

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE

RESUMO

Este artigo tem por finalidade discorrer sobre Políticas Públicas de Saúde, dando ênfase aos Consórcios Intermunicipais de Saúde, ocasião em que se relata sobre o SUS-Sistema Único de Saúde, os princípios que os regem, apresentando também um breve histórico de sua caminhada, ou seja, desde sua criação até a descentralização que ocorreu com a implantação dos CIS - Consórcios Intermunicipais de Saúde. Relata também as inovações constitucionais que vieram a colidir na concretização dos CIS. CIS que foram criados com o propósito de viabilizar o acesso à saúde, especialmente, quando se trata de especialidades. Mais adiante estão destacadas as determinações legais para a formação do CIS, aspectos positivos do CIS, bem como a viabilidade econômica do CIS perante outros sistemas de saúde.

Palavras-chave: Consórcio Intermunicipal de Saúde, sistemas de saúde, políticas públicas.

ABSTRACT

This article has for purpose to discourse on Public Politics of Health, being given emphasis to the Trusts Intermunicipais de Saúde, occasion where it will be told on Only SUS-System of Health, principles that conduct them, also presenting a historical briefing of walked its, that is, since its creation, until the decentralization that occurred with the implantation of the CIS - Trusts Intermunicipais de Saúde. One will also tell the innovations constitutional that had come to collide in the concretion of the CIS. CIS these that had been created with the intention to make possible the access the health, especially when one is about specialties. More ahead it will be detached the legal determination for the formation of the CIS, positive aspects of the CIS, as well as the economic viability of the CIS before other systems of health.

Key Words: Trust Intermunicipal de Saúde, systems of health, public politics.



www.unicentro.com.br

Eliane de Cácia Harmuch

Pós-Graduanda do Curso de Especialização (Pós-Graduação lato sensu) em Gestão Financeira, Planejamento e Controladoria na Administração Pública. UNICENTRO, 2006.

Ariel José Pires

Professor Orientador. Dr em História pela UNESP – Assis-S.P. – Professor Titular do Departamento de História da UNICENTRO.

ÁREA
Ciências Sociais Aplicadas

INTRODUÇÃO

O estudo das Políticas Públicas de Saúde no Brasil tem se deparado com um cenário de distribuição de renda, totalmente desproporcional, conforme indicam os índices destacados pela ONU (2003). Segundo o relatório deste organismo internacional sobre o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) na sociedade brasileira, aproximadamente 10% da população, situada na classe A, domina mais de 70% da renda produzida no território brasileiro, cabendo aos 90% uma fatia que não propicia recursos suficientes para uma existência mais digna.

O Estado brasileiro, diante dessa situação, passa a ser o grande responsável em realizar políticas sociais que venham a atender o bem-estar da maioria da população, principalmente em áreas que, segundo a Constituição Federal de 1988, são direitos fundamentais, como a educação e, em especial, a saúde.

Contudo, o sistema público de saúde no Brasil passa por uma grave crise, conforme identifica Carvalho (2004) sobretudo, no aspecto econômico, que acaba afetando toda a estrutura existente, incluindo os recursos humanos, resultando numa degradação progressiva do atendimento, disponibilizado aos cidadãos brasileiros que necessitam passar por consultas médicas ou por procedimentos clínicos necessários para o restabelecimento da saúde de seu organismo.

Essa condição acaba também influenciando a área ocupada pelo sistema privado de saúde que, dominado pela lógica do capitalismo, determina um elevado preço para a adesão aos planos de saúde. Tal situação ressaltada por Amaral (2004), dificulta, ainda, mais ao usuário no que diz respeito ao acesso a serviços em função dos sérios problemas de distribuição de renda que existem historicamente na sociedade brasileira e que são comprovados pela ONU, inviabilizando totalmente o acesso a serviços que, muitas vezes, são fundamentais para a manutenção de um organismo saudável.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado para resolver os problemas de saúde no país passa por sérias dificuldades, no que tange à implementação de um sistema de atendimento público capaz de atender as necessidades da população, situação destacada por Ottoni (2004, p. 05):

Todo brasileiro tem direito a ser atendido pelas instituições que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim reza a Constituição promulgada em 1988, abolindo as exigências que, na prática, marginalizavam quem não tinha carteira de trabalho ou outra prova de vínculo empregatício. Quando se fala em SUS, o que vem à mente são imensas filas e macas nos corredores dos hospitais, indicando a existência de uma situação preocupante, onde o sistema de saúde público não consegue disponibilizar serviços adequados às necessidades da população.

Os princípios que orientaram a criação do SUS (Lei 8.080/1990) visavam à descentralização da saúde pública, com direção única em cada nível de governo e com a participação direta da sociedade na formulação e no controle da política de saúde, por meio de conselhos de saúde. Buscava-se, com isso, segundo Medici (2003), a universalização do sistema de saúde, permitindo a todo cidadão brasileiro usufruir de um direito previsto na Constituição: o direito à saúde.

De acordo com o discorrido acima, temos de concordar com o autor Soares (2000, p. 01), que:

O Consórcio Intermunicipal de Saúde surge como uma alternativa importante para o estabelecimento de um atendimento médico de qualidade no Brasil, principalmente por aproveitar os equipamentos e o material humano existente no sistema de saúde de maneira mais racional e adequada, constituindo-se uma evolução importante nesta área.

Trata-se de um trabalho de cunho bibliográfico, o qual procura fornecer uma visão abrangente do SUS, apresentando seus princípios, aspectos legais que o norteiam, bem como parte de sua problemática e desafios encontrados para cumprir seu papel neste contexto turbulento pelo qual a sociedade tem passado, apresentado

o CIS como alternativa ao sistema de saúde vigente, tendo em vista suas precariedades e deficiências no atendimento à população.

REVISÃO DE LITERATURA

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

O SUS é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988. O SUS não é sucessor do INAMPS e nem tampouco do SUDS. O SUS é o novo sistema de saúde que está em construção.

O SUS segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. Assim, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Baseado nos preceitos constitucionais, a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários, conforme Médici (2004):

Universalidade - É a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como aqueles contratados pelo poder públicos de saúde, assim como aqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal.

Equidade - É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requiera, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer para todos.

Integralidade - É o reconhecimento na prática dos serviços de que:

- cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade;
- as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas;
- as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral;
- o homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.

Ainda conforme Médici (2004), são destacados a seguir os princípios que regem a organização do SUS:

Princípios Que Regem a Organização do SUS

- *Regionalização e hierarquização* - Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica a capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de problemas).

O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica.

A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

- *Resolubilidade* - É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou

quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

- *Descentralização* - É entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal, o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade estadual; e o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde - é o que se chama municipalização da saúde.

Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos.

- *Participação dos cidadãos* - É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local.

Essa participação deve se dar nos conselhos de saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços. Outra forma de participação são as conferências de saúde, periódicas, para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde.

Deve ser também considerado como elemento do processo participativo o dever das instituições oferecerem as informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde.

