

Redes de Atenção à Saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental entre a Organização Necessária e a Organização Atual

Health Care Networks of Brazilian Unified Health System: 25 years of a fundamental contradiction between the Required Organization and the Current Organization

Ronaldo Marques Gomes¹

RESUMO Este texto examina o que se entende ser a principal contradição das Redes de Atenção à Saúde do SUS: a contradição entre sua Organização Necessária, integral e integrada em todo o território nacional, e a essência federativa e municipalista de sua Organização Atual, estruturalmente fragmentada e desintegrada. Indica porque as redes do SUS devem ser planejadas e construídas como uma organização, integral e integrada em todo o território nacional. Descreve a Estrutura Societária, a Organização Necessária e a Organização Atual dessas redes, e o porquê da contradição apontada. Delineia alguns dos graves prejuízos para essas redes decorrentes desta contradição e sugere, para o debate, uma alternativa a esta realidade.

PALAVRAS-CHAVE Políticas públicas de saúde; Sistema Único de Saúde; Assistência à saúde; Organização e administração.

ABSTRACT *This paper examines what is considered to be the principal contradiction of Health Care Networks of Brazilian Unified Health System: the contradiction between its Required Organization integral and integrated throughout the national territory, and the federative and municipal essence of its Current Organization, structurally fragmented and disintegrated. It indicates why these Networks must be designed and built as an organization, integral and integrated throughout the national territory. It describes the Structure of Institutional Partners, the Required Organization and the Current Organization of these networks, and why the referred contradiction. It outlines some of the serious damage to these networks arising from this contradiction and suggests, to the debate, an alternative to this reality.*

¹ Mestre em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Especialista em Gestão de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. ronaldomgomes@hotmail.com

KEYWORDS *Health public policy; Unified Health System; Delivery of health Care; Organization and administration.*

Introdução

Aqui se busca, sem negar os sucessos do Sistema Único de Saúde (SUS), delinear o que parece ser a principal contradição estrutural que se encontra na origem da contínua fragilização do mais importante instrumento da política pública de saúde: as Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS.

Sua grave situação atual, que confirma preocupações já antigas com seu destino, exige que sejam propostas alternativas para o futuro do SUS e de suas redes que permitam recuperar a formulação original desta política pública de saúde, mesmo que a implementação dessas alternativas equivalha a enfrentarmos uma nova Reforma Sanitária.

Nesse sentido, há vários anos muitos autores alertam sobre a fragilidade do SUS, sobre as dúvidas quanto ao seu destino e a necessidade de que sejam enfrentados e superados os principais obstáculos para seu pleno desenvolvimento:

[...] o dever do SUS nem sempre aponta para seu fortalecimento; há evidências da existência de impasses na sua implantação [...]. Mais grave do que tudo isso, contudo, é a impressão de que há um desencantamento com o SUS [...] a baixa capacidade de gestão, a politicagem, tudo depõe contra o SUS, independente do potencial sanitário contido em suas promessas [...]. As forças interessadas no avanço do SUS estão, pois, obrigadas a enfrentar estes obstáculos políticos, de gestão e de reorganização do modelo de atenção [...]. (CAMPOS 2007, P. 302).

Outro ponto essencial na reforma da reforma é a revisão do modelo de gestão ainda empregado no SUS [...] é importante complementar-se a Lei Orgânica da Saúde, criando novas modalidades de organização para os serviços próprios do Estado e nova forma de relação entre entes federados e prestadores privados ou filantrópicos. Acumulam-se evidências sobre a inadequação do modelo atualmente vigente na administração

direta para a gestão de hospitais e serviços especializados [...]. (CAMPOS 2007, P. 305).

[...] Enfrentar o desafio de construir uma 'nova institucionalidade' para o SUS significa, portanto, debruçar-se sobre os problemas e desafios que emanam da atual configuração macro-organizacional do sistema e do processo de gestão nos vários níveis do sistema, de modo a subsidiar a identificação de propostas alternativas que contribuam para o fortalecimento e a consolidação de práticas coerentes com os princípios e valores da Reforma Sanitária [...]. (PAIM; TEIXEIRA 2007, P. 1821).

[...] Hoje, a concretização da saúde como direito de cidadania exige o enfrentamento das distorções estruturais do sistema de saúde brasileiro [...] É nessa perspectiva que se recoloca o debate sobre o papel do Estado na saúde na federação brasileira [...]. (VIANA; MACHADO 2009, P. 816).

Este texto se alinha com os que defendem a funcionalidade originalmente proposta para as RAS do SUS — oferecer uma atenção à saúde efetivamente universal, equânime, integral, integrada, tempestiva e de qualidade, em todo o território nacional —, seu caráter público e a importância do papel do Estado em sua construção e operação, tal como preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária e definidos na Constituição Federal de 1988 (CF/88), na Lei 8.080 de 1990 e em toda a sua normatização posterior.

Em defesa da abordagem e da proposição aqui oferecidas, é importante lembrar que o melhor regulador do setor privado de saúde pode ser, ou não, o setor público de saúde. Isso significa que um SUS sem qualidade, eficiência e eficácia, um SUS 'para os pobres', do qual fogem as classes média e média-alta, faz com que o setor privado de saúde ganhe, política e economicamente, um imenso incentivo para seu desenvolvimento. Ao contrário, um SUS efetivamente universal, com qualidade,

eficiência e eficácia, um SUS ‘para todos’, pelo qual se sintam atraídas as classes média e média-alta, fará com que, por seu efeito-demonstração, e pela migração daquelas classes para o SUS, este se torne naturalmente um forte competidor do setor privado no mercado de saúde.

Nessa perspectiva, os diferentes aspectos abordados no presente texto parecem evidenciar que, em defesa desses ideais, é necessário que se avalie em profundidade a contradição e a alternativa aqui apontadas.

