

OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE COMO INSTRUMENTOS PARA A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: A EXPERIÊNCIA DO SUS-MG

Lenira de Araújo Maia
Antônio Jorge de Souza Marques
Darlan Venâncio Thomaz Pereira
Marta de Sousa Lima



A CONCILIAÇÃO DOS TERRITÓRIOS DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO E DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: POSSIBILIDADES DE MUDANÇA NA VINCULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS MINEIROS

Darlan Venâncio Thomaz Pereira
Breno Henrique Avelar de Pinho Simões
Lenira de Araújo Maia
Marta de Sousa Lima



A CONCILIAÇÃO DOS TERRITÓRIOS DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO E DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: POSSIBILIDADES DE MUDANÇA NA VINCULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS MINEIROS

Darlan Venâncio Thomaz Pereira
Breno Henrique Avelar de Pinho Simões
Lenira de Araújo Maia
Marta de Sousa Lima

RESUMO

Fazer coincidir ou aproximar os espaços definidos pelos desenhos territoriais de um setor é tarefa que exige grande esforço técnico e político. Em Minas Gerais, no caso do setor saúde, em que coexistem os territórios assistenciais definidos pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR), os territórios político-administrativos representados pelas Gerências Regionais de Saúde (GRSs) e os territórios dos consórcios intermunicipais de saúde (CISs) a tarefa demanda um desafio ainda maior. Assim sendo, a partir de um procedimento metodológico de cruzamento de variáveis amplamente aceito nas análises espaciais e tendo em vista a conciliação dos territórios do PDR, GRSs e CISs, o que possibilitará promover uma melhor coordenação dos serviços e maior integração dos administradores à dinâmica assistencial regional, o estudo mediu o grau de esforço do gestor estadual em viabilizar cada possibilidade de mudança na vinculação dos municípios. É uma pesquisa aplicada, do tipo descritiva intervencionista, com coleta de dados baseada em dados e informações de portais governamentais e observação participante.



1 INTRODUÇÃO

Para que os sistemas públicos de saúde avancem em questões essenciais e que decisões de maior qualidade sejam tomadas, é fundamental a instituição de instrumentos que facilitem a coordenação dos serviços e das próprias práticas organizacionais. A gestão pública, especialmente a gestão do setor saúde, tem forte dependência destes instrumentos.

O território, idealizado a partir de uma concepção geográfica abstrata, tem-se tornado cada vez mais um lugar da ação viva dos serviços e práticas organizacionais. A territorialização tem sido colocada em evidência pelos diversos setores do Estado que demandam sua utilização, ressaltando-se como um importante instrumento nas práticas de gestão e planejamento em saúde.

Em Minas Gerais, Estado localizado no sudeste brasileiro, grande parte das políticas públicas estaduais são planejadas, operacionalizadas e monitoradas a partir de estratégias regionais. A necessidade de se ter clareza no que diz respeito às desigualdades sociais e econômicas, assim como as relações de poder presentes no referido espaço de atuação, aliado à magnitude do Estado, inspiram a adoção de recortes específicos do espaço. (TAB. 1).

Tabela 1 – Ranking dos cinco maiores estados brasileiros em população, extensão territorial e número de municípios

Posição no ranking	População (Hab.)	Extensão Territorial (Km ²)	Número de municípios (Unid.)
1º	São Paulo (41.252.160)	Amazonas (1.570.946,8)	Minas Gerais (853)
2º	Minas Gerais (19.595.309)	Pará (1.247.702,7)	São Paulo (645)
3º	Rio de Janeiro (15.993.583)	Mato Grosso (903.386,1)	Rio Grande do Sul (496)
4º	Bahia (14.021.432)	Minas Gerais (586.552,4)	Bahia (417)
5º	Rio Grande do Sul (10.695.532)	Bahia (564.273,0)	Paraná (399)

Fonte: Dos autores segundo IBGE, 2010



Seja pela necessidade de dividir o espaço em territórios ou pela imposição de determinações jurídicas e institucionais o fato é que diversas regionalizações têm sido produzidas em Minas Gerais. São propostas que guardam grandes embates acerca de conceitos e metodologias e que se reproduziram em diversas propostas de regionalização, cada qual com suas funcionalidades, limites e possibilidades.

Diniz e Batella (2005), em artigo que trata de discutir as diversas regionalizações oficiais de Minas Gerais, resgataram algumas propostas já produzidas para este estado. À luz de conceitos e abordagens relacionadas especialmente à geografia regional, os autores identificaram e apresentaram divisões regionais baseadas em diferentes conceitos e critérios. Entre as regionalizações, cabe citar as zonas fisiográficas mineiras, produzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1941; as regiões funcionais urbanas, também elaboradas pelo IBGE (1972); as regiões para fins de planejamento, da Fundação João Pinheiro (FJP) (1973 e 1992) e as mesorregiões e microrregiões geográficas do IBGE (1990).

É possível recortar um dado território sob diversas formas, a partir de diferentes objetivos, métodos e critérios. Entretanto, seja qual for o desenho espacial, o que realmente importa é que a abrangência territorial privilegie a funcionalidade e a articulação de atores sociais, políticos e econômicos. É essa articulação que consolidará as regiões como algo social e politicamente relevante, capaz de dinamizar, independentemente de parcerias, suas potencialidades.

A funcionalidade do setor saúde, no âmbito do processo de gestão das políticas públicas e das práticas cotidianas de trabalho, demanda do governo estadual a adoção de desenhos territoriais como instrumento base de planejamento. Seja devido à falta de recursos, às grandes distâncias muitas vezes existentes entre os serviços ou à necessidade de distribuição espacial mais adequada dos recursos e equipamentos, o fato é que o estado tem tradicionalmente recorrido à divisão territorial do espaço como meio de planejamento, gestão e prestação de serviços.

No campo da saúde, os desenhos territoriais demandados pelo Governo do Estado de Minas Gerais, no âmbito das práticas cotidianas de trabalho, do processo de planejamento e gestão das políticas públicas e da prestação de serviços são a divisão territorial político-administrativa da Secretaria de Estado de



estados que seus instrumentos de regionalização fossem elaborados a partir de um diálogo direto com a realidade assistencial local. Assim, alguns deles, caso que não se aplica a Minas Gerais, se aproveitaram dessa lacuna jurídica e elaboraram um PDR que seguiu rigorosamente a regionalização político-administrativa já existente em cada unidade federativa, cuja divisão, geralmente, não obedecia a nenhum critério assistencial.

Instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência e elemento organizador e estruturador das redes prioritárias de atenção à saúde no estado, a delimitação das microrregiões e macrorregiões de saúde, escalas territoriais do PDR/MG, assim como a definição dos municípios pólo foram orientados por critérios de fluxo, acessibilidade, prestação de serviços e perfil de oferta de clínicas (atual e potencial). Os critérios foram relacionados aos níveis de densidade tecnológica, conforme tipologia prevista para cada nível territorial.ⁱ (FIG. 2) (MINAS GERAIS, 2010a)

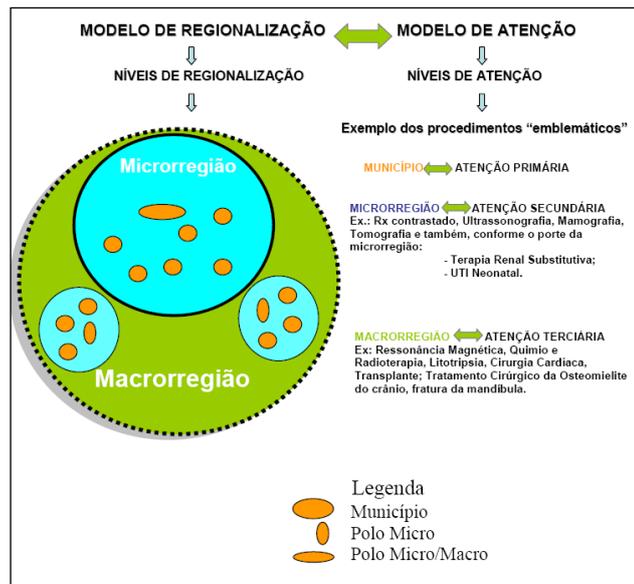


Figura 2 – Modelo de regionalização adotado em Minas Gerais e sua correlação com o modelo de atenção à saúde

Fonte: MINAS GERAIS, 2010a, p. 58

A racionalidade do desenho espacial do PDR/MG baseia-se especialmente na observância da descentralização da assistência. Os recortes espaciais privilegiam os fluxos assistenciais existentes entre os municípios e incorporam em suas delimitações os princípios de economia de escala, economia de escopo, qualidade da atenção à saúde e acesso aos serviços.^{ii,iii}

O atual desenho territorial do PDR/MG apresenta 13 macrorregiões e 76 microrregiões sanitárias. São 19 pólos macrorregionais, sendo que alguns dos territórios macrorregionais possuem mais de um pólo (regiões multipolares) e 99 pólos microrregionais, também considerado a existência de microrregiões multipolares. (MINAS GERAIS, 2010a) (FIG. 3)



Figura 3 – Divisão territorial do Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais
 Fonte: MINAS GERAIS, 2010a, p. 133

O PDR/MG é também a base territorial utilizada pelas Comissões Intergestores Bipartite Microrregionais e Macrorregionais (CIBMicros e CIBMacros), criadas, sobretudo, pela necessidade de ampliar a negociação entre entes municipais e estadual, de modo a acelerar o processo de implementação do SUS/MG. As CIBMicro e CIBMacro consistem em comissões colegiadas, ou seja, 'órgãos' dirigentes cujos membros têm poderes idênticos, em que governo estadual e governos municipais discutem e negociam a gestão e as políticas públicas de saúde afetas a uma região específica. (CAMPOS, 2000)

As atuais CIBMicro e CIBMacro foram institucionalizadas em 17 de maio de 2004, por meio da Deliberação CIB-SUS/MG Nº 095 e, como já mencionado, obedecem o desenho geográfico-assistencial do PDR/MG. (MINAS GERAIS, 2004a) Em seu modelo de institucionalização projetado pela SES/MG em 2004 entendia-se que, em médio prazo, a gestão das ações de atenção secundária deveria caber aos consórcios públicos, compostos por todos os municípios da microrregião.

Será fundamental garantir que os Consórcios Públicos sejam formatados em coerência com as microrregiões sanitárias definidas no PDR estadual e que tenham uma gerência profissional de alta qualificação, de acordo com normativas a serem definidas pelo SUS. (MINAS GERAIS, 2004b, p. 64)



A lógica das estruturas territoriais de saúde em Minas Gerais passa também pela superposição dos desenhos do PDR/MG (microrregiões e macrorregiões) e GRSs com estruturas de prestação de serviços de saúde, a saber, os consórcios intermunicipais de saúde (CISs), “uma solução pragmática aos problemas de déficits da atenção secundária à saúde”. (MINAS GERAIS, 2004b, p. 8)

Os consórcios consistem em uma iniciativa autônoma de municípios circunvizinhos que se associam para gerir e para prover conjuntamente serviços de saúde à população, otimizando e racionalizando o uso de recursos públicos. Existentes no Brasil desde os anos 1980 se estabelecem a partir de uma prerrogativa legal do SUS que os aponta como instrumentos de organização e gestão do sistema. (LIMA; PASTRANA, 2000)

Minas Gerais é atualmente o Estado com o maior número de consórcios; são 63, que variam de tamanho, nível de gestão, cultura, perfil epidemiológico e condições assistenciais. Têm de quatro a 35 municípios e apresentam uma extensão territorial entre 1.000 Km² e 20 mil Km², superior ao território de inúmeros países. (FIG. 4 e 5)

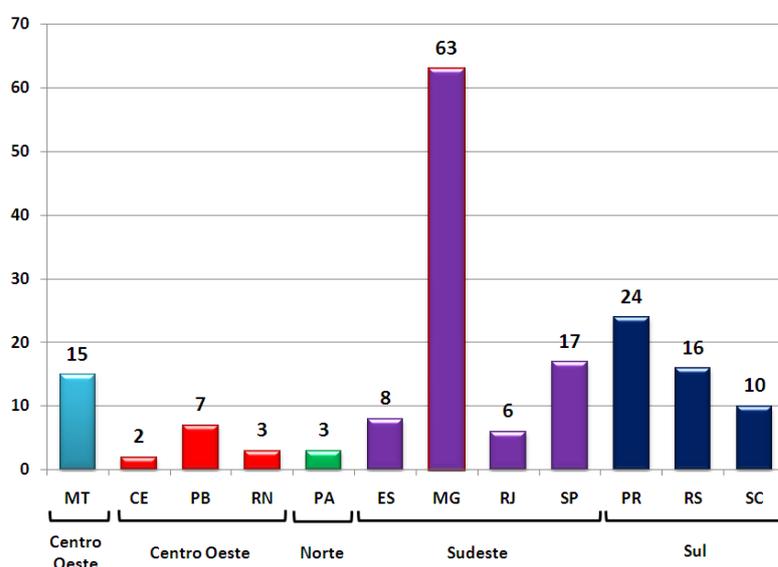


Figura 4 – Distribuição dos consórcios intermunicipais de saúde no Brasil por Estado e região
Fonte: Dos autores segundo Brasil, 2008



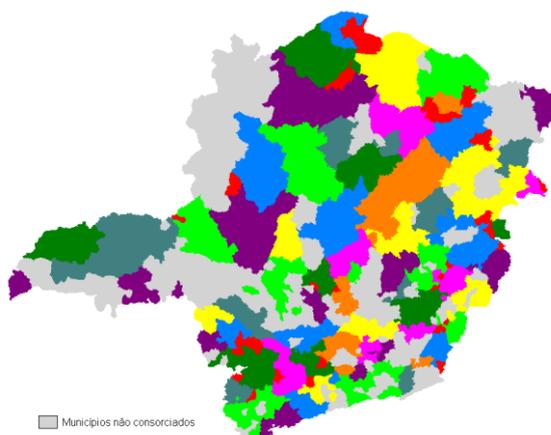


Figura 5 – Divisão territorial dos consórcios intermunicipais de saúde de Minas Gerais
Fonte: Dos autores, 2011

Os consórcios se consolidam como importantes parceiros do governo mineiro na oferta de serviços de saúde e na gestão operacional das redes de atenção. São mais de 700 mil consultas especializadas e 700 mil procedimentos diagnóstico realizados a cada ano, beneficiando quase 700 municípios e uma população aproximada de 13 milhões de habitantes. Ademais, também gerenciam programas do governo estadual como o ‘Viva Vida’, que objetiva a redução da mortalidade infantil e materna; o ‘Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS)’, que proporciona o controle, qualidade e a humanização do transporte dos usuários do SUS e o ‘Programa de Urgência e Emergência’, que busca o melhoramento do atendimento de urgência e emergência.

