

**FEDERALISMO SANITÁRIO BRASILEIRO: PERSPECTIVA DA
REGIONALIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

*BRAZILIAN HEALTH FEDERALISM: PERSPECTIVE OF
REGIONALIZATION IN THE BRAZILIAN NATIONAL HEALTH SYSTEM*

Daniel de Araújo Dourado(*)

Sueli Gandolfi Dallari(**)

Paulo Eduardo Mangeon Elias (in memoriam)(***)

RESUMO

Estudaram-se as bases jurídico-institucionais presentes no ordenamento constitucional e na legislação sanitária que propiciam a regionalização das ações e serviços de saúde no federalismo brasileiro. A análise fundou-se no reconhecimento de que, pela natureza federativa do Sistema Único de Saúde (SUS), a regionalização é condicionada pelo modelo de federalismo existente no Brasil e por sua expressão no âmbito sanitário. Revisaram-se os fundamentos do federalismo como forma de organização do Estado e, em seguida, expuseram-se elementos particulares do federalismo cooperativo brasileiro, explorando duas modalidades essenciais de relação intergovernamental no plano federativo: o planejamento regional urbanístico e os consórcios públicos. Apresentou-se, então, a estrutura do federalismo sanitário brasileiro e examinou-se seu processo de construção por uma abordagem da descentralização político-administrativa nas dimensões municipal e regional, observando especialmente as atuais diretivas estabelecidas pelo Pacto pela Saúde. Concluiu-se que a regionalização no SUS tem base normativa bem definida e representa manifestação legítima do federalismo cooperativo amparada no direito sanitário brasileiro.

(*) Mestre em Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo (USP). Médico. São Paulo/SP - Brasil. E-mail <dadourado@usp.br>

(**) Pós-doutora em Direito Médico, Université de Paris XII (França), e em Saúde Pública, Columbia University (EUA). Professora titular da Universidade de São Paulo. Advogada. São Paulo/SP - Brasil. E-mail: <sdallari@usp.br>.

(***) Doutor em Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo (USP). Professor doutor da USP. São Paulo/SP - Brasil.

Texto recebido em 16.02.11. Revisado em 20.05.11. Aprovado em 25.05.11

Palavras-chave:

Federalismo; Legislação Sanitária; Regionalização; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study looked for the legal and institutional bases present in constitutional order and in health legislation that provide for regionalization of health actions and services in Brazilian federalism. The analysis was based on the recognition that, due to the federal nature of the Brazilian National Health System (SUS), regionalization is conditioned by the model of federalism existent in Brazil and by its expression in health. The fundamentals of federalism as a form of state organization were reviewed and then particular elements of cooperative federalism in Brazil were exposed, exploring two main modalities of intergovernmental relationship in federal context, “regional urban planning” and “public consortium”. The structure of Brazilian health federalism was presented and its construction process was examined through an approach of the political and administrative decentralization in the municipal and regional dimensions, observing especially the current guidelines prescribed by the Health Pact. It was concluded that regionalization in the SUS has a normative basis well established and represents a legitimate manifestation of cooperative federalism supported by the Brazilian health law.

Keywords:

Brazilian National Health System; Federalism; Health Legislation; Regional Health Planning.

INTRODUÇÃO

A admissão da saúde como direito social no Brasil, positivada na Constituição Federal de 1988, atribui ao Estado o encargo de atuar para a garantia da promoção, proteção e recuperação da saúde com acesso universal, gratuito e igualitário. Esse dever exige que a administração pública seja organizada para prestação de ações e serviços de saúde e para regulamentação, fiscalização e controle das atividades do âmbito sanitário, sejam elas executadas diretamente, sejam executadas por iniciativa privada.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a instituição criada pelo Poder Constituinte a fim de assegurar os meios necessários à efetivação do direito à saúde no país. Concebido como entidade federativa, o SUS reproduz a disposição tríplice característica do Estado federal brasileiro, legitimando a autonomia dos

três níveis de governo – federal, estadual e municipal – na gestão das ações e serviços de saúde em seus territórios. Forma-se, assim, a estrutura institucional denominada *federalismo sanitário brasileiro*.

No processo de edificação do SUS, ainda em curso, é possível distinguir dois períodos no que concerne às relações intergovernamentais no plano federativo. Na primeira década de implantação do sistema nacional de saúde, houve uma vigorosa descentralização político-administrativa em direção aos municípios, movimento conhecido como *municipalização*. A partir da segunda década – já realizado o municipalismo e diante do imperativo de racionalizar o sistema – iniciou-se o segundo estágio de desenvolvimento, que perdura até a atualidade, em que outra dimensão assume a condição de estratégia prioritária: a *regionalização*.

A regionalização é uma diretriz do SUS que decorre da necessidade de integrar seus componentes, orientando-se pela hierarquização da rede de serviços, cuja execução está baseada na delimitação de áreas de gestão sanitária de crescente suficiência assistencial, designando figuras regionais não coincidentes com os entes federados. Pelo arcabouço organizacional do sistema, isso só pode ser concretizado mediante arranjos institucionais estabelecidos entre os diferentes níveis de governo no federalismo sanitário. Portanto, para que se logre consolidar a regionalização das ações e serviços de saúde no Brasil, é preciso considerar os condicionantes derivados do modelo de federalismo existente, observando a inserção de instâncias administrativas regionais de caráter interfederativo.

O presente trabalho destina-se a examinar as implicações da estrutura federativa no processo de regionalização do SUS, concentrando-se no estudo das bases jurídico-institucionais presentes no ordenamento constitucional e no direito sanitário brasileiro que propiciam o cumprimento desse preceito organizador do sistema nacional de saúde.

I. FEDERALISMO E ESTADO FEDERAL

O federalismo é uma forma de organização do Estado que nasceu do equilíbrio dialético entre a centralização e a descentralização do poder político. O Estado federal, pois, corresponde à necessidade de manutenção da unidade na diversidade, sem concentrar o poder em um único núcleo nem tampouco pulverizá-lo.

A organização federativa do Estado é um fenômeno recente, cujo surgimento historicamente reconhecido data de 1787, com a Constituição dos Estados Unidos da América. A formação do Estado federal norte-americano respondeu a necessidades práticas, pois se buscava uma fórmula que compatibilizasse a existência de Estados individuais com a de um poder dotado de faculdades para bastar-se por si mesmo na esfera de suas funções. Chegou-se,

assim, a uma forma intermediária entre o Estado unitário e a Confederação, que eram as formas de organização conhecidas até então⁽¹⁾.

O entendimento daquela época era o de que o Estado federal deveria possuir dupla soberania, de modo que tanto a União como os Estados-membros eram considerados soberanos⁽²⁾. A solução encontrada pelos constituintes foi delimitar precisamente as esferas de atuação da União e dos Estados. Ao Governo Federal deram-se poderes bem definidos relacionados à política externa: a autoridade para decretar guerra e paz, a exclusividade da representação diplomática e a regulação do comércio com outros países. Os Estados-membros receberam as atribuições restantes, ou seja, tudo o que não estivesse expressamente vedado pela Constituição⁽³⁾.

De sua invenção na sociedade estadunidense do século XVIII à conformação assumida no nosso tempo, o federalismo adquiriu diferentes contornos à medida que o princípio federativo foi empregado com adaptações particulares às circunstâncias históricas, sociais, econômicas e políticas em que os Estados federais foram constituídos⁽⁴⁾.

Embora o estudo do federalismo passe, portanto, pelo exame das especificidades de cada Federação, há características comuns que representam os fundamentos do Estado federal⁽⁵⁾. Essencialmente, o sistema federal compatibiliza a coexistência de unidades políticas autônomas que em conjunto consubstanciam um Estado soberano, representado pela União estabelecida na Constituição Federal⁽⁶⁾.

