



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

de Araujo Dourado, Daniel; Mangeon Elias, Paulo Eduardo  
Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro  
Revista de Saúde Pública, vol. 45, núm. 1, febrero, 2011, pp. 204-211  
Universidade de São Paulo  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240189023>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Daniel de Araujo Dourado<sup>I</sup>

Paulo Eduardo Mangeon Elias<sup>II</sup>

# Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro

## Regionalization and political dynamics of Brazilian health federalism

---

### RESUMO

Examinaram-se implicações da estrutura federativa brasileira no processo de regionalização de ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, considerando que o planejamento regional de saúde no Brasil deve realizar-se no contexto das relações intergovernamentais que expressam o federalismo cooperativo no âmbito sanitário. A análise foi baseada numa abordagem diacrônica do federalismo sanitário brasileiro, reconhecendo dois períodos de desenvolvimento, a descentralização e a regionalização. Explorou-se o planejamento regional do Sistema Único de Saúde à luz do referencial teórico do federalismo. Conclui-se que há necessidade de relativa centralização desse processo no nível das Comissões Intergestores Bipartite, para o exercício da coordenação federativa, e que é imprescindível formalizar espaços de dissenso nos Colegiados de Gestão Regional e nas próprias Comissões Intergestores, para efetivar a construção política consensual na regionalização da saúde.

**DESCRITORES:** Sistema Único de Saúde, organização & administração. Regionalização. Planos Governamentais de Saúde. Descentralização. Sistemas Locais de Saúde.

<sup>I</sup> Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina (FM). Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil

<sup>II</sup> Departamento de Medicina Preventiva. FM - USP. São Paulo, SP, Brasil

**Correspondência | Correspondence:**  
Daniel de Araujo Dourado  
Av. Dr. Arnaldo, 455, sala 2316  
Cerqueira César  
01246-903 São Paulo, SP, Brasil  
E-mail: dadourado@usp.br

Recebido: 13/1/2010  
Aprovado: 24/8/2010

Artigo disponível em português e inglês em:  
[www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp)

---

## ABSTRACT

The implications from the Brazilian federal structure on the regionalization of health actions and services in the National Unified Health System (SUS) were analyzed, considering that the regional health planning in Brazil takes place within the context of intergovernmental relations as an expression of cooperative federalism in health. The analysis was based on a historical approach to Brazilian health federalism, recognizing two development periods, decentralization and regionalization. Regional health planning of SUS was explored in light of the theoretical framework of federalism. It is concluded that relative centralization of the process is needed in intergovernmental committees to actualize federal coordination and that it is essential to consider formalizing opportunities for dissent, both in regional management boards and in the intergovernmental committees, so that the consensus decision-making can be accomplished in healthcare regionalization.

**DESCRIPTORS:** Single Health System, organization & administration. Regional Health Planning. State Health Plans. Decentralization. Local Health Systems.

---

## INTRODUÇÃO

A estrutura federativa brasileira tem como principal particularidade a existência de três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. Essa situação é consagrada pela Constituição Federal de 1988, que alça definitivamente os municípios à condição de entes federados.

A organização institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) reproduz essa disposição tríplice e legitima a autonomia dos três níveis de governo na gestão de ações e serviços de saúde em seus territórios ao constituir o sistema nacional de saúde. Compõe, assim, o arcabouço do federalismo sanitário brasileiro.

A regionalização é uma diretriz do SUS que procede da necessidade basilar de integrar seus componentes para garantir a efetivação do direito à saúde no País. Pela natureza federativa do sistema, isso só pode ser realizado mediante arranjos institucionais estabelecidos entre entes federados. Portanto, para que se consolide a regionalização de ações e serviços de saúde no Brasil, devem ser considerados os condicionantes derivados do modelo de federalismo e do desenvolvimento das relações intergovernamentais, observando a inserção de figuras regionais como instâncias administrativas não coincidentes com os entes federados.

O presente trabalho objetiva examinar as implicações da estrutura federativa brasileira no processo de regionalização do SUS, concentrando-se na dinâmica política atual do federalismo sanitário brasileiro. Para isso, analisa o papel das instâncias de gestão regional e dos colegiados de participação intergovernamental no estabelecimento de mecanismos de cooperação e

coordenação federativa necessários para efetivar essa diretriz organizativa do sistema.

