

Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos

Interfederal health networks: a challenge to SUS in its twentieth year

Lenir Santos ¹

Luiz Odorico Monteiro de Andrade ²

Abstract *The present paper deals with the construction of health interfederal networks, composed by each federate organization that together will manage nationwide the Unified Health System in a shared and coordinated way. It also ranks the necessary conceptual elements to the network construction and adequate operation like local management boards, interfederal board of trustees and administrative organizational contracts.*

Key words *Service network, Public Health, Unified Health System, Interfederal networks, Organizational contracts*

Resumo *Este trabalho versa sobre a construção das redes interfederativas de saúde, compostas pelos entes federativos que, conjuntamente, devem gerir, de maneira coordenada e compartilhada, um sistema de saúde único, de âmbito nacional. Discorre ainda sobre os elementos necessários à construção da rede e à sua operacionalização, como os colegiados, os consensos interfederativos e os contratos administrativos organizativos.*

Palavras-chave *Rede de serviços, Saúde Pública, Sistema Único de Saúde, Rede interfederativa, Contratos organizativos*

¹ Universidade Estadual de Campinas. Rua José Antônio Marinho 450, Jardim Santa Genebra. 13084-045 Campinas SP.

santoslenir@terra.com.br

² Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde.

Introdução

São mais de vinte anos de implantação, implementação e execução do Sistema Único de Saúde (SUS). Muito se semeou, muito se colheu e muito há a semear, a colher e a plantar, num ciclo permanente, sujeito a revisões, inovações, recuos e avanços. Começar e recomeçar, sempre. Esse é o papel de todos nós, da sociedade, das instituições. É como diz a brilhante Hannah Arendt¹: “Os homens, ainda que devam morrer, não nascem para morrer, mas para começar.” Nascemos para começar e recomeçar sempre. Muito se fez, sem dúvida. Basta pensar que saímos de um sistema previdenciário que garantia serviços médicos e ambulatoriais aos trabalhadores do regime geral de previdência social para um sistema de acesso universal.

Eram 30 milhões de pessoas; hoje, 190 milhões têm direito à saúde. Subtraindo desse total os 40 milhões que têm plano de saúde ou seguro-saúde, são 150 milhões de cidadãos utilizando o sistema público de saúde. E aos 40 milhões que se utilizam da medicina suplementar, muitos serviços públicos são destinados, como os de vigilância sanitária, prevenção e promoção da saúde, além de outros serviços assistenciais especializados.

Por isso, mesmo diante de numerosos problemas e dificuldades, certamente os avanços e os sucessos do SUS são maiores, ao se considerar que em mais de vinte anos se construiu um sistema de saúde universal e igualitário.

Nesse tempo, muitos especialistas em saúde, profissionais, dirigentes públicos, agentes políticos, membros do poder público e cidadãos passaram a considerar, pensar, refletir, discutir sobre esse assunto, e muitos fizeram da saúde sua militância social, tecendo uma rede de informações, contatos, solidariedade e comunicação própria de países com alto grau de consciência social e sentimento de cidadania. Talvez por isso a saúde não tenha ficado no âmbito da burocracia pública, sendo um direito que se efetiva a cada dia.

Sabemos que mesmo que se vise, desde tempos atrás, organizar o sistema em rede, essa rede ainda não está dotada dos elementos necessários ao seu pleno funcionamento, como a interligação dos serviços mediante o necessário suporte tecnológico de informação; a assunção por todas as organizações, serviços, profissionais, da interdependência existente, ou melhor dizendo, inerente ao SUS; compartilhamento do poder; documentos que deem segurança jurídica aos laços criados.

Além do mais, pretende-se trazer para o debate o conceito de “rede interfederativa de saúde”, que em nosso entendimento difere das redes de serviços assistenciais – as redes assistenciais ou de atenção à saúde são, na realidade, redes de serviços e ações de saúde; essas redes se subdividem de acordo com a natureza dos serviços prestados, como rede de saúde da família, redes de atenção primária, especializada, redes de atenção hospitalar, rede de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental etc. – ou de atenção à saúde e da linha de cuidado, sendo redes dentro de redes.

Redes e seus elementos constitutivos

A sociedade hoje está configurada como uma “sociedade em rede”, conforme o título de um dos livros da trilogia *A era da informação*, de Manuel Castells². A tecnologia da informação vem, desde o final do século XX, promovendo uma revolução e introduzindo profundas e drásticas mudanças sociais, com transformação de toda a economia no mundo e fortes reflexos para o Estado. Um sistema de interdependência das economias ou de segmentos de economias no mundo vem funcionando “como uma unidade em tempo real”².

O sistema de rede de organizações tem como elemento decisivo a utilização das tecnologias da informação. O desenvolvimento dessas tecnologias permite a difusão de relações, seja em que campo for. A rede pode, nos dias de hoje, ser implementada em todos os tipos de organizações. Nas relações econômicas, em que ela mais acontece, a rede permite a diminuição de custos e a crescente penetração nos mercados, objetivando sempre melhores resultados econômicos, ou, melhor dizendo, aumento dos lucros e a concentração descentralizada de poder econômico.

No mundo globalizado, aparentemente sem fronteiras, pela internacionalização da produção, as empresas operam sob uma visão plana de seus processos produtivos – o que lhes permite, por exemplo, contratar um profissional na Argentina para produzir na fábrica de Santiago, no Chile, entregar o produto no Iraque e receber no Brasil –, construindo-se assim uma rede de serviços e processos que possibilita à empresa ser mais econômica e obter mais lucro. Aqui, as redes são organizadas e operadas por diversos entes privados, que se congregam em torno de um fim comum: o baixo custo, a internacionalização da produção e o lucro.

Na área pública, há anos tenta-se estruturar redes de serviços como forma de garantir a efeti-

vidade das políticas públicas, uma vez que já se comprovou à exaustão que o modelo burocrático, estático, compartimentado, hierárquico e formal de Estado não é capaz de sustentar esses direitos operando serviços, na maioria das vezes, com desperdício de tempo e de recursos, gerando dificuldades na expansão desses serviços e no acesso a eles.

Na rede, na medida em que seus componentes abrem mão de determinados poderes isolados – insuficientes para, por si só, garantir a efetividade dos direitos sociais –, emerge uma nova capacidade de gestão e administração pública, que é aquela que se fundamenta no consenso, na negociação.

Vê-se, pois, que na área pública não se pode fugir do formato de redes de serviços sociais, sob pena de não se garantirem os direitos que se pretende proteger. Só que a lógica e o fundamento da rede na administração pública não são o lucro, mas a efetividade da garantia de direitos sociais. A necessidade de interligar serviços tem o objetivo de melhorar sua eficiência e diminuir custos, expandir o acesso e interligar as políticas sociais intersetoriais, sempre com vistas à obtenção de ganhos em sua qualidade, eficiência, economicidade e alcance de seus fins. Ao se unirem, os serviços se fortalecem.

Fleury³ traduz em artigo essa nova necessidade de organizar em redes os serviços sociais (todos juntos, em nome de um bem comum):

Segundo Moura (1997), apud Fleury³, *a abordagem de redes, como expressão dos novos arranjos organizacionais que emergem na atualidade, indica o esgotamento da capacidade de integração das instituições representativas tradicionais, da eficácia das organizações burocráticas e do modelo de planejamento centralizado.*

Contudo, rede não é o simples ajuntamento de serviços ou organizações – é necessária a adoção de elementos que deem sentido a esse entrelaçamento de ações e processos. Há de se garantir uma institucionalidade, uma organicidade à rede, com o fim de potencializar seus recursos e meios.

Na organização de uma rede, todos devem reconhecer explicitamente suas dependências e interdependências, não havendo espaço para poderes centralizados, imposições, desnível de mando – todos devem, juntos, construir condições jurídicas, administrativas e de informações para operar serviços, sistemas e organizações.

É crucial que as correlações de forças na rede sejam centradas na partilha do poder decisório e que os entes corresponsáveis tenham – em razão da interdependência que sabem existir e que reco-

nhecem explicitamente – determinadas garantias que evitem a insegurança de alguns ou de todos.

Isso requer a definição explícita de regras e a realização de acordos inequívocos, que deem suporte a essa relação interorganizacional, como: quem são os participantes, quais são os recursos envolvidos, as responsabilidades de cada um e as da rede, os objetivos que se pretendem alcançar, planejamento conjunto, definição da coordenação compartilhada e demais elementos necessários à garantia de elos seguros.

Na rede, tem que haver cooperação e coordenação compartilhada: todos colaboram e atuam ao mesmo tempo e para o mesmo fim; na coordenação há um sentido de ordem, de proporção, de ligação de coisas sempre unidas⁴. Numa rede, deve haver tanto esse sentido de ordem, proporção ou ligação como também a cooperação durante todo o processo, o agir.

