

**SÉRIE** | ARTICULAÇÃO  
INTERFEDERATIVA  
**VOLUME - 3**

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa  
Departamento de Articulação Interfederativa



# Guia para elaboração do CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA

Construindo o COAP passo a passo

1ª edição, 1ª reimpressão

Brasília – DF  
2014



2014 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)>.

Tiragem: 1ª edição – 1ª reimpressão – 2014 – 2.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Articulação Interfederativa

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 2º andar, sala 221

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-2649

Fax: (61) 3226-9737

E-mail: [dai@saude.gov.br](mailto:dai@saude.gov.br)

Site: [www.saude.gov.br/dai](http://www.saude.gov.br/dai)

*Coordenação:*

André Luis Bonifácio de Carvalho

Isabel Maria Vilas Boas Senra

Neyde Glória Garrido

*Equipe Técnica:*

Ana Cristina Carvalho Curvina

Cláudia Lopes Correia

Débora Freitas de Oliveira Pinheiro

João René Mattos Filho

Sandro Haruyuki Terabe

Silvio de Lima Sobreira

Wilma Miranda Tomé Machado

*Equipe editorial:*

Capa e projeto gráfico: Núcleo de Comunicação SGE/MS

Normalização: Amanda Soares – CGDI/Editora MS

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

#### Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa.

Guia para a elaboração do Contrato Organizativo da Ação Pública : construindo o COAP passo a passo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

56 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 3)

ISBN 978-85-334-2099-1

1. Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). 2. Administração em Saúde. I. Título.

CDU 614

---

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2014/0563

*Títulos para indexação:*

Em inglês: *Guide for preparing the Organizational Contract of Public Action (OCPA): building the OCPA step by step.*

Em espanhol: *Guía para la elaboración del Contrato Organizativo de la Acción Pública (COAP): construyendo el COAP paso a paso*

## LISTA DAS SIGLAS UTILIZADAS

CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DAI	Departamento de Articulação Interfederativa
DOU	Diário Oficial da União
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IDSUS	Índice de Desempenho do SUS
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
MS	Ministério da Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PCEP	Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos
PGASS	Programação Anual de Ações e Serviços de Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PS	Pronto Socorro
QualiSUS	Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde

RG	Relatório de Gestão
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento

# SUMÁRIO

<b>Apresentação</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Introdução</b> .....	<b>9</b>
<b>PARTE I - Dispositivos Gerais e Estratégias para Implantação do COAP</b> .....	<b>11</b>
<b>2 Dispositivos para a construção do COAP</b> .....	<b>11</b>
2.1 O consenso interfederativo .....	<b>11</b>
2.2 As regiões da Saúde .....	<b>11</b>
2.3 O planejamento regional integrado .....	<b>13</b>
2.4 O mapa da saúde .....	<b>14</b>
2.5 A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – Renases .....	<b>15</b>
2.6 A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename .....	<b>16</b>
<b>3 A gestão do COAP</b> .....	<b>17</b>
3.1 As comissões intergestores .....	<b>17</b>
3.2 O controle social .....	<b>18</b>
<b>4 A Articulação Interfederativa</b> .....	<b>19</b>
4.1 A coordenação da implantação do COAP .....	<b>19</b>
4.2 O apoio integrado do MS .....	<b>19</b>
<b>PARTE II - Passo a Passo para a Construção do COAP</b> .....	<b>21</b>
<b>5 Passo 1: Conhecendo a estrutura do contrato</b> .....	<b>21</b>
5.1 As partes e cláusulas .....	<b>21</b>
<b>6 Passo 2: Construindo o contrato</b> .....	<b>23</b>
6.1 Capa e segunda capa: identificação e vigência .....	<b>23</b>
6.2 Preâmbulo: identificação dos signatários e assinaturas .....	<b>24</b>

6.3 Parte I: Identificação das responsabilidades organizativas .....	25
6.4 Parte II: Identificação das responsabilidades executivas .....	28
6.4.1 Anexos da Parte II .....	32
6.4.1.1 Anexo I .....	32
6.4.1.2 Anexo II .....	33
6.4.1.3 Anexo III .....	42
6.5 Parte III: As responsabilidades orçamentárias e financeiras .....	44
6.6 Parte IV: Identificação das responsabilidades do monitoramento, avaliação de desempenho e auditoria .....	49
6.6.1 Monitoramento .....	49
6.6.2 Avaliação de desempenho .....	49
6.6.3 Auditoria .....	50
<b>7 Passo 3: O processo de implantação do contrato .....</b>	<b>50</b>
<b>8 Passo 4: O processo revisão anual .....</b>	<b>51</b>
<b>Referências .....</b>	<b>53</b>

## APRESENTAÇÃO

O processo de aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a institucionalização de novos arranjos administrativos de caráter federativo e intergovernamental vêm gradualmente restabelecendo as competências e as responsabilidades dos entes federados no que se refere ao desenvolvimento das ações e serviços de saúde no Brasil.

Podemos afirmar que a gestão governamental em saúde possui uma natureza complexa e um caráter polivalente (ético, político, estratégico, técnico, administrativo), que se conforma a partir da intermediação de interesses distintos e, principalmente, das interações de poder.

No caso do SUS, além do desenvolvimento da logística e da tecnologia de regulação baseada nas necessidades prioritárias, vulnerabilidades e riscos, temos necessidade de mediação política e definição de diretrizes e critérios a partir dos espaços de participação e controle social.

Podemos destacar que a conformação jurídica do SUS, de acordo com o disposto no art. 198 da Constituição Federal, exige que todas as ações e serviços públicos de saúde, de todos os entes federados, sejam organizados de forma regionalizada e hierarquizada. Dessa forma, essa determinação constitucional impõe ao SUS um modelo diferenciado, que é o da gestão compartilhada, a qual requer que a Administração Pública seja dotada de mecanismos que permitam que entes autônomos possam se organizar de modo a executar uma gestão regionalizada.

A edição do Decreto nº 7.508, de 28 de junho 2011, impôs aos entes federados a incorporação de novas estruturas organizativas ao SUS, a exemplo do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

A aprovação do modelo nacional do COAP pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 2011, seguida pela celebração dos contratos das Regiões de Saúde dos Estados do Ceará e do Mato Grosso do Sul, em 2012, revelou a necessidade da elaboração de um Guia com orientações para a sua implantação, com ênfase nos fluxos administrativos e normativos.

Assim, temos a satisfação de apresentar o **Guia para a Elaboração do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde**, que tem a finalidade de apoiar gestores e técnicos na construção do COAP, instrumento dinâmico de gestão, indutor de articulação e de pactuações intergestores, visando à organização do SUS de forma regionalizada.

**Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**

Ministério da Saúde

## 1 INTRODUÇÃO

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta dispositivos da Lei Orgânica do SUS, enfrenta parte significativa dos obstáculos da gestão do SUS ao dispor sobre sua organização, a assistência à saúde, o planejamento da saúde e a articulação interfederativa.

Com relação à organização do SUS, estabelece as Regiões de Saúde, onde devem ser organizadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), visando à garantia da integralidade da assistência à saúde, em consonância com a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e, no que diz respeito ao planejamento, uma novidade importante é a construção do Mapa de Saúde.

Por fim, o Decreto discorre sobre a articulação interfederativa, atribuindo às Comissões Intergestores Regional (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite a pactuação da organização e do funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em Redes de Atenção à Saúde, que poderá culminar em um acordo de colaboração entre esses: o COAP.

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

Assim, o COAP deve ser elaborado de acordo com a realidade local e com as competências de cada ente federado, fortalecendo a governança regional, dando destaque:

- à garantia de efetividade do direito à saúde da população brasileira mediante novos arranjos organizacionais no âmbito do SUS, discutidos e pactuados nas comissões intergestores;

- à definição e compartilhamento das responsabilidades sanitárias de forma solidária e cooperativa, de modo a regular as relações de interdependência dos entes na rede de atenção à saúde, consolidando acordos interfederativos, com base no planejamento em saúde e nas diretrizes dos planos nacional e estaduais de saúde aprovadas pelos respectivos conselhos de saúde;
- à segurança jurídica, com definição das responsabilidades sanitárias dos entes federados na divisão de suas competências constitucionais e legais;
- ao financiamento integrado e adequado às necessidades de saúde da população nos territórios regionalizados;
- ao avanço no debate da saúde com envolvimento e comprometimento político dos chefes do Executivo, de forma a estabelecer e articular estratégias para reorganizar o SUS;
- à maior transparência e publicidade dos compromissos e gastos com a saúde;
- à melhoria da gestão pública, na medida em que permite uma nova forma de se relacionar no interior da própria Administração Pública com o intuito de torná-la mais eficiente.

# PARTE 1

## Dispositivos Gerais e Estratégias para Implantação do COAP

### 2 DISPOSITIVOS PARA A CONSTRUÇÃO DO COAP

#### 2.1 O CONSENSO INTERFEDERATIVO

O ponto de partida para a discussão e elaboração do COAP é a manifestação da vontade política dos entes federados por meio do consenso na Região de Saúde. Essa vontade política deve estar acompanhada de condições técnico-administrativas que alicercem a sua futura celebração.

O COAP será assinado pelos chefes do executivo (Prefeitos e Governador), Secretários Municipais e Estadual da Saúde e Ministro da Saúde.

Não há como o ente sozinho  
garantir a integralidade da  
atenção à saúde.

#### 2.2 AS REGIÕES DE SAÚDE

As Regiões de Saúde, pelo Decreto nº 7.508/2011, são “espaços geográficos contínuos, constituídos por agrupamento 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”, garantindo ao cidadão o direito igual a essas ações e serviços próximos de onde sua vida acontece,

independentemente do lugar onde se encontre, diminuindo assim as diferenças territoriais municipais e gerando solidariedade sistêmica no SUS.