## COORDENAÇÃO FEDERATIVA NO FEDERALISMO COOPERATIVO

O federalismo é uma forma de organização do Estado contemporâneo que nasceu do equilíbrio dialético entre a centralização e a descentralização do poder político. O sistema federal compatibiliza a coexistência de unidades políticas autônomas que em conjunto consubstanciam um Estado soberano, representado pela União estabelecida na Constituição Federal.<sup>10</sup>

O Estado federal é, pois, aquele que melhor corresponde à necessidade de manutenção da unidade na diversidade, sem concentrar o poder em um único núcleo, nem tampouco pulverizá-lo. De sua invenção na sociedade estadunidense do século XVIII à conformação assumida atualmente, o federalismo adquiriu diferentes contornos à medida que o princípio federativo foi empregado com adaptações particulares, conforme as circunstâncias históricas, sociais, econômicas e políticas em que os Estados federais foram constituídos.<sup>11</sup>

Na atual conjuntura histórica, em que os Estados 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 idéia de cooperação advém da identificação de que determinadas funções públicas não podem ser de competência exclusiva ou hegemônica de algum dos entes federados por implicarem interdependência e

interesses comuns. Esse modelo, atualmente predominante, é denominado federalismo cooperativo.<sup>6</sup>

Pela própria natureza do Estado federal, essa atuação conjunta dos entes federados nas políticas públicas deve preservar a liberdade de cada integrante e, ao mesmo tempo, possibilitar a adoção de ações coordenadas e socialmente efetivas. Por isso, a dinâmica política do federalismo está estreitamente vinculada ao estabelecimento de uma articulação harmônica entre a autonomia e a participação dos entes federados, como integrantes mutuamente dependentes e complementares.<sup>12</sup> Tal objetivo só pode ser alcançado mediante um sistema de coordenação federativa.<sup>16</sup>

Nesse contexto, a gestão de políticas públicas nas federações exige a construção de processos decisórios compartilhados para conduzir o planejamento e a execução das ações no âmbito socioeconômico em prol do bem-estar coletivo. Esses processos encontram-se geralmente entre dois tipos básicos de mecanismos, que representam o inerente dilema entre a descentralização e a centralização: as negociações diretas entre os governos locais e os incentivos promovidos pelas instâncias centrais.

As estruturas que promovem a negociação direta entre as autoridades locais privilegiam a autonomia dos entes federados e buscam construir arranjos de cooperação a partir da interação horizontal entre as instâncias subnacionais. Parte-se da premissa de que, em sistemas descentralizados, os governos locais teriam condições mais favoráveis de alcançar melhores resultados para seus cidadãos por meio da relação direta, por estarem mais bem informados de suas preferências – portanto, em melhor situação para decidir sobre a alocação dos recursos – e mais suscetíveis ao controle (*accountability*). Entretanto, a aplicação exclusiva desse modelo pressupõe que os governos locais possam negociar diretamente em circunstâncias teóricas de difícil ocorrência simultânea, que incluem a concordância de todos os entes envolvidos em relação à divisão dos benefícios produzidos, a simetria de informações e de condições de negociação, a representação perfeita dos interesses dos cidadãos e a ausência de custos de transação e de implementação dos acordos.

Os mecanismos que tencionam gerenciar as políticas públicas por meio de incentivos federais para as esferas subnacionais, por sua vez, assumem que a coordenação federativa necessita de certo grau de centralização decisória. A idéia principal é que a instância central deve dispor de recursos institucionais para induzir as

escolhas dos governos locais, considerando que a qualidade da ação desses governos depende dos incentivos e controles a que estão submetidos. Esses instrumentos seriam a melhor alternativa para a introdução de políticas públicas de abrangência nacional e possibilitariam maior estabilidade e comando sobre a execução das ações. Contudo, a administração pura desse modelo distancia o cidadão beneficiado da instância decisória e presume que o agente central esteja sempre bem informado e socialmente interessado para propiciar os melhores resultados a todas as jurisdições de menor abrangência.<sup>9</sup>

## FEDERALISMO SANITÁRIO BRASILEIRO

A Federação brasileira surgiu da desagregação do Governo Imperial, concomitantemente à instauração da República, e seguiu um caminho inverso ao da maior parte dos Estados federais até então constituídos. No decurso de seu desenvolvimento, o federalismo brasileiro experimentou ciclos de centralização e descentralização relativamente bem definidos. Antes da Nova República, os períodos de centralização (1930–1945 e 1964–1985) associaram-se a governos de vocação autoritária e os de descentralização (1889–1930 e 1946–1964) foram, em geral, caracterizados pela hegemonia das oligarquias regionais na condução política da nação.<sup>1</sup>

A Constituição de 1988 instituiu o federalismo cooperativo no Brasil e trouxe a novidade do ingresso definitivo dos municípios, compondo, com os estados e a União, a estrutura federativa trina particular do País. Consolidou-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.<sup>5</sup>

O SUS foi criado nesse contexto, fruto do reconhecimento do direito à saúde no Brasil, como instituição de caráter federativo orientada pela descentralização político-administrativa. A normatização constitucional e a regulamentação disposta na Lei Orgânica da Saúde<sup>a,b,c</sup> delimitam a expressão da estrutura federativa nacional na área da saúde ao determinarem o dever de todos os entes federados de atuar para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com autonomia de cada esfera de governo para a gestão do sistema nos limites do seu território.<sup>8</sup> Estabelece-se, assim, uma forma de organização política que pode ser adequadamente designada federalismo sanitário brasileiro.

<sup>a</sup> A Lei Orgânica da Saúde é composta pelas Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

<sup>b</sup> Brasil. Lei n.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 Uniao*. 20 set 1990; Seção 1:018055.

<sup>c</sup> Brasil. Lei n.8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial Uniao*. 31 de dezembro de 1990; Seção 1:025694.

## MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE NA DÉCADA DAS NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS

A descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, nos termos do Art. 7º da Lei nº 8.080/90, foi concebida compreendendo a “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios”, associada à “regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde”. Todavia, a opção política do primeiro decênio da implantação do SUS seguiu o movimento que marcou a descentralização das políticas sociais no País na década de 1990,<sup>2</sup> de modo que a municipalização da saúde foi priorizada, enquanto a regionalização 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 do Ministério da Saúde: as Normas Operacionais Básicas (NOBs). Mediante a definição de critérios de habilitação e de incentivos operados pelo financiamento, as sucessivas NOBs conduziram os municípios à assunção progressiva da gestão de ações e serviços de saúde em seus territórios.

A primazia da dimensão municipalista da descentralização trouxe avanços para o SUS, sobretudo relacionados à responsabilização e à ampliação da capacidade de gestão em saúde dos municípios.<sup>7</sup> Além disso, o esforço necessário para seu cumprimento possibilitou a instituição de componentes importantes para o sistema, destacando-se a firmação dos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo, a progressiva modificação dos critérios de financiamento – passando do pagamento por produção para a transferência automática *per capita* – e a criação e consolidação dos colegiados intergovernamentais: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no nível federal e as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) no nível estadual.<sup>14</sup>

No entanto, a municipalização da saúde teve também alguns resultados colaterais que conformaram particularidades na dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. A descentralização foi implantada nesse período com base numa prática de relação direta entre as esferas federal e municipal, adotada desde o início do processo.<sup>11</sup> A fragilidade das relações estabelecidas entre estados e municípios dificultou as definições de responsabilidades e até mesmo do comando sobre os serviços de saúde quando se iniciaram as propostas para redefinição desse quadro. Apesar da tentativa de fortalecimento do papel dos estados na condução política do SUS, por meio da ampliação do funcionamento das CIBs e da instituição das Programações Pactuadas e Integradas de Assistência à Saúde (PPIs), a partir da NOB/96, isso não foi suficiente para a organização de redes assistenciais organizadas com base nos preceitos da regionalização. Um elemento complicador nesse

sentido foi o fato de as instâncias estaduais terem permanecido desprovidas de incentivos financeiros para assumirem essas funções.<sup>15</sup>

Dessa forma, a concentração política do processo de descentralização na esfera federal foi crucial para o alcance da municipalização, mas criou obstáculos para a conformação de mecanismos de coordenação federativa com incidência sobre as relações intermunicipais, função que deveria ter sido desempenhada pelos governos estaduais. Esses fatores foram determinantes para a inflexão da condução política do SUS na década seguinte, no sentido da regionalização.

## REGIONALIZAÇÃO DA NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE AO PACTO PELA SAÚDE

Depois de efetivada a descentralização na primeira década do SUS, tornou-se evidente que a estrutura municipalizada não era capaz de oferecer as condições para a plena realização dos objetivos do sistema nacional de saúde no ambiente de extrema heterogeneidade que caracteriza a Federação brasileira. Identificava-se a necessidade de racionalização do sistema para equacionar a fragmentação na provisão dos serviços e as disparidades de escala e capacidade produtiva existentes entre os municípios, sob o risco de perda de eficiência e, consequentemente, de piores resultados. O reconhecimento dessa situação<sup>13</sup> levou ao caminho da regionalização no início da década de 2000, com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).

Na NOAS, a regionalização foi enfatizada como estratégia necessária para que o processo de descentralização se aprofundasse *pari passu* à organização da rede de assistência, dando melhor funcionalidade ao sistema e permitindo o provimento integral de serviços à população. A esfera estadual passou a ordenar o processo de regionalização sanitária com o Plano Diretor de Regionalização, instrumento que traduziria o planejamento regional de acordo com as particularidades de cada estado (e do Distrito Federal), em consonância com os recursos disponíveis. Estes seriam alocados conforme a Programação Pactuada e Integrada, e com previsões de necessidades de novos recursos expressas no Plano Diretor de Investimento. A partir desse planejamento regional, pretendia-se garantir acesso aos serviços de saúde em qualquer nível de atenção a todos os cidadãos, fundamentando-se na configuração de sistemas funcionais e resolutivos, na organização de redes hierarquizadas de serviços e no estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais.

Na prática, a NOAS tentou reeditar o federalismo sanitário brasileiro, incutindo níveis regionais (módulos assistenciais, regiões, macrorregiões) entre estados e municípios, mas operando sobre a organização político-

administrativa instituída, em que a gestão dos sistemas já estava descentralizada para os municípios.

Por isso, embora se conjecturassem grandes potencialidades, a efetivação da orientação operativa engendrada pela NOAS enfrentou importantes obstáculos. A atribuição às secretarias estaduais de saúde das competências referentes ao planejamento regional sofreu resistências por parte dos municípios que, já tendo adquirido autonomia na gestão da saúde, identificaram uma perspectiva de (re)centralização. Além disso, a concentração política e financeira na esfera federal estabelecida durante a década de 1990 – que serviu para que a indução operada pelo Ministério da Saúde por meio das NOBs obtivesse sucesso na municipalização – criou constrangimentos para que se implantasse a regionalização como diretriz organizativa do sistema. Em decorrência da prévia relegação do papel da esfera estadual e da pouca prática de mecanismos de cooperação federativa, a proposta da NOAS não foi bem-sucedida, justamente por ter-se separado com a estrutura política instituída pela municipalização. Em vez de cooperação, desencadearam-se disputas entre governos estaduais e municipais pela administração de serviços,<sup>3</sup> e a ação indutora exercida pelo governo federal não foi suficiente para criar espaços de coordenação federativa nos níveis subnacionais.

Nessas circunstâncias, ganhou força a idéia, desenvolvida no Ministério da Saúde e na CIT, 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 acatada e, após sua aprovação na CIT e no Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi ratificada no instrumento normativo infralegal denominado Pacto pela Saúde 2006.

No Pacto 2006, a direção nacional do SUS reafirma a condição da regionalização 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 instituídos pela NOAS (Planos Diretores de Regionalização e de Investimento e a Programação Pactuada e Integrada), 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 da assistência, reduzindo as desigualdades existentes, de garantir a integralidade da atenção, de potencializar a capacidade de gestão das esferas estaduais e municipais e de racionalizar os gastos e o uso dos recursos, possibilitando ganho em

escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional. Pressupõe-se que todos os municípios estejam capacitados para ofertar ações e serviços da atenção básica e as ações básicas de vigilância em saúde. Todas as demais ações – que o Pacto 2006 denomina “complementares” – podem ser objeto de negociação entre os gestores municipais, a fim de proporcionar a integralidade de acesso a suas populações.

Desse modo, espera-se que as regiões de saúde sejam delimitadas a partir do entendimento entre os gestores estaduais e municipais, legitimado nas deliberações das CIBs (apenas para os casos em que os municípios estejam situados em fronteiras com outros países, o Pacto 2006 prevê a necessidade de deliberação na CIT, a fim de delimitar “regiões fronteiriças”). Não há ponto de corte predefinido para o nível assistencial a ser disponibilizado, de forma que as CIBs têm autonomia para definir as ações e os serviços oferecidos em cada região de saúde, recomendando-se, somente, a suficiência em atenção básica e parte da média complexidade.

Para operacionalizar o planejamento e a gestão nessas regiões de saúde, o Pacto 2006 instituiu a figura do Colegiado de Gestão Regional (CGR). Os CGRs foram concebidos para funcionar como instâncias deliberativas semelhantes às CIBs, diferenciando-se pela abrangência, restrita às regiões, e pela obrigatoriedade da participação de todos os gestores municipais envolvidos nas regiões. Identificando a existência prévia de colegiados regionais, até então não formalizados, funcionando por representação dos gestores municipais (nos mesmos moldes das CIBs), o Pacto de Gestão<sup>d</sup> define: “Nas CIB regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da Região de saúde, deve ser pactuado um cronograma de adequação, com o menor prazo possível, para a inclusão de todos os gestores nos respectivos colegiados de gestão regionais”.

A gestão e o processo decisório referentes às regiões de saúde devem, portanto, ser realizados conjuntamente pelas esferas estaduais e municipais no âmbito dos CGRs, exercidos, segundo o Ministério da Saúde, de forma “solidária e cooperativa” e “sendo as suas decisões sempre por consenso”. Essa caracterização é muitas vezes encontrada em publicações oficiais do Ministério da Saúde para designar o processo de planejamento regional.<sup>d</sup>

## ATUAL DINÂMICA POLÍTICA DA REGIONALIZAÇÃO

A proposta de regionalização do Pacto 2006 parte de uma conjuntura derivada do êxito do processo

<sup>d</sup> Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde – 2006-Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. Diário Oficial Uniao. 23 de fevereiro de 2006. Seção 1.

de descentralização/municipalização realizado na década de 1990 – e de seus efeitos não desejados relacionados à atomização do sistema – e pretende alcançar os resultados não obtidos pela NOAS a partir da modificação de alguns preceitos do modelo de gestão regional. A intenção geral dessa nova proposta é reduzir o protagonismo do Ministério da Saúde na relação direta com os municípios em prol de uma maior participação dos estados. A maior liberdade dada aos governos subnacionais para conduzirem os processos de regionalização revela a concretização de um rearranjo político ocorrido no nível nacional. A estratégia é flexibilizar a dimensão prescritiva, que vinha sendo priorizada na NOAS, para intensificar o exercício da negociação política, privilegiando os acordos constituídos no contexto estadual/regional. O desafio posto é, então, como conceber mecanismos de gestão regional que possam ser utilizados nas mais diversas regiões do País, considerando a atual concentração política e financeira na esfera federal e a necessidade de promover uma participação mais efetiva dos governos estaduais, com preservação da autonomia municipal na execução de ações e serviços de saúde.

No âmbito das regiões, os governos estaduais são responsáveis por coordenar o processo de planejamento do qual os municípios fazem parte como entes políticos autônomos. Por isso, a regionalização assume dupla perspectiva no contexto das relações interfederativas: descentralização para os estados e centralização (ou recentralização) para os municípios.

Antes do Pacto 2006, os modelos de relacionamento interfederativo funcionavam sobre o SUS fragmentado e pouco articulado que proveio da era da municipalização. A proposta da NOAS apostou na capacidade de indução pela esfera federal, definindo o formato das políticas e esperando pela adesão dos governos municipais e pela colaboração dos governos estaduais. A resposta não foi satisfatória, pois o ambiente político não foi favorável à implantação da regionalização “de cima para baixo”; além disso, faltaram incentivos consistentes para a participação dos estados. Por outro lado, a experiência dos consórcios intermunicipais, que vinha desde a década de 1980, mostrava que a associação voluntária e a livre interação entre os municípios não eram suficientes para garantir acesso universal e igualitário ao SUS no nível regional.<sup>e</sup>

Nesse sentido, a maior inovação trazida pelo Pacto 2006 foi a criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs), instâncias que institucionalizam o relacionamento horizontal entre os governos municipais e

o emprego dos processos decisórios compartilhados para a definição das políticas de saúde de abrangência regional. Diante dos objetivos formalizados pelo Pacto 2006 e da necessidade de operacionalizar o federalismo cooperativo, esses colegiados são instrumentos políticos indispensáveis para ultrapassar os constrangimentos intrínsecos ao federalismo sanitário brasileiro, representando uma proposta de equilíbrio entre os dois mecanismos básicos de cooperação e coordenação federativa: negociações diretas entre os governos locais (relação horizontal) e indução pelo ente central (relação vertical).

Por serem desencadeados a partir do planejamento conduzido pelos estados e incorporarem a compulsão da relação regional (todos os municípios são obrigados a participar), os CGRs aproximam-se dos mecanismos de indução empregados na NOAS, o que privilegia a dimensão da coordenação federativa. O fato de que toda atividade da esfera estadual relacionada à regionalização deve necessariamente ser pactuada nas CIBs limita possíveis excessos do poder desse nível, pelo próprio desenho institucional dessas instâncias.

Na dimensão de cooperação, a maior autonomia para deliberação sobre as políticas de interesse regional dada aos municípios aproxima os CGRs de um modelo de administração pública consensual semelhante aos consórcios públicos – com a essencial diferença de terem caráter compulsório. Opta-se, assim, pela construção de mecanismos de cogestão a partir da interação horizontal entre as instâncias municipais, porém mantendo a interação vertical, pela presença permanente da representação estadual (modelo de cogestão atualmente determinado pelo Ministério da Saúde<sup>f</sup>).

Em razão da sua condição descentralizadora, a escolha do modelo de negociações diretas entre os governos locais tem inegáveis benefícios no que tange à participação e à consequente aproximação dos cidadãos dos processos decisórios, mas traz alguns riscos que precisam ser observados.

Em primeiro lugar, deve-se admitir que não há condições no federalismo brasileiro para que a livre negociação entre gestores municipais seja suficiente para conduzir as definições das políticas de saúde nas regiões observando os princípios do SUS, notadamente a universalidade e a igualdade. A enorme assimetria de informações e de poder político existente entre os municípios brasileiros inviabiliza a aplicação exclusiva desse modelo, sob pena de agravar as desigualdades intra e inter-regionais e de criar barreiras de acesso ao sistema.

<sup>e</sup> Machado JA. Políticas públicas descentralizadas e problemas de coordenação: o caso do Sistema Único de Saúde [tese de doutorado]. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.

<sup>f</sup> Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento. Brasília, DF; 2009. (Série B. Textos Básicos em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, 10).

Por conseguinte, a descentralização da gestão regional para os CGRs demanda a redefinição do papel das CIBs, que passam a ser o espaço privilegiado para o exercício da atividade de coordenação necessária ao adequado funcionamento das regiões de saúde. Isso porque a descentralização do processo decisório para essas instâncias de cogestão regional não prescinde da atividade de coordenação, que necessita de relativa centralização. Os próprios acordos políticos, na prática, têm levado a esse padrão de arranjo intergovernamental.

Outro ponto importante a ser considerado diz respeito à pressuposição de que as deliberações dos CGRs ocorram sempre por consenso. O consensualismo é um tema tradicionalmente associado ao federalismo e vem ganhando espaço no perfil contemporâneo da administração pública. No entanto, vale notar que o emprego do conceito de consenso muitas vezes é feito, de maneira imprópria, como sinonímia de unanimidade.

No intuito de conferir maior consistência conceitual ao termo, Barroso<sup>4</sup> (1994) explana que se pode dizer que há consenso quando uma proporção significativa de membros de determinada sociedade está de acordo em relação a decisões sobre valores que poderiam criar conflitos e tem sentimentos de afinidade uns com os outros e com a sociedade à qual pertencem. Assim, o consenso é atingido quando se chega a um acordo por razões outras que não o temor da coerção. Isso quer dizer que, para haver consenso, o desacordo deve ser considerado uma possibilidade tão natural quanto o acordo – e isso o diferencia essencialmente da unanimidade. O autor argumenta que nas teorias da ciência política contemporânea o consenso está diretamente relacionado com os ideais democráticos e que, por isso, não é contrário ao dissenso, e sim ao princípio da obediência pura e simples. E conclui que a institucionalização de oportunidades para divergência é condição indispensável contra os “efeitos perversos” das teorias consensuais, pois a aceitação das diferenças é princípio básico da atitude federalista.

A partir desses preceitos, convém fazer algumas reflexões acerca da consensualidade nos processos decisórios compartilhados a serem desenvolvidos nos CGRs. Diante do caráter extremamente assimétrico que, como é notório, caracteriza os entes federados no Brasil, de que maneira podem ser construídos esses consensos?

É importante reconhecer que os municípios que possuem maior poder político nas relações regionais são, em regra, aqueles mais populosos e/ou mais inseridos economicamente, que são os detentores de maior capacidade instalada na rede assistencial. Nessas condições, os consensos dos CGRs podem se transformar numa forma velada (ou não) de concentração da autoridade nos maiores municípios, uma vez que os demais não terão

recursos nem força política para divergir. Essa situação manifestamente subverte a própria concepção desses colegiados, pois, ante os diversos interesses em jogo na arena política, não se pode assumir que os municípios que exercem a função de pólos regionais estejam sempre socialmente interessados em oferecer as mesmas condições de acesso de seus munícipes a todos os habitantes das suas regiões.

Isso reforça as necessidades de coordenação do processo de regionalização por instância central – que, no caso, é representada pela CIB – e de formalização de espaços de dissenso, tanto nos CGRs como nas próprias CIBs, para que os consensos possam verdadeiramente ser construídos nesses colegiados. Os conflitos federativos horizontais e verticais têm que primeiramente aflorar para que possam ser atenuados e até mesmo absorvidos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A regionalização de ações e serviços de saúde no SUS está essencialmente vinculada à organização federativa brasileira e às suas expressões no âmbito sanitário. Conseqüentemente, a dinâmica política desse processo requer a busca do equilíbrio entre centralização e descentralização, que exprime a essência mesma do federalismo.

Nesse sentido, o Pacto pela Saúde 2006 traz a possibilidade de importantes alterações na dimensão política do planejamento regional do SUS a partir de um novo modelo de funcionamento das relações intergovernamentais no campo da saúde. Embora os instrumentos de indução pela esfera federal tenham sido mantidos, a atual orientação normativa oferece condições para que o processo tenda para uma descentralização da coordenação para o nível estadual, legitimada nas CIBs, de maneira mais determinante do que foi obtido pela NOAS. Ademais, a concepção institucional indica a plausibilidade do deslocamento da gestão regional para os CGRs, consolidando os processos decisórios compartilhados como mecanismos de expressão da cooperação interfederativa no âmbito das regiões.

Essa atual proposta de regionalização da assistência à saúde é resultado 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. A identificação das tensões e potencialidades desse modelo deve contribuir para a superação da dicotomia entre centralização e descentralização, que é fundamental para a construção de mecanismos de cooperação e coordenação federativa necessários para efetivar essa diretriz que, em última instância, visa à garantia do direito à saúde no nosso País.

## REFERÊNCIAS

1. Abrucio FL. Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: Hucitec / Departamento de Ciência Política da USP; 1998.
2. Arretche M. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. *Dados*. 2002;45(3):431-58.
3. Barata LRB, Tanaka OY, Mendes JDV. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saude*. 2004;13(1):15-24.
4. Barroso JMD. Consensus. In: Rougemont D, Saint-Ouen F. *Dictionnaire international du fédéralisme*. Bruxelles: Bruylant; 1994. p.44-5.
5. Bercovici G. Dilemas do estado federal brasileiro. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2004. (Estado e Constituição, 3).
6. Bonavides P. Teoria do Estado. 6· ed. rev. ampl. São Paulo: Malheiros; 2007.
7. Costa NR. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: Negri B, Di Giovanni G. Brasil: radiografia da saúde. Campinas: Unicamp; 2001. p.307-21.
8. Dallari SG. Os estados brasileiros e o direito à saúde. São Paulo: Hucitec; 1995.
9. Inman RP, Rubinfeld DL. Federalism. In: Bouckaert B, De Geest G. *Encyclopedia of law and economics*.
- Cheltenham: Edward Elgar; 2000. v.5, p.661-91.
10. Jellinek G. *Teoría general del estado*. Buenos Aires: Albatros; 1970.
11. Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Cienc Saude Coletiva*. 2001;6(2):269-91. DOI:10.1590/S1413-81232001000200002
12. Scelle G. *Manuel de droit international public*. Paris: Domat-Montchrestien; 1948.
13. Souza RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2001;6(2):451-5. DOI:10.1590/S1413-81232001000200014
14. Viana ALA, Heimann LS, Lima LD, Oliveira RG, Rodrigues SH. Descentralização no SUS: efeitos da NOB-SUS 01/96. In: Negri B, Viana ALA. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime; 2002. p.471-88.
15. Viana ALA, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Cienc Saude Coletiva*. 2002;7(3):493-507. DOI:10.1590/S1413-81232001000200014
16. Wheare KC. *Federal government*. 2.ed. New York: Oxford University Press; 1951. (Oxford Paperbacks).

Artigo baseado na dissertação de mestrado de Dourado DA, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 2010.

Os autores declararam não haver conflitos de interesses.