Entretanto, não podemos deixar de reconhecer que as redes de serviços na arena pública, além das vantagens, encerram alguns riscos. Há necessidade de seus organizadores atentarem para os pontos fracos a fim de evitá-los, mediante ações saneadoras permanentes (Quadro 1).

A nova ou a mais moderna administração pública já reconhece isso e vem atuando como um Estado-rede, um Estado negociador-consensual, que dialoga entre si e com seus administrados.

A organização do SUS do ponto de vista constitucional: rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde

O SUS, nascido com a Constituição de 1988, na mesma época em que se aprofundava o desenvolvimento das tecnologias da informação, foi gestado no formato de rede de serviços.

É o que está previsto no artigo 198 da Constituição. Os artigos 198 e 200 dispõem especialmente sobre o sistema público de saúde, designando-o como “único”, em razão da unificação de todas as ações e serviços públicos de saúde em um só sistema, a ser executado por muitos entes políticos e autônomos.

Bastariam essas duas características – “ser único”, ao mesmo tempo que é “descentralizado” – para impor a esse sistema um modelo de rede no qual todos os envolvidos se interconectam e se mantêm como unidade autônoma. Mas outro elemento integrador das ações e serviços foi adicionado ao sistema de saúde: “a integralidade da assistência à saúde do indivíduo” (art. 198, II, da CF, e art. 7º, II, da Lei nº 8.080/90). Sem uma

Quadro 1. As redes na arena pública.

Vantagens
<ul style="list-style-type: none"> . Democratização do conhecimento. . Descentralização integrada. . Processos administrativos horizontais. . Cooperação. . Surgimento de novas lideranças. . Planejamento integrado. . Reconhecimento das dependências e interdependências. . Conhecimento das múltiplas realidades. . Respeito às diversidades socioculturais. . Fortalecimento contra pressões externas. . Aumento da eficiência administrativa e técnica. . Otimização de recursos. . Negociação-consenso. . Valorização das relações de confiança. . Solidariedade e compartilhamento.
Riscos
<ul style="list-style-type: none"> . Descentralização concentrada. . Fragmentação da autoridade. . Desinteresse diante de novas informações e conhecimentos. . Perda de controle dos processos. . Perda da autonomia política dos mais fracos. . Individualismo e personalismo. . Conflitos permanentes. . Negociação infundável. . Cooptação dos mais fracos. . Acomodação diante das negociações. . Falta de capacidade gerencial para novas atribuições. . Excesso de controles diante da complexidade do sistema de rede. . Desequilíbrio de poder.

rede de serviços, não é possível garantir a integralidade da atenção à saúde.

A partir destes três elementos – (1) a “unicidade” do sistema a ser conduzido por entes (2) “descentralizados e autônomos”, os quais têm o dever de garantir ao indivíduo (3) a “integralidade de sua saúde”, mediante um conjunto de ações e serviços de saúde interdependentes em especialidades, complexidades, conhecimentos e tecnologias – impõe-se uma rede de saúde.

Há que se ressaltar que, sendo o país uma federação da qual faz parte o município, com poderes políticos e competência para cuidar da saúde, é preciso resolver o intrincado problema de se ofertar serviços – cuja complexidade é uma

escala crescente de tecnologias, especialidades e conhecimentos – capazes de garantir ao cidadão a integralidade de sua saúde e prestados por municípios com grande diversidade social, econômica e demográfica.

Na realidade, é o conceito de integralidade da assistência à saúde que conforma o sistema de saúde como uma rede de serviços e relações. A integralidade é resultado da visão sistêmica da vida, a qual compreende que somos totalidades integradas, cujas propriedades essenciais sempre serão do todo, uma vez que nenhuma das partes as possui isoladamente⁵.

É a partir da integralidade que todo o sistema tem que manter essa configuração de rede, o que passará a exigir dos entes federativos uma série de atos jurídico-administrativos que possam dar consistência ao mandamento constitucional, tanto quanto tornar realidade “uma verdadeira rede de serviços, operada por entes autônomos entre si, mas interdependentes na prestação de serviços de saúde”.

