

SUS: A REGIÃO DE SAÚDE É O CAMINHO¹

No SUS precisamos pensar em objetivos reais que gerem serviços reais para necessidades reais.

Lenir Santos²

O SUS tem como diretriz constitucional ser descentralizado ao mesmo tempo em que por conceituação também constitucional (art. 198, caput)³ se constitui como o resultado *da integração das ações e serviços públicos em rede regionalizada e hierarquizada*⁴.

Por isso nos últimos anos, ainda que não se trate de uma novidade o debate da região de saúde ela tem ganhado profundidade em razão da necessidade de se integrar o que a descentralização por si supostamente fracionou sob o ponto de vista técnico, operativo e organizacional.

Integrar serviços – regionalizar a descentralização, qualificando-a⁵ – tem sido ponto de reflexão entre gestores, estudiosos e pesquisadores por ser inconcebível um sistema único que se fraciona em 5.568 sistemas municipais e 27 sistemas estaduais⁶; ao lado desse fracionamento não se pode esquecer que há uma centralização federal em torno das políticas de saúde que se fragmentam em inúmeros programas federais, os mais diversos possíveis, e nem sempre compatíveis com as necessidades de saúde de determinadas regiões de saúde.

¹ Em 1994, em Aracaju, Sergipe, o CONASEMS realizou o seu 9º congresso anual cujo tema era: *A municipalização é o caminho*. Na época estávamos todos certos, porque sem a municipalização, essencial para o SUS, não poderíamos regionalizar a saúde. Ocorre que levamos duas décadas sem conseguir sair da municipalização para a região de saúde que deveria ter sido o passo seguinte. Sem região de saúde não haverá SUS conforme previsto constitucionalmente. A municipalização era um passo que deveria ter se seguido da construção da região de saúde.

² Doutora em saúde pública pela UNICAMP, especialista em direito sanitário pela USP, Coordenadora do curso de especialização em direito sanitário Idisa-Sírio Libanês, advogada especializada em direito da saúde e gestão pública.

³ Silveira, Alessandra. *Cooperação e Compromisso Constitucional nos Estados Compostos. Estudo sobre teoria do federalismo e a organização jurídica dos sistemas federativos*. Coimbra: Almedina, 2007.

⁴ No SUS o slogan que deve ser utilizado quanto ao seu aspecto organizativo é de *interdependência federativa ou morte*.

⁵ A descentralização na saúde vincula-se ao contemporâneo princípio da subsidiariedade que impõe trazer para perto do cidadão o executor dos serviços públicos na esteira de que aquilo que o Município é capaz de fazer o Estado não deve fazê-lo, idem quanto ao Estado em relação à União.

⁶ Santos, Lenir e Andrade, LOM. *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos*. Campinas: Saberes Editora, 2009, 2ª edição.

A descentralização associada a uma *interdependência operativa e orçamentária* e a forte centralização federal pela via dos programas de saúde federais, torna o SUS um sistema que por si só já é bastante complexo e de difícil gestão no figurino da Administração Pública burocrática – complexo do ponto de vista administrativo⁷.

Por isso foi pauta do documento denominado *Agenda Política e Estratégica para a Saúde*, firmada em BH, pelo Fórum da Reforma Sanitária⁸ em outubro de 2013, as seguintes diretrizes:

9. Melhoria da gestão pública ao nível das Regiões de Saúde com compromissos e responsabilidades claros e republicanos nos mecanismos de pactuação solidária e de autoridade sanitária realizados nas Comissões Intergestores Regionais para a efetivação e fortalecimento dos princípios constitucionais do SUS e a viabilização política e técnica dos sistemas regionais integrais de saúde, a partir de mecanismos e lógicas consorciais públicas e fortalecimento da participação social no nível regional.

10. Os níveis locais e regionais da gerência pública de saúde deverão ter a necessária autonomia administrativa e orçamentária, descentralizada aos estabelecimentos públicos de saúde de médio e grande porte, com incentivos ao cumprimento das metas quali-quantitativas de acordo com as necessidades e as prioridades por meio de figuras jurídicas públicas previstas na Constituição, subordinadas ao controle público interno e externo e ao controle social, pelos conselhos de saúde.

Esse tema é essencial para se sair do impasse do *fracionamento* das ações e serviços de saúde, promovendo-se a sua integração em rede, unindo os municípios de forma sistêmica com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde sem perder o princípio constitucional da descentralização⁹.

A região de saúde é essencial para integrar as ações e serviços de saúde dos entes federativos, qualificar a gestão do SUS e garantir a integralidade e por isso deve ser constituída sob a ótica sanitária e não meramente administrativa; devendo, ainda, para

⁷ Santos, Lenir. Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa. Campinas: Saberes Editora, 2012.

⁸ Associação Brasileira de Economia em Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde, Associação Paulista de Saúde Pública, Centro Brasileiro de Estudos da Saúde e Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

⁹ Gastão Wagner tem destacado em palestras e artigos a necessidade de se conferir personalidade jurídica à região de saúde. A hipótese por ele ventilada de uma autarquia interfederativa (Revista Poli, Rio: Fiocruz, nov/dez 2013, entrevista) é bastante complexa. Contudo a ideia se soma à nossa no tocante à necessidade de se conferir personalidade jurídica à gestão regional da saúde mediante o COAP. É essa a hipótese que este artigo pretende desenvolver.

ser qualitativa, não ser concebida e tida como mera divisão administrativa do Estado, mas sim como o *locus* da integralidade; ela precisa ser capaz de resolver se não a totalidade, a quase totalidade das necessidades de saúde da população regional; ser parte de um sistema nacional, estadual e intermunicipal que encontra na região de saúde o espaço de sua atuação para o usuário.

Somente uma região consistente pode aglutinar de modo virtuoso o que a descentralização por si fragmenta, não retirando do gestor municipal o seu papel intransferível de integrar o sistema de saúde público e dele participar de maneira efetiva do ponto de vista político, financeiro e técnico¹⁰.

A importância da regionalização para que as redes de atenção à saúde sejam sistêmicas e resolutivas, com a região de saúde sendo o centro integrador das referências entre os serviços dos mais diversos entes federativos é fato indiscutível. A soma articulada das individualidades municipais assimétricas gera unidade regional equitativa.

As Comissões Intergestores Regionais (CIR), conforme prevista no decreto 7.508, de 2011 e na lei 12.466, de 2011, com suas atribuições essenciais de planejar de modo *interfederativo* (regional) a execução e o financiamento das ações e serviços de saúde dos municípios e do Estado, fundados nos critérios da Lei Complementar 141/2012, art. 17¹¹, é elemento essencial nos acordos *solidários* visando ao alcance da equidade regional no SUS.

Contudo, continua a causar perplexidades aspectos que envolvem a governança na região, que mesmo fundada nos consensos e pactuações interfederativas obtidas na CIR, fica órfã quanto à gestão articulada e solidária da execução cotidiana dos serviços para uma *população regional*. Nosso ordenamento político-jurídico não facilita a construção real da região e sua governança, por isso importa do ponto de vista administrativo e sanitário buscar soluções que permitam a virtuosidade que a região de saúde precisa e requer.

Saltam perguntas: como planejar serviços para municípios vizinhos quando o município atua no interesse meramente local¹²? Como financiar e regular o custo

¹⁰ “É tão importante essa integração que o SUS conta com instâncias de deliberação interfederativa e consensual da organização e funcionamento dele próprio, conforme dispõem o decreto 7.508, de 2012 e a Lei 12.466, de 2011”.

¹¹ O art. 17 da Lei Complementar 141, de 2012, dispõe sobre o rateio dos recursos da União para Estados e Municípios o qual deve observar metodologia de cálculo definido na comissão intergestores tripartite, cujos critérios legais são as necessidades de saúde sob as dimensões demográfica, geográfica, epidemiológica e socioeconômica.

¹² Art. 30 da CF “Parecer sobre minuta de anteprojeto de Lei da Política Nacional de Saneamento Básico”, 2005. Impresso. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>.

desses serviços de cunho interfederativo¹³? Como resolver impasses locais referentes à contratação de pessoal na região e para a região, as quais envolvem questões salariais, carreira, limites de gasto com pessoal; falta de escala em compras e na organização e suporte de serviços de maior densidade tecnológica. As atribuições executivas solidárias como podem ser geridas? Sem perder de vista o fato de haver uma profunda judicialização que torna vulnerável a já difícil organização sistêmica do SUS e outros percalços.

Nesse passo vê-se que a regionalização além de obrigação legal, se impõe como decisivo componente organizativo do SUS requerendo um pensar diferente, um olhar novo para o alcance de soluções adequadas às suas realidades. Contudo não lhe foi garantido instrumentos jurídico-administrativos adequados à sua configuração e gestão regional¹⁴.

Uma regionalização que se traduz em região de saúde formalizada, a qual deve ser o resultado da aglutinação de territórios municipais assimétricos, limítrofes, capaz de construir a integração de serviços em rede, resolutivos, estruturados de maneira a garantir a efetividade da integralidade da atenção à saúde: da atenção básica à alta complexidade (esta última compatível com cada região de saúde em termos de densidade tecnológica) permitindo um caminhar sanitário qualitativo do usuário. Somente algumas regiões (de maior porte e suporte econômico-financeiro e estrutural-viário, comunicação etc.) deveriam se responsabilizar pela manutenção de serviços de maior custo e tecnologia sanitária a ser disponibilizado para municípios da região¹⁵.

Entretanto num país federativo (de históricas práticas antifederativas, que na saúde se aprofundam, diga-se), com o município sendo ente federativo, autônomo, no mesmo pé de igualdade dos Estados-membros e da União, soa quase como uma farsa falar-se em sistema com autonomia local e regional, o que não existe na prática do SUS ante as dependências uns dos outros para a configuração sistêmica da saúde e a falta de adequação da administração pública para esse fim e as profundas desigualdades municipais.

Por isso é preciso pensar em soluções que não firam o princípio federativo das autonomias, nem os princípios constitucionais da descentralização. Pensar-se em uma arquitetura sanitária organizativa regional não é tarefa fácil, mas não é impossível e isso muito bem demonstrou o Decreto 7.508, de 2011.

¹³ O interesse local deve prevalecer no tocante ao financiamento das referencias interfederativa das ações e serviços. O financiamento tripartite, conforme previsto na lei complementar 141 e no contrato organizativo de ação pública da saúde (Decreto 7.508), é de fundamental importância para resolver a questão de quem paga a conta dos serviços interfederativos.

¹⁴ Viana, Ana Luiza D'Avila; Lima, LD; Ferreira, MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos colegiados de gestão regional. Rio de Janeiro: Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol. 7, n. 3, 2002.

¹⁵ Mendes, Eugenio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP/MG, 2009.

Referido Decreto trouxe luz a essas questões ao dispor sobre a região de saúde, definindo-a e determinando pré-requisitos, demarcando-a positivamente, bem como sobre as comissões intergestores, em especial a regional, consagrada em seguida pela Lei 12.466, de 2011. Enriqueceu a arquitetura do SUS ao dispor sobre o contrato organizativo de ação pública da saúde como um instrumento jurídico-institucional, de caráter regional, capaz de permitir que os entes federativos em uma região de saúde, ao lado do seu estado-membro e da União, possam integrar seus serviços e recursos financeiros numa Administração que negocia, faz consenso e pactua a cerca de aspectos *essenciais* para o SUS como: quais são as atribuições que competem a cada ente na região de saúde, quem responde pelas referências sanitárias e quem as financia? O contrato organizativo se afirma como um *espaço de negociação interfederativa regional* (e jamais deverá ser desvirtuado para se transformar em um documento de adesão, que nasce pronto em apenas uma esfera de governo).

As responsabilidades sanitárias devem ser explicitadas e adequadas às estruturas demográficas, socioeconômicas, geográficas dos entes federativos que não podem arcar com responsabilidades *iguais* quanto à garantia da integralidade da atenção à saúde no tocante à prestação de serviços, sob pena de se promover a desigualdade federativa. A equidade federativa no SUS impõe agregar a responsabilidade sanitária às condições de atuação do ente federativo. A integralidade fracionada no município se torna uma na região, conforme determina a própria Lei 8.080, de 1990, em seu art. 7º, II que ressalta que a sua realização ocorre no âmbito do *sistema* de saúde e não em cada ente federativo *per se*. A solidariedade é no sistema e não de cada ente¹⁶.

Por isso a região é o espaço de promoção de equidade entre os entes federativos ao solidarizarem-se uns em relação aos outros para efetivamente garantir igualdade ao reconhecer e atuar solidariamente em nome das desigualdades municipais. Mas essa solidariedade deve estar prevista no contrato, assumida de maneira documental, com segurança jurídica e de forma sistêmica e hierárquica no tocante à complexidade e oportunidade do serviço.

Esses elementos são essenciais para a governança da região que, entretanto, não conta com uma pessoa jurídica, ainda que disponha, de maneira virtuosa, do contrato interfederativo (COAP), definidor de responsabilidades pactuadas sobre a organização, execução de serviços, financiamento e controle orçamentário e finalístico.

O contrato é um avanço e precisa ser priorizado à altura dos resultados que poderá produzir quanto à definição das responsabilidades regionais federativas e consequente organização das redes regionais de saúde.

¹⁶ Silveira, Alessandra. Idem.

O contrato é um elemento aglutinador das responsabilidades que traz segurança jurídica aos contratados e pode ser um grande contributo para a *desjudicialização* da saúde por centrar-se fortemente no conceito de responsabilidade solidária no sentido sistêmico e não em responsabilidades iguais entre entes desiguais¹⁷ que afugenta a verdadeira solidariedade sistêmica para dar ensejo a uma individualização de compromissos incompatíveis entre as reais condições do ente federativo e da essência sistêmica da saúde.

Contudo continuamos, ainda que de forma mais amena em razão da robustez do contrato organizativo de ação pública (COAP), com a questão de a região de saúde ser despersonalizada. Seria possível uma solução para essa dificuldade sem ferir a tridimensionalidade de nossa Federação?

Se se pensasse na possibilidade de se criar uma associação interfederativa de apoio aos entes na gestão do contrato organizativo de ação pública da saúde com características voltadas às especificidades da saúde poderíamos ter um grande avanço na governança regional colegiada do SUS regional.

Sempre penso que para novos problemas sempre haverá novas soluções.

Alias o contrato de ação pública já demonstrou que pode ser potente para a resolução da integração dos serviços na região de saúde com distribuição equitativa das competências sanitárias. Entretanto poderíamos avançar se os entes federativos pudessem se associar mediante o COAP ganhando personalidade jurídica, numa modalidade de associação regional da saúde com características próprias do SUS, de natureza jurídica consorcial.

Uma saída a se pensar – e que ainda requer a necessária reflexão, aprimoramento, aprofundamento jurídico e a análise de prós e contras – é a de uma nova roupagem à integração, mediante contrato, dos serviços de saúde. O modelo que venho pensando teria o COAP como sendo o contrato firmado entre os entes federativos para a integração e definição de responsabilidades no SUS o qual possibilitaria o nascimento de uma pessoa jurídica, sob a forma de uma associação, cuja atuação se circunscreveria à região de saúde.

Uma entidade associativa regional revestida de particularidades próprias do setor saúde, como a obrigatoriedade de integrar serviços em rede que se compartilham na região; a de financiar de forma tripartite as redes regionais e assim por diante. Pensar em uma arquitetura especial para a saúde, possibilitando o nascimento de uma pessoa jurídica associativa regional de saúde originada do COAP, para atendimento das necessidades do

¹⁷ O art. 23 da CF ao determinar ser competência comum das três esferas de governo o cuidado com a saúde não pode ser interpretado de forma isolada, descolada do disposto no art. 198 que dispõe ser o SUS o resultado da integração das ações e serviços públicos de saúde em rede regionalizada e hierarquizada quanto à complexidade dos serviços.

setor, cuja natureza jurídica seria a do consórcio, mas com outra roupagem tendo em vista as especificidades da saúde e da região.

A região de saúde – depois de organizada do ponto de vista sanitário e definida pelo Estado¹⁸ - terá que celebrar *obrigatoriamente* o contrato organizativo de ação pública, no qual estaria acordadas as quatro macro responsabilidades dos gestores da saúde: organização do SUS; execução de ações e serviços; financiamento tripartite; e controle orçamentário e finalístico¹⁹.

O COAP assinado pelos três entes federativos contaria com um anexo especial o qual traria cláusulas próprias para os entes signatários se associarem em pessoa jurídica regional; o anexo contendo condições essenciais gerais para a formação da pessoa jurídica teria que ser ratificado pela casa legislativa dos entes. A ratificação se configuraria como uma autorização para a instituição da associação regional de saúde cuja finalidade seria a de apoiar a gestão do COAP na região de saúde.

O COAP ratificado permitiria a instituição, pela legislação civil, de pessoa jurídica regional de saúde, havendo, obviamente a necessidade de um novo provimento legislativo para tratar dessa modalidade associativa de caráter especial da saúde regional.

É importante lembrar que o COAP tem finalidades e objetivos distintos do consórcio público disciplinado pela lei 11.107, de 2005, por visar à integração *obrigatória* (constitucional) de serviços federativos e a responsabilidade de um ente federativo municipal para com municípios de *outros* territórios municipais, o que não ocorre com o consórcio que visa à realização de interesses *próprios* dos consorciados em relação aos seus próprios cidadãos. Isso justificaria um novo provimento legislativo para disciplinar uma nova modalidade associativa regional de saúde.

A própria Lei Complementar 141, de 2012, em seu art. 21, dispõe sobre a execução conjunta de ações e serviços de saúde mediante consórcio público ou outras formas de cooperação interfederativa por prever a necessidade de se instituir novas modalidades associativas adequadas à gestão regional, compartilhada, do SUS.

O COAP, além de definir as quatro responsabilidades dos entes signatários *per si* e as solidárias (regional), definiria em anexo próprio os serviços que seriam geridos pela associação regional de saúde, de acordo com o seus interesses, em pactuação regional. Os valores dos repasses de recursos federativos – obrigatórios pela Lei Complementar 141, de 2012 – e medidas de segurança quanto ao repasse e sanção

¹⁸Entendo que a região de saúde definida pelo Estado deveria ser objeto de decreto para garantir segurança quanto à sua conformação, não se aplicando a necessidade de lei complementar, conforme definido na CF, art. 25.

¹⁹Ver decreto 7508, de 2011 e Resoluções CIT n. 01 e 02 de 2011.

administrativa deveriam ser prevista na lei que regulamentar a integração dos serviços, o COAP e a associação.

A governança regional encontraria nova roupagem e grande virtuosidade por conferir aos entes locais o poder de se unirem na região de saúde e dirigirem seus serviços de forma compartilhada, com o apoio do Estado e da União, conforme previsto no COAP, o qual contaria com uma pessoa jurídica de apoio à execução de determinadas ações e serviços regionais a serem geridos de forma compartilhada²⁰.

Muitos outros aspectos jurídico-administrativo e técnico-financeiro devem ser mais refletidos e aprofundados para atender as especificidades da saúde sem ferir o ordenamento jurídico-administrativo e as estruturas do SUS.

Contudo podemos ter a certeza de que seria uma *inovação* virtuosa para a questão da regionalização da saúde, integração de serviços, governança regional, planejamento e financiamento regional, sendo assim possível construir a figura da região de saúde de forma mais robusta e sempre como a resultante da aglutinação de entes municipais na CIR que decidiriam em comum acordo a gestão do COAP e os necessários apoios administrativos.

Enfim, isso tudo poderia agregar alto valor à região de saúde e ao próprio COAP por ser um virtuoso instrumento de integração de ações e serviços de saúde dos entes federativos na região de saúde e de definição de responsabilidades sanitárias.

Por último, o rateio equitativo dos repasses federais e estaduais e do planejamento e a orçamentação ascendente-integrada regional, conforme disposto na Lei Complementar 141, de 2012, ganhariam maior corpo regional.

Campinas, em novembro de 2013.

Referência bibliográfica:

Gastão Wagner. “O desenvolvimentismo não tem nos salvou”. Revista Poli, Rio: Fiocruz, nov/dez, ano 6, n. 31, 2013, entrevista.

Mendes, Eugenio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP/MG, 2009.

²⁰ Na obra aqui mencionada Sistema Único de Saúde: desafios da gestão interfederativa já pensava em aspectos que pudessem apoiar a governança do COAP na região de saúde tendo proposto a hipótese de a CIR – Comissão Intergestores Regional contar com uma coordenação executiva cujo papel seria de dar vida às decisões consensuais da CIR.

Santos, Lenir e Andrade, LOM. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Saberes Editora, 2009, 2ª edição.

Santos, Lenir. Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa. Campinas: Saberes Editora, 2012.

Silveira, Alessandra. Cooperação e Compromisso Constitucional nos Estados Compostos. Estudo sobre teoria do federalismo e a organização jurídica dos sistemas federativos. Coimbra: Almeidina, 2007.

Viana, Ana Luiza D'Avila; Lima, LD; Ferreira, MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos colegiados de gestão regional. Rio de Janeiro: Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol. 7, n. 3, 2002.