A distribuição constitucional de poderes é o ponto nuclear da concepção do Estado federal, pressuposto da autonomia dos entes federados. Convém assinalar que não há hierarquia na organização federal, porque a cada esfera de poder corresponde uma competência determinada⁽⁷⁾. Ao demarcarem precisamente os campos de ação do governo federal e dos governos estaduais, atribuindo algumas faculdades à União e assegurando aos Estados-membros todas as restantes, os constituintes norte-americanos fundaram a disciplina da *repartição de competências* no Estado federal.

(1) GARCÍA-PELAYO, Manuel. *Derecho constitucional comparado*. 7. ed. Madrid: Revista de Occidente, 1964. p. 215.

(2) Na doutrina atual, admite-se que a soberania pertence apenas ao Estado federal. Os Estados-membros são considerados Estados autônomos, porém não soberanos. Cf. JELLINEK, Georg. *Teoria general del estado*. Buenos Aires: Albatros, 1970. p. 577-578.

(3) HAMILTON, Alexander; MADISON, James; JAY, John. *The Federalist Papers*. 3rd ed. Middletown: Wesleyan University Press, 1987. Art. 45.

(4) WHEARE, Kenneth Clinton. *Federal government*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1951. p. 16-34.

(5) DALLARI, Dalmo de Abreu. *O Estado federal*. São Paulo: Ática, 1986. p. 77-78.

(6) JELLINEK, op. cit., p. 577-590.

(7) DALLARI, Dalmo de Abreu. *Elementos de teoria geral do Estado*. 26^a ed. São Paulo: Saraiva, 2007. p. 259.

A mudança do papel do Estado ocorrida no século XX repercutiu no campo da repartição de competências, originando novas técnicas. Ao longo da evolução do federalismo, a técnica dual, fundada na separação estanque das unidades federativas, foi cada vez menos utilizada, cedendo lugar às práticas proporcionadas pela repartição vertical, que privilegiam a ação conjunta e coordenada dos entes federados.

Na atual conjuntura histórica, em que os Estados nacionais têm o papel preponderante de promover o bem-estar social, a colaboração mútua entre as unidades federadas para a consecução dos objetivos sociais e econômicos tem sido um dos principais instrumentos de ação das federações. A concepção da cooperação advém da identificação de que a execução de determinadas funções públicas não pode ser atribuição exclusiva ou hegemônica de algum dos entes federados, por estas funções implicarem interdependência e interesses comuns. Esse é o modelo predominante nos dias de hoje, denominado *federalismo cooperativo*⁽⁸⁾.

No Direito Constitucional contemporâneo, a repartição de competências é realizada por meio de duas técnicas principais. Na técnica de *repartição horizontal* atribuem-se as matérias à União ou aos Estados-membros, de tal sorte que apenas o ente para o qual as competências foram designadas pode dispor sobre elas, com exclusão de qualquer outro. Na técnica de *repartição vertical*, por outro lado, as competências são deixadas ao alcance da União e dos estados, o que quer dizer que ambos têm a prerrogativa de cuidar dos mesmos assuntos⁽⁹⁾. Há de se salientar que a distribuição de competências deve ser feita consoante o princípio da *predominância do interesse*: a União deve cuidar das questões de *interesse geral*, enquanto aos estados cabem os assuntos de *interesse regional*. As comunas ou municípios, quando detentores de capacidade executiva ou normativa própria, devem tratar das questões de *interesse local*.

As competências dos entes federados podem ser *materiais* (ou executivas), quando relacionadas à execução das leis e políticas de governo, ou *legislativas* (ou normativas), quando se referem à produção normativa infraconstitucional. As *competências materiais* são classificadas em: *exclusivas*, ao serem atribuídas a um dos entes com exclusão dos demais (protótipo da repartição horizontal), e *comuns*, quando designam ações coincidentes ao menos a duas entidades federadas, que podem ser exercidas cumulativamente. Dentre as *competências legislativas*, distinguem-se: as *exclusivas*, na esfera normativa; as *privativas*, quando são diretamente conferidas a algum dos entes federados e este tem autorização para delegá-las a outro; e as *concorrentes*, quando mais de um ente pode dispor sobre as mesmas matérias seguindo regras definidas quanto à primazia de um ou outro ente federado⁽¹⁰⁾.

(8) BONAVIDES, Paulo. *A Constituição aberta*. 3ª ed. São Paulo: Malheiros, 2004. p. 430-435.

(9) FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. *Curso de direito constitucional*. 32ª ed. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 53.

(10) SILVA, José Afonso da. *Curso de direito constitucional positivo*. 29ª ed. São Paulo: Malheiros, 2007. p. 477-482.

A autonomia efetiva das entidades federadas depende da garantia de recursos suficientes para o exercício de suas funções – ou seja, para cada competência fixada deve ser atribuída uma renda própria. Essa necessidade dá origem à *repartição de rendas* no Estado federal, que usualmente consiste na distribuição das *competências tributárias* entre os integrantes da Federação, pela técnica horizontal, discriminando as matérias tributáveis que cabem a cada uma das entidades federativas autônomas. Representa, portanto, aspecto fundamental da divisão territorial do poder político na organização federativa⁽¹¹⁾.

II. FEDERALISMO COOPERATIVO NO BRASIL

A Federação brasileira surgiu da dissolução do Governo Imperial, na ocasião da instauração da República, seguindo um caminho inverso ao da maior parte dos Estados federais até então constituídos – a partir da desagregação de um Estado unitário e não da agregação de Estados previamente soberanos. No decurso de seu desenvolvimento, o federalismo brasileiro experimentou períodos de centralização (1930-1945 e 1964-1985) e descentralização (1889-1930 e 1946-1964) relativamente bem definidos, até o estabelecimento do modelo atual.

A Constituição Federal de 1988 institui o federalismo cooperativo no Brasil e traz a novidade do ingresso definitivo dos municípios, compondo, com os estados e a União, a estrutura federativa trina peculiar do país. Consolida-se, assim, a condição historicamente construída do poder local na organização do Estado brasileiro, propiciando a transferência de encargos e recursos para os governos municipais responsabilizarem-se pelo provimento de bens e serviços aos cidadãos⁽¹²⁾.

Deveras, os municípios brasileiros, que já possuíam governo próprio e competências exclusivas garantidos pelas Constituições anteriores, adquirem na Constituição de 1988 (Art. 29) o poder de editar sua própria lei orgânica – que equivale a uma Constituição Municipal. Assegura-se, assim, a autonomia municipal política, normativa, administrativa e financeira⁽¹³⁾.

Na distribuição de competências e rendas entre as três unidades federadas da Constituição de 1988 são empregadas técnicas de repartição horizontal e vertical. As competências legislativas são repartidas horizontalmente e verticalmente. Na repartição horizontal, são enumeradas as competências exclusivas da União (Art. 21 e 22) e as competências dos municípios (Art. 30), sendo conferidas aos estados as competências remanescentes (Art. 25, § 1º), ou seja, tudo aquilo que não foi atribuído à União ou aos municípios, nem incluído no campo das competências concorrentes.

(11) FERREIRA FILHO, op. cit., p. 53-54.

(12) BERCOVICI, Gilberto. *Dilemas do estado federal brasileiro*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

(13) MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito municipal brasileiro*. 14ª ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

Na repartição vertical, são atribuídas *competências concorrentes* à União e aos estados (Art. 24); nesse caso, há primazia da União para fixar normas gerais (Art. 24, § 1º) e os estados (Art. 24, § 2º) e os municípios (Art. 30, II) devem complementar essas normas a fim de adaptá-las às suas especificidades, em conformidade com o princípio da *predominância do interesse*⁽¹⁴⁾. O Distrito Federal funciona como entidade mista, de acordo com o Art. 32, § 1º: “Ao Distrito Federal são atribuídas as competências legislativas reservadas aos Estados e Municípios”.