COMPLEMENTAÇÃO DO SETOR PRIVADO

A Constituição Federal promulgada em 1988 diz que, quando, por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados, isso deve se dar sob três condições:

- 1 - a celebração do contrato, conforme as normas do direito público, ou seja, o interesse público prevalecendo sobre o particular;
- 2 - a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Prevalecem, assim, os princípios da universalidade, equidade etc.; como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste;
- 3 - a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. Dessa forma, em cada região, deverá estar claramente esclarecido, considerando-se os serviços públicos e os privados contratados, quem vai fazer o que, em que nível e em que lugar.

Assim, cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e, na seqüência, complementar a rede assistencial com o setor privado, com os mesmos conceitos de regionalização, hierarquização e universalização.

Torna-se fundamental o estabelecimento de normas e procedimentos a serem cumpridos pelos conveniados e contratados, os quais devem constar, em anexo, dos convênios e contratos.

A regionalização é a aplicação do princípio da territorialidade, com foco na busca de uma lógica sistêmica, evitando a atomização dos sistemas locais de saúde. A hierarquização é expressão desta lógica, buscando, entre outros objetivos, a economia de escala.

Como forma de garantir a efetividade das políticas públicas de saúde e como via de exercício do controle social, é preciso criar canais de participação popular na gestão do SUS, em todas as esferas, municipal, estadual e federal.

A REALIDADE DO SUS NO BRASIL

Ao longo desses anos de implantação do SUS, o que se evidencia é o descaso para com os serviços e atividades do setor de saúde público no Brasil. A realidade que vivenciamos é de precariedade quase que

absoluta no atendimento à saúde da coletividade. Sabe-se que houve conquista Constitucional, e assim a saúde surge como um direito de todos os cidadãos e dever do Estado, esteja garantido mediante políticas sociais e econômicas. Reconhecemos, ainda, que entre as políticas sociais promovidas pelo Estado Brasileiro a saúde é a mais inclusiva, pois, através do SUS, é garantido o acesso universal, com atendimento integral e gratuito, contudo o que vivenciamos historicamente são as dificuldades de implantação e implementação deste sistema.

Observa-se, porém, um confronto entre a teoria e a prática, uma vez que o sistema de saúde pública existente no Brasil é completamente precário, não conseguindo subsidiar as mínimas ações que possam amenizar o sofrimento da população brasileira, sobretudo, das classes desfavorecidas economicamente, no que se refere à busca por recursos físicos, humanos e materiais que sirvam para combater suas doenças ou problemas de saúde.

O Estado brasileiro, por sua vez, diante dessa situação, passa a ser o grande responsável em realizar políticas sociais que venham a atender às necessidades de saúde da maioria da população, sendo este um direito de todos conforme a Constituição Federal de 1988, são ainda direitos fundamentais, a educação e a saúde. Contudo, o sistema público de saúde no Brasil passa por uma grave crise, sobretudo, no aspecto econômico, que acaba afetando toda a estrutura existente, incluindo os recursos humanos, resultando numa degradação progressiva do atendimento disponibilizado aos cidadãos brasileiros que necessitam passar por consultas médicas ou por procedimentos clínicos necessários para o restabelecimento da saúde de seu organismo.

Considerando, também, o baixo poder aquisitivo da população brasileira, vê-se que boa parte não possui condições econômicas para aderir a planos de saúde, daí quando essas pessoas precisam se socorrer, apelam para a saúde pública. A seleção realizada pela saúde privada em função dos altos preços cobrados pelas consultas e exames, segundo Amaral (2004), dificulta ainda mais o usuário em ter acesso a serviços em função dos sérios problemas de distribuição de renda que existem historicamente na sociedade brasileira comprovado pela ONU, inviabilizando totalmente o acesso a serviços que, muitas vezes, são fundamentais para a manutenção de um organismo saudável.

Ramuth (2004, p. 31) percebe essa condição, destacando que:

A decadência do sistema de saúde brasileiro pode ser observada dia a dia. No setor público, as pessoas ficam em filas enormes, sem medicamento e sem médicos suficientes para atendê-las, e quando tem atuam sem a menor infra-estrutura. Hospitais também atuam em condições precárias, sem higiene, aparelhagem e muitos outros. Já no setor privado, as queixas são menores, mas os valores particulares, praticados pelos serviços de saúde, são exclusivamente para a população de alto poder aquisitivo. Recentemente, até os planos de saúde estão passando por uma CPI. Dados de publicações da grande imprensa, das últimas semanas, mostram que eles são recorde em reclamações no PROCON e no IDEC. As reclamações são muitas, como: expulsão de idosos do quadro de associados devido os aumentos de preços exorbitantes com a mudança da faixa etária, exclusão de pessoas que tenham doenças pré-existent, cobrança de diferentes taxas de mensalidades, dependendo do associado, além de outras. Para completar, as queixas com relação aos planos de saúde, não vêm somente dos usuários, mas também de todos os credenciados deste sistema, de médicos, hospitais e laboratórios, que demoram, uma média de 90 dias para receber seus honorários, pelos serviços prestados, que muitas vezes acabam sendo não pagos. Os planos de saúde ainda proíbem os profissionais do exercício de sua profissão, sendo impedidos de solicitar todos os procedimentos necessários.

A questão da saúde no Brasil se torna ainda mais relevante, por ser um serviço essencial ao bem estar

individual e coletivo. A degradação do sistema público e a impossibilidade econômica da maioria das pessoas em optarem pelo sistema privado de saúde, influenciam negativamente nos indicadores sociais do país, dificultando o próprio estabelecimento de um ambiente coletivo saudável, que coaduna com as condições mínimas necessárias para uma qualidade de vida adequada a todos, vindo de encontro ao quadro socialmente sombrio descrito por Ramuth nesse setor.

Diante desse quadro, foram tomadas medidas de descentralização da administração dos recursos humanos, físicos, materiais e financeiros da área de saúde. O Poder público federal repassou aos municípios parte de sua responsabilidade no sistema de saúde, a partir de 1989.

Antes de se analisar o sistema Único de Saúde no Brasil, é necessário se reportar a criação de autarquias e suas estruturas.

Conforme destaca a Lei 8080/90 (Anexo I), ao formar uma associação pública, estará sendo criada uma nova autarquia, ou seja, as associações públicas são consideradas, em razão da modificação mesma produzida pela Lei 11.107/05, autarquias. Isto porque a nova redação dada pela lei dos consórcios públicos ao Código Civil acrescentou ao inciso IV, do seu art. 41, que estabelece as autarquias como pessoas jurídicas de direito público no Brasil, as associações públicas.

Ora, uma autarquia é considerada como o serviço autônomo, criado por lei, com personalidade jurídica, patrimônio e receita própria, para executar atividades típicas da Administração Pública, que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada (art. 5º, I).

As autarquias são resultantes do esforço do administrador público em descentralizar suas ações, aproximando-se do cidadão pelo afastamento do poder central, assim o serviço público pode ser prestado de forma satisfatória.

O esforço descentralizador da administração pública surgiu no momento em que, à medida do crescimento e intensificação das necessidades sociais de atendimento dos cidadãos, os governantes se viram sobrecarregados. A descentralização representa justamente transferir o exercício daquelas funções para alguma pessoa mais próxima do destinatário final do serviço público que é o cidadão. Representa esforço para atender à crescente complexidade das tarefas administrativas e às exigências de maior especialização.¹

A SITUAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL

O Censo IBGE 2000 mostrou que o Brasil possui 169.590.693 habitantes, 5.507 municípios, sendo que 88,58% destes possuem população na faixa de 2.000 a 50.000 habitantes. As regiões metropolitanas concentram 40,04% da população, e os 15 municípios mais populosos do país concentram 21,36% da população.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE de 1998, o Brasil possuía na ocasião 39 milhões de pessoas cobertas por plano de saúde, com maior cobertura nas áreas urbanas. Das pessoas que declararam que utilizaram os sistemas de saúde, 41,8% usaram postos ou centros de saúde, 21,5% usaram ambulatórios de hospitais, 19,7% usaram consultórios particulares e 8,3% usaram ambulatórios ou consultórios de clínicas. A totalização mostra que 91,3% utilizaram atendimentos ambulatoriais com características predominantemente eletivas.

Outras características demonstradas no PNAD 1998 foram: 1/3 da população brasileira não possui serviço de saúde de uso regular; aproximadamente 5 milhões de pessoas referiram ter necessitado, mas não procuraram um serviço de saúde, motivadas principalmente por falta de recursos financeiros. Entre as pessoas atendidas, metade teve o atendimento feito pelo SUS.

As características do Brasil apresentadas pelo IBGE indicam que grande parte dos atendimentos em saúde é de origem ambulatorial e que, devido à falta de recursos, uma grande parcela da população não procura por serviço médico. A implementação de um programa de abrangência nacional de baixo custo poderia propiciar uma melhora no sistema de saúde do país e, quando integrado a um ambiente de vigilância epidemiológica, o modelo possibilitaria os planejamentos estratégicos nacionais na área de saúde, além de melhorar a qualidade dos atendimentos médicos.

AS INOVAÇÕES CONSTITUCIONAIS

Com a Ementa Constitucional nº 19/98 profundas alterações se fizeram presentes na área da saúde.

Os artigos 24 e 25 da Ementa Constitucional/19/98, priorizaram a iniciativa de criação de consórcios e convênios, conforme abaixo:

Art 24 – O art 241 da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação:

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, autorizados a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais a continuidade dos serviços transferidos.

Art. 25. até a instituição do fundo a que se refere o inciso XIV do art 21 da Constituição Federal, compete a União manter os atuais compromissos financeiros com apresentação de serviços públicos do Distrito Federal.

** A lei n. 10.633, de 27/12/2002, institui o Fundo Constitucional do Distrito Federal – FCDF, a que se refere o inciso XIV do art. 21 da Constituição Federal.*

Ementa Constitucional/21/99 – Mantém e altera a alíquota de Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira, para custeio da saúde e da previdência social, com alíquota de 0,38% nos primeiros doze meses e 0,30% nos meses subsequentes, sendo que de 1999 a 2001, o resultado da arrecadação do CPMF será destinada ao custeio da Previdência Social.

A Ementa Constitucional /26 de 14/02/2000 altera o art 6º CF.

Ementa Constitucional /29 de 13/09/2000.

Constituição Federal - Art. 196 a 200

Art. 196. A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal, igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevâncias públicas as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art 198 – As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – Participação da comunidade.

§ 1º O sistema de saúde terá financiado, nos termos do art 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

**Primitivo parágrafo único renumerado pela Emenda Constitucional n. 29, de 13/09/2000.*

§ 2º A União, os Estados, o distrito federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no §3º;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 a 159, I, a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, I, B e § 3º.

§ 2º e incisos acrescentados pela Emenda Constitucional n. 29, de 13/09/2000.

§ 3º Lei complementar que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I – Os percentuais de que trata o § 2º;

II – Os critérios de rateio dos recursos da União vinculados a saúde destinados aos Estados, ao distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III – As normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV – As normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

§ 3º e incisos acrescentados pela emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

- Planos e seguros privados de assistência à saúde: lei nº 9.656, de 3/06/1998.

§ 1º as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º é vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º a lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

§ 4º regulamentado pela Lei nº 10.205, de 21/03/2001.

- Lei nº 9.434, de 4/02/1997 e Decreto n. 2.268, de 30/06/1997: Remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para transplante e tratamento.

Art. 200 Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- Sistema Único de Saúde - SUS: Leis n. 8.080, de 19/09/1990, e n. 8.142, de 28/12/1990.

- A lei n. 9.797, de 6/05/1999, dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS, nos casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer.

I – Controlar o fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

- As leis n. 9677, de 2/07/1998, e n. 9695, de 20/08/1998, incluíram na classificação dos delitos considerados hediondos determinados crimes contra a saúde pública.

II – Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III – Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV – Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V – Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI – Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII – Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII – Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Dando continuidade destacar-se-á o CIS-Consórcio Intermunicipal de Saúde, observando aspectos que viabiliza um melhor atendimento, ou seja, em todos esses incisos, artigos e parágrafos ficam evidentes todas as possibilidades de Resolução das mazelas na área de saúde. Todavia, a sua prática é uma incógnita.

O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE COMO MODO DE VIABILIZAR O ACESSO A SAÚDE ESPECIALMENTE RELATIVA ÀS ESPECIALIDADES

O CIS - Consórcio Intermunicipal de Saúde surgiu após muito debate, os quais se deram em função da necessidade vivenciada por cidades pólos que diariamente recebem pacientes de municípios vizinhos em função de possuir uma infra-estrutura melhor do que os municípios de pequeno porte. E isto, com o tempo, foi se tornando um agravante, e por que não dizer uma sobrecarga para os municípios pólos-regionais que recebiam os pacientes e não tinham contra-partida alguma em termos financeiros de quem os usufruía. Finalmente surge a idéia e implanta-se uma estratégia mais democrática para ambas as partes.

Santos (1995, p. 23), em relação ao CIS, destaca que:

Os consórcios administrativos intermunicipais vêm sendo adotados há décadas, tendo a Constituição de 1937 (artigo 29) disposto sobre o agrupamento de municípios para administração de serviços públicos. Entretanto, somente a partir dos anos 80, com o início do processo de

descentralização, essa forma de associação tomou vulto, especialmente na busca de soluções de problemas comuns para os municípios. Consórcio significa, do ponto de vista jurídico e etimológico, a união ou associação de dois ou mais de dois antes da mesma natureza. O consórcio não é um fim em si mesmo; constitui, sim, um instrumento, um meio, uma forma para a resolução de problemas ou para alcançar objetivos comuns. Ao expressar um acordo firmado entre municípios, possibilita aos prefeitos municipais assegurar ações e serviços mediante a utilização dos recursos materiais e humanos disponíveis. A união desses recursos produzirá os resultados desejados, o que não ocorreria se os municípios atuassem isoladamente.