Cada município  
pertence apenas a uma  
Região de Saúde.

Dentre os objetivos para a organização de uma Região de Saúde, destacam-se:

- garantir o acesso resolutivo da população, em tempo oportuno e com qualidade, às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, organizados em redes de atenção à saúde, assegurando-se um padrão de integralidade;

- efetivar o processo de descentralização de ações e serviços de saúde entre os entes federados, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os gestores, evitando a duplicação de meios para atingir as mesmas finalidades;

- buscar a racionalidade dos gastos, a otimização de recursos e eficiência na rede de atenção à saúde, por meio da conjugação interfederativa de recursos financeiros entre outros, de modo a reduzir as desigualdades locais e regionais<sup>1</sup>.

Para tanto, a Região de Saúde deve conjugar serviços de vários níveis de densidade tecnológica e ofertar um mínimo de ações e serviços de:

- Atenção primária.
- Urgência e emergência.
- Atenção psicossocial.
- Atenção ambulatorial especializada e hospitalar.
- Vigilância em saúde.

Cabe ao estado e à União o papel de promover a equidade regional, minimizando as diferenças, transferindo recursos de acordo com as necessidades e as características regionais.

---

<sup>1</sup> Resolução CIT nº 1, de 29 de setembro de 2011, que estabelece diretrizes para organização das Regiões de Saúde.

Compete aos estados, em articulação com os seus municípios, instituir as Regiões de Saúde, de acordo com as pactuações realizadas na CIT. Cabe ressaltar que a região deve ser regulamentada formalmente pelo estado por ser de sua competência em termos constitucionais, do qual o Decreto tratou e que deve ser interpretado em consonância com os art. 14-A e 14-B da Lei 8.080/1990.

### **2.3 O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO**

O planejamento regional integrado ocorre na Região de Saúde e parte do reconhecimento da região como o território para a identificação das necessidades de saúde da população, com base no perfil epidemiológico, demográfico, socioeconômico; a articulação e coordenação interfederativa; a organização das ações e serviços de saúde em rede de atenção; e a alocação dos recursos de custeio e investimentos.

A produção resultante desse processo compõe o COAP e expressa:

- a identificação das necessidades de saúde da população e a análise da situação de saúde do território;
- as diretrizes, os objetivos plurianuais e as metas anuais, bem como os prazos de execução, indicadores e responsabilidades dos entes federados;
- a Programação Anual de Ações e Serviços de Saúde (PGASS), incluindo os componentes de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde, (assistência, vigilância em saúde - epidemiológica, sanitária e saúde ambiental - e assistência farmacêutica), conforme disposto na Renases e Rename;
- as responsabilidades pelo financiamento.

Os municípios que compõem a Região de Saúde deverão discutir o planejamento, integradamente, de forma que expresse os seus compromissos, mediante a análise conjunta da situação de saúde, observando as Programações Anuais de Saúde (PAS), os Planos de Saúde, os Planos Plurianuais (PPA), as Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) de cada ente, buscando definir as prioridades da região, que aliadas às prioridades nacionais e estaduais, comporão, de forma estratégica, o conjunto de diretrizes para o território.

O processo de planejamento do SUS deve ser desenvolvido de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo. Sua formulação deve ser norteada pelas prioridades comuns expressas nas diretrizes estabelecidas pelos conselhos de saúde, orientando um processo ascendente e integrado, tendo o município como protagonista deste movimento.

## 2.4 O MAPA DA SAÚDE

O Mapa da Saúde é a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos, da rede de saúde e de ações e serviços ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada (próprio e privado complementar), considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema, auxiliando na identificação das necessidades de saúde da população, nas dimensões referentes às condições de vida e na melhoria do acesso a essas ações e serviços.

A construção desse Mapa é parte integrante do processo de planejamento e se inicia com a representação geográfica da situação sanitária construída a partir de critérios epidemiológicos, demográficos, sociais, de gestão e de estrutura do sistema, expressos nos seguintes temas:

- Estrutura do sistema de saúde.
- Redes de atenção à saúde.
- Condições socio sanitárias.
- Fluxos de acessos.
- Recursos financeiros.
- Gestão do trabalho e da educação na saúde.
- Ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde.
- Gestão.

As informações dispostas no Mapa da Saúde devem possibilitar o estabelecimento das prioridades de saúde que precisam ser discutidas diante das lacunas, excessos ou reordenamento de equipamentos, serviços, profissionais, dentre outros, bem como fornecer elementos para a definição de metas de saúde a serem incorporadas no COAP.

## **2.5 A RELAÇÃO NACIONAL DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE - RENASES**

A Renases compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para o atendimento da integralidade da assistência à saúde, contemplando de forma agregada a Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Medicamentos do SUS, conforme a Portaria GM/MS nº 841/2012, de acordo com os seguintes componentes:

- Ações e serviços da atenção primária;
- Ações e serviços da urgência e emergência;
- Ações e serviços da atenção psicossocial;
- Ações e serviços da atenção especializada (ambulatorial, hospitalar e odontológica);
- Ações e serviços da vigilância em saúde.

De acordo com a referida Portaria, a oferta pelos entes federados deverá considerar as especificidades regionais, os padrões de acessibilidade, o referenciamento de usuários entre municípios e Regiões de Saúde e a escala econômica adequada.

O financiamento das ações e serviços da Renases será tripartite, conforme pactuação.

Os estados, o Distrito Federal e os municípios poderão adotar relações complementares de ações e serviços de saúde, sempre em consonância com o previsto na Renases, respeitadas as responsabilidades de cada ente federado pelo seu financiamento e de acordo com o pactuado nas comissões intergestores.

Compreende-se por complementar a inclusão de ações e serviços que não constam da Renases.

## **2.6 A RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS - RENAME**

A RENAME compreende a seleção e a padronização de insumos farmacêuticos e medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS e serão financiados pelos três entes federados, de acordo com as pactuações nas respectivas comissões intergestores e as normas vigentes para o financiamento do SUS.

O elenco desses medicamentos e insumos foi publicado em março de 2012, pela Portaria GM/MS nº 533/2012, de acordo com a seguinte estrutura:

- Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.
- Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica.
- Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
- Relação Nacional de Insumos.
- Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar.

Os estados, o Distrito Federal e os municípios podem definir medicamentos de forma suplementar à RENAME, para atender de situações epidemiológicas específicas, respeitadas as responsabilidades dos entes, conforme análise e recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec).

A RENAME encontra-se disponível no sítio eletrônico do MS, no endereço:  
<<http://www.saude.gov.br/medicamento>>

## 3 A GESTÃO DO COAP

### 3.1 AS COMISSÕES INTERGESTORES

O Decreto nº 7.508/2011, ao estabelecer regras para as comissões intergestores, garantiu segurança jurídica em suas decisões, que passam a decorrer de uma instância prevista em Decreto e agora na Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011.

A Lei nº 12.466/2011 acrescentou os arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080/1990, o que conferiu maior legitimidade às representações dos entes estaduais e municipais de saúde: o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e as comissões intergestores, colaborando efetivamente para o aprimoramento do pacto federativo, adequando as atribuições a elas estabelecidas.

A gestão do COAP será realizada pelos três entes signatários, cabendo à CIR, à CIB e à CIT, de acordo com as suas competências, pactuar o acompanhamento e a operacionalização das ações e serviços compartilhados.

Compete a CIR, segundo o art. 5º da Resolução CIT nº 1, de 2011, discutir aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, que compõem o COAP, devendo pactuar as responsabilidades individuais e solidárias de cada ente federativo na Região de Saúde, definidas a partir da RAS, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro.

À CIB cabe pactuar as diretrizes estaduais das Regiões de Saúde e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde dos entes federados, de acordo com as diretrizes nacionais, dando posterior ciência à CIT e promover os processos de avaliação do funcionamento das Regiões de Saúde, de acordo com as diretrizes previstas na Resolução CIT nº 1/2011, devendo informar à CIT qualquer mudança na conformação regional.

Por fim, compete à CIT, pactuar as diretrizes nacionais para a organização das Regiões de Saúde no SUS; decidir sobre casos específicos, omissos e controversos relativos à instituição de Regiões de Saúde; e pactuar as regras de continuidade do

acesso, para o atendimento da integralidade da assistência, às ações e aos serviços de saúde integrantes da rede de atenção à saúde, mediante referenciamento em Regiões de Saúde interestaduais.

### **3.2 O CONTROLE SOCIAL**

Um dos insumos estratégicos para construção do COAP são os planos de saúde de cada ente federado, cujas diretrizes prioritárias são aprovadas pelos respectivos conselhos de saúde, mantendo coerência com as prioridades definidas pelas instâncias de controle social.

O planejamento do SUS, para efeito do COAP, confere aos entes signatários o compromisso de discutir permanentemente nos conselhos de saúde e nas comissões intergestores a política de saúde e a sua execução e integração, respeitadas as normas vigentes. Sendo assim, o COAP deve ser encaminhado na íntegra para os conselhos estaduais e municipais de saúde, para o acompanhamento de sua execução por intermédio do Relatório de Gestão, que deverá conter seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do contrato.

Os conselhos de saúde terão acesso a toda documentação que comprove a execução do COAP.

Outro ponto de destaque refere-se ao compromisso a ser assumido pelos signatários quando da celebração do acordo, de envidar todos os esforços para garantir o funcionamento do conselho de saúde e das conferências de saúde, como forma de atuação da sociedade na condução do SUS.

As informações sobre o COAP serão disponibilizadas pelo MS no portal de transparência da saúde e por outros meios e instrumentos, com a finalidade de garantir a participação da comunidade no SUS, no exercício do controle social.

## **4 A ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA**

### **4.1 A COORDENAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO COAP**

A elaboração do COAP é realizada pelos 3 entes federados e compete à Secretaria de Estado da Saúde (SES) coordenar sua implantação, organizando as discussões para alinhamento técnico-político, com os demais entes signatários do contrato, destacando-se aqui a importância do consenso interfederativo entre Prefeitos, Governador, respectivos Secretários da Saúde e o Ministro da Saúde, conjugando esforços e assim, alcançar os objetivos comuns em relação ao cidadão.

Os municípios podem, no âmbito da CIR e/ou do COSEMS, iniciar o debate e fomentar esse processo.

Além do aspecto técnico-político é necessário um alinhamento técnico-jurídico com as respectivas assessorias jurídicas/procuradorias e uma discussão para apropriação do COAP com os órgãos de controle interno e externo.

Para garantir transparência e maior alinhamento ao processo, recomenda-se a instituição de um Grupo Condutor Tripartite, constituído de representantes da Secretaria Estadual, das Secretarias Municipais e do Ministério da Saúde (MS), para definir e implementar uma agenda de trabalho para a construção do contrato e do processo de monitoramento, que será realizado após a sua assinatura.

### **4.2 O APOIO INTEGRADO DO MS**

O Apoio Integrado do MS deve permear as relações interfederativas na busca da garantia do direito à saúde e que possa evocar a expressão de forças, composições e conflitos. O Apoio Integrado configura-se numa estratégia do MS, que tem como

objetivo maior, fortalecer a gestão do SUS com vistas à ampliação do acesso e a da qualidade dos serviços de saúde, considerando a implementação das políticas expressas no Plano Nacional de Saúde (PNS) e nos dispositivos do Decreto nº 7.508/11.

Cabe ressaltar que o Apoio Integrado deve respeitar as competências dos gestores das três esferas de governo, lembrando que a ação federal articula-se com a gestão estadual, coordenadora do sistema no seu âmbito, para fortalecer a ação federal/estadual/municipal, na implementação de políticas de saúde, sem prejuízo de apoios técnicos específicos entre eles.

Sendo assim, o papel institucional exercido pelo apoiador, na articulação federativa, deve estar voltado para as demandas e/ou necessidades dos Estados e Municípios e em síntese, devem estar centradas:

- No planejamento em saúde, no âmbito estadual e municipal.
- No planejamento regional integrado, no âmbito de cada Região de Saúde.
- Na elaboração do desenho da RAS em cada território.
- Na implementação das redes de atenção à saúde, com ênfase nas redes temáticas estabelecidas nas diretrizes do PNS e de acordo com a Renases e Rename.
- Nos processos para as pactuações das responsabilidades individuais e solidárias na Região de Saúde, tais como regulação, monitoramento e avaliação, gestão do trabalho e educação na saúde, vigilância em saúde.
- Na implantação do COAP, expressão dos compromissos de cada ente federado para com o sistema de saúde, dentre outros.

O Apoio Integrado do Ministério da Saúde é uma importante estratégia institucional para consolidar e agilizar as pactuações regionais, dando celeridade nas pactuações e construção do COAP.

## PARTE 2

# Passo a Passo para a Construção do COAP

### 5 PASSO 1: CONHECENDO A ESTRUTURA DO CONTRATO

#### 5.1 AS PARTES E CLÁUSULAS

Antes de iniciar a elaboração do COAP é importante conhecer a estrutura e a composição, tal como se apresenta no modelo nacional pactuado e aprovado na CIT, em dezembro de 2011.

O modelo do COAP está disponível no endereço <[www.saude.gov.br/dai](http://www.saude.gov.br/dai)>

**Quadro 1 - Organização do quadro**

PARTES	CLÁUSULAS	
Capa		Identificação do contrato.
Segunda capa		Relação dos municípios integrantes da Região de Saúde.
Preâmbulo		Identificação dos signatários e suas respectivas assinaturas.
Índice		Partes, cláusulas e anexos.
Parte I - Das Responsabilidades Organizativas	1ª	Do Objeto.
	2ª	Das Disposições Gerais.
	3ª	Dos Princípios e Diretrizes do SUS.
	4ª	Da Gestão Centrada no Cidadão.
	5ª	Das Ações e Serviços Públicos de Saúde na Região de Saúde.
	6ª	Das Diretrizes sobre a Rede de Atenção à Saúde e da Garantia da Continuidade do Acesso.
	7ª	Das Diretrizes sobre o Acesso Ordenado às Ações e Serviços na Rede de Atenção à Saúde.
	8ª	Do Planejamento da Saúde Integrado.
	9ª	Das Diretrizes sobre a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde.
	10ª	Da Articulação Interfederativa.
	11ª	Das Diretrizes da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.
	12ª	Das Diretrizes sobre o Financiamento.
	13ª	Das Medidas de Aperfeiçoamento do Sistema.

Continua

## Conclusão

PARTES	CLÁUSULAS	
Parte I - Das Responsabilidades Organizativas	14ª	Das Diretrizes Gerais sobre Monitoramento, Avaliação de Desempenho e Auditoria.
	15ª	Das Sanções Administrativas.
	16ª	Da Publicidade.
Parte II - Das Responsabilidades Executivas e seus Anexos I, II e III	17ª	Das Diretrizes Nacionais e Estaduais.
	18ª	Dos Objetivos, Metas Regionais e Responsabilidades Solidárias.
Anexo I	1ª	Identificação dos órgãos signatários (Secretarias Municipais de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde).
	2ª	Caracterização da Região de Saúde, conforme Mapa da Saúde.
Anexo II	1ª	Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) da Região de Saúde:
		1.1 Critérios e parâmetros para a programação física das ações e serviços de saúde.
		1.2 Limites financeiros da assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar por Município.
		1.3 Programações físicas e financeiras das redes estratégicas (Rede Cegonhas, Rede de Urgências, Rede de Atenção Psicossocial)
		1.4 Programação das ações e metas de vigilância em saúde e da atenção básica.
		1.5 Mapa de investimentos realizados na Região de Saúde.
		1.6 Rename e as correspondentes responsabilidades individuais e solidárias.
		1.7 Outras programações específicas, se houver.
Anexo III	1ª	Relação dos serviços de saúde em cada esfera de governo e as respectivas responsabilidades pelo referenciamento do usuário de outro Município.
	2ª	Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP).
Parte III - Das Responsabilidades Orçamentárias e Financeiras	19ª	Das Responsabilidades pelo Financiamento do Contrato.
Parte IV - Do Monitoramento, Avaliação de Desempenho e Auditoria	20ª	Do Monitoramento, Avaliação de Desempenho e Auditoria.

Fonte: Resolução CIT, de 30 de Janeiro de 2012.

Como se vê, as responsabilidades dos entes federados estão estruturadas em quatro partes. Na parte I estão dispostas as responsabilidades relativas à organização do SUS, englobando questões como a gestão centrada no cidadão, a articulação interfederativa, o planejamento integrado, a programação das ações e serviços de saúde e as diretrizes para o acesso ordenado a estas, dentre outras.

A parte II trata das metas regionais e das responsabilidades individuais e solidárias assumidas por cada um dos entes para o cumprimento das metas no contrato.

O financiamento é tratado na parte III, no que tange ao custeio e aos investimentos das ações e serviços de saúde realizados na Região de Saúde, sob responsabilidade dos entes.

Na parte IV e última encontram-se os critérios e as formas de monitoramento, de avaliação de desempenho e de auditoria do contrato.

É importante ressaltar que cada uma das partes do COAP possui conteúdos que devem ser trabalhados de forma integrada propiciando uma visão sistêmica de sua construção.

## 6 PASSO 2: CONSTRUINDO O CONTRATO

### 6.1 CAPA E SEGUNDA CAPA: IDENTIFICAÇÃO E VIGÊNCIA

A capa e a segunda capa deverão seguir o modelo aqui apresentado. Na capa deverá constar o NOME da **Região de Saúde** e do **estado**, bem como o PERÍODO DE VIGÊNCIA do contrato, e na segunda capa a relação completa dos MUNICÍPIOS que integram a Região.

Em relação ao período de vigência destaca-se que este deverá ser de quatro anos, devendo coincidir com o prazo dos Planos Municipais de Saúde (PMS). No entanto, o primeiro contrato poderá ter outro prazo de vigência, visando sua adequação aos prazos dos PMS, sempre finalizando no último dia do ano.

No caso de assinaturas de COAP de um mesmo estado em regiões diferentes, é importante lembrar que independentemente da data de assinatura (início do contrato) a data de término precisa ser coincidente para todas as regiões. Como exemplo: Região A assina no dia 01/01/2013 e Região B assina em 15/05/2013, na definição da vigência do COAP da Região A é preciso que a SES,



condutora do processo, projete uma data de término comum a todas as regiões, visando à adequação de vigência de todas as regiões para um próximo ciclo.

Em observância ao § 5º do art. 14 da Resolução CIT n.º 3/2011, a numeração sequencial e exclusiva do COAP será providenciada pelo MS, logo após a sua homologação na CIB.

A numeração do COAP será providenciada pelo MS.

## **6.2 PREÂMBULO: IDENTIFICAÇÃO DOS SIGNATÁRIOS E ASSINATURAS**

O preâmbulo será utilizado para o registro dos dados relativos aos SIGNATÁRIOS do COAP, bem como de suas respectivas ASSINATURAS. Lembre-se que o contrato deverá ser assinado pelos Prefeitos e Secretários Municipais da Saúde, pelo Governador e Secretário de Estado da Saúde e pelo Ministro da Saúde.