As competências materiais estão associadas às legislativas, de modo que a entidade que exerce atividade normativa em determinada matéria tem também a função administrativa relacionada. Ademais, há um grande número de *competências comuns* (Art. 23), que fixam as áreas em que a União, os estados, os municípios e o Distrito Federal devem atuar conjuntamente, em colaboração mútua e sem hierarquia⁽¹⁵⁾, pois essas matérias não comportam a supremacia da União sobre as demais entidades federativas⁽¹⁶⁾.

A repartição de rendas na Constituição Federal de 1988 assenta-se na divisão das *competências tributárias* e na repartição das *receitas tributárias* entre os entes federados, compondo o *sistema tributário nacional*⁽¹⁷⁾.

III. PLANEJAMENTO REGIONAL NO FEDERALISMO BRASILEIRO

O ingresso do planejamento regional urbanístico no ordenamento constitucional brasileiro deu-se com a criação da figura jurídica da *Região Metropolitana* na Constituição de 1967 (Art. 157, § 10), posteriormente mantida pelo ordenamento de 1969 (Art. 164 da Emenda Constitucional nº 1, de 1969). Naquela feita, como disposição da Ordem Econômica, a norma constitucional atribuía à esfera federal a competência de estabelecer região metropolitana, mediante lei complementar, onde houvesse um agrupamento de municípios limítrofes ao redor de um núcleo urbano central (sede) – constituindo polo de atividade econômica – que apresentasse estrutura própria definida por funções e fluxos peculiares (formando, por isso, uma mesma comunidade socioeconômica), com a finalidade de atender a necessidades específicas de coordenação, planejamento e execução de funções públicas de interesse comum⁽¹⁸⁾.

(14) ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes de. *Competências na Constituição de 1988*. São Paulo: Atlas, 1991.

(15) Alguns autores sustentam que a execução das competências materiais comuns, pelo fato de estar vinculada à atividade normativa, será sempre influenciada pela primazia da União estabelecida para as competências concorrentes (Art. 24). Cf. ALMEIDA, op. cit., p. 142-144.

(16) FERREIRA FILHO, op. cit., p. 60.

(17) SILVA, 2007, op. cit., p. 706-708.

(18) GRAU, Eros Roberto. Direito urbano: regiões metropolitanas, solo criado, zoneamento e controle ambiental, projeto de lei de desenvolvimento urbano. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, 1983.

Desse modo, ainda que o fenômeno metropolitano subentenda aspectos econômicos, sociais, urbanísticos e políticos, a *região metropolitana* passou a ser um conceito jurídico, desde que foi fixada no ordenamento por dispositivo constitucional⁽¹⁹⁾. Em que pese sua colocação no campo da *Ordem Econômica* no texto constitucional de 1967/1969, a instituição de regiões metropolitanas já era identificada como um problema da organização federativa brasileira⁽²⁰⁾.

De fato, os poucos estudos que abordaram a instituição das regiões metropolitanas na época do regime militar evidenciaram que as principais dificuldades encontradas para sua implantação estiveram justamente associadas aos conflitos e tensões nas relações intergovernamentais⁽²¹⁾, sobretudo no que dizia respeito às definições das competências que caberiam a cada esfera de governo na gestão e financiamento dessas instâncias administrativas⁽²²⁾.

A Constituição de 1988 redefine a questão metropolitana, deslocando-a para o título da *Organização do Estado*, especificamente para o capítulo concernente à organização político-administrativa dos estados federados, ao dispor no Art. 25, § 3º:

Os Estados poderão, mediante lei complementar, instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamentos de municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum.

Houve clara mudança de concepção do legislador constituinte acerca da questão. Além de ter saído do âmbito da ordem econômica para ingressar no contexto da organização federativa do Estado, a disposição sobre o planejamento regional urbano deixa de ser de competência da União para ser matéria urbanística da alçada dos estados. Além disso, criaram-se, ao lado das regiões metropolitanas, duas novas figuras regionais cujo surgimento é presumido: as *aglomerações urbanas* e as *microrregiões*⁽²³⁾.

(19) ALVES, Alaôr Caffé. *Planejamento metropolitano e autonomia municipal no direito brasileiro*. São Paulo: Bushatsky, 1981. p. 154-156.

(20) GRAU, Eros Roberto. *Regiões metropolitanas: regime jurídico*. São Paulo: Bushatsky, 1974. p. 59.

(21) Em consonância com o dispositivo constitucional de 1969, foram promulgadas: a Lei Complementar 14, de 1973, que criou as regiões metropolitanas de São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador, Curitiba, Belém e Fortaleza; e a Lei Complementar 20, de 1974, criando a região metropolitana do Rio de Janeiro. A despeito de terem sido instituídas pela União, a constituição e manutenção dos órgãos diretos das regiões metropolitanas ficaram sob a responsabilidade dos Estados. Cf. MEIRELLES, op. cit., p. 81-82.

(22) SOUZA, Celina. *Regiões metropolitanas: condicionantes do regime político*. *Lua Nova*, São Paulo, n. 59, p. 137-158, 2003.

(23) ALVES, Alaôr Caffé. *Regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões: novas dimensões constitucionais da organização do Estado brasileiro*. In: BITTAR, Eduardo Carlos Bianca (Org.). *História do direito brasileiro: leituras da ordem jurídica nacional*. São Paulo: Atlas, 2003. p. 345-371.

A respeito da distinção entre essas três modalidades regionais previstas na Constituição de 1988, ao constatar a ausência de uniformidade no tratamento do tema pelas Constituições Estaduais, *Silva*⁽²⁴⁾ propõe a seguinte caracterização:

Região metropolitana constitui-se de um conjunto de Municípios cujas sedes se unem com certa continuidade urbana em torno de um Município. Microrregiões formam-se de grupos de Municípios limítrofes com certa homogeneidade e problemas administrativos comuns, cujas sedes não sejam unidas por continuidade urbana. Aglomerações urbanas carecem de conceituação, mas de logo se percebe que se trata de áreas urbanas sem um polo de atração urbana, quer tais áreas sejam das cidades-sedes dos Municípios [...] ou não. [...] A diferença entre as microrregiões e as duas outras não é difícil, porque não se trata de problema urbano. Mas as dificuldades de estreimar as regiões metropolitanas das aglomerações urbanas revelam a inconveniência da previsão constitucional de duas instituições para um fenômeno urbano essencialmente idêntico.

Assinale-se que o conceito jurídico das supraditas figuras regionais pressupõe relação intergovernamental em que tomam parte entes federados de diferentes esferas, porquanto é necessária a presença de pelo menos dois municípios e do estado responsável para criação e organização de uma entidade regional, qualquer que seja a modalidade instituída. Uma vez que as regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões não detêm personalidade jurídica própria, há de se instituir entidade pública ou privada a que competirá a administração regional (autarquia territorial, intergovernamental e plurifuncional), assumindo as competências administrativas intergovernamentais⁽²⁵⁾. Não se confunde, pois, com entidade política. Como explica *Meirelles*⁽²⁶⁾:

[...] a Região Metropolitana [assim como a aglomeração urbana e a microrregião] não se erige em entidade estatal intermediária entre o Estado e os Municípios. Na nossa organização federativa não há lugar para uma nova entidade política. [...].

A Região Metropolitana será sempre uma divisão simplesmente administrativa e a entidade ou órgão que a administrar não poderá ir além de uma organização com autonomia administrativa e financeira, seja com personalidade de direito público (autarquia), seja com personalidade de direito privado (empresa estatal), seja sob a forma de órgão do Estado (Secretaria de Estado, Departamento, Divisão, etc.), seja sob a modalidade colegiada de Conselho ou Comissão.