Em decorrência dos problemas administrativos que ocorriam na área de saúde, o Ministério da Saúde, ao elaborar o seu Plano de Ações e Metas Prioritárias para o período 1997/98, destacou a necessidade de definição de estratégias visando instituir ações que pudessem resultar na melhoria da qualidade dos serviços, passando a estimular a articulação do CIS entre os sistemas municipais de saúde.

O CIS na área da saúde representa a associação entre os municípios de uma determinada região para a realização de atividades integradas na promoção, proteção e recuperação da saúde visando melhor atender à população. Essa iniciativa ocorre essencialmente, no âmbito municipal, reforçando o exercício da administração conferida pela constituição aos municípios no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O principal aspecto positivo em relação ao CIS é que os administradores municipais possuem melhores condições de verificar as reais necessidades da população no que tange ao atendimento da saúde, ao passo que se continuasse sendo gerido pelo poder público, as mudanças necessárias levariam um tempo maior para serem realizadas, em virtude de aspectos tais como: a burocracia, o desvio de verbas para outros serviços públicos geridos pela União, etc.

Junqueira (1998, p. 104) reforça esse posicionamento, expondo que o consórcio está “estritamente relacionado a cada um dos sistemas municipais, na medida em que desenvolve ações destinadas a atender necessidades das populações destes sistemas”. Em decorrência dessa determinação, não se cria uma nova instância de gestão no âmbito estadual, mas sim uma integração de municípios, visando à melhoria do sistema de saúde público.

Para Santos (1995, p. 25), o Consórcio Intermunicipal de Saúde também constitui meio eficiente para o “alcance de outra meta prioritária, que é a habilitação de municípios às condições de gestão descentralizada, especialmente a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde”.

Ao realçar essa condição, o Ministério da Saúde, integrado aos gestores estaduais e municipais, busca superar os problemas da saúde pública existentes no Brasil, sendo que a descentralização da gestão, na percepção deste órgão federal, tenta facilitar à administração municipal a realização de dirigidas à promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

Por meio dessa proposição do Ministério da Saúde, os municípios começam a concretizar ações de interação, visando melhorar a área de saúde pública, que é um dos principais fatores de bem estar social.

Em relação a esse aspecto, Junqueira (1998, P. 102) afirma que:

Essas peculiaridades ficam mais evidenciadas ao se verificar uma crescente demanda, especialmente dos municípios, por esclarecimentos e orientações quanto à organização, ao funcionamento e às situações em que está indicada a constituição do consórcio na área de saúde.

Santos (1995, p. 45) informa que a formação de um consórcio em saúde “evita a subutilização de equipamentos e recursos humanos de cada município e melhora do atendimento ao cidadão, que não precisa se deslocar para centros maiores para ser atendido”.

O processo de municipalização da saúde por meio do CIS exige maior atuação do poder local para o planejamento e a gestão do atendimento à saúde. Nesse aspecto, as informações colhidas junto aos usuários podem ser processadas de forma mais efetiva, num espaço de tempo menor do que se continuasse a gestão dessa área pela União, ressaltando ainda mais a possibilidade de realização de medidas adequadas às necessidades da população de uma determinada região.

Em relação a esse aspecto, Soares (2004, p. 56) afirma que:

A partir dessas informações são determinadas as prioridades de investimentos, planejadas as ações de saúde para a região, definido o fluxo de pacientes, a capacidade de atendimento e o planejamento dos gastos de recursos do SUS para os serviços prestados em regime de consórcio. É importante instituir a câmara de compensação entre os municípios, pois é por meio dela que se efetua a equalização dos gastos em função do fluxo de pacientes.

Ramuth (2004, p. 87) expõe que, além de elaboração de projetos integrados, considerando os recursos existentes na região onde o CIS é constituído, “o consórcio também planeja os recursos materiais e humanos que ainda não existem na região, mas que são importantes para atender às necessidades de saúde dos cidadãos”.

DETERMINAÇÕES LEGAIS PARA A FORMAÇÃO DO CIS

Os municípios, de acordo com o artigo 18 da Carta Magna, de 1988, fazem parte da Federação, possuindo, assim, a mesma autonomia que tanto à União como os Estados possuem para a gerência da área de saúde e, nesse contexto, abre-se espaço para a formação de um consórcio de saúde, mesmo que não haja uma lei orgânica municipal específica que normatize a sua constituição.

No âmbito da saúde, Carvalho (2004, p. 88) cita que a legislação específica do Sistema Único de Saúde - SUS define que os consórcios intermunicipais podem integrar o Sistema. A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de dezembro de 1990), ao dispor sobre a organização, direção e gestão do Sistema, trata dos consórcios municipais.

No artigo 10 da referida lei, existe a seguinte determinação, destaca por Junqueira (1998, p. 94):

Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhe correspondam. No parágrafo 1º desse mesmo artigo, resguarda, no entanto, que se aplica aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio de direção única e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância. Já que no seu artigo 18, inciso III, expressa ainda a competência municipal formar consórcios administrativos intermunicipais.

A Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transparências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, indica também a participação dos municípios em consórcios. Em seu artigo 3º, citado por Carvalho (2004, p. 65) define que “os municípios poderão estabelecer consórcios para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos”.

A Norma Operacional Básica do SUS-NOB-SUS 01/96, aprovada em novembro de 1996, mesmo não tratando especificamente de consórcio intermunicipal, define em seu objetivo as bases para formação deste instrumento, segundo Santos (1998, p. 61): “promover o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes”.

A concepção de consórcio é igualmente destacada quando a NOB normatiza, segundo Junqueira (1998, p. 105) que a “totalidade das ações e serviços de atenção à saúde deve ser desenvolvida em um conjunto de

estabelecimentos organizados em rede regionalizada e hierarquizada” que não precisam, obrigatoriamente, ser de propriedade da prefeitura respectiva, nem ter sede no território do Município. Os estabelecimentos para o atendimento da população podem estar situados em outro município, mas agregados mediante acordo que pode, perfeitamente, ser realizado por meio de um consórcio.

Para Santos (1998, p. 23):

Essa articulação intermunicipal tem relação direta com o papel do gestor estadual, definindo na NOB 96, que é, substancialmente, organizar o Sistema de Saúde no seu âmbito e disciplinar a referência, contra-referência e a regionalização. A mencionada competência tem visibilidade, principalmente, na Programação Pactuada e Integrada - PPI, discutida e aprovada na Comissão Intergestores Bipartite.

Por meio desse arcabouço legal, os municípios, através da figura dos gestores, ao se decidirem pela formação de consórcio de saúde, devem estabelecer uma articulação com o gestor estadual, fazendo com que as ações e serviços a serem consorciados elaborem a Programação Pactuada Integrada, o que não prejudica, no entanto, o pressuposto básico desta forma de atuação, que é a preservação da autonomia de cada município. Essa autonomia acarreta a condição do gestor do sistema municipal de saúde, realizar plenamente suas funções, que são: coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação, e auditoria.