Em maio de 2009, por meio da Resolução 1.886, criou-se no âmbito do Estado o Programa Estadual de Cooperação Intermunicipal em Saúde (PROCIS), que a partir de incentivos financeiros e apoio técnico especializado, objetiva a ampliação e o aperfeiçoamento dos serviços ofertados à população pelos consórcios, assim como a qualificação das práticas de gestão destas associações. O programa, que procura incentivar as práticas de ações cooperativas entre entes públicos e a adequação dos consórcios administrativos à Lei Federal nº 11.107/05, ainda prevê a atuação dos consórcios de saúde do Estado conforme as diretrizes gerais do Plano Diretor de Regionalização (PDR/MG). (MINAS GERAIS, 2009)

Dentre as ações do PROCIS cabe destacar o recente lançamento, em 19 de abril de 2010, do Edital nº 001/2010 para Seleção de Projetos de Cooperação Intermunicipal em Saúde, que objetivou a ampliação, aperfeiçoamento e ampliação dos serviços próprios dos consórcios. Neste processo dois critérios de seleção



chamam a atenção, pelo menos para os propósitos deste estudo. O primeiro deles refere-se ao reconhecimento da base populacional dos consórcios como base de cálculo para o repasse financeiro do programa. É uma atitude que, entre outros entendimentos, reconhece o consórcio como um território, um território orientador dos investimentos do Estado no setor saúde, assim como os territórios do PDR/MG. O segundo ponto diz respeito aos diferentes pesos utilizados nos repasses *per capita*; R\$ 1,40 para consórcios adequados à Lei de Consórcios Públicos (11.107/05), R\$ 1,30 para consórcios localizados nas regiões Norte, Jequitinhonha e Vale do Mucuri (regiões de baixo desenvolvimento socioeconômico) e R\$ 0,90 para os demais consórcios, igualmente aos investimentos do governo estadual em programas cuja base territorial é o PDR/MG, como o PROHOSP, por exemplo, programa que objetiva o fortalecimento e a melhoria da atenção hospitalar do SUS/MG. (MINAS GERAIS, 2010b)

A adoção para o PROCIS de um modelo de repasses *per capita* com coeficientes de cálculo diferenciados conforme região reforça o entendimento dos consórcios não apenas como um instrumento de prestação de serviços de saúde, mas como uma base territorial que absorve a complexidade socioeconômica do Estado. Longe, portanto, de constituir-se apenas em uma resposta aos problemas da gestão pública local, a abrangência dos CISs perpassa um debate mais amplo, que extrapola a discussão deste território como um espaço político-operativo do sistema de saúde, mas também como um território social, econômico e político.

“Infelizmente, a tradição brasileira é de supervalorizar os critérios políticos na territorialização. Foi, assim, na experiência dos Consórcios Intermunicipais de Saúde e tem sido, assim também, no desenho de boa parte dos PDRs”. Em Minas Gerais, especificamente, a supervalorização dos critérios e argumentos políticos parecem ter sido determinantes na formatação dos territórios das Gerências Regionais de Saúde e dos consórcios intermunicipais de saúde. (MINAS GERAIS, 2004b, p. 55-56)

Um dos grandes desafios da gestão do SUS/MG é reduzir a distância entre a gestão político-administrativa (GRSs) e a gestão das redes de atenção à saúde (PDR). Para isto, desde que não afete a lógica e o propósito estruturador do PDR, a SES/MG tem buscado a adequação dos territórios das GRSs aos territórios do PDR. Todavia, diante das dificuldades encontradas, este objetivo ainda não foi totalmente alcançado, apesar das tentativas terem sido recorrentes nos últimos anos. (MINAS GERAIS, 2010a)



(...) As Secretarias Estaduais de Saúde deverão adaptar os seus territórios político administrativos aos territórios sanitários, as macro e microrregiões sanitárias.

O estabelecimento da coerência entre os territórios político-administrativos dos entes desconcentrados das Secretarias Estaduais de Saúde com os territórios sanitários é, especialmente importante, nos territórios microrregionais. (MENDES, 2009, p. 277)

Paralelo aos esforços de adequação dos territórios das Gerências Regionais de Saúde (GRSs) aos territórios do Plano Diretor de Regionalização (PDR), outra questão que começa a ser debatida nas arenas de discussão do SUS/MG refere-se à conciliação dos territórios do PDR com os territórios dos consórcios intermunicipais de saúde (CISs). Para esta empreitada os desafios são ainda maiores que a compatibilização dos territórios do PDR e das GRS, muito em razão dos consórcios constituírem-se figuras jurídicas de iniciativa autônoma de municípios.

Os consórcios, em especial os consórcios intermunicipais, devem continuar a ser utilizados, mas como um instrumento importante de arranjo intermunicipal para a prestação de serviços de saúde. (...) Os consórcios deverão superar alguns graves problemas que [se] apresentam, como as bases territoriais definidas por critérios políticos, em desacordo com os Planos Diretores de Regionalização. (MENDES, 2009, p. 276-277)

1.1 Problema

O limite é um conceito inventado para dar significado às coisas, para facilitar a compreensão do que pode ser interpretado de diversas maneiras. Fora do mapa a vida pulsa, põe o mundo em movimento e amplia as fronteiras.

No plano das políticas regionais de saúde a demarcação das fronteiras e limites são essencialmente necessários. As ações reclamam pela exatidão, pela presença da linha visual, pela territorialização.

(...) Este tipo de organização facilita o acesso das pessoas aos serviços mais próximos de sua residência e faz com que os gestores desenvolvam uma responsabilidade sanitária pela população local. A territorialização é, portanto, a base do trabalho dos gestores (...). (SHIMAZAKI *et al*, 2011, p.10)

O ato de partilhar para governar, para exercer poder, para controlar, demanda a necessidade de delimitação do território, o que motiva disputas em relação à demarcação de limites e fronteiras, termos que apesar de apresentarem significados parecidos possuem alguns distanciamentos conceituais. Dentro de um território, mais do que uma população que vive dentro de um limite, coexistem relações políticas, econômicas e culturais. (SHIMAZAKI *et al*, 2011)



O limite é compreendido como algo “inventado para dar significado às coisas, para facilitar a compreensão do que pode ser interpretado de diversas maneiras”. É algo que sugere dois ou mais mundos e anuncia a existência da diferença, insinuando a necessidade de separação. (HISSA, 2002, p. 21)

A fronteira interpenetra o conceito de limite e se coloca entre o vago e o preciso. É uma noção que se apresenta como a demarcação de domínios e está mais frequentemente ligada à atuação de governos e à ações político-administrativas.

A fronteira é transição, é espaço vago; é “terra de ninguém”, também pronta para ser invadida e ocupada. Fronteira é o mundo do tênue, do frágil, do constantemente solucionado e dissolvido, para em seguida, ser questionado. Fronteira é o fio fraco, mas é expressão de formas de poder. Por isso chama para si, insistentemente, as palavras e os gestos da guarda e da proibição. Por isso pede o muro, para externalizar a concretude que não tem. É limite e margem, sendo ainda faixa de contatos. (HISSA, 2002, p. 177)

A mutação dos limites e fronteiras do PDR/MG e dos consórcios tem-se mostrado uma questão de grande dificuldade na implementação e monitoramento das políticas públicas de saúde. São alterações que repercutem a dinâmica política, econômica e assistencial, mas que via de regra causam problemas na execução de planos e programas de saúde.

Além das freqüentes alterações na adscrição e vinculação dos municípios às microrregiões, macrorregiões e consórcios, ocorridas bianualmente no caso das macro e microrregiões e conforme conveniência dos próprios municípios no caso dos consórcios, a falta de atrelamento entre os desenhos territoriais do PDR/MG, GRSs e CISs reforçam um cenário de irracionalidade nas operações e nas práticas de gestão e planejamento do SUS/MG. A inexistência de coincidência destes territórios tem reduzido bastante a integração da autoridade burocrática do SUS à dinâmica assistencial regional.^{iv}

No atual contexto do SUS/MG, a vinculação de determinado município a um consórcio independe da conformação das macrorregiões e microrregiões do PDR, bem como das regiões administrativas (GRSs), o que tem gerado algumas dificuldades no processo de gestão e governança regional, seja pelo olhar do estado, dos municípios ou dos próprios consórcios intermunicipais de saúde. Este é um problema que tem tido conseqüências, especialmente, no funcionamento das Comissões Intergestores Bipartite Regionais (CIBMicro e CIB Macro), no credenciamento de serviços e no monitoramento dos indicadores de saúde.



2 OBJETIVOS

Fazer coincidir ou aproximar os espaços definidos pelos desenhos territoriais da saúde é tarefa que exige grande esforço técnico e político. Em Minas Gerais, em que coexistem os territórios assistenciais definidos pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR), os territórios político-administrativos representados pelas Gerências Regionais de Saúde (GRS) e os territórios dos consórcios intermunicipais de saúde (CISs) a tarefa demanda um desafio ainda maior. Nestes termos, este artigo pretende investigar o grau de esforço do gestor estadual em viabilizar ou estimular mudanças na vinculação territorial dos municípios, tendo em vista a conciliação dos territórios do PDR (microrregiões e macrorregiões) e dos CISs.

A investigação do grau de esforço do gestor em concretizar as alternativas possíveis à conciliação dos territórios do PDR e dos CISs, passa pela definição dos consórcios que demandam a compatibilização de territórios e pela identificação das possibilidades de conciliação, seja por mudanças na adscrição ou no consórcio. A pesquisa ainda demandou a seleção e ponderação de componentes de análise capazes de investigar a viabilidade técnica da mudança de microrregião do município não ajustado aos limites do PDR/MG e dos CISs, questão nevrálgica ao objetivo central do estudo.

2.1 Justificativa

A vantagem em fazer coincidir os territórios do PDR/MG e dos CISs seria a integração da autoridade burocrática do SUS à dinâmica assistencial regional, o que estimularia a co-responsabilidade entre os sujeitos deste espaço. Tal conciliação ainda possibilitaria o aperfeiçoamento da coordenação dos serviços e das práticas organizacionais estabelecidas no processo de gestão, tendo em vista o desenvolvimento do sistema microrregional de saúde em Minas Gerais.^v

A conciliação tem ainda como finalidade ampliar a eficiência e a eficácia das CIBs Microrregionais e Macrorregionais no monitoramento das questões de saúde. A construção da governança regional passa pela consolidação destas instâncias.



Pensadas a partir de uma lógica colegiada, as CIBs Microrregionais exigem o comprometimento de gestores com o território microrregional e com sua integração macrorregional e estadual. Sendo assim, uma iniciativa objetivada no aumento da capacidade operacional e de decisão de seus membros, como a conciliação dos territórios dos consórcios e do PDR, pode refletir em importantes proposições e no desenvolvimento da autonomia, da criatividade e da responsabilidade dos sujeitos envolvidos.

A sobreposição dos territórios do PDR/MG e dos CISs pode também ser justificada como uma estratégia de fortalecimento da identidade microrregional. O compartilhamento dos problemas regionais em uma arena única, comum a todos os membros da região, aperfeiçoaria o desenvolvimento de propostas, projetos e programações e aumentaria a capacidade de entrelaçamento entre os níveis de governo (estado e municípios e entre municípios) e a interação e articulação dos diversos atores e núcleos de poder.

A arquitetura da governança regional, fundada nos interesses comuns da região, também seria mais bem sustentada caso os espaços do PDR/MG e dos CISs estivessem bem articulados. Independentemente do modelo que assuma, uma governança regional democrática pressupõe articulação intensa e transparente dos diversos atores e núcleos de poder. Se um dos papéis da governança é justamente reconciliar a fragmentação institucional da abordagem das políticas públicas do estado com a territorialidade regional, a integração de territórios pressupõe processos lógicos formais que objetivam o desenvolvimento das regiões. (ALMG, 2007)

Do ponto de vista da SES/MG, a conciliação dos territórios do PDR e dos consórcios repercutiria no melhor planejamento e monitoramento dos fatores de pressão, na qualidade das informações de base territorial, na melhor espacialização do orçamento, na construção de melhores índices e fatores de avaliação e na qualificação do discurso político em torno da disputa por recursos entre as regiões. A compatibilização dos territórios também fortaleceria e dinamizaria a gerência das redes de atenção, elementos que têm contribuído bastante para a formação de uma nova concepção de pertencimento territorial.

A conciliação dos territórios do PDR/MG e dos consórcios pretende ainda aprimorar a qualidade dos Planos Microrregionais de Saúde e melhor instrumentalizar técnicos e gestores no desenvolvimento das ações operacionais do



sistema. A estratégia de interligar as políticas e ações do setor saúde a um único desenho territorial associa-se à essência deste instrumento: potencializar esforços e reduzir perdas.

A melhoria da gestão regionalizada, viabilizada a partir de um conjunto complexo de elementos, é um processo altamente necessário para a gestão do SUS/MG. A coerência dos territórios do SUS/MG deve apresentar-se como o primeiro passo para imprimir direção à ação futura, sem se distanciar, porém, da história e das diversidades regionais de Minas Gerais, tão explícitas e intensas. Trata-se, entretanto, de tarefa que exigirá enorme negociação entre os atores deste processo, além de articulação política e estratégica entre os mesmos, o que, aliás, é uma virtude essencial nesta arena, embora nem sempre utilizada a favor da população.

3 METODOLOGIA

Existem várias maneiras de explicar o limite das fronteiras, todas elas, porém, apresentam-se como tarefas complexas. Esta pesquisa procura conhecer a realidade estudada e tem como finalidade principal mudar a realidade encontrada (investigação intervencionista). (ZANELLA, 2006)

O método de conciliação de territórios requereu, inicialmente, o resgate dos princípios e critérios utilizados na conformação dos territórios do PDR, base territorial determinante no planejamento e gestão do SUS/MG. O procedimento partiu, portanto, da adequação dos limites dos consórcios com os limites do PDR, especialmente os limites da microrregião.

O primeiro passo adotado foi identificar os consórcios que não demandam adequação, ou seja, os consórcios que abrangem apenas uma microrregião. Após isso, entre os consórcios restantes, buscou-se identificar a 'microrregião predominante' de cada um deles. Por 'microrregião predominante' entende-se a microrregião onde localiza-se a maior parte dos municípios consorciados. (FIG. 6)





Figura 6 – ‘Microrregião predominante’ de um Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS)

Fonte: Dos autores, 2011

O terceiro passo metodológico foi identificar os ‘municípios descolados’ da ‘microrregião predominante’. Por ‘municípios descolados’ entende-se os municípios que não estão adscritos à ‘microrregião predominante’. (FIG. 7)

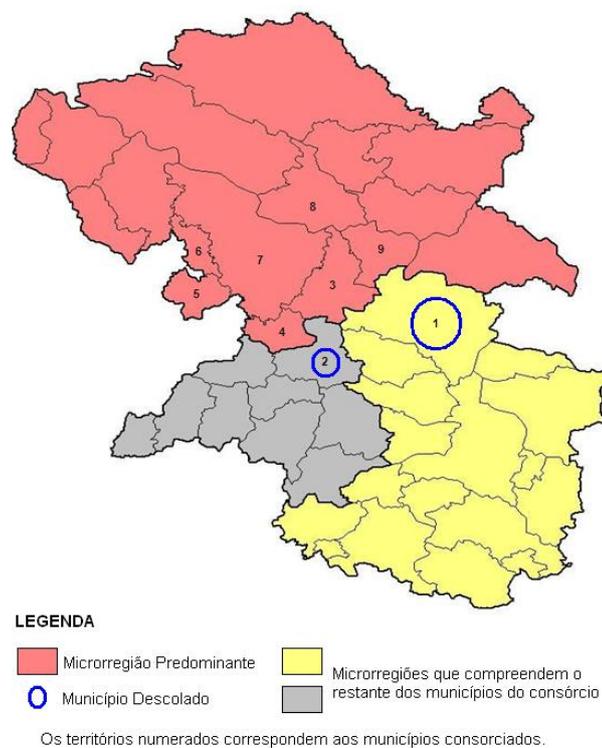


Figura 7 – Exemplos de ‘municípios descolados’ da ‘microrregião predominante’

Fonte: Dos autores, 2011



A fim de customizar a análise e selecionar mudanças de maior viabilidade, agrupou-se os consórcios com características semelhantes no que diz respeito à quantidade de 'municípios descolados' da 'microrregião predominante'. Definiu-se quatro intervalos: (1) consórcios que possuem um 'município descolado', (2) consórcios que possuem dois 'municípios descolados', (3) consórcios que possuem três 'municípios descolados' e (4) consórcios que possuem mais de três 'municípios descolados'.

Após a classificação dos consórcios em grupos; (grupo 1) consórcios sem a necessidade de adequação e (grupo 2) consórcios com maior ou menor quantidade de 'municípios descolados', esta pesquisa recorreu a um procedimento metodológico de cruzamento de variáveis amplamente aceito nas análises espaciais: a análise de multicritérios, também conhecida como árvore de decisões. (MOURA, 2007)

Aplicada de forma relativizada, considerando que a seleção e a ponderação das variáveis não foram realizadas pela quantidade recomendada de "*knowledge driven evaluation*" (conhecedores dos fenômenos e das variáveis da situação avaliada) foram selecionados e ponderados cinco componentes de análise capazes de investigar a viabilidade técnica da mudança de microrregião do 'município descolado'. Os componentes, por sua vez, repercutem critérios técnicos e políticos, pertinentes para subjetivar o grau de esforço do gestor estadual em viabilizar ou estimular mudanças na vinculação territorial dos 'municípios descolados'.

Os componentes e as análises selecionadas para investigar a viabilidade técnica da mudança de microrregião do(s) 'município(s) descolado(s)' foram:

- a) fluxo de interações para procedimentos do nível de atenção microrregional, onde investigou-se se o 'município descolado' possuía referências (significativas) para a 'microrregião predominante' do consórcio.^{vi} Para tanto foram utilizados os dados e informações dos sistemas DATASUS;
- b) acesso, onde comparou-se o tempo de deslocamento entre o 'município descolado' e o pólo da 'microrregião predominante' e entre o 'município descolado' e o atual pólo microrregional.^{vii} Para tanto foi utilizado as informações disponibilizadas pelo Departamento de Estradas e Rodagem (DER/MG);



- c) contigüidade geográfica, onde investigou-se se a mudança de adscrição do 'município descolado' poderia provocar descontigüidade geográfica na microrregião. Para realizar esta investigação utilizou-se o *software* do Ministério da Saúde *TabWin*;
- d) compatibilização à Gerência Regional de Saúde (GRS), onde investigou-se se a mudança de adscrição do 'município descolado' implicaria na necessidade de mudança de GRS, considerando a perspectiva de adequação dos territórios do PDR/MG à divisão político-administrativa da SES/MG;
- e) escala populacional, onde investigou-se se mudança de adscrição do 'município descolado' poderia comprometer a escala populacional da microrregião que "perderia" o município, conforme critérios de escala recomendados pelo PDR/MG.

Após mapeadas, as variáveis de análise foram ponderadas conforme grau de pertinência nas alternativas de mudança de adscrição de microrregião e na subjetividade de eventuais desgastes de negociação e custos políticos a elas relacionadas. Neste momento, estabeleceu-se questões que remetem a possíveis dificuldades na concretização da alternativa. As questões e as ponderações foram as seguintes:

- a) o 'município descolado' possui fluxo para a 'microrregião predominante' do consórcio? Se não, zero; se sim, três;
- b) o tempo de deslocamento entre o 'município descolado' e o pólo da 'microrregião predominante' do consórcio é inferior ao tempo de deslocamento entre o 'município descolado' e o pólo microrregional atual? Se não, zero; se sim, dois;
- c) a mudança de microrregião do 'município descolado' pode provocar descontigüidade geográfica na microrregião? Se não, um; se sim, zero;
- d) a mudança de microrregião do 'município descolado' implica também em mudança de Gerência Regional de Saúde (GRS)? Se não, um; se sim, zero;
- e) a mudança de microrregião do 'município descolado' pode comprometer a escala populacional da microrregião que "perdeu" o município? Se não, dois; se sim, zero.



Respondidas estas questões analisou-se a viabilidade dos municípios identificados como ‘municípios descolados’ alterarem a vinculação microrregional de forma a se adequarem ao atual consórcio. Quanto maior tivesse sido a pontuação alcançada, maior a viabilidade e menor o grau de esforço do gestor para concretizar a alternativa.

Os casos onde os valores alcançados situaram entre nove e sete foram considerados pela pesquisa como situações onde o grau de esforço do gestor para concretizar a alternativa é baixo. Os casos onde os valores encontrados estiveram entre seis e quatro foram considerados de médio esforço e três e zero de alto esforço. Para as situações cujos resultados relacionados às propostas de alteração na adscrição microrregional estiveram entre um e seis foram identificados consórcios com abrangência na microrregião do ‘município descolado’ como alternativa para o acordo dos territórios.

Para a consolidação dos resultados, o estudo desenvolveu uma planilha em formato Microsoft Excel, com elementos de formatação condicional, capaz de apresentar as sínteses necessárias. Nesta planilha também se descrevem as alternativas de mudanças de consórcio do ‘município descolado’. (FIG. 8)

Quant.	Nº	CIS	Sede do CIS	Quant. de municípios consorciados	Quantidade de microrregiões no CIS	Microrregião(ões) predominante(s) / Quant. de municípios da microrregião da micro consorciados	Município(s) descolado da(s) microrregião(ões) de saúde predominante(s)		ALTERNATIVA 1 (IR DA MICRO ATUAL PARA A MICRO PREDOMINANTE DO CIS)							ALTERNATIVA 2 (IR PARA O CIS ... CDM SEDE EM ...)		
							Quantidade	Município(s)	Microrregião atual do município	Questões								
										A - FLUXO	A - FLUXO	B - ACESSO (TEMPO DE DESLOCAMENTO)	B - ACESSO (TEMPO DE DESLOCAMENTO)	C - CONTIGUIDADE GEOGRÁFICA	C - CONTIGUIDADE GEOGRÁFICA		D - ADEQUAÇÃO A UPS	D - ADEQUAÇÃO A UPS
28	2	CIS MEP	BETIM	12	2	BETIM 10-11	1	SARZEDO	CONTAGEM	SM	3	0	0	0	1	SM	0	5
29	3	CIS MEPI	JOÃO MONLEVADE	7	2	JOÃO MONLEVADE 6-6	1	CATAS ALTAS	ITABIRA	SM	0	SM	2	SM	0	NA	1	2
30	4	CIS MESF	PIRAPORA	8	2	PIRAPORA 7-7	1	SÃO ROMÃO	BRASILIA DE MINAS / SÃO FRANCISCO	NA	0	NA	0	1	SM	0	2	
31	5	CIS MRECAR	CARATINGA	14	2	CARATINGA 13-13	1	CORREGO NOVO	CORONEL FABRICIANO	SM	3	NA	0	NA	1	NA	0	2
32	6	CIS MIV	VIÇOSA	10	2	VIÇOSA 9-9	1	COIMBEIRA	UBA	SM	3	NA	0	NA	1	SM	0	2
33	7	CIS MMA	MANGA	6	2	JANUÁRIA 10-5	1	MATIAS CARDOSO	JANAUBA/MONTE AZUL	SM	3	SM	2	NA	1	SM	0	2
34	8	CIS SUL	VARGINHA	16	4	VARGINHA 4-4 TRÊS PONTAS 5-5 TRÊS CORAÇÕES 6-6	1	SÃO GONÇALDO DO SAPUCAÍ	POUSO ALEGRE	SM	3	NA	0	NA	1	SM	0	2
35	9	CIS UNIÃO GERAL	JANAUBA	15	2	JANAUBA / MONTE AZUL 16-15	1	MANGA	JANUÁRIA	NA	0	NA	0	NA	1	SM	0	2
36	10	CIS CISVER	SÃO JOÃO DEL REI	15	2	SÃO JOÃO DEL REI 16-14	1	ITUIINGA	LAVRAS	NA	0	NA	0	NA	1	SM	0	2
37	11	CIS CISVI	DIVINÓPOLIS	6	2	DIVINÓPOLIS / SIA MONTE 12-5	1	CONCEIÇÃO DO PARAÍ	PARÁ DE MINAS	NA	0	NA	0	NA	1	SM	1	2

Figura 8 – Print Screen da planilha de consolidação dos resultados da pesquisa
 Fonte: Dos autores, 2011

Deve-se destacar que a aplicação do procedimento metodológico de cruzamento de variáveis se destina ao desenvolvimento de estudos caracterizadores da realidade vigente. O respectivo procedimento metodológico permite antever



situações e construir propostas de intervenção, gerando respostas mais complexas do que as atualmente existentes. Entretanto, o método aplicado possui um alto nível de subjetividade, merecendo processos de ajuste e calibração dos gestores envolvidos. Neste plano, inclusive, olhando retrospectivamente, talvez as lideranças políticas locais constituam o grande sustentáculo deste processo, especialmente nas negociações para a concretização das alternativas que recomendem a mudança de vinculação de consórcios do ‘município descolado’.

4 RESULTADOS E CONCLUSÕES

De um total de 63 consórcios, 24 não têm necessidade de adequação, pelo menos para o atual momento. 20 consórcios abrangem apenas uma microrregião e quatro consórcios apresentam, de forma ampla, municípios vinculados a mais de uma microrregião. (FIG. 9 e 10) Para estes quatro consórcios, há a necessidade de diretrizes mais específicas, considerando que os municípios vinculados, por razões geográficas e culturais, possuem forte dependência assistencial e regional.



Figura 9 – Consórcios que abrangem apenas uma microrregião

Fonte: Dos autores, 2011





Figura 10 – Consórcios que abrangem, de forma ampla, mais de uma microrregião
 Fonte: Dos autores, 2011

Os 39 consórcios restantes (63-24) foram agrupados em intervalos de classe conforme quantidade de ‘municípios descolados’ da ‘microrregião predominante’. Os intervalos de classe resultantes foram assim compostos:

- a) 21 consórcios possuem um ‘município descolado’ (1);
- b) sete consórcios possuem dois ‘municípios descolados’ (2);
- c) seis consórcios possuem três ‘municípios descolados’ (3); e
- d) cinco consórcios possuem mais de três ‘municípios descolados’ (4).

Em 34 consórcios, representados pelos intervalos um, dois e três, é viável propor a alteração da adscrição microrregional ou a alteração na vinculação de consorciamento do município. Nestes casos deve o município mudar de microrregião ou mudar de consórcio.

São 50 ‘municípios descolados’ nos consórcios constantes nos intervalos um, dois e três. Os resultados alcançados recomendam que 10 municípios alterem sua adscrição microrregional, o que, em algumas situações se repercutirá em mudanças na vinculação político-administrativa (GRS) e na adscrição macrorregional. 40 municípios devem mudar para consórcio(s) com área de abrangência na microrregião a qual pertence atualmente, ou seja, não é viável e interessante que eles retirem-se de suas microrregiões.



A pesquisa apontou, portanto, a necessidade de uma maior quantidade de alterações na área de abrangência dos consórcios em relação a alterações na abrangência das microrregiões do PDR/MG (80% dos municípios devem mudar de consórcio e 20% dos municípios devem mudar de microrregião). É a confirmação da premissa que indica a supervalorização de critérios políticos na territorialização dos consórcios e da exatidão, ou perto disso, dos limites territoriais demarcados pelo Plano Diretor de Regionalização.

A alteração da adscrição dos municípios às microrregiões e macrorregiões ou, quando for o caso, na vinculação ao consórcio intermunicipal de saúde, procurou, quando possível, manter a jurisdição administrativa dos mesmos. Fazer coincidir ou aproximar o mais possível os espaços delimitados pelo PDR-MG e pelos consórcios com os territórios político-administrativos da SES/MG (GRSs) é também assunto que merece a dispensação de esforços, afinal, é tema de grande interesse para a consolidação do processo de governança regional.

Há, inclusive, em andamento na Comissão Intergestores Bipartite de Minas Gerais (CIB-SUS/MG) uma discussão referente à proposta de compatibilização das Gerências Regionais de Saúde (GRSs) e do PDR. É tarefa que tem exigido grande empenho dos envolvidos no que diz respeito às negociações e grandes custos políticos para os gestores. Embora já tenham ocorrido sucessivas tentativas de aproximação este processo ainda não foi concretizado dentro de um plano ideal. (MINAS GERAIS, 2010a)

Em relação ao grau de esforço do gestor estadual em viabilizar ou estimular mudanças na vinculação territorial dos municípios, considerando o indicativo que quanto maior a pontuação alcançada, maior a viabilidade e menor o grau de esforço do gestor para concretizar a alternativa, os resultados foram os seguintes:

- a) 20% dos 'municípios descolados', apresentaram valores entre nove e sete, considerados pela pesquisa como situações de "fácil" conciliação, ou seja, o grau de esforço do gestor para concretizar a alternativa é baixo;
- b) 42% dos 'municípios descolados', apresentaram valores entre seis e quatro, considerados de médio esforço para concretização da alternativa;
- c) 28% dos 'municípios descolados', apresentaram valores entre três e zero, considerados de alto esforço para concretização da alternativa.

(FIG. 11)



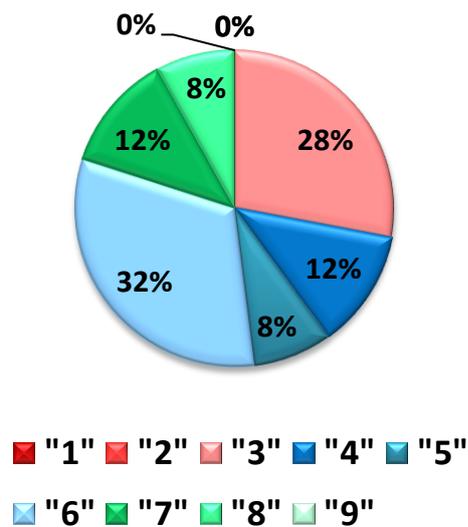


Figura 11 – Escores do grau de esforço do gestor estadual para concretizar a alternativa de mudança de vinculação territorial dos municípios descolados (%)

Fonte: Dos autores, 2011

Os consórcios constantes no intervalo quatro (mais de três 'municípios descolados') por conterem vários 'municípios descolados' de suas 'microrregiões predominantes', devem ter suas áreas de abrangência mais bem estudadas. A redefinição destes territórios implica rediscutir a realidade local e as condições que determinam as disputas em relação à delimitação do território. Nestas situações, a exemplo dos consórcios que apresentam, de forma ampla, municípios vinculados a mais de uma microrregião, também há a necessidade de diretrizes mais específicas.

Finalmente, cabe considerar que as articulações políticas a serem realizadas no âmbito das discussões voltadas para a redefinição dos limites e fronteiras dos territórios de saúde requerem, sobretudo, boas estratégias. Agir estrategicamente não é, porém, tão simples como pode parecer, pois exige no caso das políticas públicas de saúde, por exemplo, o abandono de alguns conteúdos de racionalidade técnica em proveito da justiça social imanente na proposta do SUS. Atuar estrategicamente significa reconhecer que qualquer proposta, por mais racional que pareça, sofrerá o antagonismo de grupos que terão seus interesses contrariados e que, por isto, é necessário que se consiga que estes grupos tornem-se aliados, pois, a consolidação do processo de regionalização da assistência, bem como do próprio Sistema, demanda habilidade neste sentido.

REFERÊNCIAS

ABRÚCIO, Fernando. L.; FRANZESE, Cibele. Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. *In* ARAÚJO, Maria de Fátima; BEIRA, Lígia (Orgs.). **Tópicos de economia paulista para gestores públicos**. São Paulo, Fundap, 2007.

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS (ALMG). Gerência-Geral de Taquigrafia e Publicação. ABRUCIO, Fernando Luiz. **Notas Taquigráficas da 29ª Reunião Especial da 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 16ª Legislatura** (sem revisão do orador). 20 AGO. 2007, 14h, 79p.

BRASIL. **Norma Operacional da Assistência a Saúde / SUS - NOAS 01/2002**. Estabelece as normas e diretrizes da assistência à saúde. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, Portaria GM/MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº 373/02, 27 de fevereiro de 2002.

_____. **Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005**. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 07 abr. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Integração Programática. **Consórcios de Saúde**. Brasília, 2008. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consorcio_rs.pdf. Acesso em 15 abr. 2011, 23h.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)**. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/datasus/index.php>. Acesso em 10 abr. 2011, às 14h.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. (DATASUS). **TabWin**. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/tabwin>. Acesso em 10 abr. 2011, às 14h.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. 239 p.

CORREA, Roberto Lobato. **Região e Organização Espacial**. Ática, São Paulo, 7 ed., 2002.



DINIZ, Alexandre Magno Alves Diniz; BATELLA, Wagner Barbosa. O Estado de Minas Gerais e suas regiões: um resgate histórico das principais propostas oficiais de regionalização. **Sociedade & Natureza**, Uberlândia, 17 (33):55-77, dez. 2005.

DUARTE, Aluizio Capdeville. Regionalização – Considerações Metodológicas. **Boletim de Geografia Teórica**, 10 (20), 1980.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010**. Dados de Minas Gerais. Brasília, 2010. Disponível em <http://www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em 21 mai. 2011.

LIMA, Ana Paula Gil de, PASTRANA, Rosa. **Relatório de Pesquisa**: Perfil dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Estado de Minas Gerais. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. maio de 2000, 26 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Regionalização da Atenção à Saúde no SUS**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2004.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), 2009, 848 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS-MG Nº 095**. Cria, no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais - CIB/SUS-MG, as Comissões Intergestores Bipartites Macrorregionais e Microrregionais e dá outras providências. Jornal Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 17 mai. 2004a.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. PESTANA, Marcus Vinícius Caetano; MENDES, Eugênio Vilaça (org.). Publicação Oficial da SES/MG. Belo Horizonte, 2004b.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução Nº 1.886**. Dispõe sobre o Programa Estadual de Cooperação Intermunicipal de Saúde (PROCIS). Jornal Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 27 mai. 2009.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **O PDR**: Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, abr. 2010a. 223 p. Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-novo/PDR.pdf. Acesso em 20 mar. 2011, às 10h.



MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Edital Nº 01**. Edital para seleção de projetos de cooperação intermunicipal de saúde. Jornal Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 21 abril. 2010b.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Mapa das GRSs**. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/institucional/integracao-institucional/grs/>. Belo Horizonte, 2011. Acesso em 21 mai. 2011, 16h14min.

_____. Secretaria de Estado de Transportes e Obras Públicas. Departamento de Estradas e Rodagem. **Boletim Rodoviário**. Belo Horizonte, 2002.

MOURA, Ana Clara M. Reflexões metodológicas como subsídio para estudos ambientais baseados em Análise de Multicritérios. **Anais XIII Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto**, Florianópolis, Brasil, 21-26 abril 2007, INPE, p. 2899-2906.

SHIMAZAKI, Maria Emi; MARQUES, Antônio Jorge de Souza; LIMA, Helidea de Oliveira; MATOS; Marco Antônio Bragança de; LELES, Fernando Antônio Gomes; RIANI, Rubensmidt Ramos. **Vigilância em saúde: guia do participante**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011. 44p.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia da pesquisa**. Apostila elaborada para o curso de administração na modalidade a distância. Brasília: UnB, 2006.



ⁱ Tipologia é a definição pormenorizada, por nível de atenção/regionalização de uma “referência ideal” para prestação de serviços assistenciais ambulatoriais e hospitalares. Noutros termos, é o reagrupamento lógico e calculado dos procedimentos da tabela SIA/SIH do Ministério da Saúde para descrição da oferta de serviços esperados. (MINAS GERAIS, 2010a, p. 59-60)

ⁱⁱ Economia de escala é a maior produtividade, eficiência e qualidade alcançados mediante melhor e maior aproveitamento dos recursos e equipamentos, conforme adoção de rotinas, e de critérios. (MINAS GERAIS, 2010a, p. 44)

ⁱⁱⁱ Economia de escopo é a maior e mais ampla utilização de determinados equipamentos disponibilizando-os, num mesmo ponto de atenção, espaço, localidade e tempo integral, para diversas ações. (MINAS GERAIS, 2010, p. 44)

^{iv} ‘Adscrição’ é o termo empregado para denominar a vinculação de um município à microrregião ou macrorregião, divisões territoriais do Plano Diretor de Regionalização.

^v Para o setor de saúde coordenação implica em assegurar uma ótima distribuição geográfica dos recursos e uma efetiva relação entre os sujeitos de uma região.

^{vi} À microrregião, em seu pólo, de forma solidária e conforme o porte populacional, cabe a organização/oferta dos elencos MCH1 e MCH2 (Média Complexidade Hospitalar 1 e 2). (MINAS GERAIS, 2010a)

^{vii} A simples distância linear entre municípios pode representar mal a fricção do espaço, cuja intensidade é diferente dependendo dos meios disponíveis para transpô-lo. A saúde pública prioriza a análise da distância em razão dos custos de deslocamento, em unidades de tempo ou de dinheiro.



AUTORIA

Darlan Venâncio Thomaz Pereira – Geógrafo, Assessor Técnico de Cooperação Intermunicipal em Saúde (SES/MG)

Endereço eletrônico: darlanthomaz@yahoo.com.br

Breno Henrique Avelar de Pinho Simões – Advogado, Assessor Especial do Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG)

Endereço eletrônico: bhapss@yahoo.com.br

Lenira de Araújo Maia – Psicóloga, Assessora Técnica de Cooperação Intermunicipal em Saúde (SES/MG)

Endereço eletrônico: lerysmaia@hotmail.com

Marta de Sousa Lima – Filósofa, Chefe de Gabinete (SES/MG)

Endereço eletrônico: martasousalima@oi.com.br



LEI DE CONSÓRCIOS PÚBLICOS: APLICABILIDADE E DESAFIOS PARA A GESTÃO DO SUS

Breno Henrique Avelar de Pinho Simões



LEI DE CONSÓRCIOS PÚBLICOS: APLICABILIDADE E DESAFIOS PARA A GESTÃO DO SUS

Breno Henrique Avelar de Pinho Simões

RESUMO

A Lei 11.107/05 ou a Lei de Consórcios Públicos, além de retirar os consórcios do limbo jurídico onde vivem, apresenta inovações em relação ao ordenamento jurídico, tais como os contratos de programa e de rateio, importantes instrumentos para a regularização administrativa e jurídica das relações entre consorciados e consórcio. A lei permite a segurança jurídica necessária aos gestores públicos e oferece uma gama de soluções que facilitam o gerenciamento das ações e dos serviços regionalizados, instrumentalizando os administradores públicos a atuarem de forma conjunta, cooperativa, eficiente e, sobretudo, perene. Esta pesquisa, do tipo explicativa e realizada com coleta de dados baseada em análise documental e observação participante, demonstra a importância da Lei de Consórcios Públicos como instrumento para a gestão do SUS e os desafios que cada gestor enfrentará para organizá-lo – uma vez que as práticas cooperativas ainda são vistas como perda de poder por alguns agentes políticos – ou para reorganizar as antigas estruturas consorciadas existentes na sua esfera administrativa.



1 INTRODUÇÃO

O legislador constituinte ousou criar o Sistema Único de Saúde (SUS), o maior plano de saúde pública do mundo, o 'tudo para todos como dever do estado'. Em que pesem todas as suas virtudes, é inegável que a sua criação se deu em um ambiente de escassez de recursos, sendo o Brasil, dentre os países considerados emergentes, o que possui o menos gasto *per capita* com saúde. E a escassez não limita-se apenas aos recursos financeiros, mas também aos recursos humanos e acesso aos recursos tecnológicos existentes.

Este sistema foi pensado de uma forma jurídico-administrativa extremamente complexa, trazendo na sua concepção competências comuns e complementares entre os entes que o constituem: União, Estados e Municípios, aqui compreendidas as suas administrações diretas e indiretas. A combinação entre escassez e complexidade estrutural leva, naturalmente, à profunda necessidade de que se evite, de todas as formas, o desperdício dos recursos disponíveis.

Nunca é demais lembrar que nosso país possui mais de 5 mil municípios, grande parte deles com menos de 20 mil habitantes, com absoluta impossibilidade material de prover os seus cidadãos de suas necessidades, em especial na área da saúde. A solução para isso, pensada pelos nossos legisladores, está explicitada na Constituição Federal "art. 198, "As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (...)" (BRASIL, 1998), assim como nas leis que regulamentam o SUS, a lei 8.080/90 e a lei 8.142/90. Regionalizar e hierarquizar são, portanto, dois mandamentos sem os quais o sistema não tem como funcionar, como existir. Eles se explicitam na necessidade da constituição de redes assistenciais formadas a partir de uma lógica em que todos devem possuir o básico, alguns têm que possuir os serviços denominados de média complexidade e poucos têm que possuir os chamados serviços de alta complexidade.

Para chegar a essa situação foi o sistema evoluindo, sendo regido por normas que, ao longo do tempo, estabeleceram um planejamento e uma operacionalização sistematizados (as chamadas normas operacionais e as normas assistenciais). Esta evolução levou ao processo de municipalização a partir de uma correta lógica de que o município é o local onde o poder público se materializa; é o local físico da existência do poder público.



Essa municipalização, entretanto, não poderia gerar – como acima mencionado – que todos possuíssem tudo; seria inviável, improdutivo, impossível. Diante desta constatação, necessário se fez com que se formassem parcerias entre os entes públicos, tanto no âmbito do exercício das competências legais definidas na legislação que regulamenta o SUS quanto na disseminação de práticas de cooperação entre esses entes. Dessas práticas emergem, com importância ímpar, a formação de consórcios entre os entes públicos.

Existentes desde os primórdios do SUS, com importância comprovada na prática – especialmente para os municípios menores – os consórcios passaram a demandar uma norma a regulamentá-los, uma norma que fizesse jus à sua importância e às necessidades do sistema público de saúde, o que se concretizou com a Lei de Consórcios Públicos, objeto deste trabalho.

2 OBJETIVOS

É objetivo deste trabalho mostrar, a partir de uma contextualização jurídica, a importância da Lei de Consórcios Públicos (Lei 11.107, de 6 de abril de 2005) para a consolidação da cooperação entre entes públicos e o que isto representa no ambiente do Sistema Único de Saúde (SUS).

3 METODOLOGIA

A metodologia adotada baseou-se na forma usual como doutrinadores e juristas estabelecem discussões, reflexões e comentários acerca de textos legais e/ou normativos. Foram destacados os pontos considerados mais importantes relacionados ao objetivo do trabalho e sobre eles feitas análises e tecidos comentários, tudo à luz de uma ‘visão histórico-jurídica’ do tema feita por meio de pesquisa das normas originalmente vigentes até os dias atuais.



4 JUSTIFICATIVA

O Sistema Único de Saúde, um dos poucos exemplos de verdadeiro pacto federativo em nosso país, é solo fértil para o desenvolvimento de práticas de cooperação, posto ter sido estruturado de forma a que os entes públicos se interrelacionem permanentemente no intuito de prover os cidadãos de serviços de saúde de qualidade. Desde a sua concepção ele foi planejado para que os serviços que o constituem obedecessem a uma organização regionalizada, formada por redes assistenciais que, de forma hierarquizada, atendam às demandas existentes.

Se bem observarmos as normas que operacionalizaram o SUS (NOBs, NOAS) veremos que delas constam dispositivos que efetivamente estimulavam a cooperação. Como exemplo podemos citar a *NOAS 01/01*:

No que diz respeito aos estados, houve avanços significativos na organização de redes articuladas e resolutivas de serviços, mediante o desenvolvimento do processo de programação integrada, a implantação de centrais de regulação, o fortalecimento do controle e avaliação, a organização de consórcios intermunicipais ou, ainda de forma mais explícita, por meio da formulação e progressiva implementação de planos de regionalização promovidos pelas Secretarias de Estado da Saúde/SES. (BRASIL, 2001)

Poder-se-á dizer que as práticas de cooperação sempre estiveram presentes na área pública, não havendo qualquer novidade no que ora aqui se expressa. E isto é a mais pura verdade, pois há muito convivemos com os convênios, termos de parceria, subvenções, protocolos de intenções e outros tantos instrumentos jurídicos que regem a transferência de recursos de naturezas diversas (financeiros, materiais e humanos, por exemplo) entre as pessoas jurídicas de direito público.

No caso do SUS, entretanto, a cooperação é condição de existência. Sem ela o sistema deixará de existir. E foi pensando nisso que o legislador previu (Lei 8.080/90) que: “Art. 10: Os municípios poderão constituir consórcio para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhe correspondam”. Esta previsão legal traz em si o real (jurídico) conceito de consórcio: pacto entre sujeitos de direito para a realização de objetivos comuns (obs.: da mesma forma que os consórcios de natureza privada - para aquisição de veículos, imóveis, etc...- aos quais estamos acostumados em nosso dia a dia). (BRASIL, 1990).



Só que, da mesma maneira que o grupo de pessoas que forma um consórcio para a aquisição de um bem, este consórcio não estava apto a assumir direitos ou contrair obrigações em nome dos seus consorciados. Era mero pacto, mero protocolo de intenções. Nessa concepção um dos municípios consorciados ficava responsável por responder pelos direitos e obrigações de todos. Era ele que licitava ou que contratava os recursos humanos, por exemplo.

Esse modelo acabou por não prosperar por motivos especialmente relacionados à pouca ou nenhuma ingerência dos demais municípios consorciados nos assuntos do consórcio, o que se dava exatamente porque o município-líder (vamos chamá-lo assim) é que acabava por cuidar de todos os assuntos inerentes ao consórcio.

A partir dessa experiência, ficou clara a necessidade de aperfeiçoamento do instituto, o que se deu com a criação de pessoas jurídicas para responder pelos interesses do consórcio e gerenciar suas atividades. Essa criação se deu sob os fundamentos do artigo 5º, incisos XVII, XVIII, XIX, XX e XXI da Constituição Federal e dos artigos 16 a 23 do antigo Código Civil Brasileiro de 1916 (associações civis sem fins lucrativos). (BRASIL, 1916)

Tal prática foi, inclusive, respaldada por um dos maiores administrativistas do país, o Professor Hely Lopes Meirelles:

Entendemos que os consórcios dependem de autorização para serem validamente celebrados, e, como não são pessoas jurídicas, não têm capacidade para exercer direitos e assumir obrigações em nome próprio, pelo quê é de toda conveniência a organização de uma entidade civil ou comercial, paralela, que administre seus interesses e realize seus objetivos, como desejado pelos consorciados. (MEIRELLES, 2000, p. 364)

A formação de pessoas jurídicas fez prosperar o instituto, especialmente por estabelecer um democrático sistema de gerenciamento baseado em responsabilidades e direitos iguais, sem concentração de poder decisório nas mãos de apenas um. A partir disto tornaram-se os consórcios um eficiente mecanismo de racionalização burocrática, agregando os entes constituidores em torno de uma instituição dotada de personalidade jurídica, com planejamento único e realizadora de ações voltadas para o interesse de todos. Tudo, claro, a partir de uma maior democratização das decisões, em especial quanto à alocação dos recursos disponíveis – fossem financeiros, humanos ou materiais -, o que sempre serviu de contraponto à maior capacidade de ingerência dos municípios de maior porte.



Entretanto, como não existia legislação específica para tratar da matéria, não foram poucos os que criticaram a formação dessas pessoas jurídicas – e a prática de consorciamento em si – inclusive tachando-as de inconstitucionais. Mais ainda, algumas situações jurídicas aparentemente simples se tornavam complexas em razão da inexistência de norma regulamentadora. Como exemplos, podemos citar a contratação do consórcio pelo consorciado, a cessão de servidores, a impossibilidade do consórcio realizar licitação para os consorciados (economia de escala), a garantia do cumprimento das obrigações pactuadas por todos os consorciados, dentre outras.

A cada vez mais premente necessidade de regulamentação começou a ser resolvida com a promulgação da Emenda Constitucional nº 19 de 1.998 (obs.: a Constituição de 1.988 era simplesmente silente em relação ao tema), que dispôs:

Art. 241- A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos. (BRASIL, 1998)

É óbvio que essa Emenda por si não resolveu a questão, mas também é óbvio que ela gerou expectativas e, por conseqüência, uma cobrança maior pela regulamentação. Depois de um longo caminho, muitos anos depois, ela veio, com a Lei 11.107/05.

A Lei trouxe aquilo que faltava, e que pode ser resumido numa única palavra: “segurança”. Como marco legal, legou aos consórcios a segurança jurídica, deixando claro o que é um consórcio, como ele se forma e como poderá atuar. É o que temos quando a lei dispõe que o consórcio atuará nos limites das competências atribuídas aos entes que o integram. Dessa segurança jurídica derivam as demais “seguranças”.

A primeira, a segurança administrativa, relacionada às ações cotidianas das instituições. Ela está retratada no estabelecimento de questões como o regime jurídico ao qual estão vinculados os recursos humanos dos consórcios, que deverão ser contratados por concurso público e regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho. Definida a forma, poderão os consórcios trazer para os seus quadros – para servir aos seus consorciados – profissionais que não poderiam ser remunerados por eles isoladamente. Ex.: médicos especialistas.



Está nas garantias dadas aos entes consorciados nas questões relacionadas ao cumprimento das obrigações pactuadas no âmbito do consórcio mesmo quando determinado ente fizer a opção de dele se retirar, ou na imposição de sanções de improbidade ao representante legal do ente federado que deixar de incluir em seu orçamento recursos para o consórcio. Isso evita que questões pequenas, normalmente geradas por questiúnculas políticas, possam colocar, pela retirada irresponsável de um ou mais consorciados, à deriva projetos e ações relevantes. Não é necessário dizer o quão isto é importante na área da saúde, onde qualquer recurso é primordial.

Além desses aspectos, traz a lei normas que permitem a agilidade e eficiência na gestão, permitindo que os consórcios possam realizar licitações para os entes que os integram, gerando contratos para eles. No âmbito da saúde podemos estimar o que significa em economia (portanto, em mais recursos para outras ações) uma aquisição de medicamentos, por exemplo, para atender à população de vários pequenos municípios.

Também define a Lei que a relação jurídica contratual entre consorciados e consórcio se formalizará por dispensa de licitação, desburocratizando processos, permitindo maior agilidade. Permite a celebração de contratos de programa, instrumento pelo qual serviços, pessoal, equipamentos (etc.) de um consorciado possam ser transferidos ao consórcio. Para ressaltar a relevância deste mecanismo na área da saúde basta imaginarmos, por exemplo, que um hospital de um determinado ente consorciado, que não tenha condições de gerenciá-lo, poderá ser transferido ao consórcio e gerido com recursos de todos.

Deixa também clara a possibilidade de cessão de servidores ao consórcio, o que também permite que mais profissionais qualificados venham a atender aos consorciados. Ademais, permite a agilização de procedimentos legais-burocráticos, estipulando que os limites para a realização de licitação nas modalidades existentes (convite, tomada de preços e concorrência) são ampliados em até três vezes. Como a 'saúde não espera' isto faz uma grande diferença.

Temos, ainda, a segurança financeira, expressa no fato de que os entes consorciados, isolados ou em conjunto, bem como o próprio consórcio, são partes legítimas para exigir o cumprimento das obrigações previstas no contrato de rateio, que é o instrumento jurídico pelo qual os consórcios transferem recursos para a



manutenção das atividades do consórcio. Ela também se manifesta quando prevê a exclusão, após prévia suspensão, do ente consorciado que não consignar, em sua lei orçamentária ou em créditos adicionais, as dotações suficientes para suportar as despesas assumidas por meio de contrato de rateio. Também está expressada na garantia de que as obrigações assumidas deverão ser honradas pelo ente consorciado que se retira, inclusive prevendo a possibilidade de exigência do pagamento de indenizações.

Ainda no âmbito da segurança financeira, caberá ao consórcio, sendo ele de direito público (obs.: não é objeto deste trabalho, mas não se vê qualquer vantagem em que seja adotada a forma de 'consórcio público de direito privado' prevista na Lei) o "produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem", conforme previsto no artigo 158 da Constituição Federal, ou seja, o imposto de renda retido na fonte por um consórcio de direito público não será creditado à União, permanecendo nos cofres dos entes consorciados, podendo (e devendo) ser destinado à execução de mais ações. No ambiente de escassez de recursos na área da saúde isso é de suma importância. (BRASIL, 1988)

A mais, temos ainda a segurança patrimonial, retratada na Lei pela previsão de que os bens destinados ao consórcio público pelo consorciado que se retira somente serão revertidos ou retrocedidos no caso de expressa previsão no contrato de consórcio público ou no instrumento de transferência ou de alienação. Se imaginarmos que, por exemplo, um consorciado que se retira por motivo banal não poderá, a seu bel-prazer, retirar um importante equipamento de saúde que destinara ao consórcio, poderemos inferir a relevância dessa previsão legal.

Por fim, mas não menos importante, (ou tão importante para a área da saúde quanto a questão da segurança jurídica), temos que um consórcio público de direito público na área da saúde estará natural e automaticamente integrado ao sistema em razão das disposições constitucionais e legais vigentes. Em razão disso, após o cumprimento de requisitos menos burocráticos, poderá esse consórcio prestar serviços de saúde e ser remunerado pelos recursos federais constantes do orçamento da saúde (obs.: Em se tratando de um consórcio público de direito privado, também ele poderá ser remunerado com tais recursos, mas para tanto terá



que se submeter a todo um processo de contratação - conhecido na área da saúde como 'credenciamento de serviços') - nos termos da Lei de Licitações ou de um pregão. Tudo isso, claro, envolvendo um extenso e moroso processo administrativo repleto de exigências burocráticas).

Somados todos estes fatores, não é exagero dizer que a Lei de Consórcios Públicos permite aos gestores de saúde que se utilizem dos consórcios como os mais importantes instrumentos para a gestão do SUS. Falar em regionalização e hierarquização sem se ater aos consórcios é, além de temerário, uma perda de grandes oportunidades.

Oportunidades que surgiram, sobretudo, pela existência de uma lei que permite que os consórcios sejam utilizados em tudo aquilo que têm de melhor, como aqui ostensivamente mencionado. São os consórcios, através da lei que os regula, as instituições capazes de suprir, de forma mais imediata, os chamados 'vazios assistenciais', locais de desassistência em razão da escassez de recursos de diversas naturezas.

São os consórcios os melhores instrumentos para a execução das políticas e ações de saúde definidas no âmbito das comissões intergestores, podendo exercer funções gerenciais diversas nas suas respectivas regiões. São também eles que podem, pela racionalização dos recursos disponíveis – aqui, repita-se: todo o tipo de recursos -, gerar um efeito multiplicador na assistência muito maior do que um simples aumento de teto financeiro de um determinado município.

Como se vê, pode a Lei 11.107/05 ser a base para uma melhor ordenação dos sistemas de saúde, desde que seja utilizada como instrumento para a consolidação – e melhoria – da hierarquização e da regionalização da atenção à saúde. Para que isso ocorra, vários desafios devem ser superados, dentre os quais se destacam a necessidade de que os atuais consórcios sejam adequados à Lei 11.107/05, o que não ocorre com a rapidez desejada em razão de um pensamento equivocado de que essa Lei pode causar entraves à administração dessas entidades (o que aqui se buscou provar ser exatamente o contrário).

É também necessário que seja estimulada a formação do que pode ser denominado de 'consciência regional', uma visão por parte dos gestores de que isoladamente não conseguirão cumprir com os mandamentos legais da área da saúde e, muito menos, atender aos anseios legítimos da população. Têm eles que



ser convencidos de que as ações consorciadas não constituem uma perda de autonomia, ao contrario, são a consolidação do ditame da direção única previsto na lei. Diga-se de passagem, fatos esses que os municípios de menor porte já há muito constataram, o que os fez se tornarem os maiores agentes de desenvolvimento dos consórcios e das suas práticas.

5 CONCLUSÕES

A Lei de Consórcios Públicos, além de legitimar instituições há muito existentes na esfera pública, representa uma grande evolução nos aspectos relacionados às práticas de cooperação entre os entes federados. Através dela, dos inovadores mecanismos que ela trouxe, poderão ser os consórcios um dos meios mais propícios a dar vida ao “princípio da eficiência” (obs.: também inserido na Constituição pela Emenda 19/98 – o que não é mera coincidência) previsto no art. 37 da Constituição Federal, tendo em vista serem instrumentos de racionalização dos recursos públicos (humanos, materiais e financeiros) disponíveis.

Traduz-nos, esse princípio, o Professor José Afonso da Silva:

Numa idéia muito geral, eficiência significa fazer acontecer com racionalidade, o que implica medir os custos que a satisfação das necessidades públicas importam em relação ao grau de utilidade alcançado. Assim, o princípio da eficiência, introduzido agora no art. 37 da Constituição pela EC-19/98, orienta a atividade administrativa no sentido de conseguir os melhores resultados com os meios escassos de que se dispõe e a menor custo. Rege-se, pois, pela regra da consecução do maior benefício com o menor custo possível (...). Isto quer dizer, em suma, que a eficiência administrativa se obtém pelo melhor emprego dos recursos e meios (humanos, materiais e institucionais) para melhor satisfazer às necessidades coletivas num regime de igualdade dos usuários. (SILVA, 1999, 655)

Compete aos gestores, a partir das suas experiências, da vivência desta Lei, atuarem para que ela se aperfeiçoe, e, principalmente, para que se consolide no ambiente público. Vivemos em um país de dimensões continentais, do qual fazem parte inúmeros municípios desprovidos de mínima capacidade administrativa. Para eles e, principalmente, para os cidadãos brasileiros que neles residem, é que a Lei 11.107/05 tem maior importância, pois pode lhes permitir acessar serviços públicos dignos. De uma evolução poderá ela gerar, no melhor e mais puro sentido da palavra, uma revolução.



REFERÊNCIAS

BRASIL. **Código Civil de 1916**. Lei nº 3.071, de 1º de janeiro de 1916. Institui o Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Brasília, DF. Disponível em <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes>.

_____. **Constituição Federal Brasileira de 1988**. Institui o Estado Democrático. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 05 de outubro de 1988.

_____. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 20 de setembro de 1990

_____. **Lei Nº 8.142, de 28 de setembro 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, 29 de setembro de 1990.

_____. **Emenda constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998**. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 05 de junho de 1998.

_____. **Norma Operacional da Assistência a Saúde / SUS - NOAS 01/2002**. Estabelece as normas e diretrizes da assistência à saúde. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 27 de fevereiro de 2002.

_____. **Norma Operacional da Assistência a Saúde / SUS - NOAS 01/2001**. Estabelece as normas e diretrizes da assistência à saúde. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 26 de janeiro de 2001.

_____. **Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005**. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 07 abr. 2005.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. São Paulo: Malheiros Editores, 2000.



MENDES, Eugênio Vilaça. **A Regionalização da Atenção à Saúde no SUS: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa.** Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2004.

_____. **As redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), 2009, 848 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. SIMÕES, Breno Henrique Avelar de Pinho; COELHO, José Rafael Guerra Pinto (org.). **Consórcio Intermunicipal de Saúde.** Documento para discussão interna. Belo Horizonte, 1997, 151 p.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa.** PESTANA, Marcus Vinícius Caetano; MENDES, Eugênio Vilaça (org.). Publicação Oficial da SES/MG. Belo Horizonte, 2004b.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução Nº 1.886.** Dispõe sobre o Programa Estadual de Cooperação Intermunicipal de Saúde (PROCIS). Jornal Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 27 mai. 2009.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **O PDR: Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais.** Belo Horizonte, abr. 2010a. 223 p. Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-novo/PDR.pdf. Acesso em 20 mar. 2011, às 10h.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Edital Nº 01.** Edital para seleção de projetos de cooperação intermunicipal de saúde. Jornal Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 21 abril. 2010b.

SILVA, José Afonso da Silva. **Curso de Direito Constitucional Positivo**, Ed. Malheiros Editores, 18^a Edição, 1999.



AUTORIA

Breno Henrique Avelar de Pinho Simões – Advogado, Assessor Especial do Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG)

Endereço eletrônico: bhapss@yahoo.com.br



OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE COMO INSTRUMENTOS PARA A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: A EXPERIÊNCIA DO SUS-MG

Lenira de Araújo Maia
Antônio Jorge de Souza Marques
Darlan Venâncio Thomaz Pereira
Marta de Sousa Lima

RESUMO

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CISs) são valiosos instrumentos de cooperação entre municípios, visando salvaguardar interesses de uma determinada região. Trata-se de associação criada para a solução de problemas comuns, racionalizando a ação governamental a partir da realização conjunta de atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, o que promove um maior ordenamento na utilização dos recursos disponíveis e reforça o papel dos municípios na gestão da política de saúde. Em Minas Gerais, desde 1995, os CISs estão integrados ao sistema estadual de saúde que reconheceu sua importância no fortalecimento da co-gestão em saúde, em especial para os municípios de menor porte, cujas capacidades de investimento no setor são reduzidas em face de orçamentos apertados e crescentes necessidades dos cidadãos. O trabalho discute as diversas formas de cooperação estabelecidas entre o governo mineiro e os 63 CISs que beneficiam 13 milhões de pessoas em cerca de 700 municípios do estado e que fazem com que a política de cooperação intermunicipal seja perene em Minas. Trata-se de estudo descritivo, com coleta de dados baseada em análise documental e observação participante.



1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil, orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional. Tal sistema parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito. Foi instituído com o objetivo de coordenar e integrar as ações de saúde das três esferas de governo para atender de maneira funcional às demandas por atenção à saúde da população brasileira.

Seu processo de implantação nos anos oitenta do último século, na esteira do movimento pela redemocratização do país, alavancou as esperanças e expectativas da população brasileira de que a saúde, efetivamente, se constituísse em direito de todos e dever do Estado. Isto porque o caráter excludente e desigual do modelo de organização social no Brasil estava claramente explícito no setor saúde dada a segregação de grandes contingentes populacionais do acesso aos serviços coletivos de promoção à saúde e prevenção de agravos como os de caráter assistencial.

A perspectiva de um novo modo de organização dos serviços, com potência para alterar a histórica desigualdade de oferta de ações de saúde à população, representou a acolhida e declaração da responsabilidade do Estado quanto à disponibilidade e prestação desses serviços independente do poder aquisitivo do cidadão e de sua inserção no mercado de trabalho formal. Inscrito na Constituição Federal de 1988 e na norma posterior específica para o setor, o Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou a síntese dos avanços políticos no âmbito das políticas sociais constituídas na rede de novas relações estabelecidas entre a sociedade civil organizada e o Estado e configuradas numa dimensão pública e coletiva.

Nos últimos anos, o SUS vem passando por diversas mudanças em sua organização, com destaque para o acelerado processo de descentralização das políticas e ações de saúde através do estabelecimento de normas e diretrizes de organização dos serviços de modo a aproximar cada vez mais sua oferta do conjunto de cidadãos brasileiros. Esta diretriz organizativa constitui um princípio fundamental para o desenvolvimento e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil.



Tal conceito traduz-se na idéia de que só é possível atender às necessidades de saúde da população considerando as especificidades de cada região, alcançando, de modo integral e equânime, a todos os cidadãos. Atender a tal objetivo só é possível conhecendo-se tais necessidades e realizando investimentos que possibilitem a cada região o desenvolvimento de suas potencialidades de modo eficiente, resolutivo e eficaz.

A descentralização ultrapassa os aspectos técnico-administrativos e, visando realizar um contraponto à centralização, configura um deslocamento de poder com vistas à redistribuição mais eficiente dos recursos públicos, propiciando coerência entre a estrutura de necessidades dos distintos grupos sociais e o perfil das demandas existentes.

Descentralizar significa distribuir responsabilidades entre as esferas de governo, de modo que cada uma delas, em especial os municípios, tenha autonomia para decidir, implantar e desenvolver ações e serviços de saúde, inclusive para legislar sobre assuntos de interesse local. Para tanto, as instâncias subnacionais devem ser dotadas de condições gerenciais, administrativas e financeiras para exercer as competências que lhes foram atribuídas. O objetivo é garantir serviços com qualidade e transparência, visto que as decisões devem ser tomadas o mais próximo possível da população interessada.

Porém, da mesma maneira que representou um inegável avanço na oferta de bens e serviços sociais à população, a descentralização desencadeada pelo processo de redemocratização política do Brasil, trouxe inúmeras conseqüências e problemas que requerem variadas formas de intervenção para serem enfrentados. Se as virtudes da descentralização residem na possibilidade de ganhos de eficiência e racionalidade na alocação de recursos, não são poucos os seus aspectos controversos considerando as experiências heterogêneas que se configuram em cenários de parques recursos e que são direcionadas por um marco regulatório comum.

O federalismo brasileiro, tal como configurado pela Constituição Federal de 1988, possui a singularidade de estabelecer os municípios como entes federados dotados de competência tributária e autonomia política e administrativa. Além disso, os municípios brasileiros, assim como os estados e a União, possuem competências



específicas no provimento e execução das políticas públicas, incluídas aí as políticas de saúde. Tal modelo de federação, sem análogo em outros Estados Federais ao redor do mundo, caracteriza-se pela derrocada do centralismo que marcava a organização política brasileira e o fortalecimento crescente do poder local como locus privilegiado de execução das políticas sociais. Nesse sentido, o processo de descentralização posto em prática desde 1990 privilegiou o papel dos municípios como atores fundamentais na construção e efetivação das políticas de saúde (OUVERNEY, 2005).

Parece claro que tal configuração trouxe inúmeras conseqüências, dentre elas uma competição predatória por recursos financeiros entre os municípios brasileiros, tendo em vista o pequeno porte da grande maioria deles, o que limita sua capacidade de planejamento e gestão do sistema. (SOUZA, 2001). Além disso, como era necessário oferecer cada vez maior número de serviços para garantir os recursos financeiros disponibilizados pela União, isso significou um incentivo para a expansão dos serviços municipais de saúde, levando a uma grande fragmentação das ações, expansão do número de serviços de baixa qualidade e pouca ou nenhuma economia de recursos (MENDES, 2004).

Num país de dimensões continentais como o Brasil, com 5565 municípios, sendo 45% deles com população de até 10.000 habitantes e 70% não atingindo 20.000 habitantes (IBGE, 2010), as implicações para o planejamento e organização das ações de saúde são bastante complexas. Além disso, trata-se de nação com dimensões continentais e profundas desigualdades entre as diversas regiões. Essas características acabam por configurar um quadro de baixa capacidade administrativa e gerencial, o que requer a adoção de estratégias de compartilhamento de responsabilidades e co-gestão.

Dentre essas estratégias destacam-se os consórcios intermunicipais de saúde, tema deste estudo, iniciativa municipal que objetiva minimizar as dificuldades enfrentadas pelos municípios na gestão e execução das políticas de saúde, e que serão aqui abordados a partir da relação estabelecida entre estes importantes instrumentos gerenciais e a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG).



2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Discutir a política estabelecida pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais em relação aos Consórcios Intermunicipais de Saúde existentes no estado

2.1 Objetivos Específicos

- a) Apresentar o modelo de gestão da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais;
- b) Descrever o percurso histórico do estabelecimento de políticas de cooperação intermunicipal em saúde pela SES/MG;
- c) Analisar as relações entre o modelo de gestão da SES/MG e os Consórcios Intermunicipais de Saúde;
- d) Discutir as principais políticas implementadas pela SES/MG para o fortalecimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde na atual gestão.

3 OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE (CISS)

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CISs) consistem em uma iniciativa autônoma de municípios circunvizinhos que se associam para gerir e para prover conjuntamente serviços referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações, promovendo um maior ordenamento na utilização dos recursos disponíveis e reforçando o papel dos municípios na elaboração e gestão da política de saúde como um todo, otimizando e racionalizando, assim, o uso de recursos públicos. Trata-se de associação movida por uma comunhão de interesses e criada para a solução de problemas comuns.

Previstos desde a Constituição de 1937, foi a partir da década de 80, com o processo de redemocratização e descentralização das políticas públicas, que este modelo de associação ganhou força no cenário político brasileiro. Diante da necessidade de otimizar o uso dos recursos disponíveis para o provimento dos



serviços e ações de saúde e tendo em vista a crescente responsabilização dos municípios na garantia de tal provimento, grande número de municípios se associaram, através de pactos de cooperação para oferecer o maior número de serviços a custos mais baixos.

Com o advento do Sistema Único de Saúde com seu arcabouço legal, a figura dos consórcios na área de saúde ganhou contornos, inclusive, jurídicos, sendo garantida sua existência na legislação. A Lei Orgânica da Saúde, Lei Federal nº 8080 de 19 de setembro de 1990, prevê, em seu artigo 10 que “*Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e serviços de saúde que lhe correspondam*”. Além disso, no Artigo 18, Inciso VII da mesma lei tem-se que “*À direção municipal do Sistema Único de Saúde – SUS, compete: VII - formar consórcios administrativos intermunicipais.*” Tendo em vista estes enunciados, deve-se considerar, portanto, os consórcios como instrumentos legais para a organização e gestão do Sistema Único de Saúde.

Importante ressaltar que o setor saúde saiu na frente ao prever essa forma de associação em sua base legal, já que a figura dos consórcios somente passou a constituir o texto constitucional após a edição da Emenda nº 19, de 15 de junho de 1998 que originou o artigo 241 do texto atual da Constituição Federal que afirma que:

Art. 241. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos (BRASIL, 1988).

O texto constitucional inova no que diz respeito à personalidade jurídica dos consórcios, inaugurando a figura dos consórcios públicos e contribuindo na complementação do desenho federativo brasileiro, ao garantir a possibilidade da adoção de mecanismos de articulação e cooperação entre os entes federados (CUNHA, 2004).

Levando-se em conta que a operacionalização de serviços de saúde que dêem conta, de forma integral, das demandas de uma determinada população, importam, normalmente, em encargos que superam a capacidade financeira da grande maioria dos municípios brasileiros, o consorciamento passou a ser uma



alternativa imprescindível para viabilizar a prestação de serviços à população e evitar a sobrecarga do município e a ociosidade de equipamentos e unidades de saúde. Nas palavras de Lima (2000, p. 987):

As necessidades e carências apresentadas pelos municípios de pequeno porte para a implementação de ações de saúde – otimização de estrutura física, falta de recursos materiais, apoio diagnóstico deficiente, acesso a novas tecnologias médicas, somadas à escassez de recursos humanos especializados, principalmente pela baixa remuneração – aliadas às deficiências peculiares ao interior do país, têm elevado a busca de parcerias para o processo de gestão e organização dos sistemas de saúde.

Uma questão fundamental a ser considerada é que, diferente de outros tipos de parcerias que podem ser estabelecidas entre diversos entes da federação, no caso dos consórcios, a relação que se estabelece está calcada na igualdade entre os entes consorciados, entre os municípios. Isso preserva a autonomia dos governos locais, não se admitindo subordinações hierárquicas de nenhuma espécie. Nesse sentido, as relações tendem a tornar-se cada vez mais cooperativas em contraponto à competitividade observada no início do processo de descentralização das políticas de saúde (ABRÚCIO; COSTA, 1999).

Além disso, o consórcio é um importante instrumento para o planejamento local e regional em saúde tendo em vista o constante processo de polarização exercido por determinados municípios com melhores condições de infra-estrutura de serviços, ou seja, o consórcio intermunicipal de saúde pode funcionar como uma instância de planejamento conjunto, onde os diversos municípios disciplinarão sobre a utilização dos serviços que só existem em um ou alguns dos entes federados. Isso permite a racionalização e modernização administrativa, na medida em que agiliza a gestão e permite a padronização de procedimentos relativos a pessoal, orçamento, contabilidade, possibilitando contratações e compras conjuntas. (MINAS GERAIS, 1997).

Outro ponto importante a ser destacado refere-se à viabilização financeira que os consórcios podem proporcionar. Levando-se em conta a possibilidade de investimentos conjuntos, os CISs podem realizar a construção e aquisição de equipamentos que seriam extremamente onerosos caso fossem efetuados por um único município, evitando, ainda, a ociosidade de tais equipamentos. Desse modo, torna-se possível viabilizar o uso de tecnologias mais avançadas e eficientes a todos os entes consorciados, profissionalizando a gestão e garantindo melhores resultados.



É possível, ainda, que um consórcio seja contratado pelos entes consorciados para a execução de serviços mais complexos a um custo extremamente vantajoso, convertendo-se em importante elemento para a cooperação e assistência técnica. Nesse sentido um município pode, por exemplo, através do consórcio, elaborar sua programação orçamentária, seu Relatório de Gestão, editais para concursos públicos, dentre outros serviços. Como nos apontam Abrúcio e Costa (1999, p.133):

A principal virtude dos consórcios é a sinergia que eles proporcionam aos serviços para os quais são organizados. Isto é, eles articulam e coordenam os recursos financeiros, os equipamentos, os técnicos e o conhecimento gerencial dos municípios consorciados, aumentando significativamente o rendimento de seus esforços, evitando a dispersão de recursos financeiros, humanos e materiais e maximizando o aproveitamento dos recursos municipais.

Apesar dos indiscutíveis avanços alcançados pelos mecanismos de cooperação federativa, fazia-se necessário desenvolver as discussões acerca de seus aspectos legais, criando mecanismos que proporcionassem a segurança jurídica necessária à criação e manutenção dos consórcios. Para isso, em 6 de abril de 2005, foi promulgada a Lei 11.107/05, conhecida como lei de Consórcios Públicos, que dispõe sobre as normas e critérios gerais de contratação de consórcios públicos. Trata-se de um marco regulatório na disciplina dessa matéria e uma grande inovação no assunto. A partir daí instituiu-se de fato um mecanismo de coordenação federativa adequado às diversas escalas de atuação territorial que permitiu o fortalecimento do papel dos entes públicos no planejamento, regulação e fiscalização de serviços, o incremento da possibilidade de desenvolvimento de políticas públicas através de parcerias entre diferentes entes da federação, a superação da insegurança jurídica das formas atuais de arranjos de cooperação entre entes públicos.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, o Brasil conta hoje com 176 consórcios intermunicipais de saúde distribuídos em 12 estados brasileiros. A maior parte deles, cerca de 30%, encontra-se em Minas Gerais, estado com reconhecida tradição em políticas de cooperação, tendo em vista sua grande dimensão territorial e o maior número de municípios dentre todos os estados brasileiros, contanto com 853 cidades. (FIG. 1) Sabe-se, ainda, que as ações e serviços da média complexidade representam o espaço privilegiado de atuação dos consórcios intermunicipais de saúde que propiciam à população, especialmente, o acesso a consultas e exames especializados.



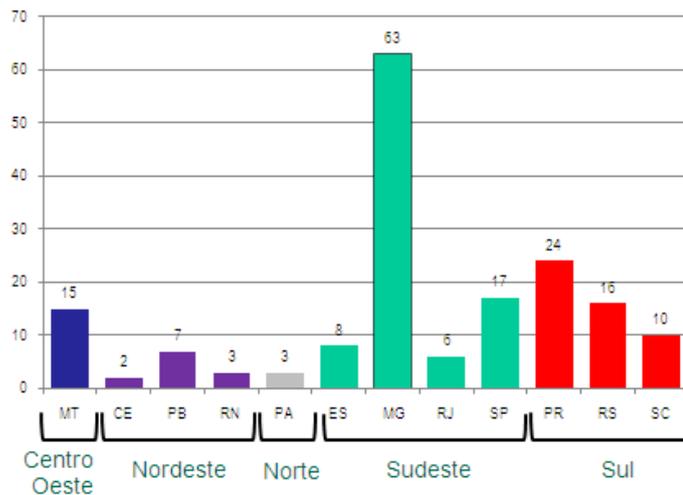


Figura 1 – Quantidade de consórcios intermunicipais de saúde por Unidade Federativa (UF)
 Fonte: Adaptado por SES/GAB/ACIS segundo dados Ministério da Saúde

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do Estudo

A pesquisa realizada aborda tema específico, tornando o estudo de caso um modo de investigação apropriado para a tarefa. Um estudo de caso, mesmo contingencial, permite descrever ou explorar verticalmente casos isolados ou múltiplos, a partir de situações concretas encontradas no funcionamento particular das organizações. Possibilita revelar, a partir de uma dada realidade, sua dinâmica e sua lógica interna.

Trata-se de estudo descritivo, com coleta de dados baseada em análise documental, pesquisa bibliográfica e observação participante. A abordagem adotada tratou de reconhecer e discutir o contexto histórico, político e social em que surgem as discussões e implementação da política de saúde brasileira, considerando os aspectos institucionais que impulsionaram a definição dos princípios e diretrizes do SUS, em especial quanto à descentralização e municipalização que impulsionaram o surgimento de mecanismos de cooperação entre municípios. Há que se considerar que o consenso em torno das virtudes da descentralização agrega diferentes correntes político-ideológicas que encontraram terreno favorável para o desenvolvimento desses mecanismos.



4.2 População e área

O estudo foi desenvolvido tendo em vista a realidade do estado de Minas Gerais. Tal unidade federativa possui uma grande extensão geográfica, com uma área de 586.552,4 Km², o maior número de cidades dentre todos os estados brasileiros, contando com 853 municípios, e uma população de 19.595.309 habitantes conforme dados do Censo 2010.

Trata-se de estado com enormes desigualdades regionais, sendo necessário a adoção de políticas de desenvolvimento específicas em determinadas áreas, em especial na região nordeste de Minas, onde estão localizados os Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Os principais indicadores de saúde apontam para tal necessidade, tendo em vista, por exemplo, a taxa de mortalidade infantil que varia de 12,4 por mil nascidos vivos na macrorregião do Triângulo do Norte até 22,3 por mil na macrorregião Nordeste.

Considerou-se, ainda, a situação e realidade dos consórcios intermunicipais de saúde no estado. Minas Gerais possui 63 consórcios intermunicipais de saúde que atendem a uma população de aproximadamente 13 milhões de habitantes e beneficiam cerca de 700 municípios

4.3 Fonte de dados e procedimentos de coleta

Os dados e informações basearam-se, inicialmente, a partir da coleta de documentos oficiais tais como leis, normas, decretos, manuais e relatórios. Além disso, foi realizada pesquisa bibliográfica para subsidiar as discussões apresentadas no trabalho e delimitar o campo da investigação.

5 AS POLÍTICAS DE SAÚDE EM MINAS GERAIS E OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE

Em Minas Gerais os consórcios se consolidam como importantes parceiros do governo estadual na gestão operacional das redes de atenção e na oferta de serviços de saúde. Desde o ano de 1995, os Consórcios Intermunicipais de Saúde foram integrados ao sistema estadual de saúde que já considerava estas associações como importantes instrumentos para uma economia de recursos e



racionalização dos custos na área de saúde, em especial para os municípios de menor porte, cujas capacidades de investimentos em ações e serviços de saúde eram – e ainda são – reduzidas em face de orçamentos apertados em relação às efetivas necessidades dos cidadãos e suas crescentes demandas. Daí houve, por parte do governo estadual, um amplo conjunto de ações estimulando os municípios a consorciarem-se.

Atualmente, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais consolidou esta prática de parceria com os Consórcios Intermunicipais de Saúde (SES/MG). Para a instituição os consórcios são instrumentos para a consolidação do modelo de atenção à saúde adotado pela atual gestão e estão inseridos na política de saúde do estado.

5.1 O modelo de atenção à saúde do governo de Minas Gerais

Na esteira das transformações ocorridas nas políticas de saúde brasileiras nos últimos 20 anos o SUS/MG vem implantando mudanças significativas na gestão da saúde pública no estado. O grande destaque pode ser dado ao modelo de redes de atenção que, desde 2003, ano do início da gestão do governador Sr. Aécio Neves, vem sendo desenvolvido pela Secretaria de Estado de Saúde.

Buscando fazer coincidir a atual situação de saúde inscrita no processo de transição demográfica acelerada, onde ainda convivem fortemente as doenças infecto-contagiosas e as doenças crônicas, com a forma de organização do sistema de saúde, o modelo de redes de atenção à saúde, caracteriza-se, fundamentalmente, pela integração e interdependência entre os diversos programas e projetos desenvolvidos (MINAS GERAIS, 2009a). Conforme descrito em Minas Gerais (2010, p. 25);

As redes de atenção à saúde são organizações políárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada – com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.



O fundamental é garantir economia de escala e driblar a escassez de recursos de modo a viabilizar o acesso da população aos diferentes pontos de atenção distribuídos no estado. Nesse sentido, considera-se a divisão assistencial adotada pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR), concentrando os serviços de média complexidade nos pólos microrregionais e os serviços de alta complexidade nos pólos macrorregionais. A atenção primária é descentralizada e dispersa, sendo oferecida em todos os municípios, tendo em vista a existência de recursos suficientes. Além disso, ela é o centro de comunicação das redes e sua base, ordenando os fluxos e contrafluxos dos usuários nas redes.

O modelo de redes de atenção faz-se, portanto, combinando sempre quantidade e qualidade das ações e serviços com as condições de acesso. Desse modo, o modelo é considerado funcional quando garante o acesso dos usuários a serviços de saúde de qualidade, que geram economia de recursos (escala adequada) e conforme sua necessidade e demanda.

A partir do diagnóstico da situação de saúde em Minas Gerais, estabeleceu-se o desenho das redes de atenção conforme necessidades de saúde identificadas. Assim, as redes estão organizadas tematicamente, considerando a atenção à mulher e à criança, atenção às doenças cardiovasculares e diabetes, atenção ao idoso e atenção as urgências e emergências. De modo transversal aparecem os sistemas de apoio assistencial e logístico, fundamentais para o funcionamento das redes de atenção. (FIG 2)

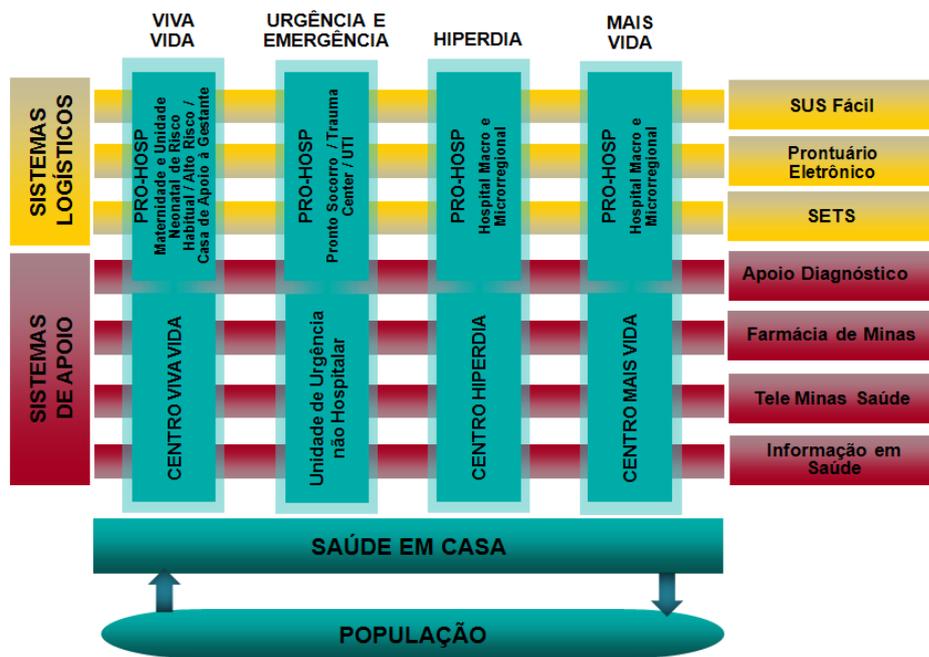


Figura 2 – O Desenhos das Redes de Atenção à Saúde em Minas Gerais
 Fonte: MINAS GERAIS, 2010 p. 26

Por fim, mas não menos importante, é imprescindível a existência de um sistema de governança das redes de atenção. Trata-se de *“um arranjo organizativo que deve possibilitar a gestão adequada de todos os componentes das redes e de suas interrelações, para obter resultados econômicos e de saúde para a população”*. (MINAS GERAIS, 2009^a, p. 41) Para que seja possível efetivar a governança das redes é fundamental que se estabeleça a co-gestão das políticas e se efetive o paradigma da regionalização cooperativa, além do fortalecimento dos mecanismos de interdependência. Em Minas Gerais as Comissões Intergestores Bipartite Micro e Macrorregionais têm se desenvolvido de forma contínua para assumirem efetivamente seu papel na governança das redes de atenção sob a forma de colegiados de tomada de decisão. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde também podem ser importantes instrumentos nesse processo, desde que constituídos em observância à divisão assistencial definida no PDR.

Em Minas Gerais, além de se constituírem como importantes parceiros do governo na oferta de serviços de saúde à população, os Consórcios Intermunicipais de Saúde também são partes na gestão operacional das redes de atenção à saúde. Essa parceria vem se consolidando e ganhando contornos institucionais a partir do reconhecimento, por parte da atual gestão estadual, da importância dos consórcios na operacionalização de políticas de saúde mais eficientes e eficazes.

5.2 Os Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais

O ano de 1993 pode ser considerado o marco no surgimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais, quando nasceu o CIS ASF (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto São Francisco), primeiro CIS a se constituir em Minas. Porém, foi a partir de 1995, na gestão do então Secretário de Estado de Saúde, Sr. José Rafael Guerra Pinto Coelho, que ocorreu de fato uma política de incentivo à expansão dos consórcios em Minas Gerais. (DINIZ FILHO, 2006) Somente entre os anos de 1995-1998 foram criados 66 consórcios no estado. Naquele momento, boa parte dos incentivos ocorreram através de convênios assinados entre com os consórcios visando a aquisição de equipamentos de saúde para o atendimento à população dos municípios consorciados.



Durante o período de 1999-2002 houve um declínio de parte dos incentivos dados no momento anterior, mas tal impulso foi vigorosamente retomado a partir de 2003, quando os consórcios foram incorporados à gestão das políticas de saúde em Minas Gerais. Já naquele ano, a Secretaria de Estado de Saúde assinou um termo de parceria com os consórcios do estado, financiou a realização de um estudo que apresentava a situação dos CISs mineiros, efetuou repasses financeiros pontuais para alguns consórcios localizados em regiões consideradas críticas, assinou convênio de R\$10 milhões visando ao fortalecimento do Colegiado de Secretários Executivos de Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (COSECS/MG), além da publicação de resolução que regulamentava as bases de cooperação entre a Secretaria e os consórcios.

A partir daí, os incentivos aos consórcios intermunicipais de saúde, seja de ordem financeira ou técnica e operacional, consolidaram-se como uma prática da atual gestão estadual. Em 2006, a SES/MG criou o Programa de Fortalecimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, com incentivos da ordem de R\$ 18 milhões para a aquisição de equipamentos pelos CISs, visando o fortalecimento da atenção de média complexidade. Além disso, a SES/MG financiou o lançamento de um livro com o diagnóstico dos consórcios do estado e a realização de seminários estaduais sobre o tema da cooperação intermunicipal.

No ano de 2008, além de lançamento de Edital de Custeio e de Investimento que distribuiu R\$6 milhões para os consórcios, a SES/MG reeditou seu Manual de Contratos e Convênios, incluindo em seu escopo a possibilidade da realização do credenciamento dos serviços pertencentes aos CISs. Merece, ainda, destaque o fato de que neste ano a SES/MG passou a estabelecer a parceria com os consórcios na gestão de programas estaduais de saúde.

Em maio de 2009, por meio da Resolução 1.886, instituiu-se o Programa Estadual de Cooperação Intermunicipal em Saúde (PROCIS) que objetiva, principalmente, ampliar e aperfeiçoar os serviços ofertados à população através dos consórcios. Além disso, o programa incentiva a adequação jurídica dos consórcios aos preceitos da Lei 11.107/05, e a obediência à diretrizes do Plano Diretor de Regionalização (PDR/MG). (MINAS GERAIS, 2009b) No mesmo ano, a SES/MG lançou edital que distribuiu R\$ 10 milhões visando prover os consórcios com equipamentos e possibilitar a execução de obras de melhorias em suas sedes administrativas.



Ainda no escopo do PROCIS, em 2010, a SES/MG lançou mais um Edital que distribuiu cerca de R\$ 9 milhões para os consórcios visando à implantação, aperfeiçoamento e ampliação dos serviços próprios dos consórcios. Este Edital realizou repasses diferenciados para os consórcios já adequados aos ditames da lei 11.107/05 cumprindo, assim, com um dos objetivos do Programa. Ainda em 2010, consolidando a política de parceria da SES/MG com os consórcios, foi instituída a Assessoria de Cooperação Intermunicipal em Saúde (ACIS), área vinculada ao Gabinete da SES/MG, que executa as atividades e ações destinadas ao fortalecimento e melhoria da gestão dos CISs, de modo a tornar perene a política de cooperação intermunicipal no estado. A ACIS tem fomentado a permanente promoção da articulação da SES/MG com os consórcios intermunicipais de saúde (CISs) e o Colegiado dos Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais / Agência de Políticas Públicas (COSECS/MG), além de proceder ao encaminhamento de consultas e requerimentos realizados pelos consórcios intermunicipais de saúde às unidades competentes da Secretaria, o desenvolvimento de ações de aperfeiçoamento da gestão administrativa dos CISs e o incentivo à obediência dos regramentos do Sistema Único de Saúde por parte dos consórcios, promovendo o alinhamento dos incentivos financeiros destinados aos CISs com os objetivos das redes de atenção à saúde.

Nesse sentido, em Minas Gerais, os consórcios são considerados como figuras típicas de autonomia municipal, formalizadoras das relações de co-responsabilidade entre esferas de governo na organização regional, além de instrumento de apoio ao gestor municipal que possibilita o fortalecimento da regionalização cooperativa da atenção à saúde.

Conforme descrito anteriormente, Minas Gerais possui em torno de 700 municípios vinculados aos 63 CISs existentes no estado. (FIG 3) A população que se beneficia dos serviços prestados pelos consórcios atinge a marca de 13 milhões de habitantes, o que representa em torno de 65% da população mineira. Estima-se que são realizados pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais cerca de 700 mil consultas especializadas e 700 mil procedimentos diagnóstico a cada ano.



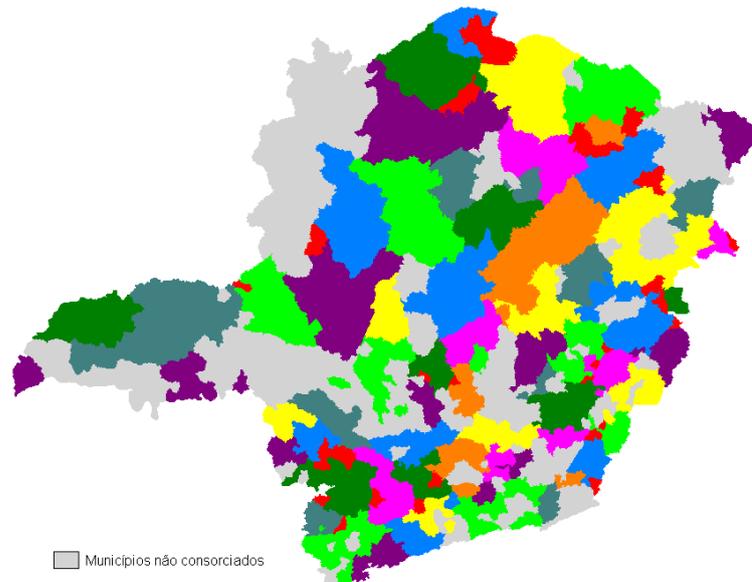


Figura 3 Divisão territorial dos consórcios intermunicipais de saúde de Minas Gerais
Fonte: Dos autores, 2011

Além disso, os Consórcios Intermunicipais de Saúde já são parceiros da SES/MG no gerenciamento de programas tais como o Viva Vida, que objetiva a redução da mortalidade materna e infantil, a Rede Macrorregional de Urgência e Emergência, que visa ao aperfeiçoamento do atendimento em urgências e emergências no estado, Laboratórios Microrregionais de Análises Clínicas e, em especial, o Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS), que proporciona o controle, a qualidade e a humanização do transporte dos usuários dos SUS.

5.3 Ações e diretrizes da SES/MG/ACIS para o ano de 2011

Tendo em vista o planejamento e execução das atividades para 2011, a ACIS sistematizou seis eixos de trabalho que foram avaliados pela alta direção da SES/MG e considerados como prioridades para desenvolvimento no ano em curso. As propostas foram destacadas em razão das necessidades identificadas em 2010 a partir de diagnóstico realizado pela assessoria. Os eixos de trabalho propostos pela ACIS constituem um conjunto de linhas de ação que possuem uma mesma finalidade e foram organizados em três grupos estruturados conforme a relação de dependência entre os eixos. (FIG. 4)





Figura 4 – Eixos de Trabalho/2011 ACIS
 Fonte: SES/GAB/ACIS

A profissionalização da gestão dos consórcios intermunicipais de saúde (Grupo 1) justifica-se pela necessidade de fazer cumprir o objetivo primordial de assistir ao cidadão, propiciando-lhe um melhor atendimento nos serviços de saúde, principalmente nas questões ambulatoriais. É fundamental que o cotidiano de trabalho dos consórcios intermunicipais de saúde guarneça-se de ferramentas e práticas de gestão que aperfeiçoem seu funcionamento, possibilitando ajustes no planejamento e a otimização dos serviços. Para cumprir tal objetivo a ACIS atuará sustentando o desenvolvimento de um sistema de apoio a gestão para os consórcios intermunicipais de saúde que possibilite a organização e controle, com precisão e uniformidade, dos dados orçamentários e contábeis, além de informações básicas de saúde relativas aos CISs (inclusive produção de serviços). Além disso, está sendo realizada a atualização do diagnóstico dos consórcios intermunicipais de saúde de Minas Gerais, procurando identificar as potencialidades e necessidades dos CISs. Ademais, foram ofertadas 120 vagas para integrantes dos consórcios no Curso de Especialização em Gestão Microrregional em Saúde e a assessoria tem incentivado o desenvolvimento de trabalhos relacionados à prática de consorciamento dos alunos inscritos no referido curso.



No que se refere ao estímulo para a adequação jurídica dos consórcios à Lei 11.107/05 (Grupo 2), entende-se que o apoio aos processos de mudança da modalidade jurídica dos CISs para consórcios públicos é uma ação que promoverá segurança jurídica e administrativa, planejamento e organização aos consórcios, além de facilitar o acesso dos CISs a recursos públicos. Para isso estão sendo realizadas, em parceria com consultoria jurídica contratada pelo COSECS/MG, através de convênio com a SES/MG, atividades que visam facilitar/mediar o processo de mudança da modalidade jurídica dos CISs para a figura de consórcios públicos. Além disso, o COSECS tem promovido seminários macrorregionais para a disseminação de informações sobre os ganhos da migração para o modelo de consórcio público.

Ainda, no Grupo 2, quanto à obediência aos regramentos do SUS pelos CIS, não se pode esquecer que os consórcios são mantidos com recursos públicos e, portanto, sujeitos às regras e sanções do direito público. Para garantir o cumprimento dessa premissa, tem-se buscado uma relação de parceria constante com a Auditoria Setorial da SES/MG para esclarecer os CISs dos riscos e punições decorrentes de desobediências aos regramentos do SUS, especialmente quanto ao que se refere à garantia de gratuidade dos serviços aos cidadãos.

Passando para o exposto no Grupo 3, no que diz respeito ao alinhamento dos incentivos financeiros dos CIS com os objetivos da rede de atenção à saúde, a ACIS tem buscado incentivar a ampliação, aperfeiçoamento e diversificação da oferta de serviços especializados pelos CIS, em conformidade com os objetivos das redes de atenção. Isso é fundamental para garantir que os consórcios estejam enquadrados na estratégia da Secretaria de Estado de Saúde de modo que essa estrutura passe a integrar de fato o SUS/MG.

Nesse sentido, o segundo eixo de trabalho do Grupo 3 refere-se à adequação dos CISs aos territórios sanitários regionais. A vantagem em fazer coincidir os territórios do PDR/MG e das Gerências Regionais de Saúde aos CIS seria integrar a autoridade do SUS à dinâmica assistencial regional, o que promoveria a co-responsabilidade entre os sujeitos. A conciliação ainda ampliaria a eficiência e a eficácia das CIBsMs no monitoramento das questões de saúde.



A ACIS já desenvolveu uma metodologia para realizar a conciliação e vem buscando divulgá-la aos consórcios. Para consolidar a proposta faz-se necessário manter uma parceria com a Subsecretaria de Gestão Regional da SES/MG, área responsável pela elaboração e monitoramento do PDR, de modo a atualizar estudo sobre a viabilidade das alterações nas vinculações territoriais dos municípios.

Da mesma forma, a atuação contratualizada com base nos planos microrregionais de saúde depende do estabelecimento de parcerias e constantes discussões com as diversas áreas da SES/MG, considerando o papel fundamental dos consórcios na consolidação das redes de atenção. As necessidades de cada microrregião sanitária deverão ser contempladas por todos os atores que atuam em nível microrregional, incluídos aí, os Consórcios Intermunicipais de Saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido considerada a mais bem sucedida das reformas sociais discutidas e construídas na democracia brasileira. Fruto de um amplo movimento político que envolveu profissionais da área de saúde, intelectuais e integrantes dos chamados movimentos sociais, insere-se no contexto das lutas da população brasileira pela garantia de direitos básicos e coletivos no momento em que o país deixava para trás os anos de chumbo da ditadura militar e aventurava-se na construção do regime democrático.

Desde que o Sistema Único de Saúde foi instituído no Brasil, a estratégia privilegiada para sua implantação foi a da descentralização, que é, notadamente, um dos grandes avanços do SUS ao longo de sua implementação. Por outro lado, o próprio avanço da descentralização trouxe a exigência de criação de mecanismos que pudessem fazer frente aos problemas de gestão que dela decorreram. Nesse sentido, os consórcios intermunicipais de saúde têm se destacado como instrumentos fundamentais para o desenvolvimento das políticas de saúde brasileiras.

Minas Gerais tem contribuído para os significativos avanços observados na organização de redes articuladas e resolutivas de serviços de saúde, tendo os consórcios intermunicipais de saúde como parceiros fundamentais nesse processo.



Porém, é necessário compreender que os consórcios são instrumentos na gestão do Sistema Único de Saúde, devendo, portanto, obedecer à lógica dos gestores em um sistema de parceria e solidariedade, dentro dos preceitos e premissas do Sistema Único de Saúde.

Já caminhamos muito nessa pauta, porém muitos ainda são os desafios a serem vencidos. É fundamental a profissionalização da gestão dos CISs, de modo que a prestação de serviços por meio dos consórcios esteja inserida em um contexto regulatório com regras bem definidas de funcionamento, permitindo, assim, a potencialização dos ganhos para o Sistema Único de Saúde e para a população. No caso específico de Minas Gerais, a conciliação dos territórios dos CISs com o PDR faz-se fundamental para que haja um fortalecimento da política de saúde do estado através das redes de atenção à saúde.

Por fim, ainda persiste o desafio de disseminar as vantagens e ganhos relacionados à adequação jurídica dos consórcios aos preceitos da Lei de Consórcios Públicos. Dos 63 consórcios existentes em Minas Gerais, apenas cinco são Consórcios Públicos de Direito Público, demonstrando o grande desafio que ainda deverá ser enfrentado pela atual gestão.



REFERÊNCIAS

ABRÚCIO, F. L. e COSTA, V. M. F. **Reforma do estado e o Contexto Federativo Brasileiro**. São Paulo, Konrad-Adenauer-Stiftung, 1999 (Pesquisas, 12)

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal. Brasília, 1988

_____. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União. Brasília, 20 set 1990.

_____. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Diário Oficial da União. Brasília, 29 dez 1990.

_____. **Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005**. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 abr. 2005.

COSECS – MG. **Perfil dos consórcios intermunicipais de saúde de Minas Gerais**. Elaborado por Breno Henrique Avelar de Pinho Simões, Maria Helena de Lima e Marta de Sousa Lima. Belo Horizonte: Colegiado de Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais, 2006

CUNHA, R. E. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa. **Revista do Serviço Público**. Ano 55 Número 3. 5-36 Jul-Set 2004

DINIZ FILHO, P. R. **Federalismo, indução estadual e cooperação intermunicipal: A experiência de dois Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais**. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE**, Relatório Censo 2010 Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 01 mai. 2011.

LIMA, A. P. G. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(4): 985-996, out-dez, 2000

LIMA, A. P. G. e PASTRANA, R. **Perfil dos consórcios intermunicipais de saúde do estado de Minas Gerais**. Relatório de pesquisa – Ministério da Saúde/ Organização Pan Americana da Saúde, 2000



MENDES, E. V. O SUS que Temos e o SUS que Queremos. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS**. Brasília: CONASS, 2004. P: 28-61

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. Organizado por Breno Henrique Avelar de Pinho Simões e José Rafael Guerra Pinto Coelho. **Consórcio Intermunicipal de Saúde**. Documento para discussão Interna. Belo Horizonte, 1997

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva e Eugênio Vilaça Mendes. Belo Horizonte, 2004.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **O Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais**. Organizado por Antônio Jorge de Souza Marques (et. al.). Belo Horizonte, Secretaria de estado de Saúde de Minas Gerais, 2009a

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução nº 1.886**. Dispõe sobre o Programa Estadual de Cooperação Intermunicipal em Saúde (PROCIS). Jornal Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009b

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **O Choque de Gestão em Minas Gerais: resultados na Saúde Vol.2**. Organizado por Antônio Jorge de Souza Marques, Eugênio Vilaça Mendes, Helidéa Oliveira Lima. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010

OUVERNEY, A. M. Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal. In: **Administração em Diálogo**, São Paulo, nº 7, 2005, pp. 91-106

PEREIRA, D. V. T. **Vazamentos de um Grande Navio**: uma abordagem dos conflitos existentes no processo de regionalização da assistência à saúde do SUS/MG. Monografia apresentada ao Departamento de Geografia do Instituto de Geociências da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006

RAVANELLI, P. Consórcios Públicos: os desafios do fortalecimento de mecanismos de cooperação e colaboração entre entes federados. **III Congresso Consad de Gestão Pública**, março 2010.

SOLLA, J. J. S. P. Avanços e Limites da Descentralização no SUS e o Pacto de Gestão. In: **Revista Baiana de Saúde Pública**. V, 30 n. 2, p. 332-348 jul/dez. 2006,

SOUZA, R. R. A Regionalização no Contexto Atual das Políticas de Saúde. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, 6(2): 451-455, 2001.



AUTORIA

Lenira de Araújo Maia – Psicóloga, Especialista em Políticas Públicas, Assessora Técnica de Cooperação Intermunicipal em Saúde (SES/MG).

Endereço eletrônico: lerysmaia@hotmail.com

Antônio Jorge de Souza Marques – Médico Psiquiatra, Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG)

Endereço eletrônico: ses@saude.mg.gov.br

Darlan Venâncio Thomaz Pereira – Geógrafo, Assessor Técnico de Cooperação Intermunicipal em Saúde (SES/MG)

Endereço eletrônico: darlanthomaz@yahoo.com.br

Marta de Sousa Lima – Filósofa, Chefe de Gabinete (SES/MG)

Endereço eletrônico: martasousalima@oi.com.br