A Lei nº 8.080/90, coerente com o texto constitucional – nem poderia ser de outro modo –, impõe em muitos dispositivos a gestão compartilhada. Vejamos o que a lei diz:

(1) a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional é “ação conjunta” da União com os estados, o Distrito Federal e os municípios; o planejamento e o orçamento do SUS têm caráter “ascendente”, da base local à esfera federal, impondo uma “articulação” entre esferas de governo;

(2) a construção do plano de saúde, sendo participativa, contando com a atuação da comunidade, implica responsabilidade do ente federado para com sua população, que não poderá ser olvidada pela direção central do SUS;

(3) exige-se a participação do município no planejamento e na organização de rede regionalizada e integrada.

Para concluir este tópico, afirmamos que o SUS nasceu, em 1988, inovador, exigindo novos paradigmas administrativos para operá-lo. Será a partir desse marco conceitual constitucional e legal que passaremos a tratar das redes interfederativas.

Redes interfederativas de saúde – redes de serviços de saúde – linha de cuidados

Será mais didático definir, de maneira sucinta, as diferenças existentes entre rede interfederativa de saúde, rede de serviços, ou assistencial, ou de aten-

ção à saúde (serviço de promoção, proteção e recuperação da saúde) e linha de cuidados, para depois discorrer sobre as redes interfederativas de saúde; depois passaremos a discorrer sobre as redes interfederativas de saúde.

Rede de serviços

Rede de serviços de saúde é a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária.

A integração dos serviços em redes, sejam elas organizadas por especialidade, sejam por nível de atenção, por ciclo de vida ou por outros critérios, deve ter a finalidade de melhorar a eficiência e a racionalidade dos serviços. Além disso, deve produzir economia, expansão dos serviços, melhoria do acesso, evitar duplicidade de serviço e a desnecessária repetição de exames e procedimentos já realizados – enfim, deve ser humana, eficaz, racional, econômica e qualitativa.

A rede de serviços deve ainda:

- (1) definir portas de entrada;
- (2) ordenar o acesso por ordem cronológica e de risco;
- (3) oferecer atendimento adequado às necessidades do paciente;
- (4) racionalizar a oferta de serviços e a incorporação tecnológica;
- (5) definir as linhas de cuidados;
- (6) integrar os sistemas de informação;
- (7) evitar a repetição de exames e de anamneses;
- (8) permitir aos profissionais o acesso a prontuários e exames de modo informatizado e integrado;
- (9) permitir o monitoramento do paciente para evitar complicações, quando for o caso;
- (10) criar uma hierarquia de complexidade de serviços e organizar os referenciamentos e contrarreferenciamentos, de acordo com uma inteligência epidemiológica;
- (11) oferecer educação sanitária ao paciente, para fomentar maior responsabilidade do cidadão para com a própria saúde.

A rede deve garantir que o conhecimento humano e o aparato tecnológico sanitários, orga-

nizados de modo racional e compartilhado entre os entes federativos, estejam à disposição do profissional da saúde e do usuário, numa rede que se articula, permeia territórios de diversos entes federativos, é contínua e resolutive.

Em resumo, podemos afirmar, de maneira abrangente, que rede de serviço, ou de atenção à saúde, é a interconexão, integração, interação, interligação dos serviços, em todos os níveis de densidade tecnológica do sistema de saúde, dotada de elementos técnico-sanitários e organizacionais que permitam uma gestão racional, eficiente, sistêmica e harmônica, com o objetivo de garantir o direito à saúde da pessoa humana. Somente assim a integralidade da assistência, princípio que informa e conforma o SUS como rede (art. 198 da CF e art. 7º, II, da Lei nº 8.080/90), será atendida, lembrando que o conceito de integralidade garante ao cidadão ações e serviços contínuos e articulados “dentro do sistema”, ou seja, na rede de saúde, e nunca isoladamente em um município.

Deve-se lembrar sempre que as redes de saúde resultam da interação, interconexão de serviços de entes que se juntam organizadamente, mediante regramentos predefinidos, sem perda de autonomia – uma “interdependência sem fusão”. Trata-se de unidades que se irmanam e se totalizam, sem perder a característica política de ente autônomo.

Linha de cuidados

Em relação à linha de cuidados, optamos pela conceituação mais global dada por Braga⁶, que a define como o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida ou de outro critério médico-sanitário, a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua pelo sistema de saúde, sendo sua implementação estratégia central para a organização e a qualificação das redes de atenção à saúde, com vistas à integralidade da atenção.

A linha de cuidados visa à racionalidade e à qualificação de serviços na rede em relação ao paciente, que deve, conforme sua necessidade, percorrer um caminho qualificado e facilitado para ter acesso aos serviços da rede, em razão do diagnóstico e da terapêutica que lhe foi prescrita. A linha de cuidados permite o acompanhamento adequado, racional e humano, em virtude da maior gravidade da doença, do tempo de tratamento (casos crônicos) ou do ciclo de vida. A linha de cuidados nos remete à racionalidade da

organização dos serviços, ao caminhar qualificado da pessoa dentro da rede e a seus pontos sistêmicos.

Dizendo de outro modo, na linha de cuidados o paciente tem acesso aos serviços de saúde de maneira sistêmica, conectando pontos (serviços especializados) dentro das redes, capazes de garantir, de modo racional e humano, a saúde do usuário. Essa racionalidade organizativa deve se dar em razão da complexidade ou gravidade do diagnóstico, de características especiais do paciente (tratamentos mais difíceis ou mais duradouros), da importância de um acompanhamento mais criterioso etc. Trata-se da inteligência epidemiológica produzindo racionalidade qualitativa do percurso de determinados pacientes na rede, um caminhar com lógica técnico-sanitária, para melhor resolubilidade.

Rede interfederativa de saúde

O Sistema Único de Saúde, conforme concebido constitucionalmente, pode nos levar a inferir se tratar de um modelo mais afeito a um Estado unitário, uma vez que todos os serviços de todos os entes federativos devem “integrar-se, constituir uma rede de serviços e ser um único sistema”, capaz de garantir ao indivíduo a integralidade de sua saúde.

Sendo o Brasil um Estado federal, conforme disposto no artigo 18 da CF – *A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição* –, muitas são as dificuldades jurídico-administrativas para organizar e operar esse sistema.

O Estado federal e o Estado unitário diferem entre si pelo seguinte: o primeiro se caracteriza como uma “pluralidade” de organizações políticas dotadas de poderes próprios, com competências próprias, em princípio intocáveis; o segundo concentra-se num “único centro de poder”, ainda que possam existir divisões administrativas plurais ou diversas descentralizações organizativas.

O modelo organizativo da saúde (sistema único) causaria, em um Estado unitário, menor dificuldade executiva. Mas, num Estado federado, como o brasileiro, o qual compreende o município como ente político e autônomo, e não como divisão política do Estado-membro – conforme defende o constitucionalista José Afonso Silva⁷ –, muitas são as complexidades a serem deslindadas.

A saúde difere dos demais serviços públicos, como é o caso da educação, cujos sistemas, de acordo com o disposto no artigo 211 da CF, são múltiplos – o municipal, o estadual e o federal –, devendo os entes federativos, para atingir determinados objetivos constitucionais e legais, tão somente colaborar entre si, sem a necessidade de “unirem” seus serviços e recursos em “uma única rede”, como é o caso da saúde.

O sistema municipal de educação, ainda que interesse ao estado, tanto quanto ao município vizinho, não requer a “irmanação” dos serviços de um município com os do vizinho ou os do estado, para a garantia do direito à educação. São sistemas que se interconectam, numa visão sistêmica da educação, mas a interconexão de um serviço de educação municipal com outro não é essencial para a garantia do direito à educação, como acontece com a saúde, em razão da integralidade da assistência.

Na saúde, é fundamental que os serviços de uns se interconectem ou interajam com os dos outros, para compor uma rede de serviços que seja capaz de garantir ao cidadão de um ou de outro município a integralidade de sua saúde, uma vez que a maioria das municipalidades não é capaz de arcar sozinha com a assistência à saúde de seus habitantes. Por isso a necessidade de articulação entre os entes federativos para compor uma rede interfederativa, dotada de instrumentos jurídico-administrativos que lhes permitam, de maneira integrada e compartilhada, planejar e gerir serviços, transferir recursos e se referenciar uns aos outros de forma sistêmica, numa interdependência política, administrativa e financeira, sem hierarquia e sem perda de autonomia.

A rede interfederativa se caracteriza pela necessidade de haver, no SUS, “gestão” intergovernamental, e não apenas relações entre os governos. Na saúde, é imperioso haver gestão compartilhada, planejamento integrado e financiamento tripartite. O SUS é uma política pública dotada de elementos que exigem um modelo de gestão mais condizente com as tendências atuais da moderna administração pública, que deve atuar mais próxima do cidadão e mediante permanente articulação entre os entes políticos.

A instituição de uma rede interfederativa de saúde altera substancialmente a forma de relacionamento entre os entes políticos, que passam a discutir, sem hierarquia, os interesses e as realidades locais, as diversidades culturais, econômicas e sociais dos territórios, superando a “dicotomização entre a administração e a política”³. Na descentralização pública, a autoridade cen-

tral deve interagir com a autoridade local, por meio da negociação e do consenso, expandindo seus conhecimentos acerca das reais necessidades locais, o que permite melhor avaliação dos resultados.

A rede fortalece os vínculos dos envolvidos, por eles se associarem com a intenção de cooperar e não de impor; de colaborar e compartilhar as atividades e os recursos, sem hierarquia; além de trazer para perto das autoridades centrais a realidade dos territórios. Esse último ponto é fundamental!

Surgem assim o pluralismo, a multiplicidade de interações, a proximidade sem fusão, a unidade sem isolamento. O Estado deixa de ser isolado e centralizado e passa a ser mais participativo.

A rede interfederativa de saúde é composta por entes autônomos que, sozinhos, podem existir, mas seus resultados são parciais e não garantem a integralidade da assistência. Quando esses entes estão organizados em rede, os resultados são inteiros, e a integralidade da assistência torna-se realidade.

Nesse passo, impõe-se diferenciar a rede interfederativa de saúde das organizações ou profissionais que compõem a rede de serviços e cuja função principal é prover os serviços sanitários de forma integrada (hospital, centro de saúde, equipe de saúde etc.). Sabemos que, quando se fala em rede interfederativa, ou até mesmo em sistema de saúde, é comum confundi-los com os próprios serviços de saúde. Entretanto, há que se separar conceitualmente um do outro para se compreender a rede interfederativa de saúde e suas especificidades (aspectos políticos, como colegiados, consensos, contratos etc.), que se diferenciam da rede de serviços propriamente dita.

A rede interfederativa engloba a rede de serviços, mas não é esta; a rede de serviços tem postos de saúde, hospitais, tecnologias, profissionais, unidades; a rede interfederativa tem colegiados e agentes políticos que “deliberam sobre o sistema”. A rede interfederativa é o todo; a rede de serviços, uma parte desse todo. A rede interfederativa é uma rede de redes, teias entrelaçadas, aninhadas dentro de teias maiores⁵; entrelaçamento de redes, fortalecendo umas às outras e se regulando conjuntamente mediante acertos e erros, sem regulação imposta por apenas uma unidade. De modo figurado, pode-se afirmar ser a rede interfederativa de saúde o continente, e a rede de serviços o conteúdo.

A rede interfederativa comporta em si as redes de serviços em todas as suas formas: por nível de atenção ou especialidade, por ciclo de

vida, por gênero, por patologias e assim por diante, conforme a melhor técnica e a inteligência organizativa sanitária. Ela é a interconexão dos entes políticos responsáveis pela saúde (ações e serviços), que devem, conjuntamente, em espaços como os colegiados, decidir de comum acordo todas as questões referentes à saúde, como planejamento integrado, financiamento compartilhado, prestação de serviços em rede, fiscalização. Para manter a unicidade do sistema, há que se definir conjuntamente o padrão de integralidade, critérios de incorporação tecnológica, regulamentos técnicos, protocolos clínicos, critérios para controle e avaliação, entre outros fatores. A rede interfederativa deve ter como abrangência o Estado federal (nacional) com seus recortes políticos (União, estados, Distrito Federal e municípios) e pode, ainda, se organizar por regiões (interestadual, metropolitana, regional e intermunicipal).

A “rede interfederativa de saúde, de âmbito nacional”, se subdivide em rede de âmbito estadual e regional. Poder-se-ia dizer que ela é o elo que alimenta e realimenta todas as redes de todos os serviços e ações. É a complexa forma política de compartilhamento e interdependência dos entes federativos na gestão da saúde, dotados dos elementos necessários à sua interação.

Além do mais, não seria inadequado dizer que a rede interfederativa se confunde com o próprio Sistema Único de Saúde, por ser este concebido como uma “rede de entes políticos, interdependentes na gestão e no financiamento da saúde”.

Elementos necessários à operacionalização da rede interfederativa

Colegiados interfederativos

A partir dessa configuração jurídico-administrativa do SUS, somente colegiados interfederativos de âmbito nacional, estadual e regional serão capazes de operar uma rede de entes federados, todos autônomos entre si, ao mesmo tempo que são interdependentes na garantia da integralidade da atenção à saúde dentro do sistema (rede). Os colegiados serão capazes de unir entes autônomos e interdependentes na realização de serviços integrados, sem ferir a autonomia de cada um, uma vez que toda decisão deverá ser consensual (consensos interfederativos de saúde).

Esses colegiados, compostos pelos entes federados, deverão ter suas decisões consensuais consubstanciadas em documentos jurídicos

(avenças), como contratos organizativos e contratos de ação pública (que organizam a ação da saúde), definindo as responsabilidades de todos os entes nessa rede interfederativa.

As comissões intergestores federal e estadual precisam ser institucionalizadas e ter segurança jurídica, devendo ser pautadas pela lei e não por portarias. Essas comissões, que denominamos “colegiados interfederativos”, compostas pelos entes federativos responsáveis pela saúde, devem produzir decisões consensuais – única forma de respeitar as autonomias federativas, ao mesmo tempo que todos se veem e se sentem interdependentes. Esses colegiados devem ter âmbito nacional e estadual.

Os consensos interfederativos, tornados públicos por meio de deliberação, devem ser substanciados em contratos de ação pública, quando envolverem ação conjunta ou integrada dos entes na rede da saúde. Nesse passo, teceremos breves comentários sobre os contratos interfederativos.

Contratos interfederativos ou entre entes públicos

Marçal Justen Filho trata dessas avenças em parecer⁸, com muita clareza e propriedade, separando os contratos que dispõem sobre as trocas econômicas daqueles organizativos. Os primeiros são os contratos comutativos, que configuram um acordo de vontades que vai gerar direitos e obrigações para as partes contratantes. Não poderíamos deixar de citar Odete Medauar, que também discorre sobre os contratos organizativos⁹.

O contrato organizativo tem por objeto *promover uma estrutura de bens e a organização do esforço de pessoas para o desempenho de atividades de interesse comum*⁸. Adentramos o campo da conjugação de esforços e recursos para a consecução de interesses comuns. Aqui o objetivo é somar esforços para atingir o mesmo fim.

O contrato organizativo persegue um fim único, e as partes reunidas não pretendem para si nenhum proveito. O ganho é a soma de esforços de todos os implicados no contrato para melhorar seu desempenho público ou definir melhor suas obrigações, responsabilidades, financiamento que, de outra forma, seria difícil explicitar.

De acordo com o pensamento de Marçal Justen Filho⁸, esses contratos têm regime jurídico diverso dos contratos bilaterais e comutativos – são plurilaterais, diferentes, portanto, do regime jurídico clássico do direito civil, que cuida so-

mente dos contratos bilaterais. Segundo a definição de Justen Filho⁸,

O contrato administrativo plurilateral ou organizacional se configura como um acordo de vontades de que participa uma ou mais pessoa administrativa, por meio do qual os contratantes se obrigam reciprocamente a promover condutas ativas ou omissivas, visando à obtenção de certo resultado de interesse conjunto.

Muitos países já aderiram à administração pública por contrato. Na Espanha, a política contratual se converteu, nos últimos anos, em núcleo das relações entre a administração pública “financiadora” e a administração pública “prestadora” dos serviços, desde a atenção primária até a de maior complexidade¹⁰.

Na área da saúde, o contrato organizacional cai como uma luva para a organização da ação pública. São contratos que unem os entes federativos, ao mesmo tempo que ficam definidas as responsabilidades e obrigações de cada um na rede interfederativa que deverá prover a saúde da comunidade. É um contrato em que os entes se reúnem em favor da população, que passa a ser a grande credora das obrigações ali definidas.

É importante ressaltar, nesse passo, que as competências na área da saúde pública não são claras nem precisas, uma vez que não está definido que serviços o município deve prestar em razão de seu porte econômico, social e demográfico. Contudo, o morador do município de 10 mil habitantes vai precisar, muitas vezes, de serviços de saúde que somente encontrará em outro município. O papel de um município de 10 mil habitantes difere daquele de uma cidade de mais de um milhão de habitantes. Na Espanha, adota-se o critério demográfico para fixar responsabilidades na organização de serviços.

Por isso temos preconizado a introdução dos contratos de ação pública na saúde, com a finalidade de definir responsabilidades, obrigações, direitos, o financiamento compartilhado e outros elementos dos entes federativos envolvidos na rede.