No preâmbulo deverá constar ainda, o nome e dados do(a) SERVIDOR(A) PÚBLICO(A) que será responsável por rubricar todas as páginas do contrato.

Os dados a serem registrados são os seguintes:

- Cargo;
- Nome completo;
- Nacionalidade;
- Profissão;
- Estado civil;
- Carteira de identidade e órgão emissor;
- CPF.

## 6.3 PARTE I: IDENTIFICAÇÃO DAS RESPONSABILIDADES ORGANIZATIVAS

Conforme mencionado anteriormente, a Parte I - Das Responsabilidades Organizativas, trata de um conjunto de compromissos federativos vinculados às funções gestoras estratégicas do SUS às quais estão submetidos todos os entes federados.

Essa Parte I é composta por 16 cláusulas que obedecem ao padrão nacional aprovado de forma tripartite, ou seja, elas já estão prontas, não havendo necessidade de preenchimento, exceto dos campos destacados para a inclusão do nome da Região de Saúde e do período de vigência do contrato.

O período de vigência do COAP deverá ser registrado na cláusula segunda, que trata das disposições gerais (subcláusula 2.5)

A seguir, um resumo de cada uma das cláusulas da Parte I.

**Quadro 2 - Resumo das cláusulas da parte I do COAP**

CLÁUSULAS	ASPECTOS RELACIONADOS
1ª DO OBJETO	Dispõe sobre a organização, o financiamento e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federados na Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde dos usuários através da rede de atenção à saúde para conformar o SUS
2ª DAS DISPOSIÇÕES GERAIS	Contempla a composição do contrato, o qual é composto pela Parte I, Parte II, Parte III, Parte IV. Trata ainda da vigência e das revisões anuais a serem realizadas no contrato por meio dos termos aditivos.
3ª DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS	Destaca que o SUS se assenta em valores da sociedade brasileira expressos na Constituição Federal, a qual garante que a saúde é direito de todos e dever do Estado, assegurado mediante o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Além desses, considera o princípio da equidade, previsto no Decreto nº 7.508/2011, a participação da comunidade, a eficiência e melhoria da qualidade dos serviços, a humanização no atendimento e a valorização dos profissionais de saúde como valores sociais que permeiam este contrato em todas as suas cláusulas e condições.
4ª DA GESTÃO CENTRADA NO CIDADÃO	Dá ênfase à satisfação do cidadão no âmbito da Região de Saúde como um compromisso dos dirigentes, gestores e trabalhadores de saúde que integram a rede de atenção à saúde. Neste capítulo os signatários se responsabilizam nos termos do artigo 37 do Decreto nº 7.508/2011, a desenvolver estratégias que incorporem a escuta e as opiniões dos cidadãos como ferramenta de melhoria dos serviços, além de promover uma gestão que tenha como centro o cidadão, sua participação na definição das políticas de saúde e no seu controle, acesso à informação e disseminação de informações em saúde, conforto, respeito à intimidade e aos seus direitos e garantias constitucionais, e apoiar movimentos de mobilização social em defesa do SUS.

Continua

## Continuação

CLÁUSULAS	ASPECTOS RELACIONADOS
5ª DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA REGIÃO DE SAÚDE	<p>Destaca as responsabilidades para a implantação da:</p> <p>Renases: que de acordo com o Decreto nº 7.508/2011, compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde. Cada signatário é individualmente responsável pela garantia de ações e serviços públicos de saúde, de acordo com o previsto na Parte II e seu Anexo II, mediante a prestação direta ou mediante o referenciamento resolutivo do cidadão na rede de atenção à saúde regional e inter-regional.</p> <p>Rename: Para efeito deste contrato, a Rename é parte integrante da assistência farmacêutica, estabelecida na Lei nº 8.080/1990, com a alteração da Lei nº 12.401/2011 e o Decreto nº 7.508/2011.</p>
6ª DAS DIRETRIZES SOBRE A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E DA GARANTIA DA CONTINUIDADE DO ACESSO	<p>Contempla a organização das redes de atenção com ênfase nas portas de entrada destacadamente a atenção básica como ordenadora do sistema, devendo ser resolutiva na Região de Saúde. Outro aspecto diz respeito à identificação do usuário nos serviços de saúde por intermédio do Cartão Nacional de Saúde, o qual será implementado na Região de Saúde, conforme cronograma nacional e, acordado nas comissões intergestores correspondentes.</p> <p>Reforça-se também o ordenamento do acesso do cidadão às ações e serviços de saúde por meio da Renases, fundado na gravidade do risco à saúde, na vulnerabilidade da pessoa e no critério cronológico, observando sempre as especificidades previstas nas leis para pessoas com proteção especial, devendo o risco individual e coletivo prevalecer sobre quaisquer outros critérios.</p> <p>Reforça o compromisso com a regulação das ações e serviços de saúde mediante controle e avaliação, regulação do acesso às ações e serviços de saúde, garantia da continuidade do cuidado, sempre de forma ordenada, oportuna e qualificada, observadas as normas e estruturas locais, regionais e interestaduais, pactuadas entre gestores, respeitando as portas de entrada definidas no Decreto nº 7.508/2011 e neste contrato. Além disso, deve fomentar a qualificação da participação complementar do setor privado no SUS, mediante contrato ou convênio, aprimorando o cadastramento, controle, fiscalização, avaliação, formas de pagamento e outras condições.</p>
7ª DAS DIRETRIZES SOBRE O ACESSO ORDENADO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	<p>Trata das diretrizes de acesso consubstanciada na implantação da rede de atenção à saúde, a qual deverá ser conformada segundo as diretrizes do Decreto nº 7.508/2011 e outras normas pactuadas na CIT, e de forma complementar, pela CIB. A organização da rede de atenção à saúde visa à integração regional de ações e serviços de saúde mediante planejamento regional integrado, devendo garantir a atenção integral da saúde, de maneira contínua, com a atenção primária à saúde sendo a ordenadora da rede.</p>
8ª DAS DIRETRIZES DO PLANEJAMENTO INTEGRADO DA SAÚDE	<p>Trata do compromisso com o planejamento do SUS, onde os signatários se comprometem a discutir permanentemente nos Conselhos de Saúde e nas comissões intergestores a política de saúde e a sua execução e integração, respeitadas as normas vigentes. Destaca-se que a elaboração do Plano de Saúde e do Relatório de Gestão é obrigatório à manutenção das transferências de recursos financeiros previstos no contrato a cargo da União para os Estados, Distrito Federal e municípios, conforme disposto no artigo 4º da Lei 8.142/1990 e artigo 2º do Decreto 1.232/1994.</p> <p>Destaca, como ferramenta para o planejamento integrado, o Mapa da Saúde, nos termos do Decreto nº 7.508/2011 - definido como a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde.</p>
9ª DIRETRIZES DA PROGRAMAÇÃO GERAL DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE	<p>Destaca a PGASS da Região definida mediante a responsabilização de cada ente na rede de atenção à saúde no que se refere à organização e responsabilidade pela prestação das ações e serviços na Região de Saúde, visando à integralidade da atenção. Os entes signatários se comprometem a desenvolver ações de acompanhamento das metas físicas e financeiras da programação, assim como dos fluxos de referência e contrarreferência e dos processos relacionados à continuidade do cuidado do usuário na rede de atenção à saúde, em especial as redes temáticas. Compromisso com a atualização da PGASS anualmente mediante termo aditivo.</p>
10ª DA ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA	<p>Dispõe sobre a importância da CIR para a Região de Saúde, sendo ela responsável pelo acompanhamento da execução dos consensos estabelecidos neste contrato e pela implementação do planejamento regional integrado em conjunto com o Estado.</p>