Diante da inadmissibilidade da atribuição de personalidade política à instância administrativa regional – e da consequente ausência de um corpo legislativo próprio –, *Alves*⁽²⁷⁾ conjectura que o Estado-membro é a única entidade federada capaz de assumir o exercício legislativo referente às competências regionais comuns, na medida em que seria inexequível aguardar a manifestação consensual de todas as Câmaras Legislativas municipais envolvidas a cada ato

(24) SILVA, José Afonso da. *Direito urbanístico brasileiro*. 4ª ed. São Paulo: Malheiros, 2006. p. 156-157.

(25) ALVES, 2003, op. cit., p. 351.

(26) MEIRELLES, op. cit., p. 83-84

(27) ALVES, 2003, op. cit., p. 351-353.

administrativo. No entanto, isso não altera premissa de que a gestão dos serviços comuns deve necessariamente ser compartilhada. Não obstante a esfera estadual crie a unidade urbano-regional, mediante lei complementar, e assuma a competência legislativa dos serviços comuns, não pode preferir a participação dos municípios integrantes, sob pena de inconstitucionalidade.

A titularidade jurídica das “funções públicas de interesse comum” previstas no dispositivo constitucional associa-se ao que foi tradicionalmente denominado *interesse metropolitano* (assim referido porque a expressão “interesse regional” é usualmente empregada por referência aos estados). Conforme a doutrina corrente, o agora chamado *interesse comum* (expressão mais abrangente utilizada no estatuto atual) é considerado como parcela dos interesses das unidades federais implicadas na execução dos serviços comuns, de tal sorte que se distingue do interesse local, de competência dos municípios, e também do interesse regional, de competência dos estados⁽²⁸⁾. Ou seja: “a titularidade não pode ser imputada a qualquer das entidades em si, mas ao Estado e aos Municípios envolvidos”⁽²⁹⁾.

A questão que então emerge refere-se à dificuldade de tornar vinculatórias as diretrizes e determinações do planejamento urbano-regional em face da autonomia dos municípios integrantes⁽³⁰⁾. Alves⁽³¹⁾ encontra elementos para a resolução desse problema a partir de reflexão hermenêutica crítica do dispositivo constitucional. Presume, assim, a *compulsoriedade da relação regional*, visto que o disposto no Art. 25, § 3º, da Constituição Federal, não contempla a instituição de associações voluntárias para a realização do planejamento e da execução das funções públicas de interesse comum, por meio de convênios ou consórcios, mas condiciona a criação de ente público administrativo regional dotado de maior estabilidade, motivo pelo qual consta do título constitucional da Organização do Estado. Provém daí a indispensabilidade de haver situação objetiva que justifique a criação das figuras regionais pela esfera estadual, o que significa que devem ser obrigatoriamente reconhecidas necessidades comuns que exijam ação conjunta dos diferentes entes federados. A *autonomia municipal* é preservada, uma vez que os municípios não são obrigados a assumir papel ativo no processo decisório regional e, por outro lado, não é facultado à esfera estadual impedir sua participação. Os governos municipais, porém, não podem obstá-lo alegando invasão do seu território ou de suas competências. Isso porque, ao ser expressamente registrado no texto constitucional, o planejamento regional é legitimado no ordenamento de onde procede a autonomia dos municípios e, assim sendo, essa autonomia é condicionada, desde a origem, à possível instituição das figuras urbano-regionais, nos termos da disposição constitucional.

(28) Esse já era o entendimento de alguns estudiosos quando ainda vigia o ordenamento constitucional anterior (1967/1969). Cf. ALVES, 1981, op. cit., p. 309-310.

(29) SILVA, 2006, op. cit., p. 164.

(30) Problema aventado mesmo antes da atual dimensão federativa dos municípios, conferida pela C.F. de 1988. Cf. GRAU, 1974, op. cit., p. 69-73.

(31) ALVES, 2003, op. cit., p. 354-366.

Por conseguinte, a viabilidade institucional das regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões no federalismo brasileiro requer a conformação de complexos arranjos no âmbito das relações intergovernamentais, considerando, como ressalta Souza⁽³²⁾, a “entrada de mais um ente na gestão governamental, sobrepondo-se ou superpondo-se aos já existentes”. Reconhecendo que a organização federativa do país não comporta a criação de uma quarta esfera de governo, esse processo deve necessariamente ser desenvolvido por meio de mecanismos que conduzam processos decisórios compartilhados pelos entes federados envolvidos, institucionalizando um modelo de cogestão que preserve a autonomia dos integrantes sem perder o foco da coordenação federativa.

IV. CONSÓRCIOS PÚBLICOS NO FEDERALISMO BRASILEIRO

Atualmente, a instituição dos consórcios públicos como instrumentos de cooperação intergovernamental está estabelecida pela Lei Federal nº 11.107/2005, regulamentada pelo Decreto nº 6.017/2007, e tem seu fundamento constitucional no parágrafo único do Art. 23⁽³³⁾ e no Art. 241⁽³⁴⁾. Esse estatuto modificou a natureza jurídica dos consórcios, atribuindo-lhes personalidade jurídica, de direito público (formando associações públicas) ou de direito privado, e admitindo a participação de entes de níveis diferentes na sua composição⁽³⁵⁾.

Antes da promulgação da Lei nº 11.107/2005, havia estável distinção doutrinária entre consórcios e convênios: os consórcios eram acordos de vontade firmados entre entes do mesmo nível (entre municípios ou entre estados) e os convênios, entre entidades de níveis diferentes (entre a União e estados ou municípios, ou entre estados e municípios). No novo estatuto, admitem-se consórcios intermunicipais, consórcios interestaduais, consórcios integrados por um estado e municípios contidos no seu território e consórcios integrados pelo Distrito Federal com estados ou municípios. A União pode participar somente dos consórcios em que também participem todos os estados em cujos territórios estejam os municípios consorciados⁽³⁶⁾.

(32) SOUZA, op. cit., p. 148.

(33) O parágrafo único do Art. 23 da C.F. dispõe: “Leis complementares fixarão normas para a cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional.” (Redação dada pela EC nº 53, de 19 de dezembro de 2006).

(34) Dispõe o Art. 241 da C.F.: “A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos.” (Redação dada pela EC nº 19, de 4 de junho de 1998).

(35) MEDAUAR, Odete; OLIVEIRA, Gustavo Justino de. Consórcios públicos: comentários à Lei 11.207/2005. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, 2006. p. 17-20.

(36) Id. *Ibid.*, p. 49-51.

Os consórcios públicos passam a ter capacidade para assumir direitos e obrigações em nome próprio e têm alguns privilégios decorrentes de sua situação na administração pública⁽³⁷⁾. A finalidade dessa normatização é dar condições para o exercício da gestão associada de serviços públicos entre os entes federados a fim de realizarem objetivos de interesse comum⁽³⁸⁾.

O procedimento para a constituição dos consórcios públicos com base na Lei nº 11.107/2005 compreende: 1) a subscrição de protocolo de intenções (Art. 3º) e sua publicação na imprensa oficial – definindo os integrantes, os objetivos, a área de atuação, a natureza jurídica e todas as demais condições para a instituição do consórcio (Art. 4º); 2) a ratificação total ou parcial do protocolo de intenções, mediante lei promulgada por cada um dos entes consorciados (Art. 5º); e 3) a celebração de contrato entre os partícipes (Art. 3º). É importante salientar que, por se tratar de um acordo de vontade, o desencadeamento desse processo não acarreta compromisso dos entes federados que subscrevem o protocolo de intenções, de forma que a decisão de não participar do consórcio não implica qualquer tipo de sanção⁽³⁹⁾.

Ressalte-se que os consórcios públicos não se confundem com as regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, apesar de terem substratos semelhantes. Como observam *Medauar e Oliveira*⁽⁴⁰⁾:

[...] as regiões metropolitanas, as aglomerações urbanas e as microrregiões somente são instituídas mediante a edição de uma lei complementar estadual.