Considerando esses aspectos e no exercício dessas funções, o município está preparado para a constituição do consórcio, que é, na percepção de Carvalho (2004, p. 105) “um instrumento para a solução de problemas sanitários que, sozinho, não poderia resolver, e que são importantes para o alcance dos objetivos voltados à promoção, à proteção e à recuperação da saúde de sua população”. Ou seja, hipoteticamente os municípios deveriam estar aparelhados, tanto material quanto do ponto de vista humano para fazer frente às demandas existentes. No entanto, a prática tem demonstrado grandes carências.

ORGANIZAÇÃO E OBJETIVOS DO CIS

A organização de um consórcio deve ser realizada como um processo contínuo e gradual, representando uma iniciativa dos municípios, havendo a preservação de aspectos como a decisão e a autonomia dos governos locais.

Esse processo, segundo Carvalho (2004, p. 76) “inicia-se com a articulação entre os gestores municipais, tendo por base o pacto e a negociação”. Nesta fase inicial, o momento chave para a efetivação do CIS é representado pela elaboração e aprovação do instrumento consorcial, que, nas palavras de Santos (1998, p. 45) “expressa o compromisso dos municípios e independe de autorização legislativa”. Esse acordo, celebrado como instrumento e formalização do consórcio, deve explicitar, na opinião de Junqueira (1998, p. 78):

- a) o município-sede do consórcio; a criação de pessoa jurídica administrativa do consórcio, se for o caso; e todos os aspectos e questões pactuadas pelos municípios que o integram;
- b) objetivo;
- c) duração;
- d) sede e foro;
- e) obrigação dos consorciados;
- f) atribuições e poder dos consorciados;
- g) admissão e exclusão de consorciados;
- h) sanções por inadimplência;
- i) alocação de recursos;
- j) prestação de contas;
- k) observância das normas do SUS (municipal, estadual e federal);
- l) controle social;

- m) definição da necessidade ou não de criação de pessoa jurídica de direito privado para gerenciar o consórcio;
- n) submissão às normas de direito público (licitação, seleção, pública, etc.), se houver pessoa jurídica.

A partir da consolidação do consórcio baseado nos princípios destacados por JUNQUEIRA, verifica-se a necessidade ou não de criação de pessoa jurídica para administrar o consórcio. A escolha da pessoa jurídica depende, segundo Santos (1995, 95) a natureza “dos serviços e ações objeto do consórcio, bem assim da necessidade de assumir obrigações, como compra de serviços, contratação de pessoal, etc.” A pessoa jurídica, adotada pelo consórcio, pode assumir uma das formas previstas no Código Civil.

Em relação à administração do consórcio, Carvalho (2004, p. 18) define que:

No caso do consórcio, o que se pretende é ter uma administradora, sendo mais adequado, então, instituir uma sociedade civil sem fins lucrativos. A área da saúde, embora essa entidade seja de direito privado, é instituída e mantida por entes públicos para a execução de serviços públicos. Por isso, é importante lembrar que, em determinados casos, as normas do direito público prevalecerão sobre as do direito privado. São exemplos: a prestação de contas; a realização de prova seletiva para admissão de pessoal (CLT); a licitação a acumulação de cargos públicos, etc.

Na maioria das vezes, os consórcios em saúde têm sido constituídos sob a forma de sociedade civil sem fins lucrativos e, conseqüentemente, de interesse público.

Nesse caso, faz-se necessário que cada município integrante do consórcio solicite, junto ao respectivo poder legislativo, autorização para participar de pessoa jurídica, que se expressa mediante lei específica, na qual deve estar explicitada, também, a destinação de recursos. Para o município-sede da pessoa jurídica, a lei autorizadora deve, ainda, declarar que esta pessoa é de utilidade pública.

A partir dessa lei são providenciadas, segundo Santos (1998, p. 86):

- a aprovação do estatuto do consórcio em assembléia geral dos municípios consorciados e o conseqüente registro no cartório competente, após o que a pessoa jurídica adquire personalidade jurídica, obtendo, assim, o seu registro de nascimento (encerrado o consórcio, dissolve-se a pessoa jurídica);
- a ata da assembléia de aprovação do estatuto, na qual devem constar os dirigentes escolhidos do consórcio e estar mencionada a lei autorizadora de cada município;
- a publicação no Diário Oficial competente;
- a inscrição no Cadastro Geral de Contribuintes (CGC) e
- a assinatura de decreto abrindo crédito especial para a destinação de recursos ao consórcio no exercício corrente, se for o caso (o que já deve estar, conforme referido anteriormente, previsto na lei autorizada).

O estatuto, segundo Ramuth (2004, p. 43) diz respeito ao documento que confere estrutura à pessoa jurídica, no qual deve estar especificado:

- a forma da pessoa jurídica, (associação ou sociedade civil);
- o objetivo;
- a sede;
- a duração (determina ou indeterminada);
- o regime de pessoal (CLT);
- os órgãos de deliberação e gestão (Conselho de Municípios, Secretaria, Executiva, etc);
- o órgão fiscal (Conselho Fiscal);
- os municípios consorciados;

- a admissão e a exclusão de municípios;
- o patrimônio e as rendas;
- extinção do consórcio de a repartição do patrimônio

Não cabe à pessoa jurídica, administradora do consórcio, decidir sobre questões de referência e contra-referência. Essa negociação é sempre feita entre gestores municipais na Comissão Intergestores. Tampouco, cabe a essa pessoa jurídica negociar diretamente a prestação de serviços a terceiros.

É importante destacar, conforme identifica Junqueira (1998, p. 108), que desde o início do processo de organização do consórcio até sua formalização e implementação de ações, deve ser estabelecida e observada uma perfeita consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Com relação às diretrizes, é preciso garantir, na concepção do supracitado autor, que:

- a descentralização com direção única em cada esfera do governo;
- o atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e
- a participação da comunidade.

Vinculados às diretrizes, integram-se os princípios do SUS que configuram o direito da população à saúde: acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A observância às diretrizes e aos princípios do SUS e a preservação da autonomia municipal permitem a identificação das características básicas que devem nortear o funcionamento do consórcio em saúde, descritas por Carvalho (2004, p. 49):

- É um dos instrumentos de descentralização de políticas, visto que viabiliza a operacionalização das ações decorrentes destas políticas, por parte do gestor municipal;
- É um dos instrumentos de articulação das políticas loco-regionais: ao promover a integração de diferentes municípios com realidades semelhantes, mas que têm, sem dúvida, as suas peculiaridades ao mobilizar outros municípios que não integram o consórcio, mas que são influenciados na busca de soluções para problemas da mesma natureza;
- É uma associação de caráter suprapartidário, congregando pessoas de diferentes ideologias e partidos em torno de interesses comuns em saúde;
- É uma forma de organização sem fins lucrativos, cujos objetivos são de interesse e benefício públicos;
- É um estimulador permanente da organização das ações e serviços de saúde de responsabilidade dos municípios, por congregar gestores de vários municípios;
- É uma iniciativa que visa ao interesse coletivo e que, por consequência, supera o individual.

CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde constituem-se em entidades que reúnem diversos municípios, que associados conseguem obter melhores resultados, como a contratação de médicos especialistas com um custo menor do que esses fossem contratados pelo próprio município, valendo essa mesma regra para aquisição de exames especializados.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) é uma associação filantrópica, possuindo personalidade jurídica, de direito privado.

Os recursos vêm a partir das contribuições dos municípios integrantes, conforme critérios nos estatutos do consórcio. Os municípios contribuem de acordo com o número da sua população, também, é utilizado o valor do SUS de acordo com a necessidade de cada município, uma parte dessa é repassada ao CIS, para compra de exames, ficando ao critério do município em estipular o valor de acordo com suas necessidades.

Os critérios mais comuns utilizados são:

- a) o Governo Federal repassa o PAB-Piso de Atenção Básica, e este pode repassar integralmente ao consórcio ou parte do valor.

- b) o município pode optar por um valor unitário por atendimento.
- c) ou por um valor fixo mensal.

a) Serviços Públicos: Os municípios oferecem serviços públicos de saúde em parceria com, municípios vizinhos. Com isso, é possível amortizar os custos fixos e os investimentos sobre uma base de usuários, reduzindo o custo unitário da produção e distribuição dos serviços. Diversos tipos de serviços públicos podem ser realizados sistematicamente por meio do consórcio. Sendo implantado programas de complemento como “Campanha de Catarata” (Facectomia) e “Exames Audiométricos” através do CIS.

b) Saúde: Este é o campo mais propício para a criação dos consórcios para prestação de serviços públicos. A operação conjunta da rede pública de serviços de saúde tem sido o motivo da criação de vários consórcios municipais nos últimos anos. Isto porque é um tipo de serviço que exige grandes investimentos e que naturalmente é hierarquizado em rede por demanda: um município de pequena população não terá condições (nem fará sentido que o faça) para oferecer todo o leque de serviços possíveis e necessários. Com isso, muitos municípios passam a depender de serviços oferecido fora, cuja operação está totalmente, além de seu controle; outros implantam equipamentos e serviços superdimensionados, cujo investimento necessário ou o custeio da operação são muito elevados para o potencial econômico do município (muitas vezes esta opção implica o sucateamento em médio prazo desses mesmos investimentos).

Os consórcios, em geral, são presididos pelo Presidente do Conselho de Prefeitos, sendo este eleito por votação tendo o mandato de 2 anos, podendo ou não ser reeleito por mais 2 anos.

A gestão operacional do consórcio tem estrutura própria, o CIS possui um quadro pessoal próprio e também utiliza servidores cedidos por prefeituras, Estado e Ministério da Saúde, atuando à disposição do consórcio em tempo integral ou parcial. Na medida do possível, é conveniente dispor de uma equipe técnica própria e de caráter permanente, permitindo que se forme uma “inteligência” do consórcio, com conhecimento aprofundado da problemática regional.

ASPECTOS POSITIVOS DO CIS

Do ponto de vista da ação dos governos municipais envolvidos, a criação de consórcios intermunicipais pode produzir resultados positivos de cinco tipos:

- a) aumento da capacidade de realização: os governos municipais podem ampliar o atendimento aos cidadãos e o alcance das políticas públicas por conta da disponibilidade maior de recursos e do apoio dos demais municípios.
- b) maior eficiência do uso dos recursos públicos: é o caso dos consórcios cuja função central é o compartilhamento de recursos escassos. O volume de recursos aplicados como investimentos no consórcio e o custeio de sua utilização são menores do que a soma dos recursos que seriam necessários a cada um dos municípios para produzir os mesmos resultados.
- c) realização de ações inacessíveis a uma única prefeitura: a articulação de esforços em um consórcio intermunicipal pode criar condições para que seja possível atingir resultados que não seriam possíveis a nenhuma prefeitura isoladamente, ou mesmo à soma dos esforços individuais de cada uma delas. É o caso da aquisição de equipamentos de alto custo, o desenho de políticas públicas de âmbito regional (como no caso das políticas de desenvolvimento econômico local).
- d) aumento do poder de diálogo, pressão e negociação dos municípios: a articulação de um consórcio intermunicipal pode criar melhores condições de negociação dos municípios junto aos governos estadual e federal, ou junto a entidades da sociedade, empresas ou agências estatais. Com isso, vê-se fortalecida a autonomia municipal.
- e) aumento da transparência das decisões públicas: como as decisões tomadas pelos consórcios são de âmbito regional e envolvem vários atores, naturalmente elas se tornam mais visíveis, pois exigem um processo de discussão mais aprofundado em cada município e em termos regionais. Com isso, abre-se espaço para uma maior fiscalização da sociedade

sobre a ação dos governos.

No Consórcio Intermunicipal de Saúde, a prestação do serviço de saúde ao cidadão é realizada de acordo com sua complexidade: o acontecimento básico é local (município de origem), ficando assim mais próximo do usuário. Se o caso do paciente não for resolvido, será encaminhado para um especialista para o CIS.

O Consórcio, apesar de não atender emergências, oferta grande estrutura para tratamentos médicos e cirúrgicos, tendo no seu espaço físico centro para pequenos procedimentos.

O encaminhamento para o atendimento especializado é realizado pelo serviço básico, havendo articulação entre ambos. O usuário dirige-se à Secretaria Municipal de Saúde de sua cidade, onde é atendido por um médico generalista; havendo necessidade, é referenciado ao atendimento especializado. Os exames requeridos pelo médico especialista são autorizados pelo CIS, sendo que cada município tem um teto financeiro a ser gasto mensalmente, tendo ainda complementação repassada pelo Estado, conforme a disponibilidade, sendo também ofertado, serviço de compra extra de exames e atendimentos especializados.

A gestão do Consórcio é feita por dois Conselhos (Conselho de Prefeitos e de Secretários da Saúde) e duas divisões (Divisão administrativa e Técnica) onde a diretoria administrativa é responsável pelas questões financeiras e jurídicas.

A instituição de Consórcio como associação civil, de direito privado, sem fins lucrativos e com registro no Cartório de Registro Civil de Pessoas Jurídicas da Cidade-Sede, assegura, em grande parte, a continuidade do programa de uma gestão para outra.

A expansão dos serviços prestados pelo consórcio será planejada de acordo com as necessidades e verbas de cada município, procurando melhor atendimento com baixo custo.

Muitas vezes, surgem dificuldades quanto ao acordo político entre municípios. A obtenção de consenso entre os diversos representantes dos municípios para a constituição do estatuto pode ser demorada. Nesse caso, é necessário que haja habilidade política para conduzir o planejamento que promova o desenvolvimento da região, cuidando da equalização dos custos e benefícios entre os municípios consorciados. A definição de verbas municipais para a formação e manutenção do consórcio pode ser outra fonte de conflitos. Ela poderá ser sanada por meio de acordos e de um planejamento que explicita compromissos e ganhos.

A especialização dos centros médicos permite atender todos os habitantes de uma determinada região, utilizando a máxima capacidade de atendimento desse centro médico, reduzindo sua ociosidade. Quanto às aquisições de produtos para as clínicas especializadas, também pode-se conseguir uma economia de 10 a 15%, na medida em que as compras são feitas no atacado.

A melhor utilização dos recursos permite à prefeitura complementar os salários e, assim, atrair mão-de-obra mais especializada e qualificada. Na medida em que a formação de consórcios aumenta a quantidade de serviços prestados pelos profissionais da área médica, é possível elevar os seus rendimentos.

O usuário é atendido na própria região, evitando-se, com isso, a prática de enviar pacientes residentes no interior para os grandes centros urbanos para que tenham acesso a equipamentos de saúde adequados e modernos. Promove-se a melhoria do atendimento e o acesso às modernas tecnologias.

Buscou-se, no ano de 1999, a formação do planejamento integrado da região pela pesquisa dos dados epidemiológicos e das possibilidades de especialização da prestação de serviços de saúde de outros municípios do consórcio. O objetivo é o estabelecimento de estratégias de ação articuladas entre os municípios consorciados. Com um planejamento adequado, é possível estabelecer metas de desempenho, com indicadores dos resultados alcançando a partir dos recursos investidos. O estabelecimento de metas e indicadores de resultados representa um passo muito importante no controle e fiscalização da gestão da saúde.

Quando o planejamento orçamentário é feito em conjunto, há maior facilidade no procedimento. Além disso, o planejamento integrado permite a troca de experiências administrativas e científicas, evita a concorrência regional entre funcionários por melhores salários, permitindo a padronização da política de pessoal e o treinamento integrado dos recursos humanos.

VIABILIDADE ECONÔMICA DO CIS PERANTE OUTROS SISTEMAS DE SAÚDE

Ao longo das décadas de 1980 e 1990, paralelamente aos avanços no processo de descentralização, proliferaram no Brasil, mesmo que de forma incipiente, inúmeras e diversificadas experiências de cooperação intermunicipal, autônomas ou induzidas pelos governos estaduais e federal, que visavam ao planejamento integrado, ao fomento do desenvolvimento regional, à preservação ambiental e à ampliação da capacidade dos municípios de atender às demandas locais e de responder a outros constrangimentos relativos à provisão de bens e serviços públicos. Apesar de sua significativa abrangência e relativa visibilidade, este fenômeno, que denomina genericamente “desfragmentação” da gestão pública, é ainda subexplorado como objeto de pesquisa pela Ciência Política Brasileira e negligenciado na produção de estatísticas oficiais.

Os fatores que têm gerado esta reversão do que Celso Daniel (2001) chamou de “municipalismo autárquico” é apresentar uma classificação exploratória do fenômeno e elencar as suas potencialidades, assim como apontar os elementos que têm dificultado ou facilitado a “cooperação horizontal” para a produção de políticas públicas. Na verdade, o tema da cooperação intermunicipal ganha relevância como resultado das fragilidades colocadas pelo processo de descentralização das políticas sociais, especificamente com a transferência de poder de decisão e de recursos, bem como de atribuições, da União e dos estados para os municípios.

As experiências mais relevantes de consorciamento, no Brasil, encontram-se na área da saúde. No contexto nacional, Minas Gerais aparece como o Estado em que essas experiências mais se difundiram (Cruz, 2001: 60).

O consórcio constitui meio eficiente para o alcance de outra meta prioritária que é a habilitação de municípios às condições de gestão descentralizada, especialmente no que tange a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

“A soma de esforços para vencer o desafio representado pela descentralização da gestão, o que certamente permitirá ao município oferecer ações dirigidas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde da população” (Brasil, 1997, p. 5).

As vantagens seriam, no entanto, maiores para os municípios menores. Segundo o Ministério da Saúde, para os Municípios de pequeno porte o consórcio viabiliza a possibilidade de oferecer à sua população um atendimento de melhor qualidade e de maior complexidade. Oferecer serviços de saúde em todos os níveis representa, para a maioria dos municípios, encargos superiores à sua capacidade financeira, existindo, ainda, casos em que a capacidade de oferta dos serviços de saúde muitas vezes não é plenamente utilizada pelos municípios. Dessa forma, a prestação de serviços de forma regionalizada evita a sobrecarga do município na construção de novas unidades de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares, na contratação de recursos humanos especializados e na aquisição de equipamentos de custos elevados. O consórcio possibilita ainda uma melhor utilização da rede disponível, proporcionando “melhor distribuição dos recursos; possibilidade de beneficiar maior número de pessoas; e, sobretudo, elevação do nível de satisfação do usuário” (Brasil, 1997: 10).

A partir desse diagnóstico favorável ao consorciamento, foram estabelecidos os parâmetros legais para a constituição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Juridicamente, os municípios, de acordo com o Artigo 18 da Constituição de 1988, gozam da mesma autonomia conferida à União e aos Estados, podendo, portanto, celebrar consórcios, ainda que as legislações municipais sejam omissas sobre o assunto. A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990), que define a base institucional do Sistema Único de Saúde-SUS, especifica, em seu artigo 10, que “os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de Saúde que lhes correspondam”, e define, no seu artigo 18, VII, que compete à direção municipal do Sistema Único de Saúde “formar consórcios administrativos intermunicipais”. A Lei 8.080 especifica ainda as competências dos municípios e uma série de requisitos para a organização e funcionamento dos serviços de saúde. A criação do consórcio deve ser fruto de um acordo, formalizado entre os gestores municipais, observados os parâmetros legais, notadamente a atenção aos princípios e diretrizes do SUS.

Os consórcios em saúde têm sido constituídos como organizações da sociedade civil sem fins lucrativos, salvo raras exceções. Necessitam ser aprovados pelas Câmaras Municipais dos municípios participantes e

registrados em cartório. Os prefeitos integrantes do consórcio definem o município-sede da parceria e o valor da contribuição de cada município para a manutenção da rede de provimento. A principal fonte de financiamento são recursos do Fundo de Participação dos Municípios, posto que há legislação respaldando a possibilidade de remanejamento de recursos entre os municípios (artigo 3 da Lei 8.080).

Como se vê, os consórcios são tomados como um dos instrumentos da descentralização das políticas de saúde, que possibilitam a gestão municipal da saúde, na medida em que a cooperação potencializa a capacidade dos municípios de ofertar os serviços de saúde. Ao mesmo tempo, eles podem se constituir em um dos instrumentos de articulação das políticas regionais, articulando e compatibilizando as ações de diversos municípios. Os consórcios devem ser associações de caráter suprapartidário e sem fins lucrativos, sendo associação celebrada a partir dos interesses comuns da saúde.