Continua

## Conclusão

CLÁUSULAS	ASPECTOS RELACIONADOS
11ª DAS DIRETRIZES DA GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Trata sobre a posição dos gestores na elaboração e reformulação dos planos de carreira, cargos e salários devem considerar as diretrizes nacionais estabelecidas nas normas vigentes. Nela, os signatários se comprometem a estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde; observar e implantar as pactuações estabelecidas na mesa nacional de negociação permanente do SUS; implementar políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores para suprir as necessidades da rede de atenção à saúde e a identificar o quantitativo de trabalhadores a serem formados e qualificados de acordo com as necessidades dos serviços de saúde.
12ª DAS DIRETRIZES SOBRE O FINANCIAMENTO	Destaca as Regiões de Saúde como referência para as transferências de recursos entre os entes federados, conforme disposto no art. 6º, do Decreto nº 7.508/2011. As referências para os planos de custeio e o de investimentos globais serão: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planos de Saúde.</li> <li>• Programação Pactuada Integrada (PPI) e demais programações.</li> <li>• Planos regionais das redes prioritárias.</li> <li>• Incentivos financeiros das políticas nacionais e estaduais.</li> </ul> No que tange à direção nacional do SUS, na forma da Lei 8.080/1990, a mesma deverá prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, Distrito Federal e aos municípios. O apoio técnico visa o aperfeiçoamento da atuação institucional dos seus fundos de saúde responsáveis pela aplicação de todos os recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde, bem como para a realização de todas as obrigações e/ou responsabilidades atribuídas neste contrato.
13ª DAS MEDIDAS DE APERFEIÇOAMENTO DO SUS	Trata das medidas de aperfeiçoamento não relacionadas diretamente ao SUS, mas que repercutem indiretamente no referido Sistema. <p>Com o objetivo de aprimorar as relações institucionais com o Poder Judiciário e o Ministério Público, os entes signatários se comprometem a desenvolver medidas com a finalidade de subsidiar o Poder Judiciário e o Ministério Público, técnica e cientificamente, nas decisões a serem tomadas em relação a assuntos pertinentes à saúde no âmbito da Região de Saúde.</p> Nesta Cláusula, após discussão e pactuação na CIR e/ou CIB, poderão ser incorporadas outras formas de inovações para o aprimoramento das relações institucionais.
14ª DAS DIRETRIZES GERAIS SOBRE MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO CONTRATO E AUDITORIA	Destaca a importância e a necessidade das ações de monitoramento, entendidas, para efeito do contrato, como a verificação da conformidade das responsabilidades assumidas quanto à execução do contrato, buscando possíveis soluções, em tempo real e de forma preventiva, para os problemas identificados. As ações de monitoramento devem ser um processo permanente no âmbito da Região de Saúde e serem orientadas pelas responsabilidades, objetivos, metas e indicadores assumidos pelo COAP. <p>Em relação à avaliação de desempenho, é fundamental o compromisso dos entes na sua realização de forma a medir periodicamente o seu desempenho na execução do contrato de acordo com indicadores e parâmetros estabelecidos. Cabe destacar as ações de Auditoria, que devem verificar a execução do contrato quanto aos aspectos orçamentário, operacional e patrimonial, além de analisar a conformidade do gasto, devendo ser realizado concomitante e a posteriori e analisar os processos e resultados de acordo com as cláusulas e condições deste contrato.</p> A Ouvidoria também poderá contribuir para a avaliação do COAP, por meio da visão do usuário, estabelecendo comunicação entre o cidadão e o Poder Público, de forma a promover encaminhamentos necessários para a solução de problemas.
15ª DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS	Reforça que o descumprimento de qualquer cláusula ou condição prevista será objeto de discussão na CIR e/ou CIB, sempre com vistas à sua regularização, mediante termo aditivo ao presente contrato. <p>No caso de constatada impropriedade ou irregularidade da aplicação de recursos, o resultado da auditoria será encaminhado às autoridades competentes para adoção das devidas providências, bem como comunicado às comissões intergestores, sem prejuízo de outros encaminhamentos.</p>
16ª DA PUBLICIDADE	Trata do encaminhamento do COAP aos Conselhos de Saúde para o acompanhamento de sua execução, sendo que o seu conteúdo deverá fazer parte do Relatório de Gestão (RG). <p>O COAP deve se tornar público, sob o formato de publicação impressa e/ou por meio eletrônico para conhecimento e acesso de qualquer cidadão que deverá, com isso, ter pleno conhecimento dos acordos firmados entre os entes federados em sua Região de Saúde, para que possa exercer o controle social.</p>

Fonte: Minuta do Contrato disponibilizado no site <www.saude.gov.br/dai>.

## 6.4 PARTE II: IDENTIFICAÇÃO DAS RESPONSABILIDADES EXECUTIVAS

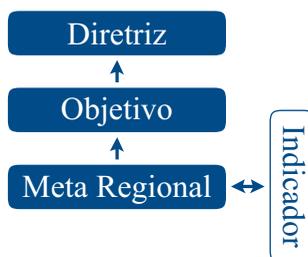
A Parte II - Das Responsabilidades Executivas dispõe sobre o conjunto de METAS REGIONAIS pactuadas entre os entes federados a partir da realização prévia do planejamento regional integrado, bem como sobre as RESPONSABILIDADES INDIVIDUAIS E SOLIDÁRIAS assumidas para o alcance das metas.

A negociação e a pactuação dessas responsabilidades deverão ser realizadas na CIR, com a participação do MS, observando os seguintes fatores:

- disponibilidade de recursos necessários para o alcance da meta proposta (recursos econômicos, humanos, logísticos, políticos, etc.);
- clareza sobre a linha de base (referência inicial da meta);
- desempenho dos anos anteriores, principalmente no desempenho dos municípios/ Região de Saúde aferido pelo Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), quando couber.

É o processo de planejamento regional integrado da saúde que subsidia a definição das metas para a Região de Saúde.

Cada meta regional está relacionada a um indicador vinculado ao atendimento de um objetivo, que por sua vez está relacionado a uma diretriz, conforme se vê no diagrama abaixo:



Os prazos para o cumprimento das metas regionais deverão ser organizados em dois períodos: plurianual, de acordo com a vigência do COAP e anual (por exercício fiscal). As metas anuais serão definidas e pactuadas por meio dos termos aditivos, no início de cada ano, visando o atendimento da meta plurianual.

Para o alcance da meta regional deverão ser pactuadas as responsabilidades individuais dos entes signatários, sendo as responsabilidades municipais expressas na forma de meta, enquanto as responsabilidades estadual e federal expressas na forma de ações e serviços, tendo por base as normas vigentes e outros compromissos assumidos e/ou já pactuados entre os entes.



Destaca-se que o processo de construção da Parte II deverá estar articulado às demais partes, e sua organização deverá se dar em torno das discussões e pactuações das responsabilidades executivas individuais e regionais do COAP.

A seguir, um resumo das cláusulas da Parte II e seus respectivos anexos.

### Quadro 3 - Resumo das cláusulas da parte II do COAP

CLÁUSULAS	ASPECTOS RELACIONADOS
17ª DAS DIRETRIZES NACIONAIS	<p>Dispõe sobre as diretrizes nacionais aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).</p> <p>As diretrizes nacionais são as seguintes:</p> <p><b>Diretriz 1</b> - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada.</p> <p><b>Diretriz 2</b> - Aprimoramento da rede de urgências, com expansão e adequação de Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Pronto Socorro (PS) e centrais de regulação, articulando-a com outras redes de atenção.</p> <p><b>Diretriz 3</b> - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e população de maior vulnerabilidade.</p> <p><b>Diretriz 4</b> - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de Crack e outras drogas.</p> <p><b>Diretriz 5</b> - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecendo as ações de promoção e prevenção.</p> <p><b>Diretriz 6</b> - Implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.</p> <p><b>Diretriz 7</b> - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.</p> <p><b>Diretriz 8</b> - Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.</p> <p><b>Diretriz 9</b> - Aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar, com articulação da relação público-privado, geração de maior racionalidade e qualidade no setor saúde.</p> <p><b>Diretriz 10</b> - Fortalecimento do complexo industrial e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, com redução da vulnerabilidade do acesso à saúde e da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.</p> <p><b>Diretriz 11</b> - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais e trabalhadores de saúde.</p> <p><b>Diretriz 12</b> - Implementação do novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.</p> <p><b>Diretriz 13</b> - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.</p> <p><b>Diretriz 14</b> - Promoção internacional dos interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhamento das experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira.</p> <p>Dispõe ainda sobre as diretrizes estaduais do Plano Estadual de Saúde (PES), aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde (CES).</p>
18ª DOS OBJETIVOS, METAS REGIONAIS E RESPONSABILIDADES SOLIDÁRIAS	<p>Dispõe sobre as metas regionais pactuadas para a Região de Saúde, com base no rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 e nos planos estaduais e municipais de saúde.</p>

Fonte: Minuta do Contrato disponibilizado no site <[www.saude.gov.br/dai](http://www.saude.gov.br/dai)>.

É importante destacar que caso seja identificada uma diretriz para a Região que não conste nos Planos Nacional e Estadual de Saúde, esta deverá ser submetida ao CES para inserção no COAP e ajuste no Plano Estadual de Saúde.

Para pactuação interfederativa foram aprovados de forma tripartite um conjunto de indicadores, os quais foram organizados no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores disponível no endereço: <[www.saude.gov.br/sispacto](http://www.saude.gov.br/sispacto)>

As informações da cláusula 18ª deverão ser inseridas no contrato através do quadro que se segue.

**Quadro 4 - Modelo do Quadro de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do COAP**

QUADRO 1	DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES		
	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	
Diretriz Nacional			
Diretriz Estadual			
Objetivo			
Meta Regional			Período Anual [0000]
			Período Plurianual [0000-0000]
Indicador			Linha de Base do Indicador
			Ano de Referência da Linha de Base
Responsabilidades Solidárias - [Período Anual]			
Município		Estado	União
Município A			
Município B			
Município C			
Município D			
Município E			
Município F			
Município G			
Município H			

Fonte: Minuta do Contrato disponibilizado no site <[www.saude.gov.br/dai](http://www.saude.gov.br/dai)>.

### Dicas para preenchimento do quadro

Código	<p>Diretriz Nacional (<b>DN</b> + número da diretriz nacional)</p> <p>Diretriz Estadual (<b>DE</b> + número da diretriz estadual)</p> <p>Objetivo (<b>O</b> + número do objetivo)</p> <p>Meta Regional (<b>MR</b> + número do indicador da meta)</p> <p>Indicador Universal (<b>IU</b> + número do indicador)</p> <p>Indicador Específico (<b>IE</b> + número do indicador)</p>
Descrição	Utilizar a descrição constante no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores.
Período Anual	<p>Valor da meta regional pactuada para o primeiro ano do contrato (ano fiscal).</p> <p>Valor da meta regional pactuada para o período total de vigência do contrato</p>

Período Plurianual	União: relação das ações e serviços pactuados para o alcance da meta regional.
Responsabilidades Solidárias	Estado: relação das ações e serviços pactuados para o alcance da meta regional. Municípios: quantificação da meta do Município para o alcance da meta regional.

### 6.4.1 ANEXOS DA PARTE II

A Parte II é composta por três anexos, a saber:

- Anexo I: Identificação dos órgãos signatários e caracterização da Região de Saúde, baseada no Mapa da saúde.
- Anexo II: Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde.
- Anexo III: Relação dos serviços de saúde em cada esfera de governo e as respectivas responsabilidades pelo referenciamento do usuário de outro Município.

#### 6.4.1.1 Anexo I

No Anexo I é composto por 2 itens. O primeiro item deve conter os seguintes dados relativos ao Ministério da Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde e às Secretarias Municipais de Saúde:

- Nome do órgão;
- CNPJ;
- Endereço completo;
- Telefone com DDD;
- Endereço eletrônico (site).

O segundo item deve conter a caracterização da Região de Saúde, baseada no Mapa da Saúde, abordando os seguintes temas:

**Quadro 5 - Resumo dos temas no Mapa da Saúde**

TEMAS	DESCRIÇÃO DOS CONTEÚDOS
I. Estrutura do Sistema de Saúde	Capacidade instalada existente pública (própria e privada complementar) e privada, evidenciando os estabelecimentos de saúde, serviços, equipamentos e profissionais; Oferta e cobertura de ações e serviços de saúde mediante uso de indicadores construídos a partir de parâmetros reconhecidos e da produção das ações e serviços de saúde prestados, quando não existir parâmetros definidos.
II. Redes de Atenção à Saúde	Contempla indicadores ou marcadores que permitam evidenciar a atenção básica como ordenadora da rede de atenção à saúde, além de indicadores afetos à implementação das redes prioritárias para o sistema: rede materno-infantil, a rede de atenção às urgências, a rede de atenção psicossocial, além de outras que venham a ser conformadas e identificadas como prioridade.
III. Condições Sociossanitárias	Evidencia, por meios de indicadores, as condições sociossanitárias. Sistematiza, também, a situação de saúde de grupos de maior vulnerabilidade bem como informações relativas aos determinantes sociais de saúde. Guarda relação direta com o IDSUS na medida em que reflete os indicadores que o compõem.
IV. Fluxos de Acesso	Evidenciam o caminho e a distancia percorrida pelos usuários, constituindo os fluxos assistenciais, mediante a apuração de residência e ocorrência de eventos.
V. Recursos Financeiros	Identifica os recursos de investimentos e custeio para o financiamento do sistema.
VI. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	Identifica a quantidade de trabalhadores de acordo com os serviços e redes temáticas; condições de trabalho, contemplando: jornada média de trabalho, jornada média de trabalho segundo quantidade de vínculos de trabalho, número médio e tipo de vínculos de trabalho e indicadores de saúde do trabalhador; formação e qualificação profissional e características dos centros formadores.
VII. Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde	Apresenta a distribuição das instituições e suas capacidades e especialidades técnicas, públicas e privadas, de pesquisa, produção e inovação em saúde.
VIII. Gestão	Evidencia indicadores relativos aos processos de regionalização, planejamento, regulação, participação e controle social, bem como informações afetas às pesquisas de satisfação dos usuários do SUS e o resultado do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS).

Fonte: Diretrizes para conformação do Mapa da Saúde e o processo de planejamento no âmbito do SUS pactuado na reunião da CIT de Novembro de 2011.

### 6.4.1.2 Anexo II

O Anexo II deve ser utilizado para o registro da PGASS. No entanto, enquanto o processo de construção da PGASS não for finalizado, para efeito do COAP, serão considerados conteúdos da PGASS, as programações vigentes dos signatários a seguir relacionadas.

Cabe frisar que a elaboração da PGASS deve ocorrer nas Regiões de Saúde, como atribuição das CIR, sendo necessária a harmonização dos compromissos e metas regionais no âmbito do Estado, em um processo coordenado pelas SES e pactuado nas CIB. Assim, a PGASS desenvolvida no âmbito das Regiões e integrada em âmbito estadual, contribui para a conformação e organização da rede de atenção à saúde.

1. Critérios e parâmetros adotados e a programação física das ações e serviços de saúde.

2. Limites financeiros da assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar por Município (programação financeira), com explicitação da parcela referente à população própria e à referenciada, onde os recursos alocados como ajustes **não devem ultrapassar 20% do limite financeiro da assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar**, conforme normas vigentes.

3. Programações físicas e financeiras resultantes da implantação das redes estratégicas como Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências, Rede de Atenção Psicossocial, entre outras, e programadas nos Planos de Ação das redes temáticas, e outras que vierem a ser implementadas.

4. Programação das ações e metas de vigilância em saúde e atenção básica.

5. Mapa de investimentos.

6. Relação de medicamentos ofertados na Região de Saúde, observada a Rename e a lista complementar conforme pactuação estadual (se for o caso);

7. Outras programações específicas, quando houver (Ex. Projeto QualiSUS).

De forma transitória, enquanto não se aprova a modelagem da PGASS na CIT, foram sugeridos os seguintes modelos de quadros para o registro das programações listadas:

1. Para o item critérios e parâmetros adotados e a programação física das ações e serviços de saúde, poderá ser utilizada a versão sintética ou analítica:

**Quadro 6 - Relação das áreas estratégicas programadas na Região de Saúde (Sintético)**

QUADRO 2.A RELAÇÃO DAS ÁREAS ESTRATÉGICAS PROGRAMADAS NA REGIÃO DE SAÚDE (SINTÉTICO)			
Área estratégica	Área de atuação	Ação/Serviço	Concentração

Fonte: Minuta do Contrato disponibilizado no site <www.saude.gov.br/dai>.

Mês/Ano de Referência: \_\_\_\_\_



Concentração Sugerida	Números de ações sugeridos pelo estado para a população alvo por ano. <i>Ex: 7 consultas de pré-natal na atenção básica.</i>
Concentração	Número de ações programadas pelo município para a população alvo por ano. <i>Ex: 6 consultas de pré-natal na atenção básica.</i>

2. Limites financeiros da assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar por município (programação financeira), com explicitação da parcela referente à população própria e à referenciada, onde os recursos alocados como ajustes não devem ultrapassar 20% do limite financeiro da assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, conforme normas vigentes.

### Quadro 8 - Limites financeiros da assistência da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar na Região de Saúde

QUADRO 3 LIMITES FINANCEIROS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR NA REGIÃO DE SAÚDE											
IBGE/Município	Assistência Ambulatorial		Assistência Hospitalar		Outros Impactos				Total em teto municipal	Valores encaminhados a outras UFs	Total programado por Município
	População Própria	População Referência	População Própria	População Referência	Incentivos permanentes	Valores recebidos de outras UF	Reserva Técnica	Ajustes			

Fonte: Minuta do Contrato disponibilizado no site <[www.saude.gov.br/dai](http://www.saude.gov.br/dai)>.

Mês/Ano de Referência: \_\_\_\_\_

3. Programações físicas e financeiras resultantes da implantação das redes estratégicas como Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências, Rede de Atenção Psicossocial, entre outras, e programadas nos planos de ação das redes temáticas, e outras que vierem a ser implementadas.

**Observação:** Não há modelo previsto para o item 3. Poderão ser utilizados os modelos dos planos de ação das próprias redes, ou ainda, apenas referenciar as programações com o número e data da Portaria de Aprovação da(s) Rede(s).

O quadro das redes só deverá ser preenchido se a rede em questão já estiver sido pactuada mediante Portaria Ministerial.

#### 4. Síntese das programações da Vigilância em Saúde e atenção básica.

#### Quadro 9 - Programação Regional das Ações de Vigilância em Saúde

QUADRO 5		RELAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE PROGRAMADAS NA REGIÃO DE SAÚDE	
Indicadores universais		Ações pactuadas na Região de Saúde	Entes responsáveis
Indicadores universais		Ações pactuadas na Região de Saúde	Entes responsáveis

Fonte: Minuta do Contrato disponibilizado no site <[www.saude.gov.br/dai](http://www.saude.gov.br/dai)>.

Mês/Ano de Referência: \_\_\_\_\_

### Dicas para preenchimento do quadro

Indicadores universais	Indicadores constantes no COAP enquanto referências para pactuação das metas comuns e obrigatórias
Indicadores específicos	Indicadores constantes no COAP enquanto referências para pactuação das metas obrigatórias para Regiões de Saúde onde forem identificadas as necessidades específicas
Ações pactuadas na Região	Ações prioritárias de Vigilância em Saúde, pactuadas na Região, para o alcance de metas dos indicadores.
Entes responsáveis	Identificação dos entes responsáveis (Município, Estado e União) pela execução dessas ações.

O quadro da Programação Regional das Ações de Vigilância em Saúde registra as pactuações na Região de Saúde em função da situação de saúde da população e de sua exposição a riscos de adoecimento. Sua construção deve ter como referência a Programação Regional das Ações de Vigilância em Saúde elaborada pelos municípios integrantes da Região e pelo estado.

**Observação:** Não há modelo previsto para a programação da atenção básica.

## 5. Mapa de Investimentos. Detalha os investimentos realizados na Região.

**Quadro 10** - Investimentos realizados na Região de Saúde

QUADRO 6		MAPA DE INVESTIMENTOS REALIZADOS NA REGIÃO DE SAÚDE				ANO [0000]
Diretriz	Objetivo	Meta plurianual	Meta anual	Funcional programática	Investimento anual (Em R\$)	Responsabilidades (organizativas, executivas e/ou financeiras)
						União:
						Estado:
						Município A:
						Município B:
						União:
						Estado:
						Município A:
						Município B:
						União:
						Estado:
						Município A:
						Município B:
				Total R\$		

Fonte: Minuta do Contrato disponibilizado no site <[www.saude.gov.br/dai](http://www.saude.gov.br/dai)>.

Mês/Ano de Referência: \_\_\_\_\_

**Dicas para preenchimento do quadro**

Ano	Ano de referência para o investimento previsto no formato 0000. <i>Ex: 2013.</i>
Diretriz	Diretriz nacional (cláusula XVIII) a qual se relaciona o investimento.
Objetivo	Objetivo (cláusula XVIII) a qual se relaciona o investimento.
Meta Plurianual (físico)	Quantificação da meta física para o período total do plano de ação
Meta Anual (físico)	Quantificação da meta física para o ano fiscal
Funcional Programática	Identificação da funcional programática do recurso alocado, por ente.
Investimento Anual	Investimento relativo à meta física para o exercício fiscal.



**Nota:** A relação de medicamentos deve observar a Rename vigente. As responsabilidades executivas e orçamentárias pelos medicamentos ofertados devem estar descritos no contrato, inclusive daqueles que compõe a lista complementar, conforme pactuação estadual (se for o caso). Este quadro compõe a Parte II anexo II (Programação de Ações e Serviços: medicamentos ofertados na região) do COAP, sendo facultada a sua disponibilização apenas em sítio eletrônico da SES, desde que referenciada no contrato e pactuada em CIB.

### Dicas para preenchimento do quadro

Elenco de medicamentos ofertados em toda Região de Saúde	Listar os medicamentos ofertados em todos os municípios da Região.
Especificidades municipais	Listar os medicamentos ofertados em determinado município.
Relação de medicamentos do Componente Básico	Nome e concentração dos medicamentos ofertados de acordo com o anexo I e IV da Rename (Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e Relação Nacional de Insumos Farmacêuticos).
Componente Estratégico	Nome e concentração dos medicamentos ofertados de acordo com o anexo II da Rename.
Componente Especializado	Nome e concentração dos medicamentos ofertados de acordo com o anexo III da Rename, conforme padronizado no estado. Quando não houver farmácia de dispensação deste componente na Região de Saúde, indicar que não se aplica e informar a referência para o acesso a estes medicamentos na Parte II - anexo I (Caracterização dos entes signatários e da Região - Fluxo de acesso).

Lista Complementar	Nome e concentração dos medicamentos ofertados na Região, não contemplados na Rename vigente, conforme pactuação estadual. Quando não houver Lista Complementar indicar que não se aplica.
--------------------	--

7. Outras programações específicas, quando houver.

### 6.4.1.3 Anexo III

O Anexo III deverá contemplar as relações dos serviços de saúde em cada esfera de governo e as respectivas responsabilidades pelo referenciamento do usuário de outros Municípios, respeitada a direção única em cada esfera de governo.

Cabe destacar que a referência do usuário para outros serviços de saúde, que envolva outra Região de Saúde será pactuada na CIB.

A relação dos serviços de saúde e as respectivas responsabilidades descritas no Anexo III poderão ser revisadas de acordo com as necessidades sanitárias e de gestão pactuadas nas CIR/CIB. A partir dessa pactuação, estas já podem ser praticadas independentemente da formalização do termo aditivo do COAP.

A responsabilidade solidária dos entes federados no referenciamento dos usuários deverá orientar a pactuação estabelecida na CIR e CIB.

1. Relação dos serviços de saúde em cada esfera de governo e as respectivas responsabilidades pelo referenciamento do usuário de outro município.

## Quadro 12 - Relação das ações e serviços referenciados na Região de Saúde

QUADRO 9									
RELAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE REFERENCIADOS NA REGIÃO DE SAÚDE									
IBGE	Município encaminhador	População encaminhador	Forma de financiamento	Modalidade	Complexidade	Ação/Serviço	IBGE	Município executor	Físico executor

Fonte: Minuta do Contrato disponibilizado no site <www.saude.gov.br/dai>.

Mês/Ano de Referência: \_\_\_\_\_

### Dicas para preenchimento do quadro

IBGE/Município encaminhador	Código IBGE/nome do município
População Encaminhador	População do município encaminhador
Forma de Financiamento	Forma de Financiamento da Ação. <i>Ex: MAC, FAEC, PAB</i>
Modalidade	Ambulatorial ou Hospitalar
Complexidade	Média Complexidade ou Alta Complexidade
Ação/ Serviço	Procedimento da tabela SUS referente à área estratégica. <i>Ex: Consulta especializada - médico pediatra</i>
IBGE/Município executor	Código IBGE/nome do município
Físico Executor	Quantitativo programado para uma determinada ação/serviço no município executor

2. Síntese dos Protocolos de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) celebrados na Região de Saúde. PPI Assistencial – detalhamento dos valores a serem descontados da PPI dos municípios em função de PCEP entre os gestores estadual e municipal (valores anuais).



### Quadro 14 - Recursos financeiros federais na Região de Saúde, por bloco de financiamento

RECURSOS DA UNIÃO	RECURSOS DO ESTADO	RECURSOS DOS MUNICÍPIOS
<p>A previsão dos recursos financeiros da União – custeio e investimento – deverá ser apresentada de acordo com os seguintes blocos de financiamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção Básica.</li> <li>• Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.</li> <li>• Vigilância em Saúde.</li> <li>• Assistência Farmacêutica.</li> <li>• Gestão do SUS.</li> </ul> <p>Além dos blocos citados, outros recursos de emenda parlamentar, convênios, projetos, que não sejam possíveis correlacionar com os blocos de financiamento (tais como Projeto QualiSUS, Redes) deverão ser informados na linha do estado.</p>	<p>A previsão de recursos financeiros do Estado – custeio e investimento – também deverá ser apresentada de acordo com os seguintes blocos de financiamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção Básica.</li> <li>• Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.</li> <li>• Vigilância em Saúde.</li> <li>• Assistência Farmacêutica.</li> <li>• Gestão do SUS.</li> </ul> <p>Os recursos de emenda parlamentar, convênios, projetos etc., que não sejam possíveis correlacionar com os blocos de financiamento também deverão ser relacionados no campo específico (outros). Caso haja incentivo financeiro do estado pelo desempenho do contrato, este também deverá constar no COAP.</p>	<p>A previsão dos recursos financeiros dos Municípios – custeio e investimento – também deverá ser apresentada de acordo com os seguintes blocos de financiamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção Básica.</li> <li>• Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.</li> <li>• Vigilância em Saúde.</li> <li>• Assistência Farmacêutica.</li> <li>• Gestão do SUS.</li> </ul> <p>Os recursos de emenda parlamentar, convênios, projetos etc., que não sejam possíveis correlacionar com os blocos de financiamento, também deverão ser relacionados no campo específico (outros).</p>
<p>Obs.: Os recursos financeiros de investimentos (capital) da União, estados e municípios, respectivamente, que foram discriminados no Mapa de Investimentos realizados na Região de Saúde (Anexo II da Parte II), também deverão ser consolidados e registrados nesta Parte do contrato.</p>		

Fonte: Minuta do Contrato disponibilizado no site <www.saude.gov.br/dai>.

### Quadro 15 - Recursos financeiros federais na Região de Saúde, por bloco de financiamento

QUADRO 11	RECURSOS FINANCEIROS FEDERAIS NA REGIÃO DE SAÚDE POR BLOCO DE FINANCIAMENTO (EM R\$)						ANO [0000]	
Ente Federado	Atenção Básica	Atenção de MAC AMB e HOS	Vigilância em Saúde	Assistência Farmacêutica	Gestão do SUS	Outros**	Total	
Estado								
Município A								
Município B								
Município C								
Município D								
Município E								
Município F								
Município G								
Total R\$								

Fonte: Minuta do Contrato disponibilizado no site <www.saude.gov.br/dai>.

Mês/Ano de Referência: \_\_\_\_\_

## Dicas para preenchimento do quadro

Ano:	Incluir ano de referência para a transferência de valores no formato 0000. <i>Ex.: 2013.</i>
Mês/Ano de Referência*	Incluir mês/ano de referência para o cálculo dos valores.
Outros**	Recursos de emenda parlamentar, convênios, projetos, etc. que não forem possíveis de correlacioná-los com os blocos de financiamento. <i>Ex.: Projeto QualiSUS (informar na linha do Estado).</i>

### Quadro 16 - Recursos financeiros federais de investimento na Região de Saúde, por bloco de financiamento

QUADRO 12	RECURSOS FINANCEIROS FEDERAIS DE INVESTIMENTO NA REGIÃO DE SAÚDE POR BLOCO DE FINANCIAMENTO (EM R\$)						ANO [0000]	
	Ente Federado	Atenção Básica	Atenção de MAC AMB e HOS	Vigilância em Saúde	Assistência Farmacêutica	Gestão do SUS	Outros	Total (em R\$)
Estado								
Município A								
Município B								
Município C								
Município D								
Município E								
Município F								
Município G								
Total R\$								

Fonte: Minuta do Contrato disponibilizado no site <[www.saude.gov.br/dai](http://www.saude.gov.br/dai)>.

Mês/Ano de Referência: \_\_\_\_\_

### Quadro 17 - Recursos financeiros estaduais na Região de Saúde (por bloco de financiamento)

QUADRO 13	RECURSOS FINANCEIROS ESTADUAIS NA REGIÃO DE SAÚDE POR BLOCO DE FINANCIAMENTO (EM R\$)						ANO [0000]	
Ente Federado	Atenção Básica	Atenção de MAC AMB e HOS	Vigilância em Saúde	Assistência Farmacêutica	Gestão do SUS	Outros**	Total (em R\$)	
Município A								
Município B								
Município C								
Município D								
Município E								
Município F								
Município G								
Total R\$								

Fonte: Minuta do Contrato disponibilizado no site <www.saude.gov.br/dai>.

Mês/Ano de Referência: \_\_\_\_\_

### Dicas para preenchimento do quadro

Ano	Incluir ano de referência para a transferência de valores no formato 0000. <i>Ex.: 2013</i>
Mês/Ano de Referência*	Incluir mês/ano de referência para o cálculo dos valores.
Outros**	Recursos de emenda parlamentar, convênios, projetos, etc. que não forem possíveis de correlacioná-los com os blocos de financiamento. <i>Ex.: Projeto QualiSUS</i>

### Quadro 18 - Recursos financeiros estaduais de investimento na Região de Saúde, por bloco de financiamento

QUADRO 14	RECURSOS FINANCEIROS ESTADUAIS DE INVESTIMENTO NA REGIÃO DE SAÚDE POR BLOCO DE FINANCIAMENTO (EM R\$)						ANO [0000]	
Ente Federado	Atenção Básica	Atenção de MAC AMB e HOS	Vigilância em Saúde	Assistência Farmacêutica	Gestão do SUS	Outros	Total (em R\$)	
Município A								
Município B								
Município C								
Município D								
Município E								
Município F								
Município G								
Total R\$								

Fonte: Minuta do Contrato disponibilizado no site <www.saude.gov.br/dai>.

Mês/Ano de Referência: \_\_\_\_\_

### Quadro 19 - Recursos financeiros municipais na Região de Saúde, por bloco de financiamento

QUADRO 15	RECURSOS FINANCEIROS MUNICIPAIS NA REGIÃO DE SAÚDE POR BLOCO DE FINANCIAMENTO (EM R\$)						ANO [0000]	
Ente Federado	Atenção Básica	Atenção de MAC AMB e HOS	Vigilância em Saúde	Assistência Farmacêutica	Gestão do SUS	Outros	Total (em R\$)	
Município A								
Município B								
Município C								
Município D								
Município E								
Município F								
Município G								
Total R\$								

Fonte: Minuta do Contrato disponibilizado no site <www.saude.gov.br/dai>.

Mês/Ano de Referência: \_\_\_\_\_

#### Dicas para preenchimento do quadro

Ano	Incluir ano de referência para a transferência de valores no formato 0000. <i>Ex.: 2013</i>
Mês/Ano de Referência*	Incluir mês/ano de referência para o cálculo dos valores.
Outros**	Recursos de convênios, projetos, etc. que não forem possíveis de correlacioná-los com os blocos de financiamento. <i>Ex.: Projeto Qualisus-Rede</i>

### Quadro 20 - Recursos financeiros municipais de investimento na Região de Saúde, por bloco de financiamento

QUADRO 16	RECURSOS FINANCEIROS MUNICIPAIS DE INVESTIMENTO NA REGIÃO DE SAÚDE POR BLOCO DE FINANCIAMENTO (EM R\$)					ANO [0000]	
Ente Federado	Atenção Básica	Atenção de MAC AMB e HOS	Vigilância em Saúde	Assistência Farmacêutica	Gestão do SUS	Outros	Total (em R\$)
Município A							
Município B							
Município C							
Município D							
Município E							
Município F							
Município G							
Total R\$							

Fonte: Minuta do Contrato disponibilizado no site <www.saude.gov.br/dai>.

Mês/Ano de Referência: \_\_\_\_\_

## **6.6 PARTE IV: IDENTIFICAÇÃO DAS RESPONSABILIDADES DO MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO E AUDITORIA**

A Parte IV terá padrão nacional e conterá as responsabilidades pelo monitoramento da execução do COAP, a avaliação de desempenho e a auditoria, cujos termos deverão ser pactuados durante a elaboração do COAP.

Os entes signatários do COAP deverão disponibilizar relatórios referentes ao monitoramento, avaliação de desempenho e auditoria do contrato para o exercício do controle social, como também subsidiar as análises realizadas pelas comissões intergestores quanto ao cumprimento das metas previstas.

### **6.6.1 MONITORAMENTO**

O monitoramento consiste no acompanhamento sistemático das ações e serviços de saúde, de acordo com as responsabilidades individuais e solidárias pactuadas no COAP.

### **6.6.2 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO**

O Ministério da Saúde coordenará a avaliação de desempenho do COAP e disponibilizará informações no portal de transparência da saúde com a finalidade de garantir a participação da comunidade no SUS, no exercício do controle social.

A avaliação de desempenho subsidiará o incentivo de desempenho ao ente signatário pelo cumprimento das metas pactuadas no COAP. O IDSUS será a base para aplicação do incentivo de desempenho do contrato.

As SES e as Secretarias Municipais de Saúde poderão criar outros mecanismos para realização da avaliação de desempenho do COAP nas suas respectivas esferas de gestão.

### 6.6.3 AUDITORIA

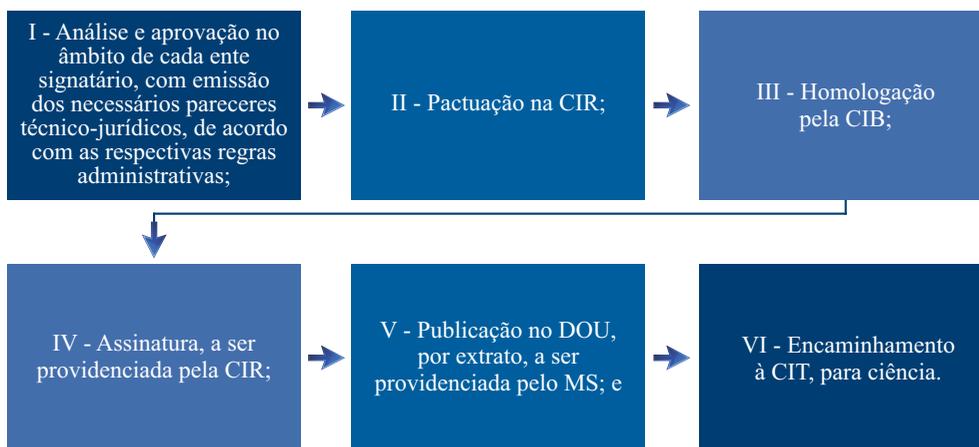
A Auditoria será realizada pelos componentes do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) para fins de controle interno.

O SNA, a partir do processo de monitoramento individual e/ou regional e da avaliação de desempenho do COAP, poderá ser acionado quando necessário.

## 7 PASSO 3: O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO CONTRATO

O processo de implantação do COAP engloba todos os movimentos de negociação política e técnica entre os entes federados com vistas à elaboração e assinatura do contrato, tal como disposto na Resolução CIT nº 3/2012 (vide Figura 1).

**Figura 1** - Fluxo para elaboração e assinatura do COAP, de acordo com a Resolução CIT nº 3/2012



Fonte: Coordenação Geral de Contratualização Interfederativa.

De acordo com o fluxo, o COAP deverá ser analisado e aprovado no âmbito de cada ente signatário (mediante emissão de pareceres técnico-jurídicos), sempre de acordo com as respectivas regras administrativas.

Após as análises, deverá ser procedida a pactuação no âmbito da CIR, com a emissão de ata/resolução, aprovando a sua pactuação.

O próximo passo é a homologação do COAP no âmbito da CIB, com a emissão de ata/resolução, aprovando a sua homologação.

Cumprido todos os passos, o COAP estará pronto para ser assinado pelos seus signatários (Prefeitos e respectivos Secretários Municipais da Saúde, Governador e Secretário de Estado da Saúde e Ministro da Saúde).

Após as assinaturas, o MS publicará o extrato do COAP no Diário Oficial da União (DOU). Além da publicação no DOU, o COAP poderá ser publicado em outros instrumentos oficiais no âmbito do estado e dos municípios integrantes da Região de Saúde.

Nos casos em que houver dissenso a respeito da elaboração do COAP, a mediação, a análise e a decisão dos recursos dos estados e municípios caberão à CIB e à CIT.

A responsabilidade solidária dos entes federados no referenciamento dos usuários deverá orientar a pactuação estabelecida na CIR e CIB.

## **8 PASSO 4: O PROCESSO DE REVISÃO ANUAL**

Anualmente, o COAP deve ser revisado para ajustes e atualizações dos compromissos pactuados com o objetivo de aprimorar as ações e serviços de saúde na Região de Saúde. Os ajustes deverão estar de acordo com os planos de saúde e com as decisões das comissões intergestores, devidamente registradas em atas.

É importante destacar que, embora os ajustes pactuados nas comissões intergestores possam ter aplicação imediata, a sua incorporação ao COAP só será realizada uma única vez ao ano, na revisão a ser formalizada por meio do Termo Aditivo.

A revisão anual do COAP abrangerá os seguintes itens:

- inserção das metas regionais para o período anual e ajustes/inserção das responsabilidades solidárias dos municípios, estado e União para o cumprimento da respectiva meta regional anual (Parte II);
- inserção dos recursos financeiros dos municípios, estado e União para o ano em exercício (Parte III);
- atualização da PGASS, constituída pelos conteúdos expressos na cláusula nona do COAP (Anexo II da Parte II); e,
- incorporação de medidas que permitam aprimoramento do processo de construção da integração das ações e serviços de saúde da região, incorporando novas ações e serviços e outras atividades não contempladas no COAP, quando houver necessidade.

O não cumprimento dos prazos e das responsabilidades individuais e/ou solidárias descritas no COAP será objeto de discussão e pactuações para os ajustes nas comissões intergestores.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT nº 1, de 29 de setembro de 2011**. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0001\\_29\\_09\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0001_29_09_2011.html)>. Acesso em: 31 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução CIT nº 3, de 30 de janeiro de 2012**. Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0003\\_30\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0003_30_01_2012.html)>. Acesso em: 31 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 533, 28 de março de 2012**. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0533\\_28\\_03\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0533_28_03_2012.html)>. Acesso em: 31 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 841, de 2 de maio de 2012**. Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0841\\_02\\_05\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0841_02_05_2012.html)>. Acesso em: 31 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 31 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Dispõe 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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 31 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **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.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 31 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011**. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm)>. Acesso em: 31 out. 2013.



