

## RESPONSABILIDADES FEDERATIVAS E A ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA NO SUS

Lenir Santos

A saúde pública brasileira sempre teve um calcanhar de Aquiles na sua organização e funcionamento. Esse calcanhar de Aquiles é a definição das responsabilidades federativas no cumprimento do dever com a saúde.

O que cabe a cada ente da Federação realizar no âmbito de sua competência para cuidar da saúde? A Constituição determina a todos os entes federativos o dever de cuidar da saúde pública. As competências comuns, o Judiciário as tem como solidária, ou seja, todos ficam compromissados na efetivação do direito.

Esse tem sido um dos desacertos da saúde em seu aspecto organizativo. Quem faz o que num mundo imenso de ações e serviços, interdependentes, onerosos e que exigem complexidade tecnológica, estrutura, escala. Como organizar as competências num sistema composto por 5570 municípios, 27 Estados e a União?

Quais serviços deve o ente federativo garantir à população? Há serviços que somente podem ser realizados se houver escala, com uma organização de complexa estrutura tecnológica, onerosa, com profissionais especializados. Isso não pode ocorrer em cada município ante as desigualdades socioeconômicas e demográficas e a ausência de escala.

O que a Lei 8080 definiu em seus art. 15 a 18 quanto à repartição de competência, deve ser tida como balizas, como as redes e serviços de alta complexidade que devem estar a cargo do Estado. Mas essa repartição não é exaustiva nem suficiente porque sempre haverá municípios de grande desigualdade socioeconômico e demográfica.

O importante é atentar para dois aspectos: a Constituição em seu art. 30, VII, dispõe que o município cuida da saúde com o apoio técnico e financeiro da União e dos Estados. O outro, a competência supletiva da União e do Estado. Quando o município não realizar determinadas ações e serviços (por incompatibilidade da ação ou serviço com o seu porte econômico e demográfico) nasce para o Estado a obrigação de complementar os serviços, executando-os.

Além do mais, a integralidade da assistência à saúde é um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços que devem se realizar no âmbito do sistema e não em cada ente *per se* (art. 7, II da lei 8080). Quando falamos em sistema não podemos nos esquecer de que o SUS se organiza de modo regionalizado e em patamares de complexidade de serviços. Regionalização e rede de serviços são recortes do território estadual quando se juntam municípios limítrofes e com determinadas características, criando novo espaço de gestão do SUS que é a região de saúde.

Aqui importa haver definição das responsabilidades federativas na região de saúde. A articulação interfederativa dá origem à definição das responsabilidades federativas e devem ser mantidas garantindo gestão articulada e sistêmica das ações e serviços de saúde na região de saúde.

É imperiosa a necessidade de haver região de saúde capaz de atender as demandas de saúde em no mínimo 90% e haver um ajuste jurídico, interfederativo, capaz de garantir segurança à avença e definir os demais aspectos da gestão compartilhada na região de saúde. O contrato organizativo de ação pública da saúde (COAP)<sup>1</sup> surgiu no mundo teórico ante essa necessidade demonstrada no mundo fático da saúde.

O SUS é essencialmente interfederativo e requer definição expressa das responsabilidades federativas na região de saúde em contrato para que haja lastro nos acordos firmados. O contrato é uma forma de os entes federativos, na região de saúde, se autorregularem no tocante as suas responsabilidades para com a saúde.

A solidariedade invocada pelo Poder Judiciário no tocante às responsabilidades na saúde nos parece muito mais uma solidariedade *preguiçosa* por não querer entender as especificidades constitucionais e legais da saúde. O direito à saúde não pode ser entendido de maneira isolada do SUS. Há que se fazer uma leitura sistêmica constitucional e legal para se compreender o SUS.

---

<sup>1</sup> Quando pensei na criação do COAP, em 2007, por ocasião da consultoria que prestava à Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, foi no sentido de garantir aos entes federativos segurança na definição das suas responsabilidades nos seus acordos sanitários interfederativos. Ao levar o COAP para a minuta do decreto em 2010 (decreto 7.508, 2011), em consultoria para o Ministério da Saúde, que regulamentava a lei 8080 quanto a aspectos fundamentais da organização e funcionamento do SUS, a intenção foi a mesma no sentido de dar mais segurança às relações interfederativas. Por isso na lei estadual de Sergipe denominei a rede de atenção à saúde de rede interfederativa por ser exatamente uma rede de serviços dos entes federativos unidos em torno de uma região de saúde. Para conhecer mais, ver artigo Rede Interfederativa de Saúde (Revista xxx) e a obra SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. Saberes editora, 2007.