais objetiva e **identificar suas demandas e necessidades**. Contudo, muitas vezes, a participação do município nesses Colegiados se dava de “forma cartorial”, como por exemplo, nas situações em que se fazia necessário “passar no CGMR” apenas para “dar ciência” como no caso dos Planos Municipais de Saúde, no caso de projetos de implantação do SAMU, ampliação de leitos de UTI, construção de unidades de saúde, entre outras. (Grifos nossos).

Outro avanço importante do Pacto de Gestão citado pelo entrevistado 02 foi a reinserção do protagonismo dos municípios nos processos decisórios, sem, contudo, restringir o processo de municipalização a uma visão com foco apenas no município, na medida em que valorizou a regionalização, em uma perspectiva diferente da utilizada na NOAS.

O pacto inova ao não exigir habilitação para Estados e Municípios, substituindo pela adesão ao Termo de Compromisso e Gestão (TCG), conforme estabelecido na NOB 01/96 e na NOAS 2002. Dessa forma, passa a existir gestores que possuem atribuições definidas e metas a cumprir, ao invés de município ou estado habilitado e não habilitado. Essas metas, objetivos, as responsabilidades e atribuições de cada gestor e os indicadores de monitoramento são contidas no TCG (GUERREIRO, 2009).

No que se refere às limitações do Pacto de Gestão verificamos uma convergência nas falas dos entrevistados ao apontarem a “fragilidade” do instrumento como um fator que resultava em uma baixa credibilidade dos gestores no instrumento.

Entre as limitações relatadas pelos entrevistados, citamos o fato da Lei de Responsabilidade Sanitária não ter avançado e cita a tentativa da SESAB de construir termos de responsabilidade sanitária junto à auditoria. Reconheceram ainda, que, o Pacto de Gestão na Bahia, o qual surge como uma possibilidade de avanço nas relações interfederativas, “perdeu um pouco o fôlego” em razão da descrença dos gestores diante das dificuldades

enfrentadas durante o processo de pactuação. Também foi apontada a utilização cartorial como um dos grandes entraves na consolidação do Pacto, em que o Estado criou uma Resolução para disciplinar a adesão à este, corroborando, assim, com o caráter cartorial das normas operacionais que o Pacto pretendia superar.

Para além disso, a Programação Pactuada Integrada (PPI) – iniciada em 2009 e concluída em 2010 - não solucionou os problemas de financiamento já enfrentados anteriormente.

[...] Então, trabalhar com termo de compromisso de gestão, trabalhar com o pacto pela saúde, tanto do pacto de gestão quanto o pacto pela vida e o pacto político, que era o pacto pela saúde sem financiamento é muito complicado. Então é assim, você não consegue operacionalizar sem rever o financiamento ou com a que a mesma estrutura de financiamento que estava posta. Sem recurso novo, realmente complicava o processo de interação e de integração, concessões e construções regionais [...] (Entrevistado 1).

Em contrapartida, de acordo com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (2011, p. 2), a PPI se revela um dos instrumentos para auxiliar na otimização da aplicação dos recursos de média e alta complexidade do SUS, subsidiando o financiamento dessa parcela de serviços de saúde que são abrangidos pelo sistema público:

A construção desta [PPI], na Bahia, tentou não ser meramente um processo de alocação de recursos financeiros a serem repassados pelo Ministério da Saúde à MS para custeio dos serviços especializados ambulatoriais e hospitalares. Foi um momento privilegiado para atualizar e projetar as necessidades de configuração da rede de serviços de saúde, especialmente àqueles de média e alta complexidade. Neste processo, iniciou-se a conformação das redes de atenção, com a definição atual e futura das ofertas a serem empregadas como referência nos principais polos micro e macrorregionais (BAHIA, 2011, p. 2).

Ainda segundo o Entrevistado 01, mesmo ao assumir o comando único, os municípios se deparavam com dificuldades técnicas de fazer a gestão dos serviços em razão do subfinanciamento, comprometendo a assistência à população e exigindo, conseqüentemente, a intervenção do Estado que acabava tendo que entrar no processo para fazer algum nível de apoio.

[...] Então, a responsabilidade sanitária de fato não era assumida e o Pacto de Gestão não trouxe essa possibilidade de garantir que isso fosse formalmente assumido pelos municípios [...] (Entrevistado 1).

Outra limitação apontada pelo Entrevistado 2 refere-se à “fragilidade” do instrumento utilizado pelo Pacto, o que não permitiu um avanço em relação à pactuação das responsabilidades sanitárias das relações federativas do SUS na Bahia:

[...] ele não tinha uma potência e essa era a principal crítica ao pacto, que ele não garantiria a sustentabilidade das pactuações, ou seja, ele era infralegal, então as responsabilidades assumidas, os compromissos assumidos com os gestores perante todos, do ponto de vista legal eles não teriam peso e um possível não cumprimento do pacto não geraria nenhuma consequência para os municípios, nem para o estado.

Então, isso foi o que fragilizou o pacto e essa falta de credibilidade então, fez com que ele não se desenvolvesse mais para além do processo de debate na Bahia. Então, **do ponto de vista da pactuação das Responsabilidades Sanitárias das relações federativas no SUS, o pacto teve um efeito limitado** (Entrevistado 2).

A contratualização das relações interfederativas no âmbito do SUS por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública, instrumento instituído por meio do Decreto Federal nº 7508/2011 revela-se uma ferramenta de gestão com potência para viabilizar maior efetividade, eficiência e qualidade da resposta do sistema às necessidades da população usuária do Sistema Único de Saúde.

No concernente às diferenças entre o Termo de Compromisso de Gestão, previsto pelo Pacto de Gestão, e o Contrato Organizativo de Ação Pública verificamos aproximação nas falas dos entrevistados quando apontam o peso da natureza jurídica do segundo instrumento. Vejamos:

[...]o contrato, na verdade, COAP ele, antes de tudo, é um instrumento jurídico, por ser um contrato que é assinado entre prefeitos, governador e Ministro da Saúde, enfim, ele é de fato um instrumento jurídico que é isso que ele se propõe a ser e para a construção desse contrato, para a gente chegar ao termo, a gente considera que ele traz no bojo dessa construção uma grande oportunidade de reorganizar esse espaço que já existem interfederativos e dos processos de construção e participação [...] (Entrevistado 1).

[...] Os municípios não vão só pactuar entre si com o Estado e com o Governo Federal as ações, eles vão contratualizar e esses contratos vão tentar organizar as ações de saúde na região. Ele traz uma força de maior institucionalização para a organização do SUS e garante aí, supre a lacuna do termo de compromisso de gestão previsto pelo pacto. Acho que essa é a principal diferença entre os dois. [...] na medida em que ele, sendo um contrato, tendo força legal, ele puxa com mais força o processo de presença nas pactuações, no acompanhamento, no monitoramento do contrato, na gestão do contrato nas regiões. Então, a força legal dele, além de trazer a noção de consequência para as responsabilidades e compromissos assumidos (Entrevistado 2).

Para além da natureza jurídica outras diferenças foram observadas, a exemplo do formato do COAP, pois o seu processo de construção deve se dar de modo imbricado à construção das redes de atenção previstas no Decreto Federal nº 7508/11, cumpridas a partir da realidade sanitária existente de fato em cada território. Esse processo exige conhecimento da real situação, fazendo-se necessário reconhecer a região de saúde por meio do mapa da saúde.

Em relação à compreensão sobre o COAP, um dos entrevistados (Entrevistado 2) chama atenção ao fato da regulamentação da Lei nº 8.080/90 ter trazido um balizamento importante para a gestão do SUS, ao explicitar as ações em saúde consideradas para efeito de destinação de recursos pelos gestores da saúde. Cita, ainda, embate judicial enfrentado até então pelos gestores em razão da falta de regulamentação.

[...] então essa regulamentação é importante também, porque encerra o limite, qual é a responsabilidade desse ponto de vista financeiro do Ministério, das instâncias federativas de responsabilidade com a gestão da saúde no país. Então, previamente o contrato de organização de ação pública teve isso, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 e a relação das ações, do que são ações de saúde [...] (Entrevistado 2).

Vale destacar algumas das apostas que estão sendo feitas em torno da implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública. São elas:

a) A segurança jurídica oportunizada pela natureza jurídica do COAP.

Espera-se que a assinatura de “contratos” pelos gestores representantes de cada ente federativo iniba o descumprimento de ações pactuadas e, conseqüentemente, a responsabilidade sanitária desse ente, o que não aconteceu no processo de implementação do Pacto de Gestão, por se tratar de um mero compromisso sem força legal perante o judiciário.

b) Maior efetividade, eficiência e qualidade da resposta do sistema às necessidades da população, traduzida na garantia de acesso com qualidade.

O fato da construção do Contrato ser pautada a partir da utilização de ferramentas como o mapa da saúde⁶, mapa de metas, redes de atenção à saúde⁷, Relação Nacional de

⁶De acordo com Santos (2011), o mapa da Saúde é uma descrição geográfica da distribuição de profissionais, ações e serviços ofertados pelo SUS e iniciativa privada. Ele tem o papel de auxiliar da identificação das necessidades de saúde da população, elemento essencial para a construção dos planos e programações, além de orientar o planejamento integrado no âmbito das regiões de saúde (Brasil, 2011).

⁷Conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (Brasil, 2011).

Ações e Serviços de Saúde (RENASES), Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que também integram o referido instrumento permitindo com que se estabeleçam parâmetros assistenciais regidos por contrato, pode representar um estímulo ao aumento da qualidade assistencial.

c) Aperfeiçoamento da gestão financeira a partir da otimização de recursos.

Outro ponto que merece atenção especial é o tratamento dado às responsabilidades orçamentárias e financeiras (como o financiamento global do contrato, custeio e investimento, formas de incentivo, cronograma de desembolso e as regras nacionais e estaduais sobre financiamento) pelo COAP.

Assim, a ideia é superar o financiamento através de blocos previsto pelo pacto, por meio da utilização do plano orçamentário a partir das necessidades de cada região com necessário atrelamento às metas e programações de saúde pactuadas para aquele espaço, potencializando o uso dos recursos assistenciais e financeiros, na forma estabelecida pelos princípios do SUS.

d) Aperfeiçoamento do processo de acompanhamento, avaliação e fiscalização das ações e compromissos assumidos pelos entes signatários.

O fato do Decreto nº 7508/2011 (BRASIL, 2011c) ter previsto que os dados para acompanhamento do cumprimento das metas contratuais estabelecidas, seu desempenho e aplicação dos recursos disponibilizados deverão ser alimentados em Sistema de Informação específico para monitoramento dos respectivos Conselhos de Saúde representa um grande salto para efetivação da gestão participativa. Além disso, poder ter reunidas em um só documento todas as ações e responsabilidades de cada ente signatário, que muito facilitará o resultado do trabalho do Sistema Nacional de Auditoria.

Entraves e desafios para implantação do COAP na Bahia

Foram apontados como principais entraves e desafios à implantação do COAP na Bahia a relação com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde COSEMS, o subfinanciamento da saúde - mesmo com o advento da Lei Complementar nº 141⁸, que regulamentou a Emenda Constitucional nº 29 - e o receio dos gestores em assinarem os instrumentos, seja por causa da natureza jurídica dos mesmos, seja por conta da insuficiente compreensão técnica, jurídica e política acerca dos instrumentos.

⁸ Regulamenta o financiamento, extinguindo a condição de incentivos financeiros de programas para o financiamento da saúde.

O Entrevistado 1 ressalta a dificuldade de compreensão e de como operacionalizar este COAP com o COSEMS, informando, inclusive, que por se tratar de um espaço de disputa, o processo segue ora com avanços, ora com recuos, tendo recentemente a entidade pontuado necessidade de maior discussão da agenda antes de se iniciar o processo de assinatura dos respectivos contratos.

Interessante observar que essa falta de compreensão e entendimento acerca do instrumento, por parte dos municípios, pode resultar em um verdadeiro “efeito dominó” e, conseqüentemente, inviabilizar a implementação do contrato na forma como foi pensado, conforme as falas do Entrevistado 1:

[...] Muitas vezes há sinalização de um ou outro Município que se coloca como que não vai assinar o contrato. Se o município não assinar o contrato, o contrato não existe. E, via de regra, você tem alguns municípios de maior porte que são referência dessa região de saúde.

Hoje já temos a posição da capital, que tem colocado não formalmente, mas sinalizado o desinteresse em assinar o contrato. Se a capital do Estado não assina o que vai acontecer com os 416 municípios? É um município que aglutina boa parte das referências do Estado como um todo. Se ele se nega a assinar, você vai ter a região de saúde da capital mais as outras que dependem diretamente dela com o contrato inviabilizado praticamente (Entrevistado 01).

Um dos gestores reconhece o fato do Decreto nº 7.508/11 – que prevê a sua operacionalização através do COAP – ter sido publicado em 2011, contudo, apenas 03 das 27 unidades federadas o implantaram formalmente. Essa realidade revela que estamos diante de um momento de transição e, conseqüentemente, muitas dificuldades para o convencimento dos atores, dos gestores, na assinatura do referido instrumento (Entrevistado 1).

Por fim, conclui que a questão do subfinanciamento aliada à dificuldade de execução dos recursos pode se tornar um fator de dificuldade para a adesão dos gestores ao processo de contratualização previsto pelo Decreto Federal nº 7508/2011:

Então, esse problema sistêmico do processo de utilização dos recursos públicos na saúde é uma das coisas que eu acho que limita o gestor a contratualizar, além disso, as maneiras de fazer gestão, ainda os modelos, as formas de se fazer gestão na administração pública ainda são muito atrasados, o processo de modernização é importante acontecer, então aí a iniciativa da criação de fundações estatais de direito privado como componentes da administração indireta e como processo importante para modernizar a gestão no Estado e municípios, contribuindo para a gestão da carreira, contribuindo para agilidade nos processos de compra, aquisição, gestão de serviço, etc., ao mesmo tempo, com a agilidade com a implantação do processo de desprecarização dos vínculos (Entrevistado 2).

Os entrevistados ainda apontam criticamente limitações ao instrumento jurídico proposto pelo Decreto nº 7.508/11, ao afirmarem que o mesmo não irá resolver todos os problemas do SUS, contudo reforçam a importância do fortalecimento da regionalização.

[...] O fortalecimento da gestão passa por um processo de capacitação, de fortalecimento político, de governança, de sustentabilidade, enfim é muito complexo. **Não acho que o COAP vai resolver todos os problemas. Não é panacéia.** Não vai resolver. Acho que ele é um passo importante pra a gente conseguir avançar dentro do SUS com alguns processos nas relações interfederativas. Se a gente conseguir fazer isso, enxergando a necessidade regional e fortalecendo a regionalização e garantindo avanço nesse espaço, eu acho que já deu um grande salto. Que isso é um grande desafio. Um grande problema que a gente tem hoje. Sem fortalecer as regiões de saúde a gente não Sistema Único. Então é compatibilizar todo isso e continuar na caminhada para fortalecer ainda mais o sistema (Gestor 01).

Interessante observar que Trevisan e Junqueira (*apud* VIANA, 2008, p. 1697) ao ponderarem as apostas do Pacto de Gestão tiveram um posicionamento parecido:

[...] a construção do ‘pacto de gestão’ poderá dar uma outra operacionalidade ao Sistema Único de Saúde. Não é ‘remédio milagroso’, nem terá o poder de superar as dificuldades operacionais da rede. Iniciar a construção do “pacto” é, exatamente, assimilar uma outra forma de superação das dificuldades das ações em rede do SUS. [...]

Portanto, como acentuou Guerreiro (2009) a consolidação da política de pactuação, assim como de qualquer política pública em países democráticos é um processo dinâmico, que envolve negociação e articulação permanentes entre os atores e as instâncias envolvidas. A capacidade de articulação entre essas forças, bem como a adequação dos pactos a cada realidade local é que irá indicar os avanços e, até mesmo, os recuos durante a implementação desta política no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos que o processo de pactuação/contratualização não deve ser considerado um fim em si mesmo, mas sim uma ferramenta de gestão para apoiar os gestores na difícil tarefa de operacionalizar o SUS, a fim de garantir o direito à saúde na forma como foi previsto constitucionalmente.

A análise dos dados empíricos permitiu observar que a implantação do Pacto de Gestão na Bahia – que coincidiu com um momento político singular, após 16 anos de um

determinado grupo político à frente da gestão estadual - viabilizou grandes avanços como, por exemplo, a possibilidade de maior flexibilidade no uso dos recursos, a oportunidade para o processo de negociação e construção de consensos, a criação dos espaços interfederativos de negociação, os Colegiados de Gestão Regionais, a reinserção do protagonismo dos municípios nos processos decisórios, a valorização da regionalização ao possibilitar relações interfederativas mais horizontalizadas, a viabilidade de se construir um planejamento com vistas à assegurar um padrão mínimo de integralidade e uma mudança na visão das responsabilidades dos entes na organização das ações de saúde.

Entretanto, também enfrentou uma série de limitações, como fragilidade do instrumento, a utilização de forma cartorial, a dificuldade de tornar consensual o desenho das regiões de saúde retardando a instituição dos Colegiados de Gestão, que se revelaram espaços com baixa governabilidade, a descrença dos gestores no processo de pactuação, reforçado pelo fato da PPI de 2010 ter tido um caráter meramente redistributivo de recursos, acentuando ainda mais as disputas entre os atores e, por fim, o problema sistêmico do subfinanciamento dos recursos da saúde. Portanto, revelou-se um caminho para superação dos modelos anteriores (descentralização tutelada), mas a determinada altura do processo de implantação apresentou um esgotamento frente aos problemas já elencados.

Eis que surge o COAP, anunciado pelo Ministério da Saúde como um instrumento de “aprimoramento” e não uma mera “substituição” do Pacto de Gestão.

Importante registrar que inicialmente pretendemos estudar o processo de implantação do COAP, movida pelo desejo de entender a razão do “insucesso” do instrumento anterior, afinal de contas, porque então o Pacto de Gestão não deu certo?

Contudo, o incipiente estágio de implantação do COAP no estado da Bahia impossibilitou um maior aprofundamento em questões idealizadas no início do estudo, a exemplo da influência da natureza jurídico-institucional dos instrumentos no cumprimento das responsabilidades sanitárias.

Por outro lado, o estudo permitiu identificar uma série de apostas e desafios em torno do COAP - tal como encontramos na literatura acadêmica referente ao período de inauguração da política do Pacto pela Saúde – que somente poderão ser confirmadas ou não após sua efetiva implantação.

Ademais, no sentido de que a utilização de contratos organizativos de ação pública possam, efetivamente contribuir para a consolidação do SUS, convém apontar alguns desafios a serem enfrentados, como a necessidade de estruturação das redes de atenção à saúde,

imprescindíveis ao processo de construção do COAP; a articulação com o COSEMS e convencimento técnico, jurídico e político dos gestores a assinarem o contrato plurilateral; o subfinanciamento dos recursos para a saúde; o apoio fragmentado do Ministério da Saúde; o modelo de atenção médico centrado; a necessidade de apoio técnico e financeiro aos Estados e Municípios; o respeito às singularidades de cada Estado e a definição de qual espaço se dará o processo de acompanhamento e avaliação e controle das metas previstas pelo contrato.

Diante da complexidade e diversidades de desafios colocados pelo SUS é imprescindível que se tenha uma grande oferta de instrumentos de gestão, disponíveis para serem utilizados de acordo com a conveniência de cada cenário, de cada problema. Consideramos que o COAP é mais um desses instrumentos, ou seja, um recurso instrumental para a gestão, que, no caso, pode vir a viabilizar avanços importantes como a segurança jurídica oportunizada pela natureza jurídica do COAP, aperfeiçoamento da gestão financeira a partir da otimização de recursos e do processo de acompanhamento, avaliação e fiscalização das ações e compromissos assumidos pelos entes signatários.

Não nos resta dúvida acerca da necessidade de uma articulação federativa sólida e harmônica entre as três esferas de gestão do SUS. No entanto, a experiência tem mostrado que é imprescindível a implicação dos atores/gestores nos processos de pactuação/contratualização para garantirmos a responsabilização sanitária, não bastando tão somente a existência de um instrumento jurídico.

O contrato não terá o condão de resolver problemas históricos do SUS como, por exemplo, o subfinanciamento, a disputa técnica e política do modelo de atenção à saúde, que se almeja implantar a necessidade de consenso e cooperação para o sucesso na execução de políticas de saúde, dentre outros. Mas, abre um terreno para se incorporar na gestão da saúde pública técnicas gerenciais já utilizadas largamente em outros países e que tem apresentado resultados positivos.

Em última análise, podemos dizer que a utilização de políticas de pactuação e contratualização se revelam iniciativas que permitem o aperfeiçoamento do SUS. A utilização de mecanismos que estimulem o diálogo e a articulação entre os gestores, possibilita a gestão pública da saúde a acompanhar a tendência mundial da gestão por resultados, bem como a ampliação da responsabilização solidária.

Convém ressaltarmos, ainda, que o estudo analisou a fase inicial da implementação da política, no entanto, durante o curso do processo de implementação é provável que novas necessidades sejam detectadas. Ao mesmo tempo, as já colocadas serão

revistas, em um processo contínuo de alimentação e articulação entre as etapas do ciclo da política, permitindo reformulações e adaptações constantes às transformações da realidade.

Por fim, como desdobramento e/ou aprofundamento do estudo surge uma gama de possibilidades de pesquisas que tenham a contratualização de responsabilidades sanitárias no SUS como objeto. Sugerimos o desenvolvimento de estudos que tenham como foco o acompanhamento da implantação dessa política, com vistas a uma avaliação dos seus efeitos/impactos para posteriormente compararmos com os avanços e limites da política anterior.

REFERÊNCIAS

1. BAHIA. **Relatório Anual de Gestão da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB.** Ano 2007.
2. BAHIA. **Relatório Anual de Gestão da Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regionalizada – DIPRO.** Ano 2011.
3. BRASIL. **Câmara dos Deputados.** Projeto de Lei nº 4010 de 12 de agosto de 2004. Dispõe sobre a aplicação de penalidades administrativas no âmbito do Sistema Único de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/236074.pdf>> Acesso em 10 de set de 2013.
4. BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília-DF: Senado, 1988.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Comitê Gestor de Implementação dos Dispositivos do Decreto. Grupo Executivo Planejamento Integrado e Mapa da Saúde. **Planejamento do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2e_081111.pdf> Acesso em: 06 de junho de 2013.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM,** de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 03 de março de 2011.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. **Decreto 7.508/11,** de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 29 de novembro de 2011.

8. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 143 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

9. BRASIL, Ministério da Saúde. **Composição da Parte II do Contrato Organizativo de Ação Pública – Caderno**. Disponível em: www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_marco12.pdf. Acesso em: 12 de fevereiro de 2012.

10. BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080** de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/lei8080.htm>. Acesso em: 04 de março de 2011.

11. BRASIL. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 143 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

12. BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142** de 11 de dezembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/lei8.142.htm>. Acesso em: 04 de março de 2011.

13. GUERREIRO, Jória Viana. **A informação na política dos pactos pela saúde**. Tese de Doutorado. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

14. JUSTEN FILHO, M. **Parecer sobre minuta de anteprojeto de Lei da Política Nacional de Saneamento Básico**, 2005. Impresso. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>.

15. PINTO, Isabela C. M *et al.* Construindo o Pacto da Saúde na Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública** / Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. - v.31, supl.2, set., 2007 - Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

16. RIBEIRO, Suzana Cristina Silva. **O processo de implantação do Pacto de Gestão na Bahia (2006 – 2009): análise das relações intergovernamentais a partir das discussões da CIB-BA**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. 2010 (Salvador).

17. SANTOS, Lenir (Org). **Direito da Saúde no Brasil**. Campinas: Saberes, 2010.

18. SANTOS, Lenir. **SUS: desafios político-administrativos da gestão interfederativa da saúde. Regionalizando a descentralização**. Tese de doutorado. Universidade Estadual de

Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, 2012b.

19. SANTOS, Lenir; ANDRADE, L.O.M. de. **SUS: O Espaço da Gestão Inovadora e dos Consensos Interfederativos – Aspectos Jurídicos, Administrativos e Financeiros.** Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.
20. SANTOS, Lenir; CARVALHO, G. **Comentários à Lei Orgânica da Saúde.** 4. ed. rev. e atual. Campinas: Editora da UNICAMP, 2007.
21. TREVISAN, Leonardo; JUNQUEIRA, L. A. P. **Construindo o Pacto de Gestão no SUS:** da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 893-902, 2007.
22. UEMA, J. **Parecer sobre minuta de anteprojeto do Decreto Federal nº 7508/2011,** 2011. Impresso.