Diversamente, os consórcios públicos são resultado da livre associação das entidades federativas para a consecução de objetivos que lhes sejam comuns, e sua formação, nos termos da Lei Federal 11.207/2005, depende da celebração de um contrato.

Ou seja, ainda que o novo estatuto tenha alterado as condições jurídicas para seu estabelecimento, dando-lhes diferentes formas de realização, os consórcios públicos continuam representando relações voluntárias entre os entes federados, com base no Art. 241 da Constituição Federal. É exatamente essa propriedade que os diferencia em essência das figuras regionais fundadas no Art. 25, § 3º, da C.F.

(37) Os privilégios dados aos consórcios públicos pela Lei nº 11.207/2005 independem de terem personalidade de direito público ou privado: podem promover desapropriações e instituir servidões, após declaração de utilidade pública ou interesse social efetuada pelo Poder Público; podem ser contratados pela administração direta ou indireta dos entes federados consorciados, sem necessidade de licitação; têm limites mais elevados para a escolha da modalidade de licitação e valores mais elevados para a dispensa de licitação, além de poderem dispensar licitação para celebrar contratos com entes federados ou entidades da administração indireta.

(38) DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Direito administrativo*. 20ª ed. São Paulo: Atlas, 2007. p. 439-451.

(39) Id. *Ibid.*, p. 445-447.

(40) MEDAUAR; OLIVEIRA, op. cit., p. 16.

V. ESTRUTURA FEDERATIVA DO SUS

Consoante a normatização constitucional, o SUS está regulamentado por duas leis ordinárias federais (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90) que compõem a chamada *Lei Orgânica da Saúde* (LOS), na qual estão definidos os alicerces do sistema e detalhados os seus caracteres principais.

A definição das instâncias executivas do sistema, disposta no Art. 9º da Lei nº 8.080, regulamenta o Art. 198, I, da C.F.:

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde – SUS é única, de acordo com o inciso I do Art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I – no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II – no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente; e

III – no âmbito dos Municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente.

Esse modelo institucional delimita a expressão do federalismo brasileiro na área da saúde, reproduzindo sua disposição tríptica. A definição das três esferas autônomas de gestão sanitária correspondentes aos entes federados estabelece uma forma de organização política que pode ser adequadamente designada *federalismo sanitário brasileiro*.

Dessa forma, por ser uma política pública intrinsecamente ligada à estrutura federativa brasileira, a regulamentação do Sistema Único de Saúde passa necessariamente pela repartição de competências e de rendas entre as entidades federadas no que tange à área da saúde.

Na Lei Orgânica da Saúde são especificadas as atribuições das instâncias gestoras no âmbito do SUS e é estabelecida a repartição das competências sanitárias entre as esferas de governo. A Lei nº 8.080/90 dispõe uma distribuição infraconstitucional de competências, estabelecendo as atribuições comuns aos três níveis (Art. 15), as competências específicas da União (Art. 16), dos estados (Art. 17), dos municípios (Art. 18) e do Distrito Federal⁽⁴¹⁾. Em linhas gerais, compete à direção *nacional* do SUS formular políticas e executar as ações e serviços de saúde de interesse nacional, bem como coordenar a articulação com as esferas subnacionais; cabe ao nível *estadual* exercer um papel complementar ou suplementar ao dos municípios na maior parte das funções sanitárias (quando o município não os realizar), além de coordenar e “gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional” (Lei nº 8.080, Art. 17, IX); e à direção *municipal* do SUS são atribuídas as

(41) Ao Distrito Federal “competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios” (Lei nº 8.080, Art. 19).

funções de execução das ações e serviços de saúde, as responsabilidades de planejamento, organização, controle e avaliação concernentes ao subsistema municipal, além da obrigatoriedade de cooperar e participar das atividades de planejamento e organização da rede regionalizada e hierarquizada, em articulação com a direção estadual, e de colaborar com a União nas atividades exercidas pela direção nacional do SUS⁽⁴²⁾.

Fixadas as bases político-administrativas do federalismo sanitário, a partir da repartição de competências em matéria de saúde entre os entes federados, a Lei Orgânica da Saúde regulamenta divisão dos recursos correspondentes, aspecto imprescindível para a autonomia institucional das esferas de governo. Como mecanismo de redistribuição federativa, a Lei nº 8.142/90, Art. 3º, estabelece o regime de transferências obrigatórias de recursos federais diretamente para estados, municípios e Distrito Federal, sendo pelo menos 70% aos municípios (Art. 3º, § 2º). Os repasses para os níveis subnacionais devem ser regulares e automáticos, obedecendo a critérios especificados na Lei nº 8.080/90, Art. 35, cuja ênfase é dada para as transferências *per capita* (metade dos recursos, “independentemente de qualquer procedimento prévio”, nos termos do § 1º).

Vê-se, pois, que a organização sanitária brasileira segue os princípios do federalismo cooperativo, exigindo a atuação conjunta de todas as esferas de governo para promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma articulada e harmônica. A operacionalização desse modelo, cujo fundamento provém da Constituição e da Lei Orgânica da Saúde, tem sido realizada por meio da produção normativa infralegal do Ministério da Saúde. Dessa maneira, desde o surgimento do SUS, as relações intergovernamentais são regidas por portarias expedidas pelo Ministro da Saúde, que receberam diferentes denominações. As Normas Operacionais Básicas (NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96), as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002) e, recentemente, o Pacto pela Saúde 2006 foram todos instrumentos normativos que estabeleceram regras de funcionamento do sistema com o intuito de regulamentar as interações entre as entidades federativas no plano sanitário⁽⁴³⁾.

VI. FEDERALISMO SANITÁRIO: DA MUNICIPALIZAÇÃO À REGIONALIZAÇÃO

As ações e os serviços que compõem o SUS estão disciplinados pelos princípios enumerados no Art. 7º da Lei nº 8.080/90, entre os quais está a base operacional do sistema, disposta no inciso IX:

(42) CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde* (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90). 4ª ed. Campinas: Unicamp, 2006. p. 106-125.

(43) DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. *Direito Sanitário*. São Paulo: Verbatim, 2010. p. 114-117.

Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde – SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

[...]

IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

Não obstante terem sido previstas em conjunto na Lei Orgânica da Saúde, essas duas dimensões da descentralização político-administrativa não foram efetivadas concomitantemente na implantação do SUS. No seu primeiro decênio, a “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios” – que se convencionou denominar municipalização – foi priorizada enquanto a “regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde” foi praticamente desconsiderada.

Com efeito, a primeira década do SUS foi marcada por um processo de intensa transferência de competências e recursos em direção aos municípios, orientado pelos instrumentos normativos emanados pelo Ministério da Saúde: as Normas Operacionais Básicas (NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96). Mediante a definição de critérios de habilitação e de incentivos operados pelo financiamento, as sucessivas NOBs conduziram os municípios à assunção progressiva da gestão das ações e serviços de saúde em seus territórios.

Efetivada essa etapa da descentralização, ficou evidente que a estrutura municipalizada não era capaz de oferecer as condições para a plena realização dos objetivos do SUS no ambiente de extrema heterogeneidade que caracteriza a Federação brasileira. Em que pese o estabelecimento da regionalização como princípio organizativo do SUS desde sua concepção, foi a identificação da necessidade incontornável de racionalização do sistema, para equacionar a fragmentação na provisão dos serviços e as disparidades de escala e capacidade produtiva existentes entre os municípios, que ensejou a formulação de definições operacionais para concretizar essa diretriz no início da década de 2000, com o advento da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002).

A NOAS introduziu o conceito de *Região de Saúde* como a “base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado”, cuja definição caberia à esfera estadual. Definuiu-se que o planejamento assistencial não ficaria mais restrito aos territórios dos municípios, buscando configurações que melhorassem a capacidade resolutiva e o acesso às ações e serviços de saúde. A motivação ínsita era de natureza racionalizadora: determinar bases territoriais que proporcionassem melhores escalas de produção, independentemente dos limites políticos dos entes federados. Na prática, a NOAS tentou reeditar o federalismo sanitário brasileiro, incutindo “níveis regionais” (módulos, regiões, macrorregiões) entre estados e municípios,

mas operando sobre a organização político-administrativa instituída, em que a gestão do sistema já estava descentralizada para os municípios.

Entretanto, a concentração política e financeira na esfera federal que se estabeleceu durante a década de 1990 – e que serviu para que a indução operada pelo Ministério da Saúde por meio das NOBs obtivesse sucesso na municipalização – criou constrangimentos para a efetivação da regionalização como diretriz organizativa do sistema na vigência da NOAS. A proposta engendrada não foi bem-sucedida justamente por ter se deparado com a estrutura política previamente instituída, que decorreu da relegação da atividade do nível estadual e da pouca assimilação de mecanismos de fomento para empreendimento conjunto das esferas federadas. Em vez de cooperação, viram-se disputas por recursos e pelo comando de serviços entre os governos estaduais e municipais⁽⁴⁴⁾. Além do mais, a ação indutora do governo federal não foi suficiente para criar espaços de cooperação e coordenação federativa nos níveis subnacionais.

Nessas circunstâncias, ganhou força a ideia de que a efetiva responsabilização dos gestores deveria surgir de um acordo de vontades a partir do qual os gestores sanitários das três esferas de governo assumiriam compromissos negociados e definiriam metas a serem atingidas de forma cooperativa e solidária, fixando um *Pacto de Gestão*. Essa proposta foi ratificada no instrumento normativo infralegal denominado Pacto pela Saúde 2006⁽⁴⁵⁾.

VII. FEDERALISMO E REGIONALIZAÇÃO NO PACTO PELA SAÚDE

O Pacto pela Saúde 2006 foi concebido em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

O *Pacto pela Vida* compreende um conjunto de compromissos sanitários a serem assumidos pelos gestores das três esferas, visando resultados que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.

O *Pacto em Defesa do SUS* é formado por diretrizes gerais que devem nortear ações em busca do reforço da condição do Sistema Único de Saúde como política pública do Estado brasileiro, a partir do engajamento dos gestores sanitários para a mobilização da sociedade.

(44) BARATA, Luiz Roberto Barradas; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MENDES, José Dínio Vaz. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 13, n. 1, p. 15-24, 2004.

(45) O Pacto pela Saúde 2006 foi divulgado e teve as diretrizes operacionais aprovadas na Portaria do Ministro de Estado da Saúde nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Além desta portaria, o instrumento normativo é composto: pela Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta as diretrizes operacionais instituídas; pela Portaria nº 3.085/GM, de 01 de dezembro de 2006, e pela Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006, que regulamentam o sistema de planejamento; e pela Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais.

O *Pacto de Gestão do SUS* consiste na normatização operacional do Pacto pela Saúde 2006, função até então desempenhada pela NOB 01/96 e pela NOAS 01/02. Fixa as diretrizes para a gestão do SUS nos seguintes aspectos: descentralização, regionalização, financiamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, planejamento, gestão do trabalho e educação na saúde; e define as responsabilidades de cada esfera de governo na operacionalização do Pacto 2006, estabelecendo uma repartição infralegal das competências sanitárias⁽⁴⁶⁾.

Como na ocasião da elaboração do Pacto pela Saúde 2006 a descentralização no SUS já era reconhecida como uma política efetivada, não há diretrizes operacionais nesse sentido. Registrando o objetivo de “aprofundar o processo de descentralização”, o Pacto de Gestão define que o Ministério da Saúde deve funcionar como instância de coordenação de regulação no nível nacional e estabelece genericamente que os “processos administrativos relativos à gestão” devem ser assumidos pelas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), remetendo as especificações para cumprir essa determinação a outra portaria a ser expedida pelo Ministro da Saúde.

A distribuição de competências entre os níveis federativos no Pacto de Gestão consta do capítulo *Responsabilidade Sanitária*, que atribui responsabilidades gerais da gestão do SUS e responsabilidades específicas: a) na regionalização; b) no planejamento e programação; c) na regulação, controle, avaliação e auditoria; d) na gestão do trabalho; e) na educação na saúde; e f) na participação e controle social.

Cabe a todos os municípios garantir a integralidade das ações de saúde prestadas aos seus munícipes, assumindo toda a responsabilidade pela atenção básica e organizando o acesso aos serviços de atenção especializada (média e alta complexidade). Os municípios que não dispuserem de capacidade instalada para prover assistência na média e na alta complexidade são responsáveis pela garantia desses serviços, juntamente com os respectivos gestores estaduais, a partir dos processos de negociação previstos na Programação Pactuada e Integrada de Assistência à Saúde (PPI)⁽⁴⁷⁾ de cada estado e na regionalização.

(46) Cabe notar um equívoco na redação do primeiro parágrafo da apresentação do Pacto de Gestão do SUS, constante do Anexo I da Portaria do Ministério da Saúde nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que declara: “O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS”. As competências concorrentes procedem da repartição constitucional das competências normativas entre os entes federados, dentre as quais está a prerrogativa de legislar sobre “proteção e defesa da saúde” (C.F., Art. 24, XII). Isso significa que os três níveis federativos detêm o dever-poder para dispor sobre a mesma matéria, conforme o princípio da predominância de interesse. Logo, não há possibilidade de um instrumento normativo infralegal “diminuir as competências concorrentes”.

(47) A Programação Pactuada e Integrada de Assistência à Saúde (PPI) é um processo de negociação entre gestores municipais e estaduais, coordenado pela esfera estadual, para definir os fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais, com a finalidade de orientar a alocação de recursos de custeio, especialmente os recursos federais destinados à execução das atividades assistenciais de média e alta complexidade. Atualmente, as diretrizes desse instrumento de planejamento estão dispostas no próprio Pacto pela Saúde 2006 e na Portaria nº 1.097/GM, de 22 de maio de 2006.

Por sua vez, os municípios que tenham capacidade para assistir suas populações e funcionar como referências intermunicipais nas atividades de atenção especializada ficam obrigados a respeitar as definições das PPIs. É responsabilidade dos governos municipais promover a readequação da oferta de serviços conforme as necessidades de suas populações, reduzindo as desigualdades de acesso. Além disso, os municípios devem executar as ações de vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental) em seus territórios, participar da implantação da política de promoção à saúde estabelecida no nível nacional e estruturar a assistência farmacêutica no nível local.

Aos estados são atribuídas as funções de coordenação, acompanhamento e supervisão dos processos de planejamento e execução das ações de saúde realizadas pelos municípios, respondendo solidariamente pela integralidade da atenção à saúde da população, mediante apoio técnico, financeiro e político. Devem executar algumas ações de vigilância em saúde (de maior complexidade e de maior abrangência territorial que as realizadas pelos municípios), gerir os laboratórios de saúde pública e os hemocentros, estruturar a assistência farmacêutica (a dispensação de alguns medicamentos pode ser de responsabilidade do nível estadual) e, da mesma forma que os municípios, têm obrigação de participar da execução da política de promoção à saúde estabelecida no âmbito nacional⁽⁴⁸⁾.

A esfera federal recebe as competências de coordenação e planejamento no nível nacional, dando apoio técnico, financeiro e político aos estados, municípios e Distrito Federal para a execução de suas funções. Não recebe incumbência de executar ações e serviços diretamente, exceto pela possibilidade de assumir transitoriamente ações de vigilância em saúde, em situações excepcionais. É responsabilidade da União definir e pactuar diretrizes para a organização das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, formular políticas de saúde de abrangência nacional e elaborar e implementar a política de promoção da saúde.