A contradição principal das Redes de Atenção à Saúde do SUS

Inicialmente, cabe registrar que, neste texto, a expressão Redes de Atenção à Saúde (RAS) refere-se àquelas redes típicas dos Sistemas Nacionais de Saúde públicos, universais e equânimes, como pretende ser o SUS, conforme Dawson (1964), France (2002A; 2002B); Banting e Corbett (2003); OMS (2003); Lega (2007); OPAS (2010); Kuschnir e Chorny (2010); Kuschnir, Chorny e Lira (2010); Brasil (2010) e Mendes (2011), entre outros. O paradigma histórico do tipo de sistema de saúde aqui referido é o National Health System (NHS) inglês, também inspirador do SUS (COSTA; BAHIA; SHEFFER, 2013).

O desenho dessas RAS, que resulta da análise integrada dos textos mencionados,

permite sugerir que tais redes devem ser entendidas como uma organização, integral e integrada em todo o território nacional, e que existem quatro ‘ambientes’ principais que, em um alto nível de abstração, compõem o quadro sociopolítico no qual se desenvolvem essas redes, ambientes esses a partir de cujas dinâmicas e relacionamentos se pode avaliar o projeto, a implantação e a evolução dessas¹. São eles:

- (I) Estrutura Societária;
- (II) Organização Necessária;
- (III) Processos de Modelagem, Normatização e Implantação;
- (IV) Organização Atual.

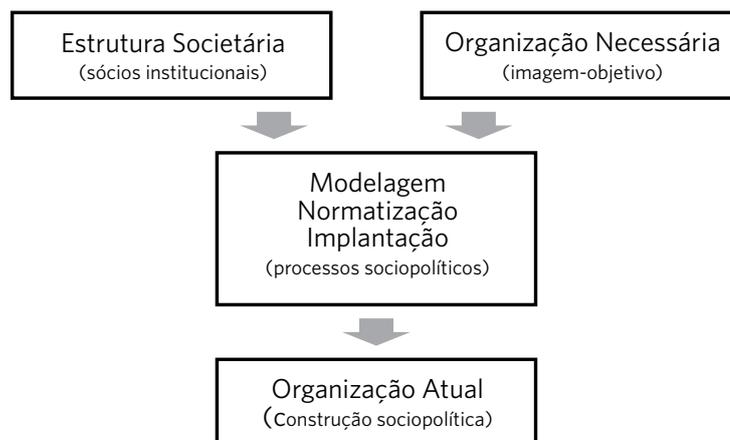
Uma vez que o Sistema Único de Saúde (SUS) por definição é um sistema nacional de saúde público, universal e equânime, esta mesma abordagem é também válida para sua Rede Nacional de Atenção à Saúde, ou, para usar a terminologia dominante, suas Redes de Atenção à Saúde.

A *figura 1* esboça as relações entre esses quatro ambientes do contexto dessas RAS.

Quanto à Estrutura Societária das redes

¹O termo ‘ambiente’ aqui utilizado tem o objetivo exclusivo de designar e distinguir minimamente, em um alto nível de abstração, os diferentes e principais conjuntos de atores, assuntos, atividades, métodos e recursos, em cuja confluência se movem as redes em tela. Esses ambientes podem ser exclusivamente conceituais, como aquele denominado ‘Organização Necessária’ (uma imagem-objetivo), ou concretos em sua realidade específica, como os outros três. Os atores que atuam em um ambiente podem também atuar em outros.

Figura 1. Ambientes do contexto de implantação das Redes do SUS



Fonte: Elaboração própria

do SUS, nos termos da Constituição Federal de 1988 (artigos 196 e 198, *Caput* e I), podemos afirmar que a União, juntamente com o Distrito Federal e todos os estados e municípios são sócios solidários igualmente responsáveis em todo o território nacional e em todos os níveis pela Rede Nacional de Atenção à Saúde do SUS, por suas sub-redes e pelos serviços de atenção à saúde oferecidos. Nesse sentido, são igualmente, solidariamente e integralmente responsáveis, em todo o território nacional e em todos os níveis, pelos processos de modelagem, normatização, implantação, integralização e integração dessas redes e serviços. Ou seja, são igualmente, solidariamente e integralmente responsáveis por sua Organização Atual, em todo o território nacional e em todos os níveis. Nessa perspectiva, a União, estados, Distrito Federal e municípios compõem um colégio de gestores federativos das redes do SUS. A sociedade atua sobre este colégio por meio das Conferências e Conselhos de Saúde, conforme a Lei 8.142 de 28.12.1990 (BRASIL, 1990). Entretanto, vale registrar que a atuação dos conselhos de saúde, por várias razões, é sabidamente pouco eficaz, e, além disso, o setor privado da saúde tem inúmeros meios de interferir sobre os destinos do SUS e a formatação de suas redes (COSTA; BAHIA; SHEFFER, 2013).

A Organização Necessária dessas redes é aquela requerida para que se viabilize uma atenção à saúde que seja pública, universal, equânime, integral e de qualidade em todo o território nacional. Essa Organização Necessária é uma imagem-objetivo a ser perseguida na implantação das RAS.

Como imagem-objetivo, essa Organização Necessária não é um conjunto estático. Ao contrário, sua especificação, em cada país, evolui com o passar do tempo devido à própria evolução dos diferentes aspectos técnicos, sociais, econômicos e políticos que definem os contornos e o conteúdo das ciências biomédicas, da saúde coletiva, da política pública de saúde e as demandas da

sociedade sobre esta.

