

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

Aliciana Paulo Soleiman

**GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE E O COAP: PERCEPÇÕES E
CAMINHOS PARA O ENFRENTAMENTO**

**Santa Maria, RS
2018**

Aliciana Paulo Soleiman

**GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE E O COAP: PERCEPÇÕES E CAMINHOS
PARA O ENFRENTAMENTO**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Vigilância em Saúde.**

Orientadora: Profa. Vânia Maria Fighera Olivo

**Santa Maria, RS
2018**

Aliciana Paulo Soleiman

**GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE E O COAP: PERCEPÇÕES E CAMINHOS
PARA O ENFRENTAMENTO**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Vigilância em Saúde.**

Aprovada em 06 de agosto de 2018:

Vânia Maria Fighera Olivo, Dr^a. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Liziane Maahs Flores, Dr^a. (UFSM)

Bernadete dos Santos Pereira, Msc. (4^a CRS)

Sérgio Arthur Fernandes da Silva, Msc. (4^a CRS)
(Suplente)

Santa Maria, RS
2018

RESUMO

GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE E O COAP: PERCEPÇÕES E CAMINHOS PARA O ENFRENTAMENTO

AUTORA: ALICIANA PAULO SOLEIMAN
ORIENTADORA: VÂNIA MARIA FIGHERA OLIVO

Estudo exploratório/descritivo de cunho qualitativo. Participaram da pesquisa 10 secretários municipais de saúde previamente selecionados por meio de sorteio aleatório. Foram realizadas entrevista semiestruturada individual e observação participante. A análise dos dados coletados ocorreu por meio da técnica de análise de conteúdo. O presente estudo teve como objetivo identificar o nível de conhecimento dos gestores das secretarias municipais de saúde sobre o COAP como também o entendimento destes gestores no modo de corresponsabilização das instâncias federadas no processo de implantação deste contrato. A pesquisa revelou que há uma baixa identificação do nível de conhecimento dos gestores das secretarias municipais de saúde sobre o COAP, visto o tempo que decorre de sua publicação. O apoio prestado pela CRS e pelos residentes do programa de residência multiprofissional em planejamento e gestão do sistema público de saúde, produziu indagações e incentivou à pesquisa dos gestores para melhor apropriação sobre o assunto COAP. Outro aspecto que emergiu foi de que como todos os entes federativos são responsáveis pela saúde pública, garantir a corresponsabilização entre eles é garantir a integralidade da atenção ao usuário.

Palavras-chave: COAP. Gestores Municipais de Saúde. Corresponsabilização.

ABSTRACT

CITY HEALTH MANAGERS AND THE COAP: PERCEPTIONS AND PATHWAYS FOR FACING IT

AUTHOR: ALICIANA PAULO SOLEIMAN
MENTOR: VÂNIA MARIA FIGHERA OLIVO

Qualitative study, exploratory/descriptive. A total of 10 municipal health managers were randomly selected previously. Individual semi-structured interviews and participant observation were performed. The analysis of the collected data occurred through the technique of content analysis. The present study aimed to identify the level of knowledge of the managers of municipal health departments on COAP as well as the understanding of these managers in the mode of accountability of the federal instances in the process of implementation of this contract. The research revealed that the municipal health managers have a low level of knowledge about COAP given the time that elapses from its publication. The support provided by the CRS and the residents of the multi-professional residency program in planning and management of the public health system, produced inquiries and encouraged the managers' search for better appropriation on the COAP. Another aspect that emerged was that since all federal entities are responsible for public health, ensuring the accountability among them is to guarantee the integral attention to the user.

Keywords: COAP. Municipal Health Managers. Accountability.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	METODOLOGIA.....	9
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	10
3.1	GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE E SUAS CONCEPÇÕES SOBRE O COAP	10
3.2	CO-RESPONSABILIZAÇÃO DAS INSTÂNCIAS FEDERADAS NA INSTITUIÇÃO DO COAP: PERCEPÇÕES E CONSIDERAÇÕES.....	12
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
	REFERÊNCIAS.....	18

1 INTRODUÇÃO

Após 21 anos da criação da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.808/1990 – surge o Decreto nº 7.508/2011 para regulamentá-la em determinados aspectos. O Decreto explicita conceitos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), e passa a exigir uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde, sendo a principal delas o aprofundamento das relações interfederativas e a instituição de novos instrumentos, documentos e dinâmicas na gestão compartilhada do SUS (BRASIL, 2011a).

No que diz respeito à articulação interfederativa no SUS, o Decreto instituiu, em 2011, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) como o novo instrumento de pactuação entre os entes federativos. Este tipo de Contrato emergiu com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde em rede regionalizada e hierarquizada, definindo responsabilidades, indicadores e metas, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que são disponibilizados e forma de controle e fiscalização de sua execução nas Regiões de Saúde (BRASIL, 2011a).

É por este tipo de contrato que os entes federativos apresentam maiores possibilidades de definir, de acordo com suas realidades e no âmbito de suas competências comuns, o papel de cada um na rede de atenção à saúde, se autoimpondo regramentos resultantes de negociação solidária e responsável no tocante à competência comum de cuidar da saúde da população. Trata-se de uma regulação negociável, ajustada mediante cláusulas e condições contratuais, as quais passam a exercer o papel que seria previamente reservado à lei quanto à definição, em minúcias, das competências dos entes na área da saúde (BRASIL, 2011b).

A partir desse papel que se define o termo *contratualização*, trazendo uma nova forma de gestão pública, a que negocia, faz consenso, horizontaliza as relações públicas, fixa responsabilidades em comum acordo, formando vínculos jurídicos em torno de um objeto comum de interesse público. A contratualização configura um novo modo da administração pública gerir seus serviços.

Poderá ser elaborado um COAP por Região de Saúde, as quais são compreendidas como espaços geográficos contínuos, constituídos por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais,

econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. E ainda deverá conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (BRASIL, 2011a).

Observando estas diretrizes, o Rio Grande do Sul está dividido em 30 Regiões de Saúde, conforme Resolução da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/RS nº 555/2012, distribuídas em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS).

As atribuições de uma coordenadoria regional de saúde são, entre diversas outras, de coordenar, controlar, avaliar, planejar e assessorar os municípios que estão sob sua jurisdição, exercendo papel fundamental como instituição apoiadora na implementação das políticas públicas, com destaque, neste estudo, ao processo de elaboração do COAP.

O apoio institucional prestado pela coordenadoria é pensado, na Política Nacional de Humanização (PNH), como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, buscando ampliar a capacidade de entendimento, reflexão e análise de coletivos, qualificando a própria intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde (BRASIL, 2008).

Um dos aspectos relevantes para a consecução dos objetivos propostos pelo Decreto 7.508 está na habilidade dos gestores de saúde para sua operacionalização e do Estado como órgão apoiador. Entretanto, após alguns anos de publicação desse Decreto, ainda verificam-se dificuldades para a sua plena implementação, principalmente no que se refere à elaboração do COAP, situação esta confirmada pela baixa adesão dos Estados, pois, após pesquisa efetuada nas Secretarias Estaduais de Saúde, apenas dois Estados assinaram o contrato, Ceará (CE) e Mato Grosso do Sul (MS) (OUVERNEY, 2017).

Acredita-se que a baixa adesão tenha ocorrido, talvez, por falta de qualificação técnica dos gestores de saúde, especialmente em nível local, e também por não haver clareza institucional sobre o processo de elaboração desse contrato e de como prestar o devido apoio. Essa dificuldade em operacionalizar as diretrizes que norteiam a elaboração do COAP, tanto dos municípios quanto da instituição apoiadora, foi percebida pela autora deste estudo enquanto residente na área em Vigilância em Saúde, atuando em uma CRS. Percebeu-se que este desafio torna-se

mais complexo quando a prática do apoio institucional não é frequentemente inserida na rotina de trabalho como modo de intervenção.

Diante da problemática acima, que envolve as gestões municipais de saúde e a função da coordenação como suporte técnico, gerencial e de apoio aos municípios, formulou-se as questões norteadoras deste estudo: Os gestores municipais de saúde conhecem o COAP? Eles têm conhecimento das responsabilidades que podem advir com este Contrato? As instâncias federadas irão unir forças a fim de implantar esse contrato? Na busca de respostas para estas questões, este trabalho teve como **objetivo** *identificar o nível de conhecimento dos Secretários Municipais de Saúde sobre o COAP e o entendimento destes gestores no modo de corresponsabilização das instâncias federadas no processo de implantação deste contrato.*

2METODOLOGIA

Este trabalho caracteriza-se como um estudo exploratório/descritivo de cunho qualitativo (MINAYO, 2014), permitindo compreender, a partir da ótica dos participantes, os sentidos e significados da vivência, por meio de análises críticas reflexivas.

Segundo Minayo (2014) e Flick (2009), a pesquisa qualitativa possibilita um conhecimento mais aprofundado da realidade investigada, assim como das relações humanas que dela fazem parte e cuja complexidade, muitas vezes não é contemplada apenas por meio de variáveis numéricas.

A fonte de coleta dados e informações foram gestores municipais de saúde que atuavam em municípios de abrangência de uma CRS localizada no estado do Rio Grande do Sul durante o mês de novembro de 2014 a janeiro de 2015, como também na sede da própria CRS. Dez municípios foram selecionados por sorteio aleatório, e compunham o sorteio os municípios em que o secretário municipal de saúde possuía no mínimo dois anos de experiência na função, sendo estes os sujeitos da pesquisa.

Na coleta de dados, foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada, pelo fato de possibilitar uma maior liberdade de informação do entrevistado; e a observação sistemática, que possibilita examinar, de forma natural, os fenômenos e situações que ocorrem no campo de estudo (MINAYO, 2014).

Em virtude do estudo qualitativo, a escolha das perguntas foi intencional, apoiada em hipóteses e teorias de interesse da pesquisa

O trabalho teve três etapas: a primeira e a terceira foram entrevistas semiestruturadas individuais. As perguntas partiram de questionamentos básicos, apoiados em hipóteses e teorias de interesse da pesquisa, tendo o foco principal definido pelas entrevistadoras, a fim de possibilitar contemplar a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões. Na primeira etapa, buscou-se identificar o conhecimento dos gestores municipais acerca do COAP. As entrevistas foram gravadas em áudio com aparelho gravador, para fins de registro, e, posteriormente, transcritas para fins de análise. A segunda etapa foi a intervenção, a qual foi realizada em um encontro em forma de apoio institucional para um grupo composto por todos os entrevistados. Nesta etapa houve o esclarecimento de questões a respeito do COAP, realização de dinâmica e disponibilização de material informativo. A terceira etapa foi realizada nos moldes da primeira etapa, com entrevista semiestruturada, buscando avaliar o apoio institucional prestado pela CRS. Para preservar a identidade dos participantes da entrevista os mesmos foram identificados pela letra “S” seguida de um número escolhido de forma aleatória em sequência de 1 a 10, por exemplo: S1, S2, S3.

A fim de melhor compreender as informações levantadas nas entrevistas, elegeu-se como método a análise de conteúdo dos dados pesquisados por permitir tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. (MINAYO, 2014)

Após a transcrição do material escrito, foi feita a leitura flutuante, permitindo saturar o seu conteúdo, tendo, na oportunidade, identificado os núcleos de sentidos reunidos no conteúdo das falas e das observações. Realizou-se a análise horizontal e transversal dos conteúdos e consideraram-se as convergências e as diferenças. Por fim, obtiveram-se as categorias de análises conforme a prevalência nas falas dos entrevistados, as quais possibilitaram o surgimento de duas categorias nomeadas a partir do conteúdo e que foram relevantes no contexto do objetivo do estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados proporcionou a identificação e categorização das unidades de significado, as quais possibilitaram o surgimento de duas categorias nomeadas a partir do conteúdo, quais sejam: *Gestores Municipais de Saúde e suas concepções sobre o COAP*; *Corresponsabilização das instâncias federadas: percepções e considerações*.

3.1 GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE E SUAS CONCEPÇÕES SOBRE O COAP

Tanaka, em 2009, relatou a importância do papel gerencial no processo de trabalho em saúde, levando à percepção da necessidade de uma maior informação e qualificação dos gestores locais, pois a legislação sobre a saúde teve mudanças nos últimos anos. Existem exigências legais que necessitam ser obedecidas e equacionadas, como o Decreto 7.508/11 e seus instrumentos, a Lei 141/12 e o Decreto 7.827/12, os quais são regulamentos que os secretários da saúde não podem desconhecer.

Com a advento do COAP, o município transformou-se, ainda mais, no principal protagonista na organização da saúde, cabendo aos gestores municipais perceberem e estarem mais embasados no processo de enfrentamento desta negociação regional.

Como mencionou o gestor S1, *“o COAP é um instrumento com potência para formalizar as responsabilidades de saúde dos entes – municípios, Estado e União. Esse contrato constitui-se numa cartilha que, a partir dela, os gestores poderão organizar e avaliar as ações e os serviços de saúde na região”*.

Outros gestores entrevistados acreditavam que *“o COAP representa uma sequência do pacto da Saúde, trazendo uma melhor organização do sistema”* (S8). *“A regionalização dos serviços, as necessidades de cada município, as ações a serem desenvolvidas e as responsabilidades de cada ente na execução estarão todas bem mais explícitas no COAP”* (S7).

No entanto, em boa parte das entrevistas, percebeu-se que alguns gestores não possuíam uma ideia clara do que vem a ser o COAP, não havendo uma

definição exata do que este contrato estabelecia, como pode ser percebido nas seguintes falas:

Eu tenho pouco conhecimento sobre o COAP, porque eu comecei na gestão e ele já tinha acontecido em 2012. (S4).

Não sei exatamente o que é, já tivemos algumas reuniões sobre o COAP, mas eu não compreendo todo ele. (S6).

Não sei ao certo o significado, acredito que a finalidade do COAP seja para que cada município disponha dos serviços de saúde entre si. (S2).

Além de não compreenderem o COAP, alguns gestores apresentavam concepções distorcidas, como pode ser visto nos recortes abaixo:

Tenho pouco conhecimento sobre o COAP, mas resumidamente acho que ele é um objeto, um instrumento de um conjunto de ações, de registros [...] A finalidade do COAP é nos mostrar as metas. (S3).

A finalidade do COAP é descentralizar as ações da saúde, para os três entes da federação, que hoje está mais centrado na União. (S5).

Com o COAP os contratos existentes com o Estado passarão a ser gerenciados pelo município. (S9).

Nos recortes de fala acima citados, percebe-se que há uma frágil concepção sobre o significado do Contrato pelos gestores municipais, visto que o desconhecem ou descrevem como algo diferente do que está estabelecido na legislação. Como afirma o Comitê gestor do Decreto 7.508/11 do MS, o COAP é um instrumento de gestão compartilhada, que tem a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores, todos claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de prazos estabelecidos. Tudo isso pactuado com clareza e dentro das práticas federativas. (BRASIL, 2013)

O desempenho na atuação técnica do gestor do SUS depende de conhecimentos, habilidades e experiências no campo da gestão pública e da gestão em saúde. De acordo com Silva e Rodrigues (2013), é vital que o gestor no SUS esteja preparado para desempenhar sua função, correspondendo ao idealizado por aqueles que planejaram um sistema de saúde universal, integral, equânime e descentralizado, baseado no controle social e participação popular.

Como afirma Vanderlei (2005), a gestão dos serviços de saúde é de fundamental importância para que se atinjam objetivos como expansão física e funcional da rede de atendimento à saúde, revisão de padrões de produtividade, adequação do quantitativo e qualitativo de trabalhadores alocados para a prestação de cuidados e avaliação da qualidade da assistência prestada.

No caso deste trabalho, foi possível destacar a função do gestor municipal de saúde como de extrema importância na implantação do COAP, necessitando, para cumprir tal função, conhecimentos que embasem a tomada de decisões para formalização do contrato. Esta compreensão justifica-se pelo fato de que a maioria dos secretários entrevistados demonstraram dificuldade de entendimento sobre o COAP e sobre seus objetivos, assim como sobre sua finalidade.

3.2 CO-RESPONSABILIZAÇÃO DAS INSTÂNCIAS FEDERADAS NA INSTITUIÇÃO DO COAP: PERCEPÇÕES E CONSIDERAÇÕES

A dificuldade de entendimento sobre instrumentos de gestão compartilhada, revelada entre gestores municipais, tem correlação, entre outros aspectos, com os papéis das instâncias federadas no desenvolvimento das ações e serviços do SUS e a importância que isso representa na efetiva consolidação do COAP.

Durante várias décadas que antecederam a criação dos SUS, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais da Saúde dos vários estados brasileiros responsabilizavam-se pelo desenvolvimento das atividades de saúde pública. Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, que define o Sistema Único de Saúde, bem como com toda a legislação complementar que se seguiu, tomou forma o processo de descentralização do setor saúde, definindo novas competências para cada nível de governo, observando suas autonomias e construindo relações de complementaridade entre eles (LAVRAS, 2011).

Esse processo imprimiu gradativamente aos municípios brasileiros um conjunto de novas responsabilidades, no que diz respeito ao desenvolvimento de ações e serviços de saúde dirigidos tanto à promoção da saúde, como ao enfrentamento de riscos e agravos existentes em sua população. Esse processo foi imprescindível para o amadurecimento do próprio sistema e, em especial, para a ampliação de sua cobertura (LAVRAS, 2011).

Essa reforma gerencial contribui para o atendimento às necessidades básicas da população no município. Por outro lado, muitas decisões locais necessitam da integração e de uma cooperação entre as três esferas de governo (COSTA, 2007). A cooperação entre os níveis de governo tem como objetivo principal integrar as redes. E, neste trabalho, essa integração dos níveis foi percebida pelos gestores municipais como um aspecto essencial para que se possa ter um sistema efetivo, como pode ser visto nos recortes de falas abaixo:

O que é ofertado na área da saúde tem que ser objetivo, e todos têm que seguir metas, trabalhar dentro delas, com o mesmo objetivo. Porque na saúde não há maneira de se trabalhar com um para um lado e outro para o outro... Tem que ser decidido entre todos. (S3).

[...] ou há um comprometimento de ambas as partes, com responsabilidades de ambos os níveis, ou não há trabalho. (S9).

Acho interessante que se tenha uma integração entre Secretaria Estadual de Saúde, Coordenadoria Regional de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde. E essa integração tem que funcionar, porque senão não se consegue trabalhar. Ninguém consegue trabalhar sozinho. (S10).

Se os três níveis não fizerem um pacto, não vai funcionar direito. E tem que ser um pacto de comprometimento, de colaboração e de valorização do usuário e do serviço. (S8).

Os discursos dos gestores demonstram o interesse por uma maior cooperação entre os entes federados, e, para garantir essa cooperação, a figura dos contratos torna-se fundamental, pois delimita competências e inter-relações entre os entes. Nessa perspectiva, as partes acordam obrigações, sendo fundamental para criar incentivos/estímulos para que os objetivos compartilhados sejam atingidos, garantindo a divisão de responsabilidades, permitindo o monitoramento do desempenho e a retroalimentação do processo de planejamento (TAVARES, 2013).

Nesse sentido, esse mesmo autor afirma que os contratos de gestão, como o COAP, assumem grande importância no serviço de saúde, pois em função da natureza compartilhada do SUS, buscam estabelecer uma relação clara e objetiva, definindo, a partir de um processo de negociação, as metas e os resultados a serem alcançados, objetivando uma melhor resposta às necessidades de saúde da população.

Os trechos abaixo demonstram que os gestores acreditam que contratos ou pactos como este – o COAP – tem potência para facilitar mais compreensão e nitidez à relação entre os entes:

Olhando por um lado otimista, com o COAP tudo vai estar colocado no papel, vai ter-se um desenho, poderemos olhar e dizer: “Bom, então é isso que está acontecendo”. (S10).

Eu acho que o COAP é importante pra nos resguardarmos, de repente, de algo que não é de responsabilidade do município e este está atualmente assumindo. Então, através dele, vamos ter como provar ou como dividir responsabilidades. (S7).

No momento em que assinamos um compromisso, um contrato em que nos comprometemos a fazer determinada ação, acredito que nossas responsabilidades aumentam, assim como podem aumentar as do estado e do governo federal. (S6).

Eu acho que se o COAP cumprir com seu papel, trará clareza para o município, quem sabe até dará a possibilidade de o município buscar a corresponsabilização do estado, de outros municípios maiores, e de centros de referência em alguns momentos. Quem sabe tornará tudo mais fácil. (S1).

Como pode ser visto nas falas, a maioria dos gestores acredita que o COAP veio como um instrumento que propicia a cooperação entre as três instâncias gestoras do SUS, dando maior clareza às ações e expondo melhor as responsabilidades de cada um. As falas confirmam as teses de Santos e Andrade (2011) de que um contrato administrativo plurilateral ou organizacional obriga os contratantes a promover reciprocamente determinado tipo de conduta, visando à obtenção de um resultado de interesse conjunto.

No entanto, como questiona Santos (2011), “as responsabilidades sanitárias deviam ser reguladas, todas elas, *a priori*?”. O autor afirma que, se assim fosse, seria fácil tecer a rede de atenção à saúde, sabendo-se, de antemão, as obrigações de cada um conforme previstas em lei. Mas no SUS sabe-se que é impossível regular *a priori* o que cada ente deverá fazer, frente à infinidade de variáveis próprias das desigualdades demográficas, sociais, geográficas, econômicas, culturais existentes em nosso país. Por isso, segundo essa mesma autora, o modelo contratual há de ser o mais adequado meio de se regular as relações de interdependência dos entes na rede de atenção à saúde de uma região por ser possível, no contrato, definir, de acordo com a realidade de cada um, as suas atribuições no tocante à organização das ações e serviços de saúde em rede de atenção à saúde (SANTOS, 2011).

Deste modo, percebendo que o COAP induz aos entes uma maior corresponsabilidade na operacionalização de suas metas e objetivos, torna-se

imprescindível observar como os gestores municipais avaliam atualmente essa corresponsabilização dos três entes na execução das ações do SUS, pois foi percebida, com frequência nas falas, certa preocupação dos entrevistados quanto às responsabilidades municipais que advém com o COAP:

Com o COAP as responsabilidades municipais só aumentarão. No momento em que se tem uma lei, um novo contrato, um TAC [Termo de Ajuste de Conduta], ou qualquer tipo de instrumento legal, o município acaba penalizado com mais responsabilidades. A União passa para o Estado, o Estado passa para o município, só que, na ponta, o município é que tem que resolver. (S5).

[...] os municípios já estão com a maior parte das responsabilidades da saúde. O município já tem vários compromissos assinados que tem que cumprir. Se não cumprir, o tribunal cobra. Só que com o Estado não funciona da mesma maneira, há o compromisso, mas se não cumprir, não acarreta em nada. Então, parece que o compromisso serve para o município, e para as outras instâncias não. (S4).

Nós, município, fizemos a nossa parte, e o Estado e a União não fazem a parte deles. Isso é um contrassenso. Então, por que esse pessoal que não está fazendo sua parte propõe que assinemos algo que nós já estamos fazendo? (S8).

Essas narrativas retratam um pouco o sentimento dos gestores municipais em relação aos outros dois entes, Estado e União, revelando que percebem um certo descompromisso das outras instâncias na efetiva construção da rede. O desempenho de atividades comuns, idênticas, como é o caso da saúde e que não podem ser realizadas isoladamente, mas sim conjuntamente por uma multiplicidade de entes, conduz à necessidade de atuação harmônica, uma vez que o exercício isolado pelos diversos entes administrativos das respectivas competências não satisfaz o interesse público. A integração e cooperação são elementos essenciais para o cumprimento adequado das competências comuns exigindo permanente articulação (TAVARES, 2013).

Não resta dúvida de que o COAP clareia e objetiva a corresponsabilização das três instâncias federadas, onde deveria ser uma estratégia para a organização das ações e serviços do SUS.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, que teve como questão norteadora principal identificar e analisar o nível de conhecimento dos gestores das secretarias municipais de saúde sobre o

Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde procurou demonstrar também a importância do trabalho conjunto das três instâncias federadas na viabilização desse instrumento de gestão.

Os resultados apresentados demonstraram uma baixa identificação do nível de conhecimento dos gestores das secretarias municipais de saúde sobre o COAP, visto o tempo que decorre de sua publicação. Outra questão inquietante foi a carência de reuniões necessárias para debater sobre esse instrumento de operacionalização da saúde, onde foi facilitado com a intervenção da residência multiprofissional nesse campo.

Torna-se relevante explicar que, após muito discutir com gestores e servidores sobre as ideias que permeiam esse tema, ambos os grupos, foram enfáticos no que se refere à função do Estado em promover as intervenções necessárias para que o contrato fosse efetivado.

Percebe-se, pelos relatos, que o apoio prestado pela CRS e pelos residentes do programa de residência multiprofissional em planejamento e gestão do sistema público de saúde, produziu indagações, incentivo à pesquisa para melhor apropriação sobre o assunto COAP. Mesmo a pesquisa não se tratando da percepção dos servidores da Regional, verificou-se que esse grupo também buscou fontes e apoio de outras esferas públicas para melhor entendimento. Houve, dessa forma, por ambos os grupos, o desejo real da cogestão e da corresponsabilização.

Outro aspecto que emergiu das falas dos entrevistados foi a importância da corresponsabilização das instâncias federadas nesse processo de implantação do COAP. Os gestores municipais declararam que a responsabilidade pelo cuidado com a saúde vem sendo fracionada, e acreditam que, devido a todos os entes federativos serem responsáveis pela saúde pública, garantir a corresponsabilização entre eles seria garantir a integralidade da atenção ao usuário.

Em suma, fica perceptível que os gestores compreenderam a importância deste instrumento de gestão na organização do sistema de saúde, o quanto ele poderia contribuir para o efetivo desenvolvimento dos princípios e diretrizes do SUS e refletiram coletivamente sobre o seu papel e a corresponsabilidade dos entes federados diante deste contrato.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde, **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2011a.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011. 534 p. Coleção Para Entender a Gestão do SUS, 1. ed., v. 13, p. 26, 2011b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 4. ed., 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 156p
- COSTA, M.B.et al.**Percepção de gestores de saúde sobre as mudanças no sistema de único de saúde**.UFPB, CCS, 2007.
- LAVRAS, C. C. de C. Descentralização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS.**Política e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2011.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.
- OUVERNEY, A. M.; et al. **O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017, 22(4): p.1193-1207 <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1193.pdf> 1193-1207.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2012/2015**. Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre, 2013. 250 p.
- SANTOS, L. **O decreto 7.508/2011 e o contrato organizativo de ação pública da saúde**.Conselho Editorial, v. 14096, p. 75.
- SANTOS, L; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**,v. 16, n. 3, p. 1671-1680, 2011.

SILVA, M. A. A.; RODRIGUES, V. Z.C. Gestão dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) em uma regional de saúde do Distrito Federal (SES-DF): visão do gestor relacionada ao preparo para a função. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**,v.04, n. 03, p.843-860. ISSN:1982-4785. 2013.

TANAKA, O. Y. **Formação de gestores locais de saúde**: processos para identificar estratégias de atuação, 2009.

TAVARES, F. A. et al. **Novas perspectivas na gestão para resultados na saúde em Minas Gerais**: a implantação dos contratos organizativos de ação pública de saúde. 2013

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família.**Ciência & saúde coletiva**[online]. 2007, v. 12, n.2, p. 443-453. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200021>