Esses contratos interfederativos vão organizar as ações e os serviços compartilhados da saúde, com definição de responsabilidades, financiamento, metas, indicadores, avaliações, penalidades e outras condições.

Considerações finais

Para concluir, não poderíamos deixar de responder a uma pergunta: “Por que redes interfederativas?” Do ponto de vista político, não há outro

modo de, num país federal, do qual o município é um dos componentes, organizar um sistema que deve ser único e conformado em rede de serviços regionalizada, com financiamento tripartido.

A rede interfederativa de saúde será composta pelas diversas redes de serviços, organizadas territorialmente e em razão de suas especificidades, especialidades, ciclo de vida e nível de atenção: redes de atenção primária, de saúde da família, de atenção hospitalar, de urgência e emergência e assim por diante. E como rede interfederativa, somente decisões consensuais entre os entes federativos implicados “nesse fazer” estão legitimadas para definir, em detalhes, as responsabilidades destes na saúde.

É imperioso dar ao SUS ferramentas que possam conferir-lhe maturidade administrativa e segurança jurídica, permitindo-lhe ser único e descentralizado, com gestão participativa, escapando de vir a ser uma concentração descentralizada – o que seria uma distorção do mandamento constitucional – para ser de fato um sistema descentralizado, unido por elos que compõem a rede de serviços.

O SUS nasceu inovador, como uma rede de entes federativos que, de maneira compartilhada, devem geri-la. Estado-rede, Estado que negocia com seus entes políticos, os quais reciprocamente coordenam os serviços que gerem. Estado do consenso. Entes autônomos que se sabem interdependentes e que se interconectam e

compartilham o poder. Estado da concertação política e administrativa. Um sistema que, desde a origem, permite que o setor privado participe dele de forma complementar. Estado que conta com a participação da comunidade na definição da política da saúde e na fiscalização de sua execução, formando-se, conforme Morell Ocana, citado por Odete Medauar⁹, “uma ponte entre um mundo administrativo muito fechado e cidadãos muito esquecidos”.

Estado que deve prover a saúde adotando políticas sociais e econômicas que evitem o risco da doença (promotor da saúde, concebendo-a não apenas como fenômeno biológico, mas como o resultado de condições ambientais, sociais e econômicas) e que impõe, também, ao cidadão e à comunidade, a responsabilidade pela própria saúde – alçada, esta, à condição de direito fundamental, por vincular-se diretamente à dignidade humana e ao direito à vida, inviolável.

As dificuldades que esse modelo poderia ensejar devem ser superadas pela adequada interpretação de seus valores e pela correta adoção de elementos jurídico-administrativos para operar o Sistema Único de Saúde. É necessário que a maturidade traga a institucionalização das redes interfederativas de saúde, dos colegiados interfederativos e a adoção de contratos organizativos (contratos de ação pública nominados por nós pelo fato de ser um contrato que organiza entre os entes federativos a ação pública da saúde).

Colaboradores

L Santos e LOM Andrade participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Arendt H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1983.
2. Castells M. *Sociedade em rede*. 10ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2007.
3. Fleury S. El desafío de la gestión de las redes de políticas. *Revista Instituciones y Desarrollo* 2002; 17. [acessado 2008 mar 1º]. Disponível em: http://www.ebape.fgv.br/academico/asp/dsp_professor.asp?cd_pro=36
4. Moraes Silva A. *Novo dicionário da língua portuguesa*. São Paulo: Horizonte Confidência; 1987. v. I.
5. Capra F. *A teia da vida*. São Paulo: Cultrix; 2006.
6. Braga EC. Critérios de suficiência para análise de redes assistenciais [minuta]. Exposição de Motivos. Consulta Pública 2006; 26. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2006. [acessado 2011 fev 21]; [cerca de 4 p.]. Disponível em: http://www4.ensp.fiocruz.br/informe/anexos/ANS_CP26_motivos.pdf
7. Silva JA. *Curso de direito constitucional positivo*. São Paulo: Malheiros; 2007.
8. Justen Filho M. *Parecer sobre minuta de anteprojeto de Lei da Política Nacional de Saneamento Básico*. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>
9. Medauar O. *O direito administrativo em evolução*. 2ª ed. São Paulo: RT; 2003.
10. López-Valcárcel BG. Políticas contractuales en atención especializada. In: Repullo JR, Iñesta A, organizadores. *Sistemas y servicios sanitarios*. Madri: Diaz de Santos; 2006.