Ainda com base nos autores mencionados, é possível dizer, de modo bastante sintético e em um alto nível de abstração, que a Organização Necessária das RAS deve englobar os seguintes ‘componentes’ e requisitos globais²: (I) Estrutura de Atenção à Saúde = Territórios e necessidades em saúde das populações + Modelos de Atenção à Saúde + Gestão da Clínica + Estrutura de Serviços de Saúde; (II) Estrutura de Organização = Distribuição das Unidades e Serviços de Saúde para os Territórios-Populações + Regiões de Saúde + Redes de Unidades e Serviços de Saúde + etc.; (III) Estrutura de Gestão (operacional, tática e estratégica); e (IV) Requisitos Globais = estrutura nacional integral e integrada de Unidades e Serviços de Saúde distribuídos por territórios de saúde e regiões + integralidade e integração de unidades operacionais, recursos (humanos, tecnológicos e financeiros), métodos e serviços, em todo o território nacional e em todos os níveis de densidade tecnológica + unidade, coesão e estabilidade organizacionais.

Esse é, muito resumidamente e em um alto nível de abstração, o conjunto de componentes típicos da Organização Necessária das RAS. Esses componentes, na perspectiva das RAS, possuem características específicas e detalhadas que, por sua densidade, não cabe abordar no presente texto.

A Organização Necessária das RAS é uma condição *sine qua non* de sistemas públicos nacionais que se pretendam universais e equânimes como o SUS e, por isso, é fundamental para que o SUS possa oferecer uma atenção à saúde efetivamente universal, equânime, integral, integrada, tempestiva e de qualidade, em todo o território nacional.

Por sua vez, a Organização Atual³ das RAS é uma construção sociopolítica que resulta, em cada ‘momento’ do tempo, dos processos sociopolíticos específicos de modelagem, normatização e implantação dessas redes em cada país. Assim, a Organização Atual expressa, em cada ‘momento’ do tempo, as

² O termo ‘componente’, relativo aos itens (I), (II) e (III), é aqui utilizado com o objetivo exclusivo de, num alto nível de abstração, designar e distinguir minimamente os diferentes e principais conjuntos de atores, assuntos, atividades, métodos e recursos, que integram a Organização Necessária das RAS.

³ A opção pelo termo ‘Atual’, ao invés de, por exemplo, ‘Real’, deveu-se ao fato de que ‘Atual’ traduz melhor a noção de sua reversibilidade, como construção sociopolítica que é esta organização.

características reais das RAS, e, por isso, depende das especificidades de cada sociedade e de seu Estado Nacional, como, entre outras: se o Estado é unitário ou federativo; se federativo, quantos níveis da federação possuem autonomia político-administrativa; relações entre as instâncias federativas; características da estrutura partidária e da legislação eleitoral; relações entre a sociedade civil e o Estado; importância e atuação do setor privado da saúde etc. Assim, em cada sociedade a Organização Atual das RAS é uma construção sociopolítica que, em síntese, resulta das tensões entre: (I) as permanentes tentativas de modelar, normatizar e implantar a Organização Necessária dessas redes; e (II) as características e dinâmicas específicas desses processos de modelagem, normatização e implantação, uma vez que estes são essencialmente de natureza sociopolítica. Assim, em função das características específicas de cada sociedade e de seu respectivo Estado Nacional, a organização das RAS irá se concretizar no que aqui se denomina como Organização Atual dessas redes, possuindo esta organização características mais, ou menos, convergentes com aquelas da Organização Necessária.

Essa é a dinâmica que historicamente se observa na implantação da Rede Nacional de Atenção à Saúde do SUS. Assim, a Organização Atual das redes do SUS é aquela que tem resultado de seu processo de implantação e que executa as funcionalidades reais dessas redes e de sua prestação de serviços de saúde, com os graves problemas de fragmentação, carências e desintegração que todos conhecemos.

A Organização Atual das redes do SUS foi adotada, a partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), como ‘consequência natural’ de sua Estrutura Societária federativa e municipalista, também definida naquela Constituição. Por essa razão, a Organização Atual das redes do SUS é também federalista e municipalista, e, em consequência, necessariamente múltipla, instável e

forçosamente fragmentadora e desintegradora, relativamente a todos aqueles componentes da Organização Necessária dessas redes e à exigência de seus requisitos de integralidade, integração, unidade, coesão e estabilidade organizacional.

Nessa perspectiva, podemos sugerir que a principal contradição das RAS do SUS está no permanente conflito entre a Organização Necessária dessas redes e a essência federativa e municipalista de sua Organização Atual, resultando nos graves problemas de carências, fragmentação, desintegração e instabilidade organizacional das redes do SUS e de sua prestação de serviços de saúde.

Esse conflito, historicamente, tornou impossível que a Organização Atual das redes do SUS pudesse convergir para a Organização Necessária dessas redes. Na verdade, a primeira cada vez mais diverge da segunda em todos os componentes e requisitos desta anteriormente mencionados.

Para que se perceba com clareza a contradição aqui apontada, e suas danosas consequências responsáveis pela fragilização contínua das redes do SUS, basta lembrarmos que, devido à essência federativa e municipalista de sua Organização Atual, as RAS do SUS são governadas, projetadas, construídas, providas de recursos, gerenciadas e operacionalizadas por milhares de entes federativos: 5.564 municípios, 26 estados, o DF e a União, todos com autonomia político-administrativa no interior da organização dessas redes.

Esse federalismo sanitário, em três níveis e nessas dimensões, é único no mundo (ARRETCHÉ, 1999; ABRÚCIO, 2003; MENDES, 2011).

Já são 25 anos de evidências desta contradição fundamental. Não se trata, aqui, de jogar pedras sobre o passado. A Estrutura Societária federativa e municipalista das RAS do SUS e sua Organização Atual resultaram de uma luta, de muitos anos, contra um Estado Nacional ditatorial, profundamente autoritário e centralizador, e uma saúde pública centralizadora, hierárquica e

excludente. A nova Estrutura Societária federativa e municipalista foi uma vitória, pois, juntamente com a institucionalização da participação social nos destinos do SUS, por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, viabilizou em larga escala, embora com as limitações que conhecemos, a atuação efetiva da sociedade e dos diferentes entes federativos na governança do SUS. E essas conquistas devem não apenas ser preservadas, mas aperfeiçoadas. Além disso, a Organização Atual das redes do SUS, federativa e municipalista, foi, por muito tempo, benéfica para a rápida expansão dessas redes e da atenção primária e secundária à saúde da população (mesmo que precárias em grande parte), e dos programas verticais do Ministério da Saúde, com os êxitos conhecidos.

Do mesmo modo, não se pretende aqui negar os esforços e benefícios eventuais dos processos de regionalização das redes do SUS, mas tem-se por objetivo, sim, ressaltar que os graves problemas de carências, fragmentação e desintegração que essas redes enfrentam nunca serão extintos caso não se supere, definitivamente, a essência federativa e municipalista de sua Organização Atual. Isso continua sendo verdade também na etapa atual da regionalização dessas redes, iniciada com a edição da Lei 12.401, de 28.04.2011, e do Decreto 7.508 de 28.06.2011⁴.

Apesar dos esforços e reforços da regionalização, permanece a contradição aqui apontada entre a Organização Necessária das redes do SUS e a essência federativa e municipalista de sua Organização Atual, com as graves consequências percebidas no dia a dia dessas redes e de sua prestação de serviços de saúde. Isso ocorre porque a autonomia político-administrativa da União, estados e municípios, bem como suas profundas diferenças de interesses, recursos e capacidades, continuam a ter papel determinante na construção, provisão de recursos e manutenção das RAS e do SUS, pois, devido ao caráter federativo e municipalista da Organização Atual dessas redes, essa

autonomia continua internalizada neste modo de organização, apesar dos reforços e esforços da regionalização.

Trata-se, então, de reconhecer e superar a razão principal dos graves problemas de carências, fragmentação, desintegração e instabilidade organizacional das redes do SUS, que é o conflito entre a Organização Necessária dessas redes e a essência federativa e municipalista de sua Organização Atual.

Ou seja, como se percebe na proposição oferecida para o debate mais à frente, trata-se de enfrentar a necessidade de manter a Estrutura Societária federativa e municipalista das RAS do SUS e, em um aparente paradoxo, superar a Organização Atual dessas redes e sua essência federativa e municipalista.

Devido à essência federativa e municipalista de sua Organização Atual, única no mundo, das eleições que se sucedem a cada dois anos e do fisiologismo, clientelismo, personalismo, patrimonialismo e outros 'ismos' que caracterizam nossa prática política e eleitoral, a política pública de saúde e as RAS do SUS estão subsumidas a essa prática e, por isso, são fortemente impactadas, a cada dois anos, em todos os entes dos três níveis da federação, com graves consequências para seu desempenho e a prestação dos serviços de saúde, como destacaram Paim e Teixeira (2007, p. 1820):

[...] A falta de profissionalização de gestores, a descontinuidade administrativa, o clientelismo político e a interferência político-partidária no funcionamento dos serviços comprometem a reputação do SUS perante os cidadãos e a expectativa dos servidores públicos enquanto trabalhadores e partícipes de um projeto civilizatório do escopo da Reforma Sanitária Brasileira [...].

Por isso, em consequência de sua Organização Atual, 25 anos após sua criação na CF/88 as RAS do SUS são ainda

⁴Sobre esta nova etapa da regionalização ver Brasil (2010; 2011A; 2011B; 2011C; 2011D; 2012A; 2012B; 2012C; E 2012D).

organizações em lento, instável, complexo e frágil processo de construção.

Uma forte evidência disso pode ser percebida, por contraste, na publicação pelo Ministério da Saúde em 30.12.2010, 22 anos após a criação do SUS, da Portaria GM nº 4.279, que “Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2010).

Vinte e dois anos após a criação do SUS essa Portaria estabelece que:

O presente documento trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

Além disso, diz a Portaria:

Esse documento estabelece os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS, entendendo que o seu aprofundamento constituirá uma série de temas técnicos e organizacionais a serem desenvolvidos, em função da agenda de prioridades e da sua modelagem.

Ou seja, a leitura desavisada do texto dessa norma levaria a pensar que ela havia sido publicada não em 30.12.2010, e sim em algum dia do ano 1989, de modo a reger a construção das redes do SUS criadas um ano antes, na CF/88. Esta percepção mais ainda se aplicaria se considerarmos a segunda parte do trecho citado, que promete “uma série de temas técnicos e organizacionais a serem desenvolvidos, em função da agenda de prioridades e da sua modelagem” (mais 25 anos?!).

Por força da essência federativa e municipalista de sua Organização Atual, as RAS

do SUS se transformaram em um complexo quebra-cabeças, não apenas devido às consequências negativas das eleições e da política partidária, mas também devido às milhares de iniciativas autônomas da União, estados e municípios para a implementação de alternativas, as mais diversas, de substituição da administração direta do Estado na provisão de recursos humanos e na gestão dos recursos, equipamentos e instalações das redes do SUS (COSTA; BAHIA; SHEFFER, 2013). Essas iniciativas se valem de empresas e fundações públicas e privadas, Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips), cooperativas etc (PARANÁ, 2013).

A mais recente e notória dessas iniciativas autônomas é o Programa Mais Médicos, que, independentemente de seus resultados e das intenções do governo federal, passou por cima de estados, municípios e dos processos de regionalização e provisão adequada das redes do SUS (BRASIL, 2013).

Mais precisamente, ao longo de seus 25 anos as RAS do SUS tornaram-se uma organização ‘teratológica’, porque composta por milhares de partes que, na essência, obedecem cada uma a um ‘cérebro’ diferente. Esta ‘conta’ inclui, além dos milhares de seus gestores federativos, os milhares de gestores ‘técnicos’ de suas unidades operacionais próprias, conveniadas e contratadas.

Por essas razões, devido à sua Organização Atual, as redes do SUS são instáveis, incompletas, desintegradas e congenitamente frágeis, sujeitas a todo o tipo de carências e ataques, e, por isso, se constituíram em um sistema de saúde pobre para os pobres, pois os que podem tentam se livrar do SUS com planos e seguros de saúde privados, inclusive os servidores públicos por meio de suas entidades representativas:

As proposições de inclusão nos acordos com as entidades de representação de servidores públicos de cobertura de planos e seguros privados confirmam o afastamento da própria

burocracia pública da trincheira da luta pela universalização do direito à saúde e a aproximação das entidades de representação de trabalhadores e servidores públicos ao empresariamento privado [...]. (BAHIA, 2009, P. 759).

Até os segmentos mais desfavorecidos das camadas trabalhadoras tentam se livrar do SUS, neste caso com planos de saúde ‘caça-níqueis’ (BAHIA; PORTELA; SHEFFER, 2013).

Hoje, a fuga para os planos e seguros privados de saúde inclui todos os acadêmicos que analisam e debatem o SUS e suas redes, todos os gestores dessas redes em todos os níveis e todos os seus funcionários, bem como o conjunto dos gestores e funcionários públicos em todos os níveis da federação. Além desses, temos também os funcionários de grandes e médias empresas, estatais e privadas, beneficiados com planos de saúde empresariais.

Ou seja, os formadores de opinião, os que têm maior acesso aos meios de comunicação e debate, e os decisores, em todas as instâncias federativas e poderes da República, ‘não necessitam’ do SUS, não apenas no sentido de que não o têm como sua primeira opção de plano de saúde, mas também, e muito mais simbólico, no sentido de que dele, como usuários em potencial, querem se livrar a todo custo.

Tudo isso resulta em uma profunda e crescente fragilidade política do SUS e de suas RAS, o que, por sua vez, realimenta todo seu processo de esvaziamento.

Não por acaso, convivemos, na provisão de serviços do SUS, com uma crescente participação do setor privado, lucrativo ou não, e com o avanço dos planos e seguros privados de saúde no mercado nacional, o que reforça a fragilidade congênita do sistema.

Já são 25 anos de evidências e consequências da contradição fundamental aqui apontada, entre a essência federativa e municipalista da Organização Atual das redes do SUS e os requisitos de sua Organização Necessária.

Aparentemente, foi a percepção dessa contradição, por outros caminhos, que levou Campos (2007, P. 306) a apontar, como questão essencial a ser enfrentada:

[...] os entraves já identificados decorrentes da atual legislação, ‘que simplesmente estendeu para o SUS o modelo de gestão do Estado brasileiro’ [a essência federativa e municipalista da Organização Atual de suas redes, fragmentadora e desintegradora], ‘sem considerar as especificidades do campo da saúde e do SUS em particular’ [especificidades que definem sua Organização Necessária]. (grifos e acréscimos meus).⁵

Também Paim e Teixeira (2007, P. 1821) insistem em tese semelhante:

[...] Por outro lado, a ‘blindagem’ do SUS mediante nova ‘institucionalidade’ assegurando a profissionalização da gestão e carreiras específicas (gestor, saúde da família, administração hospitalar, etc.) ‘requer um novo ente jurídico da organização do Estado exclusivamente voltado para o SUS’, com lógicas flexíveis, descentralizadas e ágeis de gestão [...].

O mesmo entendimento da contradição em destaque é confirmado por Kuschnir e Chorny (2010, P. 79), que, ao tratar das condições essenciais para o planejamento, o projeto e a construção das RAS do SUS regionalizadas, integrais e integradas, afirmam que:

[...] ‘a única forma de construirmos redes’ é considerarmos o território da região como efetivamente comum e a responsabilidade pela saúde dessa população como coletiva. Ou seja, para o planejamento e a implementação de redes regionais ‘é fundamental que inicialmente apaguemos as fronteiras intermunicipais e que elaboremos o plano de forma conjunta’, com a participação de todos os gestores dos diversos distritos e municípios da região [...]. (grifos meus).

⁵ Este artigo já estava redigido quando tomou-se conhecimento da proposta formulada por Campos, como consequência desta sua análise, na importante entrevista de 17.06.2014 em Campos (2014). Vale notar que a proposta ali esboçada é convergente com a sugestão de Paim e Teixeira (2007) aqui mencionada em seguida.

Mendes (2011, p. 168) aponta na mesma direção:

O traço forte de um sistema centralizado de atenção à saúde, rompido pela reforma sanitária brasileira, deu origem a um movimento de municipalização autárquica, levando o pêndulo para uma contraposição polar. É hora de voltar ao ponto de equilíbrio, [...] Isso significará, na prática social, superar o paradigma da municipalização autárquica e consolidar, em seu lugar, o paradigma da regionalização cooperativa [...]. Tudo isso, num quadro mais geral de 'um novo pacto federativo da saúde'. (grifos meus).

Vale acrescentar às observações de Mendes que, como vimos, a autarquização mobiliza, além dos municípios, os estados e o Governo Federal em ações autônomas, o que é ainda mais grave.

Por tudo isso, o exame da contradição entre a essência federativa e municipalista da Organização Atual das redes do SUS e sua Organização Necessária, e a compreensão daí decorrente, cumprem papel fundamental na luta pelo SUS tal como definido originalmente em sua funcionalidade, uma vez que evidenciam a necessidade de que sejam formuladas e implementadas alterações substanciais nas características da Organização Atual dessas redes, de modo que sejam definitivamente eliminadas as consequências negativas desse modo de organização.

Entretanto, é importante ter claro que o enfrentamento da contradição aqui apontada é uma questão eminentemente política, porque questiona diretamente a Organização Atual dessas redes em sua essência federativa e municipalista.

Alternativas: algumas hipóteses para o debate

Após 25 anos de história do SUS e das Redes de Atenção à Saúde deste sistema, diante do

amplo e contínuo processo de desintegração, fragilização e privatização dessas redes, da profunda deformação de suas características organizacionais, técnicas e funcionais necessárias, bem como dos diversos aspectos aqui apontados e das razões apontadas em vários estudos, é necessário que enfrentemos a contradição exposta no presente texto por meio da proposição de uma nova organização nacional para as redes do SUS que seja o mais convergente possível com a Organização Necessária dessas redes.

Também pelas razões já expostas, é essencial que essa nova organização nacional supere definitivamente a autonomia político-administrativa e as fronteiras hoje internalizadas na modelagem, normatização, construção, provisão de recursos, gestão e operação das RAS do SUS pelos milhares de entes da federação brasileira que hoje se incumbem dessas tarefas, inclusive a União.

Diante de tal desafio, surgem, de imediato, duas importantes questões: (I) é possível implementar mudança de tal ordem sem enfrentarmos uma batalha constitucional?; (II) se possível, quais, então, os requisitos necessários desta nova organização nacional para as redes do SUS?

É certo que não cabem aqui respostas acabadas para tais perguntas, mas é possível esboçar algumas hipóteses.

Para a primeira questão, é possível sugerir que não parece haver na CF/88 nenhum obstáculo para que, valendo-se exatamente da Estrutura Societária federativa e municipalista das RAS do SUS lá definida, o Colégio de Gestores Federativos das redes do SUS, composto por União, estados, Distrito Federal e municípios, juntamente com os respectivos Conselhos de Saúde, diante da grave crise estrutural e funcional por que passam a saúde pública e essas redes há longos anos, decidam consensualmente buscar respostas para a segunda pergunta, o que, aparentemente, seria uma ação legítima de governança, da qual estão constitucionalmente incumbidos.

Além disso, a Estrutura Societária federativa e municipalista das redes do SUS não parece obrigar que uma Nova Organização Nacional dessas redes tenha que ter, necessariamente, as mesmas feições da Organização Atual — desde que, tal como definido por sua atual Estrutura Societária, aquele Colégio de Gestores Federativos, juntamente com os Conselhos de Saúde, assim o decida, o que, aparentemente, também seria uma ação legítima de governança, da qual estão constitucionalmente incumbidos.

Para a segunda questão, é possível dizer que, diante da falência da base federativa e municipalista da Organização Atual das redes do SUS, frente aos requisitos de integralidade e integração de sua Organização Necessária, caberia àquele Colégio de Gestores Federativos dessas redes, sempre em conjunto com os respectivos Conselhos de Saúde, enfrentar a necessidade de avaliar a hipótese de proposição e criação, em nível federal e com atuação nacional, de “um Novo Ente Jurídico da organização do Estado [Nacional] exclusivamente voltado para [a construção, provisão de recursos, gestão, e operação das redes de] o SUS” (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1821), ente jurídico este que incorporaria os atuais recursos financeiros, humanos e tecnológicos (sistemas, redes, métodos, equipamentos, instalações etc.) próprios do SUS, hoje totalmente fragmentados porque subordinados aos milhares de entes dos três níveis da federação. Esse Novo Ente Jurídico seria estruturado com base na Organização Necessária das redes do SUS.

Nessa hipótese, aquele colégio de gestores federativos (União, estados, Distrito Federal e municípios), juntamente com os conselhos de saúde, passaria, de modo inteiramente novo, a se responsabilizar diretamente, conjuntamente, igualmente e solidariamente por esse novo ente jurídico, exercendo assim uma nova governança integralmente colegiada desse ente e, por meio deste, das RAS do SUS, em nível nacional, estadual, regional e local, bem como zelando pela integralidade,

integração e qualidade dessas redes e seus serviços em todos esses níveis.

Desse modo, a nova governança integralmente colegiada atuaria, por meio do novo ente jurídico, nos níveis nacional, estadual, regional e local sobre os rumos, características principais (incluindo sua modelagem, normatização, bem como a definição e a garantia de padrões nacionais para a atenção à saúde) e garantia de recursos globais (políticos, financeiros, humanos, tecnológicos e organizacionais) das redes do SUS. Nesses diversos temas, o novo colégio de gestores federativos seria assessorado pelo novo ente jurídico.

Para viabilizar nos níveis nacional, estadual e regional essa nova governança integralmente colegiada desse novo ente jurídico, não apenas a representação de estados e municípios na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), deveria ser aperfeiçoada, mas também a União deveria se fazer representar em todas as Comissões Intergestores Estaduais e Regionais, passando a atuar ombro a ombro com estados e municípios, o que significaria criar um novo colégio de gestores federativos.

Os conselhos e conferências de saúde continuariam a ter, frente ao novo colégio de gestores federativos, o papel que hoje possuem.

O novo ente jurídico, o novo colégio de gestores federativos e sua nova governança integralmente colegiada deveriam, no mínimo, ser objeto de normatização no nível legal, com todas as regras necessárias para que sejam definitivamente banidos dois dos mais graves problemas hoje enfrentados pelos que lutam pela integralidade e integração das RAS do SUS: (I) a possibilidade de ações autônomas da União, estados e municípios na governança, modelagem, normatização, projeto, construção, provisão de recursos, operação e prestação de serviços de saúde dessas redes; (II) a autopropaganda massiva, de caráter notoriamente político-eleitoral, desses entes federativos em torno

de suas iniciativas.

Ao contrário, na nova organização nacional das redes do SUS as ações dos entes federativos, decididas agora de modo integrado no novo colégio de gestores federativos, teriam sua divulgação realizada exclusivamente em nome do SUS como política pública de Estado, e não, como atualmente, políticas de governos.

Com o novo ente jurídico (baseado na Organização Necessária das redes do SUS), a estrutura nacional das RAS do SUS manteria as diretrizes de distribuição para os estados e municípios, sempre na ótica da regionalização.

Este poderia ser o “novo pacto federativo da saúde” de que nos fala Mendes (2011, p.168), capaz de apagar as fronteiras federativas no interior das redes do SUS como propõe Kuschnir e Chorny (2010, p.79), por meio da criação de um novo colégio de gestores federativos, de uma nova governança integralmente colegiada e de “um novo ente jurídico da organização do Estado [nacional] exclusivamente voltado para [a construção, provisão de recursos, gestão, e operação das redes de] o SUS” como sugerem Paim e Teixeira (2007, p. 1821), viabilizando, assim, uma nova organização nacional para as RAS desse sistema, capaz de superar os graves obstáculos “já identificados decorrentes da atual legislação, que simplesmente estendeu para o SUS o modelo de gestão do Estado brasileiro, sem considerar as especificidades do campo da saúde e do SUS em particular”, como indicou Campos (2007, p. 306).

Não se trataria, obviamente, de um retorno ao passado pré-CF/88. Ao contrário, seria um efetivo salto à frente, político e de qualidade, e uma verdadeira modernização das redes do SUS. E, do ponto de vista de sua governança, a efetiva assunção pela União e pelos estados de responsabilidades idênticas às dos municípios, tanto no nível nacional como estadual, regional e local.

Em defesa dessa alternativa, além dos argumentos já oferecidos, é importante

lembrarmos que nesses 25 anos decorridos desde a criação do SUS na CF/88 as tecnologias de informação, comunicação e gestão evoluíram de modo acelerado, provocando mudanças revolucionárias, aperfeiçoamentos e simplificações nos métodos de governança, projeto, construção, provisão de recursos, integração, gestão, operação e prestação de serviços das organizações, inclusive aquelas de nível nacional como as RAS do SUS.

Ainda no plano das hipóteses de respostas à segunda questão, vale destacar alguns aspectos, entre muitos outros, que aparentemente se farão necessários nesta ou em alternativa semelhante, sempre lembrando que, na nova organização nacional das redes do SUS, o novo ente jurídico, responsável executivo nacionalmente e integralmente por essas redes, seria governado, em todos os sentidos e em todos os níveis das RAS, pelo novo colégio de gestores federativos, constituído por União, estados, Distrito Federal e municípios, sempre em conjunto com os respectivos conselhos de saúde.

Nesse quadro, é possível alinhar, especulativamente, as seguintes hipóteses para as principais características e ações desejáveis para esse novo ente jurídico:

- (I) ser efetivamente único em nível nacional, com uma sede administrativa central, responsável pela gestão e integração nacional das redes dos SUS, e estrutura operacional e administrativa distribuída em cada estado da federação e cada região de saúde responsável pela gestão e integração local, regional, estadual e nacional das redes;
- (II) incorporação dos atuais recursos humanos e tecnológicos (sistemas, redes, métodos, equipamentos, instalações etc.) próprios do SUS, hoje subordinados aos milhares de entes dos três níveis da federação;
- (III) incorporação dos atuais contratos e convênios, hoje existentes nos três níveis

da federação, entre o SUS e a rede privada (lucrativa ou não) na área da prestação de serviços de saúde;

(IV) incorporação dos recursos financeiros próprios do SUS, destinados às suas RAS, que incluem os da União, estados e municípios, sem perdas para esses dois últimos entes federativos frente às necessidades em saúde pública de suas populações;

(V) assunção integral, dos pontos de vista técnico e executivo, da modelagem, planejamento, projeto, construção, provisão de recursos, gestão e operação das RAS do SUS e suas unidades operacionais, em todos os níveis dessas redes, de modo a garantir sua integralidade e integração nos níveis local, regional, estadual e nacional e entre esses níveis;

(VI) unificação, em nível nacional, do planejamento de necessidades e da aquisição de insumos médicos, insumos tecnológicos (sistemas, redes, métodos, equipamentos, instalações e outros), serviços etc., bem como de recursos humanos, para as redes do SUS e suas unidades, em todos os seus níveis. Esta medida permitiria ao SUS os ganhos de escala e o exercício de um poder e capacidade de negociação com seus fornecedores que hoje não tem;

(VII) implementação de concursos públicos nacionais e planos nacionais federais de carreiras, cargos e salários, efetivamente adequados para todas as categorias do SUS, inclusive as administrativas, com os quantitativos necessários de recursos humanos, dedicação exclusiva a este sistema e quarenta horas semanais de trabalho, superando definitivamente o imenso mosaico atual de regimes de contratação e a possibilidade de múltiplos vínculos empregatícios e horários de trabalho. Certamente que o regime de trabalho e remuneração deverá

considerar as necessidades de plantões e sua compensação.

Esta última medida viabilizaria a criação de carreiras nacionais que privilegiassem inicialmente, com a remuneração e condições adequadas, a provisão de recursos humanos em locais e regiões de saúde mais carentes.

Correspondentemente às hipóteses alinhadas para o novo ente jurídico, o novo colégio de gestores federativos se responsabilizaria por viabilizá-las, politicamente e legalmente.

Conclusões

A adoção da alternativa esboçada, ou de outra semelhante, impõe-se como absolutamente necessária se quisermos evitar que se consuma a derrocada do SUS como sistema público, único, universal, equânime e de qualidade em todo o território nacional. Esta, entretanto, não é tarefa trivial sob qualquer aspecto.

Por outro lado, um requisito essencial para a vitória, em qualquer batalha, é ter clara noção de suas dimensões e escopo, pois isto é um indicador valioso sobre o esforço a ser empreendido, os adversários a serem enfrentados e os aliados que se deve buscar.

Nesta perspectiva, é certo que a implementação da alternativa aqui sugerida, ou de outra similar, equivale a uma Nova Reforma Sanitária.

Entretanto, vale lembrar que, em sua época, o Movimento da Reforma Sanitária enfrentou dificuldades e obstáculos muito maiores e, apesar de tudo, foi vitorioso com a inscrição do SUS na CF/88.

Por isso, navegar ainda é preciso na luta por uma saúde pública efetivamente universal, equânime, integral, integrada, tempestiva e de qualidade em todo o território nacional. ■

Referências

- ABRÚCIO, F. L. Reforma política e federalismo. In: BENEVIDES, M. V.; KERCHER, F.; VANNUCHI, P. (Org) *Reforma Política e Cidadania*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003.
- ARRETCHE, M. Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em um Estado federativo. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 14, n. 40, 1999.
- BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 753-762, 2009.
- _____. PORTELA, L. E. E SCHEFFER, M. Dilma vai acabar com o SUS? *Folha de São Paulo*, 05 mar. 2013. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opinia/96924-dilma-vai-acabar-com-o-sus.shtml>>. Acesso em: 12 abr. 2013.
- BANTING, K.; CORBETT, S. Capítulo uno: Federalismo y política de atención a la salud: Introducción. [internet]. In: FORUM OF FEDERATIONS / FORUM DES FÉDÉRATIONS. Disponível em: <<http://www.forumfed.org/libdocs/Health01/120-HPFE0110-int-banting-corbett-s.pdf>> Acesso em: 17 nov. 2012.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 21 dez. 2013.
- _____. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 28 jun. 2011b. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ef034f00489ab23ba9bebbe2d0c98834/Decreto_7.508_de_28_de_junho_de_2011.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 21 dez. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Lei nº 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 [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: <https://www.sjc.sp.gov.br/media/116799/microsoft_word_-_lei_n_8142.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2013.
- _____. Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 2011a. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 28 abr. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm>. Acesso em: 20 dez. 2013.
- _____. Lei nº 12.466 de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 24 ago. 2011c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm>. Acesso em: 20 dez. 2013.
- _____. Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 13 jan. 2012a.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/>>

bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 20 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Resolução CIT/MS 01 de 29. set. de 2011*. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. 2011d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2011/res0001_29_09_2011.html>. Acesso em: 20 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Resolução CIT/MS 02 de 17 de janeiro de 2012*. Dispõe sobre as diretrizes nacionais para a elaboração da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0002_17_01_2012.html>. Acesso em 20 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Resolução CIT/MS 01 de 17 de janeiro de 2012*. Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2012c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0001_17_01_2012.html>. Acesso em: 20 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Resolução CIT/MS 03 de 30 de janeiro de 2012*. Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2012d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0003_30_01_2012.html>. Acesso em: 20 dez. 2013.

_____. *Programa Mais Médicos para o Brasil*. Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>>. Acesso em: 21 maio 2014.

CAMPOS, G.W.S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

_____. *Regionalização é o futuro do SUS* [internet]. Região e redes. Disponível em <<http://www.resbr.net>

>. Acesso em: 23 jul. 2014.

COSTA, A. M.; BAHIA, L.; SCHEFFER, M. *Onde foi parar o sonho do SUS?* [internet]. Plataforma Política Social. Disponível em: <<http://www.politicasocial.net.br/index.php/105-caderno/caderno-saude/207-cad-saude-analgiamario.html>>. Acesso em: 30 maio 2013.

DAWSON, B. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920*: informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920 por el consejo consultivo de Sservicios Médicos y Afines. Washington, Organización Panamericana de la Salud. (Publicacion Científica nº 93, 1964.)

FRANCE, G. Federalismo fiscal: experiências internacionais e modelo para a Itália. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. D. (Org). *O SUS em dez anos de desafio*. São Paulo, Sobravime/Cealag, 2002a, p. 65-83.

_____. Estilo nacional e saúde regional. In: _____. *O SUS em dez anos de desafio*. São Paulo, Sobravime/Cealag, 2002b, p. 65-83.

IDEC; USP. *Ato Público “Os planos de saúde vão acabar com o SUS?”* [internet]. Disponível em: <<https://www.idec.org.br/mobilize-se/evento/ato-publico-os-planos-de-saude-vo-acabar-com-o-sus>>. Acesso em: 12 abr. 2013.

KUSCHNIR, R. C.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p. 2307-2316, 2010.

KUSCHNIR, R. C.; CHORNY, A. H.; LIRA, A. M. L. *Gestão dos sistemas e serviços de saúde*. [internet]. Departamento de Ciências da Administração, UFSC, Florianópolis, SC; CAPES/UAB, Brasília, 2010. Disponível em: <www.uft.edu.br/dte/index.php?option=com_docman&task=doc_download∓gid=338&Itemid=51>. Acesso em: 27 set. 2013.

LEGA, F. Organisational design for health integrated delivery systems: theory and practice. *Health policy*, Nova York, v. 81, n.2, p. 258-279, 2007. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851006001394>>. Acesso em: 17 set. 2012.

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde. Representação Brasil, Brasília, DF, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação* [internet]. Organização Mundial da Saúde, Brasília, 2003. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42500/2/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf>. Acesso em: 06 set. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Redes Integradas de Servicios de Salud - Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington, D.C., 2010. (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 4). Disponível em: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2011.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração Institucional e Gestão do Sistema Único de Saúde: Problemas e Desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, mar./abr. 2007.

PARANÁ. Ministério público. *SUS e prestadores de serviços*. [internet]. Disponível em: <<http://www.sau-de.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=21>>. Acesso em: 22 maio 2013.

VIANA, A. L., A.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3. p. 807-817, 2009.

Recebido para publicação em junho de 2014
Versão final em agosto de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve