

SUS Brasil: a região de saúde como caminho

SUS Brasil: a região de saúde como caminho

Lenir Santos

Instituto de Direito Sanitário Aplicado. Campinas, SP, Brasil.

E-mail: santoslenir@terra.com.br

Gastão Wagner de Sousa Campos

Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências

Médicas. Departamento de Saúde Coletiva. Campinas, SP, Brasil

E-mail: gastao@fcm.unicamp.br

Resumo

O presente artigo desenvolve o tema da necessidade de se regionalizar a descentralização no sentido de aglutinar o que esta supostamente poderia ter fracionado. Ao revisitar a diretriz constitucional da descentralização os autores propõem medidas que visem sua garantia ao lado de ferramentas administrativas que permitam a formação de regiões de saúde resolutivas em pelo menos 95% das necessidades de saúde do território regional, para garantir autonomia sanitária. Os autores propõem soluções que passam pela criação de pessoas jurídicas associativas regionais, resultantes da aglutinação dos entes federativos em região de saúde. Apontam ainda o que não deu certo no Sistema Único de Saúde - SUS Brasil em razão tanto de equívocos originados nas melhores intenções, quanto do oportunismo que esses equívocos geraram. Advogam os autores a necessidade de respostas jurídico-administrativas para um SUS de caráter interfederativo tanto na sua gestão, que exige compartilhamentos, quanto no seu financiamento, que se mantém interdependente também. Concluem que o único caminho para o SUS ser nacional, é regionalizá-lo e dotar a região de saúde de todo o instrumental necessário à gestão compartilhada, interfederativa e responsável.

Palavras-chave: Regionalização; Região de Saúde; SUS.

Correspondência

Lenir Santos

Rua Olympio Pattaro, 420.

Campinas, SP, Brasil. CEP 13085-045.

Abstract

The present article addresses the need to have regionalization of decentralization, in order to cluster together what this could supposedly have broken apart. On revisiting the constitutional guidelines on decentralization, the authors propose measures to provide assurance thereof, in addition to administrative tools that allow the formation of health regions to supply at least 95% of the health needs of the regional territory, to ensure sanitary independence. The authors suggest solutions that include the establishment of regional and associative corporate institutions resulting from the clustering of the federative institutes operating in the health area. The authors also state what has not worked out in the Brazilian National Health System (Sistema Único de Saúde - SUS), due to mistakes that have originated in the best of intentions, as also the opportunism that these mistakes have generated. The authors defend the need to bring judicial and administrative answers to a SUS that is interfederative in character, both in management, which requires some sharing, as also in financing which also remains interdependent. The conclusion reached is that the only way in which the SUS can be national is to regionalize it, and to give the health region all the instruments that are necessary for shared, interfederative and responsible management.

Keywords: Regionalization; Health Region; Brazilian National Health System; SUS.

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

Introdução¹

Em breves notas de introdução, queremos esclarecer como este artigo nasceu tendo em vista a noção dos autores sobre a necessidade de se debater e construir-se consenso sobre a maneira de diminuir a fragmentação do Sistema Único de Saúde (SUS) e torna-lo efetivo, buscando-se rever normas e dispositivos legais. Lenir Santos, em novembro de 2013, escreveu um artigo denominado *A região de saúde é o caminho*, publicado em abril de 2014, no *Boletim de Direito Municipal*, editora NDJ. Ao mesmo tempo, Gastão Wagner também publicou um artigo sobre o mesmo tema, *Uma utopia possível: o SUS Brasil*, publicado na *Revista Radis*, em outubro de 2014. Cada um defendia ideias semelhantes, diferindo quanto aos processos do modelo de gestão interfederativa pensado por ambos. Num diálogo entre os autores, em um evento em São Paulo, houve um entendimento de integrar os dois artigos. Da sua fusão nasceu este terceiro, (que também somou os títulos), que pensamos poderá ser uma contribuição para o SUS Brasil.

A estrutura constitucional do SUS

O SUS tem como diretriz constitucional a descentralização, ao mesmo tempo em que, também por conceituação constitucional (art. 198, caput), se constitui como o resultado da **integração das ações e serviços públicos em rede regionalizada e hierarquizada**².

Por isso, nos últimos anos, ainda que não se trate de uma novidade, o debate sobre a região de saúde 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.

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 à construção da região de saúde.

² No SUS o slogan que deve ser utilizado quanto ao seu aspecto organizativo é de *interdependência federativa ou morte*.

Integrar serviços - regionalizar a descentralização, qualificando-a³ - tem sido ponto de reflexão entre gestores, estudiosos e pesquisadores por ser inconcebível um sistema único que se fraciona em 5.570 sistemas municipais e 27 sistemas estaduais; 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 (Silveira, 2007; Santos; Andrade, 2009).

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 - insuficiente do ponto de vista administrativo (Santos, 2012).

O que não deu certo?

As nossas leis não foram suficientes para proteger o SUS do caráter clientelista, privatista e ineficiente do Estado brasileiro. Além do mais, a ânsia de acabar com o centralismo nos fez considerar o município como núcleo básico organizacional do sistema, deixando-se de lado, por muitos anos, a região de saúde, prevista na Constituição, mas olvidada pelos gestores da saúde que de um lado mantiveram a centralização federal e de outro, o fracionamento executivo municipal. Pensava-se, então, de uma maneira enviesada, que a integração dos serviços seria realizada pelos Estados e pela União, de maneira puramente idealista, sem que pensássemos *no como* e em *modelos administrativos* que pudessem concretizar a região de saúde como o núcleo central do SUS. O resultado dessa opção gerou efeitos paradoxais: tanto propiciando a existência de experiências exitosas em municípios de contexto favorável, o que

serviu como efeito demonstração de que o modelo SUS era possível e efetivo, quanto instalando uma fragmentação do sistema, em nome da autonomia municipal para definir sua própria política de gestão e de atenção à saúde. Essa construção fragmentada municipal, sem visão sistêmica ínsita ao SUS, tem gerado iniquidade, desigualdade e comprometido a sustentabilidade do SUS como um todo e mesmo das redes locais.

A essa forma de fragmentação decorrente da dificuldade de integração em rede das políticas, programas e serviços federal, estadual e municipal somou-se ainda uma antiga fragmentação típica da tradicional saúde pública brasileira, a atuação por meio de programas focais, voltados cada um para um tipo de risco ou de enfermidade e que foi ampliada ao longo da existência do SUS.

Ao SUS restou o desafio de compor um sistema com milhares de modos de governar em cada local e Estado e ainda tentar compor isso com duas centenas de programas sanitários que funcionam com regras e padrões de financiamento e de prestação de contas diferentes. Formava-se uma nova torre de Babel. Quem, que organismo, que gestor, que conselho teria governabilidade para unificar esses pedaços do Estado com grande grau de autonomia de planejamento, de tomada de decisão e de gestão tão ampliado?

A região de saúde

A região de saúde é essencial para se sair desse impasse do *fracionamento* das ações e serviços de saúde, do isolamento, do centralismo federal programático e sem visão de planejamento regional. Será pela região que se promoverá a integração dos serviços ora fracionados, 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 descentralização⁴.

3 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.

4 Gastão Wagner de Souza Campos 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 é bastante complexa. Contudo a ideia se soma à de Lenir Santos, 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.

A região de saúde é essencial para integrar as ações e os 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 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 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 técnico⁵.

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 pergunta que permanece é como a soma articulada das individualidades municipais assimétricas gera unidade regional equitativa?

Nossa resposta a esta pergunta centra-se na constituição de uma instância unificada de gestão e de planejamento regional. Comando único regional, com controle colegiado de municípios, Estados e União.

Muitos avanços já se realizaram, inicialmente de maneira quase informal e agora reconhecida por lei, como é o caso dos mecanismos de cogestão entre os entes federativos: a gestão colegiada, que deu origem à Comissão Intergestores Tripartite, de âmbito nacional, as Comissões Intergestores Bipartites com governabilidade sobre projetos em cada Estado e, mais recentemente, as Comissões Intergestores Regionais, que reúnem todos os di-

rigentes municipais de uma região e delegados do governo estadual. Apesar da criação desses espaços de deliberação interfederativa, observou-se uma tendência do Ministério e das secretarias de estaduais de Saúde em utilizar mecanismos de repasse financeiro para induzir a adesão dos municípios e determinados programas e prioridades. É ainda muito recente a tentativa de se introduzir a metodologia dos contratos ou de pactos de gestão entre os entes federativos. Apesar dos esforços, sabemos todos que a integração em rede que se regionaliza é baixa no nosso país.

O SUS interfederativo

Importante, pois, valorar sempre e mais as Comissões Intergestores Regionais (CIR), conforme previsto no decreto 7.508, de 2011, e na lei 12.466 (Brasil, 2011a), com suas atribuições essenciais de planejar de modo *interfederativo* (regional) a execução e o financiamento das ações e dos serviços de saúde dos municípios e do Estado, fundados nos critérios da Lei Complementar 141/2012 (Brasil, 2012), art. 17.⁶ Ela é elemento essencial nos acordos *solidários* visando à equidade regional no SUS.

Contudo, continua a causar perplexidade aspectos que envolvem a governança na região, que, mesmo fundada nos consensos e pactuações interfederativas obtidas na CIR, fica órfã da 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, do ponto de vista administrativo e sanitário, importa buscar soluções que a região de saúde precisa e requer. Não se deve, ainda, perder de vista que o nosso processo de municipalização permitiu quebrar o centralismo que havia na saúde, mas o seu processo foi bastante competitivo e pouco solidário (Mendes, 2009).

Importante ainda frisar alguns aspectos nefastos no processo de fragmentação dos serviços, como a

5 “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”.

6 O art. 17 da Lei Complementar 141, de 2012, dispõe sobre o rateio dos recursos da União para Estados e municípios. Os critérios de rateio devem ser definidos pelo Ministério da Saúde devendo, quanto à metodologia de cálculo, observar o que for decidido na comissão intergestores tripartite..

precariedade das políticas de pessoal e a inadequação das estratégias de gestão. Sem sombra de dúvida isso muito se deve ao isolamento do município, que se via sozinho para organizar um sistema que ele mesmo nem sempre conhecia, em especial sua forma organizativa constitucional, gerando certo caos com diluição das responsabilidades do Estado e da União, os quais deveriam estar atentos para a adequação e organização das regiões de saúde. Contudo, prevaleceu sempre um individualismo predatório da necessária visão sistêmica do SUS. Muita improvisação, precariedade e maltrato em relação aos profissionais de saúde e ao cuidado dos usuários. Infelizmente esse padrão de simplificação, de estratégia da precariedade, estendeu-se também para a infraestrutura, os equipamentos e o modelo de atenção e de cuidado.

Nessa Babel saltam perguntas: como planejar serviços para munícipes vizinhos quando o município atua no interesse meramente local - art. 30, CF. Como financiar e regular o custo desses serviços de cunho interfederativo?⁷ Como resolver impasses locais referentes à contratação de pessoal na e para a região, que 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? Como podem ser geridas as atribuições executivas solidárias? Sem perder de vista o fato de haver uma profunda judicialização da saúde, o que torna vulnerável a já difícil organização sistêmica do SUS e outros percalços.

Nesse passo vê-se que a regionalização, além de obrigação legal, impõe-se como decisivo componente organizativo do SUS, requerendo um pensar diferente, um olhar novo para o alcance de soluções adequadas às realidades. Contudo, não lhe foi garantido instrumentos jurídico-administrativos adequados à sua configuração e gestão regional (Viana; Lima; Ferreira, 2002).

Uma regionalização que se traduza 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. Entretanto, num país federativo (mas com história de práticas antifederativas, que na saúde se aprofundam, conforme visto neste trabalho), 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.

O Decreto 7508, de 2011

Por isso é preciso pensar em soluções que não firam o princípio federativo das autonomias, nem os princípios constitucionais da descentralização. Pensar em uma arquitetura sanitária organizativa regional não é tarefa fácil, mas não é impossível e isso muito bem demonstrou o Decreto 7.508 (Brasil, 2011a), marco na explicitação organizativa do SUS.

O 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 (Brasil, 2011b). 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 os

7 O interesse local deve prevalecer no tocante ao financiamento das referências interfederativas 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.

aspectos essenciais para o SUS, no que diz respeito, por exemplo, a 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 e 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 torna-se uma na região, conforme determina a própria Lei 8.080, de 1990 (Brasil, 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 ai*. A solidariedade é no sistema e não de cada ente (Santos, 2010).

Por isso a região é o espaço de promoção de equidade entre os entes federativos: ao se solidarizarem uns em relação aos outros para efetivamente garantir igualdade reconhecem e atuam 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.

O contrato organizativo de ação pública da saúde

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.

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 desiguais,⁸ que afugentam 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 da despersonalização da região de saúde. Seria possível uma solução para essa dificuldade sem ferir a tridimensionalidade de nossa Federação?

Modelo de gestão regional: o que propor?

Pensou-se na existência de uma autarquia especial, de âmbito nacional, criada e constituída pelos três entes federativos, e que pudesse ser a entidade organizativa que aglutinasse os serviços de todos os entes de forma regional. A autarquia buscaria também reformar a gestão pública na saúde, objetivando superar a excessiva interferência do poder executivo em programas sanitários, bem como permitir a construção de políticas de pessoal, de investimento e de organização do cuidado combatíveis com as necessidades de saúde. Não nos aprofundamos na questão da viabilidade jurídico-institucional dessa reforma, que nos parece incompatível com o modelo de Estado Federal. Somos uma federação com 27 Estados e 5.570 municípios. Ao contrário, dependeria

⁸ 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.

de um verdadeiro processo de reforma da gestão e das práticas em saúde; quem sabe, de uma reforma constitucional profunda, lembrando que o modelo federativo é cláusula pétrea.

Entre outras dificuldades, essa solução esbarra no nosso modelo de Estado, que é federativo, com o município integrando-o. Esse modelo torna a nossa federação complexa e composta por milhares de entes autônomos entre si, ainda que interdependentes quando se trata da saúde pública brasileira, sem contar as profundas dificuldades econômicas e técnicas para o exercício de outras responsabilidades constitucionais. De qualquer modo, a criação de uma autarquia tripartite ante as dificuldades jurídico-constitucionais, nos impõem o desafio de criar uma entidade jurídica organizativa – que seja viável no nosso ordenamento jurídico-constitucional – que assegure integração e gestão unificada para as regiões de saúde, o que sempre implicará em compartilhar poder entre os órgãos federados, constituindo-se uma personalidade jurídica nova para o SUS Brasil. O SUS já conta com governança política nas comissões intergestores, basta aprofundá-la. Precisamos agora evoluir e, além da governança política, possibilitar que uma entidade regional possa operacionalizar os serviços na região de saúde. O processo de gestão anda a passos de tartaruga no SUS Brasil, o que permite grande penetração do setor privado na saúde pública.

Outra possibilidade para se criar o SUS centrado em regiões de saúde criar seria a criação de uma associação regional de apoio aos entes para a gestão do contrato organizativo de ação pública da saúde, com características voltadas às especificidades da saúde. Assim poderíamos ter um grande avanço na governança colegiada do SUS regional.

O SUS Brasil, em quaisquer dessas possibilidades, seria organizado por regiões de saúde, conforme determinação constitucional, contando com as redes de serviços geridas pelas regiões (que não se transformariam em entes federativos, diga-se!). As carreiras e a gestão de pessoas poderiam ser do SUS Brasil de maneira regionalizada e não de cada ente

federado, com a possibilidade de cessão de pessoal dos entes federativos para a associação regional de saúde.

Sempre pensamos que para novos problemas sempre haverá novas soluções. Aliás, o contrato de ação pública *ainda* não conseguiu demonstrar 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 assim personalidade jurídica, numa modalidade de associação regional da saúde com características próprias do SUS, de natureza jurídica consorcial.

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 para operacionalizar o COAP, para atendimento das necessidades do setor, cuja natureza jurídica seria contratual, associativa, mas com roupagem apropriada, tendo em vista as especificidades da saúde e da região. Uma entidade que atendesse de uma vez por todas as peculiaridades regionais do SUS.

A governança regional encontraria nova forma, 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 compartilhada⁹.

Relevantes aspectos como interferências políticas na gestão regional, a privatização dos serviços públicos de modo desqualificado, entre muitos outros, podem ser minimizados com a qualificação da gestão compartilhada, a criação de carreiras regionais mediante concurso e com a movimentação de pessoal dentro da região, inclusive com a

9 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.

possibilidade de cessão de servidores entre regiões, quando necessário. Cada região poderia contar com uma autoridade sanitária regional em rodízio entre os entes municipais da região, de acordo com pactuações na Comissão Intergestores Regional (CIR e Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Importante lembrar, nesse passo, que as atuais regiões de saúde devem ser revistas por não serem verdadeiras regiões de saúde, ou seja, incapazes de atender 95% das necessidades de saúde da população. Talvez as regiões devam ser no mínimo a metade das existentes hoje.

Conclusão

Podemos considerar que o debate sobre uma nova institucionalidade para o SUS é fundamental. Neste artigo levantamos várias possibilidades de mudança, algumas com grande reorganização constitucional e estrutural e outras possíveis dentro do atual quadro normativo do SUS. De qualquer modo, esta *inovação, seja qual for sua extensão, deve centrar-se na regionalização da saúde, integração de serviços, governança regional, autoridade sanitária regional e suas responsabilidades, planejamento e financiamento regional*. Entendemos que só assim será possível construir a figura da região de saúde de forma 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 e seus processos de gestão. O que não mais é possível continuar é o fracionamento do SUS, que nem sempre se articula e nem sempre atua de maneira sistêmica. Algo deve ser feito para salvar o SUS das suas mazelas atuais, que parecem se aprofundar. É preciso buscar soluções que o coloquem no seu rumo da integração e compartilhamentos regionais, estadual e nacional.

Enfim, isso tudo poderia agregar alto valor à região de saúde e ao próprio COAP, uma vez que se trata de 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, o planejamento e a orçamentação ascendente-integrada regional, conforme disposto na Lei Complementar 141, de 2012, ganhariam maior corpo regional.

Referências

BRASIL. 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.

BRASIL. Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. p. 1.

BRASIL. Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011. Acrescenta artigos 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 25 ago. 2011b. p. 1.

BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 30 do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 jan. 2012. p. 1.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: ESP/MG, 2009.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros*. 2. ed. Campinas: Saberes Editora, 2009.

SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa*. Campinas: Saberes Editora, 2012.

SILVEIRA, A. *Cooperação e compromisso constitucional nos estados compostos: estudo sobre teoria do federalismo e a organização jurídica dos sistemas federativos*. Coimbra: Almeida, 2007.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos colegiados de gestão regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 2317-2326, 2002.

Contribuição dos autores

Santos e Wagner contribuíram igualmente na composição final do artigo.

Recebido: 03/12/2014

Aprovado: 29/01/2015