Assinale-se que as três esferas federativas têm o dever de identificar as necessidades das populações em suas áreas de abrangência e, a partir disso, desenvolver um processo de planejamento, regulação, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde em cada nível de governo. Ademais, todos os entes federados têm a responsabilidade indeclinável de participar do financiamento do SUS.

Estabelecidas essas responsabilidades gerais da gestão do SUS, são enumeradas as responsabilidades específicas de cada ente federado, seguindo a mesma lógica: basicamente, atribuem-se as funções executivas diretas à esfera municipal, as funções de coordenação regional à esfera estadual e as funções de coordenação nacional à esfera federal.

(48) O Distrito Federal tem as mesmas competências dos municípios e dos estados, excluídas aquelas relacionadas à coordenação de atividades municipais.

Em suma, a repartição infralegal de competências sanitárias disposta no Pacto pela Saúde 2006 segue os preceitos do federalismo cooperativo estabelecidos no ordenamento jurídico pátrio. E não poderia ser diferente: em conformidade com a normatização constitucional e com a Lei Orgânica da Saúde, todos os entes federados devem atuar na promoção, proteção e recuperação da saúde. Os municípios detêm as funções executivas diretas e representam a instância inequivocamente responsável pela garantia do direito à saúde aos seus cidadãos, sem prejuízo das funções de coordenação desempenhadas pelos estados, no âmbito regional, e pela esfera federal, que confere a unicidade ao sistema nacional.

No Pacto pela Saúde 2006, a direção nacional do SUS reafirma a condição da regionalização sanitária como elemento basilar do sistema e assume essa diretriz como “o eixo estruturante do Pacto de Gestão”, devendo orientar o processo de descentralização e as relações intergovernamentais. São mantidos os instrumentos operacionais empregados pela NOAS: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada de Assistência à Saúde (PPI), cujas elaborações são de responsabilidade compartilhada entre estados e municípios, sob a coordenação dos gestores estaduais. Enunciam-se os objetivos de melhorar o acesso e a qualidade das ações e serviços de saúde, reduzindo as desigualdades existentes, garantir a integralidade da atenção, potencializar a capacidade de gestão das esferas estaduais e municipais e de “racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional”⁽⁴⁹⁾.

A proposta de regionalização do Pacto 2006 orienta a instituição das *Regiões de Saúde* a partir de recortes territoriais em espaços geográficos contínuos, organizados com o objetivo de garantir a prestação de ações e serviços da atenção básica e de “parte da média complexidade”, em quatro conformações possíveis: a) *intramunicipais*, por meio da constituição de “distritos de saúde” dentro de um mesmo município; b) *intraestaduais*, compostas por municípios territorialmente contíguos pertencentes a um mesmo estado; c) *interestaduais*, nas quais os municípios contíguos se encontram em estados diferentes; e d) *fronteiriças*, para os casos em que os municípios estejam situados em fronteiras com outros países. Além disso, estabelece a delimitação de *Macrorregiões de Saúde*, que vêm a ser arranjos territoriais que, agregando duas ou mais regiões, assumam a capacidade para o provimento das ações e serviços de alta complexidade e da “parte da média complexidade” que não seja ofertada no nível regional, propiciando a integralidade da assistência à saúde dentro de seus limites⁽⁵⁰⁾.

(49) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação de Integração Programática. *Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 19.

(50) Id. Ibid., p. 21-26.

Para que o planejamento e a gestão nessas figuras regionais sejam realizados conjuntamente pelas esferas estadual e municipal, o Pacto 2006 institui o *Colegiado de Gestão Regional* (CGR). Compostos por todos os gestores municipais de saúde e por representantes dos gestores estaduais, os CGRs passam a ser instância política fundamental para a implantação da proposta de regionalização do Pacto pela Saúde. Diante dos objetivos formalizados pelo Pacto 2006 e da necessidade de operacionalizar o federalismo cooperativo no âmbito sanitário, esses colegiados representam instrumentos de negociação política indispensáveis para ultrapassar os constrangimentos inerentes à estrutura federativa brasileira.

VIII. BASE NORMATIVA DA REGIONALIZAÇÃO NO SUS

A regionalização do SUS apoia-se na base normativa que institui o federalismo sanitário e o próprio sistema nacional de saúde. Como diretriz organizativa fundamental, a regionalização está estabelecida na normatização constitucional e na Lei Orgânica da Saúde, condicionando preliminarmente a atuação dos entes federados na área da saúde. As definições do Pacto pela Saúde 2006 apresentam as atuais diretrizes operacionais da regionalização e devem ser interpretadas à luz dos fundamentos do federalismo cooperativo brasileiro que, como visto, percorrem obrigatoriamente todo o ordenamento jurídico sanitário⁽⁵¹⁾. Desse modo, a efetivação da regionalização da saúde necessariamente coaduna-se com os princípios de coordenação e cooperação federativa que norteiam a organização do Estado brasileiro, no contexto geral e, em especial, no âmbito sanitário.

Dessa forma, na atividade normativa relacionada à regionalização, deve ser observado o princípio da predominância do interesse, considerando a competência concorrente dos entes federados em matéria de saúde. Isso significa que, estabelecidas as normas gerais pela autoridade sanitária da esfera federal, cabe aos estados resguardar o interesse regional e aos municípios fazer as adaptações tendo em vista o interesse local.

Com relação à função executiva, não há dúvida de que se encontra no campo das competências comuns, de modo que, como ocorre em outros assuntos no âmbito sanitário, a participação no processo da regionalização é um dever-poder de todos os entes federados. Esse é propriamente o tratamento dispensado ao tema no Pacto pela Saúde 2006: o planejamento regional é atribuição dos gestores estaduais, enquanto a participação no processo de regionalização é responsabilidade incontestável de todos os integrantes do federalismo sanitário que, juntamente com as demais atribuições, passa a estar registrada nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão.

(51) DALLARI; NUNES JÚNIOR, op. cit., p. 101-120.

A partir dos conceitos estabelecidos para a regionalização sanitária, é possível presumir que, na grande maioria dos casos, as regiões de saúde se superporão às jurisdições municipais. Nessas situações, a implantação da regionalização tratar-se-á claramente de interesse comum da esfera estadual e dos municípios envolvidos. Ademais, mesmo nas ocasiões em que se conformarem regiões intramunicipais, os gestores municipais terão que fazer parte do planejamento regional na composição de redes intraestaduais, interestaduais ou fronteiriças, ainda que não estejam formalmente integrando regiões dessas categorias. Isso porque, como na prática os principais condicionantes do processo de regionalização estão relacionados à capacidade instalada na rede assistencial e ao porte populacional dos municípios, os casos de municípios que tenham a produção de serviços compatível com a escala populacional ao ponto de não necessitarem referenciar nem receber usuários de outros municípios, se houver, serão residuais. Levando ainda em conta a faculdade das secretarias estaduais de instituir macrorregiões de saúde, pode-se concluir que a regionalização sanitária será, de fato, sempre uma questão de interesse comum das esferas estadual e municipal – e ocasionalmente também da esfera federal –, bem como pode-se afastar sua consideração como matéria de exclusivo interesse local, até mesmo quando se tratar da formação de regiões intramunicipais.

Em vista disso, cabe inferir que o princípio da compulsoriedade da relação regional empregado na interpretação do estatuto das regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, disposto no título constitucional da organização do Estado, aplica-se ao processo de regionalização sanitária, guardadas as devidas especificidades. Quer dizer, haja vista a titularidade das ações e serviços de saúde como funções públicas de interesse comum, não é facultado aos governos municipais contrapor-se ao processo de regionalização coordenado pelos governos estaduais. Não se trata, contudo, de subordinação em relação à outra esfera, pois a autonomia das instâncias gestoras municipais, que contempla a liberdade para estruturar o sistema e a responsabilidade pela execução das ações nos limites de seus territórios, está, desde a origem, vinculada à obrigatoriedade de observar os princípios e diretrizes do SUS. Assinale-se que a atividade de coordenação do planejamento regional é responsabilidade formal e inequívoca dos governos estaduais – e independe até mesmo de referência expressa nas Constituições dos estados⁽⁵²⁾ –, uma vez que está estabelecida na normatização fundamental do ordenamento jurídico sanitário da Federação.

Nesse contexto, é pertinente tecer alguns comentários sobre a possibilidade da utilização dos consórcios públicos como mecanismo institucional no processo de regionalização da saúde, que já tem sido ventilada como alternativa para o “aperfeiçoamento da governança regional do SUS”⁽⁵³⁾.

(52) DALLARI, Sueli Gandolfi. *Os estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 79-116.

(53) CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. *SUS: avanços e desafios*. Brasília: Conass, 2006. p. 112.

Em verdade, os consórcios intermunicipais já vêm sendo usados na área da saúde desde a década de 1980, mesmo antes do advento do SUS. Após sua regulamentação pela Lei nº 8.080 (Art. 10 e Art. 18, VII) e, principalmente, depois do processo de descentralização sanitária da década de 1990, os consórcios administrativos passaram a representar um importante mecanismo de associação para municípios de pequeno porte populacional e/ou baixo nível de desenvolvimento econômico com intuito de atenuar problemas de acesso e solucionar questões específicas, sobretudo relacionadas à compra de serviços e à contratação de recursos humanos. Desde então, por sua relação com escala e distribuição espacial das redes assistenciais, os consórcios intermunicipais de saúde são identificados como recursos institucionais vinculados ao processo de regionalização⁽⁵⁴⁾.

As recentes alterações definidas pelo atual estatuto dos consórcios públicos devem possibilitar uma melhor utilização desses instrumentos de cooperação intergovernamental no processo de regionalização da saúde. Contudo, ainda que os novos procedimentos para a constituição e a possibilidade da participação dos estados e, eventualmente, da União emprestem maior sustentabilidade política e financeira aos consórcios formados, essas associações mantêm seu caráter contingencial.

Nesse sentido, convém depreender que, muito provavelmente, os consórcios públicos de saúde permanecerão como mecanismo preferencial para municípios pequenos ou não inseridos economicamente, por serem os interessados em unir esforços para amenizar suas fragilidades técnicas e políticas – necessidade que não é compartilhada pelos grandes centros. Portanto, no processo de regionalização da saúde, os consórcios devem ser ferramentas importantes para a resolução de problemas regionais específicos, mas sempre integrados ao contexto mais abrangente do planejamento regional próprio do SUS⁽⁵⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A regionalização no Sistema Único de Saúde tem base normativa bem definida e deve ser considerada expressão legítima do federalismo cooperativo brasileiro que se manifesta no âmbito sanitário. Os preceitos constitucionais, que fundamentam a estrutura federativa e instituem o planejamento regional na organização do Estado brasileiro, são complementados pelas especificações do direito sanitário dispostas na legislação estruturante do SUS, que definem a qualidade interfederativa da regionalização sanitária.

(54) RIBEIRO, José Mendes; COSTA, Nilson do Rosário. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 22, p. 173-220, dez., 2000.

(55) O §3º do Art. 1º da Lei nº 11.107/2005 dispõe expressamente: “Os consórcios públicos, na área de saúde, deverão obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde – SUS.”.

Essa normatização determina as competências das três esferas de governo em matéria de saúde e condiciona as responsabilidades e deveres na regionalização. Os municípios são os executores das ações sanitárias por excelência e estão obrigados a participar do planejamento regional, a fim de garantir a integralidade da assistência aos cidadãos. Os estados devem coordenar esse planejamento regional e apoiar técnica e financeiramente os municípios. A União tem o papel de realizar a indução desse processo de maneira abrangente, com o intuito de preservar a unicidade do sistema nacional.

Por conseguinte, a regionalização das ações e serviços de saúde no SUS está essencialmente vinculada à organização federativa brasileira e as suas expressões no federalismo sanitário. A atual proposta de regionalização resulta de duas décadas de maturação política e institucional do SUS e, sem dúvida, representa um dos mais engenhosos modelos concebidos para o exercício do federalismo cooperativo no Brasil. Espera-se que os apontamentos feitos neste trabalho contribuam para o debate que tenciona efetivar essa diretriz organizativa do sistema, que, em última instância, visa à garantia do direito à saúde no país.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes de. *Competências na Constituição de 1988*. São Paulo: Atlas, 1991.

ALVES, Alaôr Caffé. *Planejamento metropolitano e autonomia municipal no direito brasileiro*. São Paulo: Bushatsky, 1981.

_____. Regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões: novas dimensões constitucionais da organização do Estado brasileiro. In: BITTAR, Eduardo Carlos Bianca (Org.). *História do direito brasileiro: leituras da ordem jurídica nacional*. São Paulo: Atlas, 2003. p. 345-371.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MENDES, José Dínio Vaz. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 13, n. 1, p. 15-24, 2004.

BERCOVICI, Gilberto. *Dilemas do estado federal brasileiro*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004. (Estado e Constituição, 3).

BONAVIDES, Paulo. *A Constituição aberta*. 3ª ed. São Paulo: Malheiros, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação de Integração Programática. *Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3).

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90)*. 4ª ed. Campinas: Unicamp, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. *SUS: avanços e desafios*. Brasília: Conass, 2006.

DALLARI, Dalmo de Abreu. *Elementos de teoria geral do Estado*. 26ª ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

_____. *O Estado federal*. São Paulo: Ática, 1986.

DALLARI, Sueli Gandolfi. *Os estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.

DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. *Direito Sanitário*. São Paulo: Verbatim, 2010.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Direito administrativo*. 20ª ed. São Paulo: Atlas, 2007. 800 p.

FERREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. *Curso de direito constitucional*. 32ª ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

GARCÍA-PELAYO, Manuel. *Derecho constitucional comparado*. 7º ed. *Revista de Occidente*, Madrid, 1964.

GRAU, Eros Roberto. Direito urbano: regiões metropolitanas, solo criado, zoneamento e controle ambiental, projeto de lei de desenvolvimento urbano. São Paulo: *Revista dos Tribunais*, 1983.

_____. *Regiões metropolitanas: regime jurídico*. São Paulo: Bushatsky, 1974.

HAMILTON, Alexander; MADISON, James; JAY, John. *The Federalist Papers*. 3ª ed. Middletown: Wesleyan University Press, 1987.

JELLINEK, Georg. *Teoria general del estado*. Buenos Aires: Albatros, 1970.

MEDAUAR, Odete; OLIVEIRA, Gustavo Justino de. Consórcios públicos: comentários à Lei 11.207/2005. *Revista dos Tribunais*, São Paulo: 2006.

MEIRELLES, Hely Lopes. *Direito municipal brasileiro*. 14ª ed. Atualizada por Márcio Schneider Reis e Edgard Neves da Silva. São Paulo: Malheiros, 2006.

RIBEIRO, José Mendes; COSTA, Nilson do Rosário. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 22, p. 173-220, dez., 2000.

SILVA, José Afonso da. *Curso de direito constitucional positivo*. 29ª ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

_____. *Direito urbanístico brasileiro*. 4ª ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

SOUZA, Celina. Regiões metropolitanas: condicionantes do regime político. *Lua Nova*, São Paulo, n. 59, p. 137-158, 2003.

WHEARE, Kenneth Clinton. *Federal government*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1951.