A relação de igualdade entre os municípios é um princípio que deve ser contemplado em sua organização. O consórcio deve se estruturar pela criação de um Conselho de Municípios, em geral composto pelos secretários municipais de saúde, representando o nível máximo de deliberação; de um Conselho Fiscal, responsável pelo controle da gestão financeira do consórcio; e de uma Secretaria Executiva, cujo coordenador é indicado pelo Conselho de Municípios. A participação da comunidade deve ser exercida através dos Conselhos de Saúde dos municípios, no sentido da formulação de propostas, apresentação de reivindicações, controle social e fiscalização da execução das ações e serviços contidos no Plano Municipal de Saúde.

O funcionamento dos consórcios também exige articulação nos planos federal e estadual. Essa articulação foi se institucionalizando ao longo dos anos 90, redundando em uma pluralidade de espaços de representação e coordenação, ocupados por representantes dos três níveis de governo, responsáveis pelas políticas públicas de saúde. Nos estados, as atividades desenvolvidas devem estar contempladas na Programação Pactuada Integrada (PPI), de maneira a permitir ao gestor estadual disciplinar a regionalização.

Mais recentemente temos o Decreto Nº 6.017, de 17 de Janeiro de 2007, o qual regulamenta a Lei n. 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos.

METODOLOGIA

Para realizar este artigo optou-se num primeiro momento realizar um estudo bibliográfico sobre o SUS – Sistema Único de Saúde, destacando parte de sua caminhada até os dias atuais. Por conta de tal sistema ter apresentado problemas de toda ordem por sua administração centralizada, isso provocou debates e muita polêmica, e disto resultou o CIS – Consorcio Intermunicipal de Saúde. O que temos foi a busca da implementação de uma administração mais coerente, um atendimento mais adequado, efetivando-se assim uma política de saúde condizente com as necessidades de cada local. Para tanto foram utilizados os métodos indutivo e dedutivo por ocasião da leitura de documentos e leis que regem o SUS e o CIS. Utilizando-se também do método monográfico por ocasião da redação do presente artigo.

Num segundo momento foi abordado o CIS como um modo de viabilizar o acesso à saúde, especialmente relativa às especialidades, destacando seus objetivos, bem como aspectos positivos que proporcionaram uma viabilidade econômica do CIS, perante outros sistemas de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos no Brasil, ocorreu um grande número de emancipações de Municípios, locais estes que eram distritos de Municípios e que motivos diversos como políticos por exemplo, estes lutaram para conquistar sua emancipação. Observa-se, porém, que tais municípios não possuem uma infra-estrutura adequada para atender às necessidades da população em geral. Daí, quando surgem os problemas, estes acabam se deslocando para outros Municípios vizinhos que fornecem os produtos e serviços que lhes faltam.

No que se refere à Saúde é ainda mais grave, pois muitos dos Municípios emancipados nos últimos anos

¹ MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. “Curso de Direito Administrativo”, RJ: Forense, 2002. P. 245.

não possuem hospital e nem tampouco médicos especialistas e exames específicos para realizar um atendimento adequado, conforme as necessidades da população.

Antes da realização do CIS, os atendimentos eram feitos no município pólo e este acabava arcando com todas as despesas, ou seja, ele ficava com uma sobrecarga e os demais que lá vinham e usufruíam nada contribuía.

O CIS foi uma saída muito democrática, pois todos os municípios que o utilizam contribuem de acordo com seu porte, sua população e necessidades. Considerando tais aspectos, vê-se que o CIS-Consórcio Intermunicipal de Saúde é uma saída estratégica para todos os municípios consorciados. Observa-se, então, que apesar das dificuldades existentes, o consórcio apresenta-se como uma alternativa viável para o atendimento da saúde e de vida da população no serviço especializado.

Concluindo, pode-se afirmar que as políticas públicas de saúde no Brasil possuem legislação condizente e coerente com as necessidades, ou seja, são eficientes; mas como se sabe de nada adianta termos normas, leis, regras, decretos. Se na prática não ocorrer coerência com as ações efetivas que permita a prestação de serviços de saúde com atendimento humanizado e igualmente com eficiência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, R. **Democratizar saúde pública é desafio para todos os países**. Disponível em http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2002/020920_abre1rg.shtml Acessado em 20 out 2004.

BRASIL. **O Consórcio e a Gestão Municipal da Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.

CARVALHO, R. R. P. **A terceirização dos serviços de saúde no Brasil**. Disponível em <http://corporativo.bibliomed.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=11> Acessado em 20out2004.

CRUZ, Maria do Carmo Meirelles T. **Consórcios Intermunicipais: uma alternativa de integração regional ascendente**. São Paulo: Pólis, 2001.

IBGE. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acessado em: julho/2007

JUNQUEIRA, Ana Thereza Machado & MENDES, Áquila Nogueira & CRUZ, Maria do Carmo Meirelles Toledo. **Consórcios Intermunicipais de saúde no Estado de São Paulo: situação atual**. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo: vol. 39, nº4, out./dez. 1998.

MEDICI, A. C. **Sistema Único de Saúde – SUS**. Texto disponível em www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm Acessado em 24 out 2004.

MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. **Curso de Direito Administrativo**. RJ: Forense, 2002.

ONU. Organizações das Nações Unidas. **Índice de Desenvolvimento Humano**. Jornal Folha de São Paulo – nº 22.576. São Paulo: Folha da Manhã, set.2004.

OTTONI, J. **SUS – modo de usar**. Suplemento Hospitais do Paraná - Gazeta do Povo. Curitiba: RPC, fev 2004.

RAMUTH, E. **Caos na Saúde Pública no Brasil**. Disponível em: http://www.abraps.com.br/artigosok.php?id_artigos. Acesso em 20 out 2004.

Santos, L. “Consórcio Administrativo Municipal. Aspectos Gerais. Suas especificidades em relação ao Sistema Único de Saúde”. Estudo encomendado pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. 1995.

Secretaria Municipal de Saúde do Município de Guarapuava.

SOARES, A. P. M. **Consórcio Intermunicipal de Saúde**. *Jornal Dicas – Idéias para a Ação Municipal* – nº 161. São Paulo: Instituto Polis, jan.2004.

Emenda Constitucional . disponível em: www.planalto.gov.br. Acessado em jul/2007

ANEXOS

ANEXO I - LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

A 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, além de dar outras providências.

Com um caráter nitidamente nacional, a Lei 8080/90 (in www.planalto.gov.br) regula as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

Uma consulta ao texto original da Lei de 1990 demonstra que a mesma continua em vigor e que só foi alterada por algumas leis posteriores que lhe acrescentaram disposições.

Primeiramente, em relação aos índios brasileiros, a Lei 9836 de 1999 criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena compõe o SUS e deve funcionar em consonância com as determinações da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que basicamente trata da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e das transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área da saúde.

O financiamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é de responsabilidade do governo federal.

O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País.

Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

Disposição interessante é a que determina obrigatoriedade de se levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à sua saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena também deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

As populações indígenas poderão fazer parte dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso.