

OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS COMO UM DOS CAMINHOS PARA A DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS

Meire Luci Schwartz Sant'ana

Pós graduada em Saúde Coletiva / ISECENSA/RJ
meireluciss@hotmail.com.br

Patrícia Constantino

Doutora em Saúde Coletiva /ENSP/RJ
paticons@claves.fiocruz.br

Resumo:

O artigo é fruto da monografia apresentada ao curso de Especialização em Saúde Coletiva do ISECENSA. O estudo objetiva compreender os processos de cooperação intermunicipal possibilitados pela formação e atuação de Consórcios Intermunicipais, incluindo a análise de outra meta prioritária, que é a habilitação de municípios às condições de gestão descentralizada. Ou seja, os gestores estaduais e municipais, somam 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. Esse estudo contribuiu para uma avaliação mais peculiar evidenciadas ao verificar-se uma crescente demanda, especialmente dos municípios, por esclarecimentos e orientações quanto à organização, ao funcionamento e as situações em que está indicada a constituição na área de saúde. Para a consecução foi utilizado como caminho metodológico a revisão bibliográfica de artigos científicos e publicações de dissertações científicas. A pesquisa constata que os CIS são um excelente instrumento para a Descentralização do SUS, porém, ele por si só não resolve todos os problemas, quando não se tem um executivo administrativo e um gestor com finalidades de se fazer valer política de Descentralização, Promoção e Recuperação da Saúde.

Palavras-chave: Consórcios; Descentralização; Promoção, Recuperação da saúde;

Abstract:

This study aims at understanding process of cooperation intermunicipal possibility in the formation and actuation of consociate intermunicipal, to enclosing the analysis of other boundary priority, that it's the habitation of municipality at position to administration decentralization. There is, the management intrastate and municipal, to amount Endeavour to vanquish the challenge represented in ball decentralization of administration, what's surely permitted with the municipality offered action directed of the promotion, of the protection and at recovery the health the population. That, study contributed to an evolution more peculiar evidences with the to test-se a crescent claim, special with municipality, to put explanation and orientation, of the organization, at functioning and situation in what's indicated the contribution to consociate in area health. To attainment to be utilized to way methodological of revision bibliographical of articles scientific and publication of dissertation scientific. This research know that's CIS there are a excellent instrument to of decentralization of SUS, however, it's to put is alone not resolve all the problems, when not to have, in executive administrative and in management of finality it's to make to be worth of while politics of Decentralization, Promotion and Recovery the Health.

Keywords: Consociate; Decentralization; Promotion, Recovery the Health;

Introdução

A saúde é um direito fundamental, inalienável, garantido pela Constituição brasileira a todos e qualquer cidadão. No entanto, é notória a fragilidade dos mecanismos de atendimento que precisam as instituições de saúde, evidenciadas pela escassez crônica de recursos, ausência de definição sobre responsabilidades sanitária, persistência de iniquidades em relação a acesso a serviços de saúde, inadequação dos instrumentos regulatórios, diferença entre pequenas e grandes regiões e estados, indefinição de meios e modos de gestão da política de saúde em âmbito regional entre outros.

Todavia, sabe-se que no campo da gestão, a relação entre as de governo é elemento essencial para a concretização, consolidação e qualificação dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

A sociedade brasileira, especialmente durante a década originada em 1980, tem adquirido a consciência de seu direito a saúde. Tanto aqueles milhões de pessoas ainda completamente à margem do mercado consumidor, quanto as elites econômico-sociais têm reivindicado a garantia do direito à saúde. Ninguém tem dúvida de que o artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos do Homem, da Organização das Nações Unidas, assinadas pelo Brasil, quando enumera a saúde como uma das condições necessárias à vida digna, está reconhecendo o direito humano fundamental à saúde. Também como os profissionais ligados à área de saúde vêm exigindo do governo brasileiro proteção, promoção e recuperação da saúde como garantia do direito essencial do povo.

No referido trabalho indaga-se acerca do papel do Consórcio Intermunicipal de Saúde no Sistema único de Saúde, analisando as motivações associadas ao surgimento dos consórcios o modo de implantação dos mesmos e a participação dos municípios e das demais instâncias de governo no processo de discursão e elaboração dos consórcios.

Nos quase 20 anos do processo de implantação da reforma sanitária, o princípio da descentralização vem experimentando diversas formas de desdobramento nas três esferas de governo. Estados e municípios apresentam divergências e movimentos políticos e institucionais opostos; da mesma forma o governo federal não tem capacidade de gerenciar e administrar tais conflitos. Em um país de dimensões continentais com diversidades sociais, econômicas, ambientais e culturais, e diferentes complexidades inter e intra-regionais, torna-se um grande desafio fazer chegar à população um serviço público de fácil acesso, eficiente, resolutivo e humanizado.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde, têm se caracterizado em nosso país como instâncias regionais de planejamento e execução de serviços de saúde. A existência de diversas experiências de consórcios de saúde disseminada em todo país, associada à participação ativa de estados e governo federal no seu financiamento, leva-nos a refletir sobre a necessidade de conhecer os resultados das ações desenvolvidas pelos consórcios.

Os municípios brasileiros, sobretudo os menores sempre enfrentaram dificuldades em oferecer serviço de saúde. Essas dificuldades se agravam, particularmente, em virtude da proposta de descentralização dos serviços de saúde estabelecida pelo Sistema Único de Saúde, em 1990. A maioria dos Consórcios Intermunicipais de Saúde surgiu da necessidade de os municípios responderem a essa descentralização, dentro dos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

O movimento de Reforma Sanitária, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde, vem-se desenvolvendo na tentativa de implementar e consolidar seus princípios básicos, dentre eles a descentralização, na qual a esfera municipal desempenha importante papel.

Já dizia Dallari (1988), “ a municipalização do sistema sanitário é a forma ideal de organização do setor saúde no Brasil.”

Completa Schneider (2005), “ iniciada com movimento municipalista da década de 70, sobretudo em municípios governados por partidos políticos de operação ao governo central autoritário, a descentralização no setor saúde caracterizou-se pelo fortalecimento dos municípios e seguiu caminhos predominantemente político-institucional nos anos 80. Na década de 90, esteve sob a égide jurídico-legal iniciada com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde seguida de várias normas e portarias publicadas pelo Ministério da Saúde - as Normas Operacionais Básicas (NOB)”.

As Normas Operacionais Básicas, foram criadas com a justificativa de dar seqüência, ou como o próprio nome indica, operar as transformações previstas na Constituição e Lei Orgânica. A partir das Normas Operacionais Básicas 91,93 96, que a despeito de momentos de maior tutela do nível federal, tiveram como eixo central a descentralização das ações e serviços acompanhada da transferência de recursos financeiros à estados e municípios.

Além de definirem o desenho organizacional do Sistema Único de Saúde, as Normas Operacionais Básicas definem a forma de transferência de recursos inter-instâncias de governo e as modalidades de pagamento dos serviços de saúde.

“ Habilitados nas modalidades de gestão estabelecidas pelas Normas Operacionais Básicas de 1991,1993 e 1996, estados e municípios passaram a incorporar novos instrumentos gerenciais, técnicos e de democratização de gestão, constituindo o aporte de recursos financeiros em elemento fundamental para a legitimação de municípios,em especiais aqueles de pequeno porte.” Schneider(2005).

Em 1997 o Ministério da Saúde, lança- O ano da Saúde no Brasil, onde cita a necessidade de criação de consórcios.Consórcio significa, do ponto de vista jurídico e etimológico, a união ou associação de dois entes da mesma natureza.Isto é, 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.

Lima (2000) afirma que, com a publicação da Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde 1996 (MS,1997), os Consórcios Intermunicipais de Saúde passaram a ser considerados no contexto de regionalização e hierarquização da rede de serviços, como sendo estratégias para articulação e mobilização dos municípios com coordenação estadual de acordo com características geográficas, demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, principalmente, a vontade política expressa pelos diversos municípios de constituírem um consórcio ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo (NOB- SUS nº 01/1996).

Portanto, a Norma Operacional Básica do SUS, NOB-SUS 01/96, aprovada em novembro de 1996, mesmo não tratando especificamente de consórcio intermunicipal, define seu objetivo as bases para a adoção deste instrumento “ promover o pleno exercício por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios.

Por conseguinte, a idéia do consórcio é igualmente reforçada quando a NOB determina 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 referidos podem estar situados em outro município, mas agregados mediante acordo que pode, perfeitamente, ser realizado por meio de um consórcio.

De acordo com Albuquerque (Ministro da Saúde), essa articulação intermunicipal tem relação direta com o papel do gestor estadual, definido na NOB 96, que é, substancialmente, organizar o Sistema de Saúde no seu âmbito e disciplinar a referência, a contra-referência e a regionalização. A mencionada competência tem visibilidade, principalmente, na Programação Pactuada e Integrada- PPI-, discutida e aprovada na Comissão Intergestores Bipartite.(MS,1998)

A Programação Pactuada e Integrada (PPI), é o instrumento que concretiza o pacto e as programações oriundas entre os gestores do SUS, com vistas a reorganizar o modelo de atenção e gestão do SUS, sempre mediada pelo Estado.

O processo de descentralização político-administrativa das ações e serviços de saúde tem gerado, ao longo dos últimos anos, uma série de iniciativas institucionais orientadas para a organização e integração racional e sistêmica de saúde.

No entanto, a complexidade do sistema de saúde e as limitações dos municípios particularmente aqueles de pequeno porte, remetem à necessidade do estabelecimento de relação entre as três esferas de governo, entre as diversas instituições e entre os diversos serviços que compõe o sistema.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde- NOAS (MS,2001/2002) é o atual instrumento normatizador do Sistema Único de Saúde e tem como fator determinante a regionalização da assistência. Sob sua égide, há o estímulo ao fortalecimento do papel das Secretárias Estaduais de saúde, na medida em que cabe aos estados a função de coordenar e monitorar a organização dos sistemas microrregionais de saúde.

A NOAS propõe o resgate dos municípios de regionalização e hierarquização, que permanecem em segundo plano na implantação do SUS, em virtude do acelerado processo de municipalização ocorrido na década de 90. Ela visa a organizar o sistema a partir da conformação de redes microrregionais e regionais de atenção à saúde na qual, todos os municípios estejam aptos a garantir a atenção básica em seu território, independentemente, do seu porte populacional.

A referida Norma aponta para a formação de módulos assistenciais resolutivos, formados por um ou mais municípios, em que o acesso a um conjunto de ações de saúde deverá ser assegurado aos usuários do SUS de forma complementar. O módulo assistencial preconizado é definido como um espaço territorial de oferta de serviços cuja resolubilidade corresponde ao primeiro nível de referência da média complexidade, com

procedimentos de laboratório, radiologia simples, ultra-sonografia obstétrica, psicologia, fisioterapia, ações de odontologia especializada e leitos hospitalares.

De acordo com SANTOS:

“(…) Os consórcios administrativos intermunicipais têm sido um instrumento de atuação dos Municípios no campo da saúde. A saúde pública, hoje é denominada Sistema Único de Saúde - SUS, está organizada na forma de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços, o que pressupõe a necessidade de permanente e constante interação dos gestores públicos, nas diversas esferas de governo.” SANTOS(2000)

“Os fundamentos legais, gerais e específicos e as normatizações da formação de consórcios se completam. E são unânimes em se considerar uma “saída” para a superação de dificuldades comuns na assistência à saúde da população...” Schneider(2005).

Com esse entendimento e no exercício dessas funções o município está apto para lançar mão do consórcio como instrumento para a solução de problemas sanitários que, sozinho, não poderia resolver, e que são importantes para o alcance dos objetivos voltados à promoção, proteção e recuperação de sua população.

Por conseguinte, podemos definir consórcio como um acordo administrativo para realizar serviços de interesses recíproco de entidades públicas, sempre da mesma espécie, e organizações particulares, em mútua colaboração. Ele visa a realizar serviços de competência local, mas de interesse comum a toda a uma região. Graças à associação cooperativa das municipalizações, reúnem recursos técnicos, financeiros e administrativos.

A base constitucional para a União firmar convênios, acordos, ajustes com Estados, Distrito Federal e Municípios se infere do inciso VI do artigo 71 da carta Magna de 1988; esse inciso diz respeito à competência do Tribunal de contas para fiscalizar pela União, a Estados, Distrito Federal e Municípios.

A Lei Orgânica da Saúde, Lei Federal nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990, trata dos consórcios intermunicipais, particularmente em seu artigo 10:

“Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam:

1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre observância.”

Assim, Schneider(2005) define os consórcios como instrumento legal de organização e gestão do SUS.

Um outro fundamento legal para os consórcios encontra-se no artigo 18, inciso VII dessa mesma Lei:

“ Art. 18- A direção municipal do Sistema único de Saúde- SUS, compete:

VII- formar consórcios administrativos intermunicipais.”

Por sua vez, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, em seu parágrafo 3º, do artigo 3º reza

“ Os Municípios poderão estabelecer consórcio para sua execução de ações e serviços de Saúde, remanejando entre si parcelas de recursos previstos no inciso IV do artigo 2º desta Lei”.

Segundo o Ministro da Saúde- Carlos Cezar Albuquerque esta Lei “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, explicita também a participação dos municípios em consórcios.”

A Constituição Federal de 1988 elegeu o município como um dos lócus privilegiado para a construção do SUS. E, assim sendo, o artigo 23 da Carta Magna, em seu inciso 11, reza: “ É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: 1- cuidar da saúde e da assistência pública, da proteção e da garantia das pessoas portadoras de deficiência.”

A Lei Orgânica da Saúde, Lei Federal número 8.080, de 19 de setembro de 1990, trata dos Consórcios Intermunicipais, particularmente em seu artigo 10: elucidando que “os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam”. Assim, os consórcios são instrumentos legais de organização e gestão do SUS.

A organização de um consórcio, entendida como um processo, não deve ser induzida, nem apressada; deve ser uma iniciativa dos municípios e preservar a decisão e a autonomia dos governos locais.

A estrutura jurídica da maioria dos consórcios existentes em nosso país é a figura da sociedade civil de direito privado, sem fins lucrativos. A atribuição de personalidade jurídica ao consórcio é justificada por alguns como necessária para “(...) contrair direitos e deveres” (IBAM, 1992).

Interpreta Schneider (2005), essa entidade assumirá todas as ações necessárias à consecução dos objetivos para os quais foi instituídas legalmente (controlar pessoa e serviços, participar de convênios, contrair financiamento, etc.), e prestará contas individualmente, ao Tribunal de Contas.

Esse processo inicia-se com a articulação entre os gestores municipais, tendo por base o pacto e a negociação. Nessa fase, o momento marcante é representado pela elaboração e aprovação do instrumento consorcial, que expressa o compromisso dos municípios e independe de autorização legislativa. Esse acordo, como instrumento de formalização do consórcio, deve explicitar: o município sede do consórcio; a criação da pessoa jurídica administradora do consórcio, se for o caso; e todos os aspectos e questões pactuadas pelos municípios que o integram.

O IBAM/ UNICEF (1992), vai mais além, pois afirma que as finalidades e vantagens do consórcio “(...) só poderão concretizar-se caso ele venha assumir personalidade jurídica (...)”.

O documento publicado pelo Ministério da Saúde (MS, 1997) recomenda que a conveniência do consórcio assumir personalidade jurídica deve ser discutida pelos municípios consorciados após a consolidação de acordo. E indica a necessidade de ter o consórcio uma administradora; para esse fim, seria mais adequado instituir uma sociedade civil sem fins lucrativos. E esclarece que, mesmo sendo de direito privado, a entidade é instituída e mantida por estes públicos a fim de executar serviços públicos.

Assim, o instrumento consorcial conterá, entre outros, os seguintes elementos:

- objeto;
- duração;
- sede e foro;
- obrigação dos consorciados;
- atribuições e poder do consórcio;
- admissão e exclusão de consorciados;
- sanções por inadimplência;
- alocação de recursos;
- prestação de contas;
- observância das normas do SUS (municipal, estadual e federal);
- controle social;
- definição da necessidade ou não de criação de pessoa jurídica de direito privado para gerenciar o consórcio;

submissão às normas de direito público (licitação, seleção pública etc.) se houver pessoa jurídica;

A partir da consolidação do acordo, verifica-se a necessidade ou não de criação de pessoa jurídica para administrar o consórcio. A escolha da pessoa jurídica depende da natureza dos serviços e ações objeto do consórcio, bem assim de 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.

O Ministério da Saúde (MS, 1997), cita que na maioria das vezes, os consórcios em saúde têm sido constituído sob a forma de sociedade civil sem fins lucrativo 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:

- a aprovação do estatuto do consórcio em assembleias geral dos municípios consorciados e o conseqüente registro no cartório competente, a partir do que a pessoa jurídica adquire personalidade jurídica, obtendo, assim, o seu registro de nascimento (encerrado o consórcio, dissolve-se a pessoa jurídica);
- a alta assembleia de aprovação do estatuto, na qual deve constar os dirigentes escolhidos do consórcio e estar mencionada a lei autorizada de cada município;
- 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 a publicação no Diário Oficial competente, anteriormente, previsto na lei autorizadora);

O estatuto é documento que confere estrutura à pessoa jurídica, no qual deve estar explicitado, por exemplo:

- a forma da pessoa jurídica (associação ou sociedade civil);
- o objeto;

- a sede;
- a duração (determinada 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;
- o patrimônio e a exclusão de municípios;
- o patrimônio e as rendas;
- a extinção do consórcio e 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 Bipartite. Tampouco cabe a essa pessoa jurídica negociar diretamente a prestação de serviços a terceiros.

É importante destacar que, desde o início do processo de organização do consórcio até a sua formalização e a implementação de suas ações, deve ser estabelecida e observada uma perfeita consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Com relação às diretrizes, é precioso garantir:

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

Vinculadas 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, quais sejam:

- 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 congregarem gestores de vários municípios;
- é uma iniciativa que visa o interesse coletivo e que, por via de consequência, supera o individual;

Com isso, o Ministério da Saúde (MS,1997), considera essas características,é importante frisar, por outro lado, o que não constitui atributos do consórcio:

- não é gestor de nenhum Sistema Municipal de Saúde;
- não é um centralizador de recursos;
- não interfere na autonomia municipal;
- não substitui as responsabilidades e competências do gestor estadual;

O Ministério da Saúde (MS,1997)recomenda para o consórcio, uma estrutura ágil e, portanto, ser montada de forma simplificada, leve e desburocratizada, principalmente por se tratar de um instrumento e não de uma nova instância. A administração de um consórcio deve observar a condição de igualdade entre os parceiros.

O IBAM, também (IBAM/ UNICEF,1992) sugere uma estrutura simples, com apenas três instâncias: um Conselho de Prefeito, como órgão máximo de deliberação, responsável pela condução político-administrativo do consórcio; um Conselho Intermunicipal de Saúde, a responder pelo controle social sobre as políticas e as ações prestadas pelo consórcio, inclusive pela fiscalização das contas; uma Secretaria Executiva, responsável pelas ações-objetivo do consórcio; e uma Coordenação indicada pelo Conselho de Prefeitos.

De acordo com Ministério da Saúde (MS,1997), a partir das experiências de consórcio em saúde, pode ser caracterizada, de maneira geral, a seguinte estrutura administrativa;

- com um Conselho de Municípios- em geral composto pelos Secretários de Saúde, representando os municípios- que é o nível máximo de deliberação, responsável pela condução da política do consórcio;
- com um Conselho Fiscal, responsável pela condução da política do consórcio;
- com uma Secretaria Executiva ou de Coordenação, responsável pela implementação das ações, cujo coordenador é indicado pelo Conselho de Municípios;

Para desenvolver suas funções, o consórcio necessita de equipes técnicas e administrativa, composta por recursos humanos oriundos dos municípios integrantes ou contratados mediante seleção pública, sob regime da CLT.

A participação da comunidade, seja na formulação de propostas e apresentação de reivindicações, seja no exercício do controle social, deve ser exercida por intermédio dos próprios Conselhos de Saúde dos municípios integrantes do consórcio.

Além dessa forma institucionalizada de participação social, é importante dar ampla divulgação das ações e atos realizados pelos consórcios: a população deve ser plenamente informada, até porque é o seu objeto de interesse público. Além da comunicação legalmente requerida, feita por intermédio dos veículos oficiais, devem ser utilizados os diferentes e diversificados meios acessíveis às comunidades.

Em relação ao consórcio, os Conselhos de Saúde cumprirão o seu papel de agente fiscalizador de execução das ações e serviços de saúde contidos no Plano Municipal de Saúde, inclusive os realizados mediante consórcio. Caso o Plano não explicita as ações e serviços consorciados, é necessário providenciar um adendo que permita aos Conselhos exercerem o papel que lhes é próprio. De outro lado, para viabilizar o acompanhamento e avaliação, os resultados alcançados pelas ações e serviços consorciados devem figurar no respectivo Relatório de Gestão dos municípios participantes.

As atividades desenvolvidas pelo consórcio devem compor um plano de trabalho específico que, da mesma forma, integrará a Programação Pactuada e Integrada- a PPI- do estado e, em conseqüência, ser objeto de apreciação no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite. Essa dinâmica, indispensável à harmonização, integração e modernização do SUS, favorece não só a potencialização dos recursos disponíveis, como também dá cumprimento ao modelo de gestão adotado para o Sistema.

Na prática, vários consórcios em saúde vêm organizado o Conselho Fiscal com membros oriundos das Câmaras de Vereadores ou dos Conselhos de Saúde dos municípios respectivos. Essa medida é considerada imprópria, do ponto de vista jurídico, podendo inclusive, vir a ser impugnada.

O Conselho Fiscal, além de fazer parte das exigências decorrentes da criação da pessoa jurídica, é o órgão que fiscaliza internamente o consórcio e, portanto, não pode ser integrado pelas mesmas pessoas que autorizam o repasse e a utilização de recursos e exercem a fiscalização externa à pessoa jurídica. O Conselho Fiscal, portanto, não deve ser integrado por pessoas que pertençam ao Poder Legislativo ou ao Poder Judiciário, tendo em vista a independência dos poderes. Conforme está previsto no Artigo 2º da Constituição Federal “ são poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário”.

O mesmo entendimento, ou seja, a impropriedade, aplica-se ao estabelecimento de conferências e conselhos intermunicipais de saúde, porque essas iniciativas configuram a criação de novas instâncias não previstas na legislação.

O consórcio deve prestar contas de sua gestão financeira a cada um dos municípios e, se a legislação estadual assim o exigir, ao respectivo Tribunal de Contas. Quanto ao controle e a avaliação, aplicam-se aos consórcios intermunicipais de saúde as normas do Sistema Nacional de Auditoria prevista em legislação específica.

Os recursos financeiros destinados ao consórcio poderão vir das esferas federal, estadual e municipal, conforme estabelece, o artigo 195 da Carta Magna. E sua aplicação deve seguir as diretrizes definidas na Lei nº 8.142/90.(MS, 1997)

Como a maioria dos consórcios se constituem associação civil de direito privado, sem fins lucrativos estes podem receber recursos sob forma de doações, operações de crédito, convênios e acordos decorrentes de parcerias com instituições públicas e privadas (Schneider,2005)

A participação estadual no financiamento dos consórcios tem pouca relevância. *Na maioria das vezes ocorre sob a forma de convênio, para investimento em algum projeto específico, ou de contratação de recursos humanos e fornecimento de recursos material.(Junqueira,1997)*

O objetivo do CIS (Consórcio Intermunicipal de Saúde), é de maneira geral, permitir que os municípios executem com maior eficiência e eficácia as ações e serviços necessários às suas populações, de acordo com os princípios do SUS.

De acordo com SANTOS (2000), o Sistema Único de Saúde possui um arcabouço administrativo absolutamente suscetível à cooperação, à soma de esforços, ao agrupamento e a unicidade de meios para um mesmo fim. As ações e os serviços do SUS estão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de serviços interligados uns aos outros. Essa forma de organização do SUS pressupõe uma união de meios para a consecução de um fim comum.

“Em linhas gerais, os recursos para o financiamento das atividades do consórcio, da mesma forma que ocorre em relação às demais ações de saúde, devem ser, conforme estabelece o Artigo 195 da Constituição, oriundos da seguridade social “financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios...”

Assim, esse financiamento é originado:

- do tesouro municipal;
- da Secretaria de Saúde do Estado;
- do Ministério da Saúde;
- de doações, aplicações, convênios e acordos decorrentes de parcerias com instituições públicas e privadas;” (MS, 1997)

Metodologia

O método utilizado é por meio de revisão literária, centrada nas temáticas de consórcios de saúde, no que tange à descentralização do SUS.

Para SCHNEIDER(2005), o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que culminou com a criação do SUS, vem-se desenvolvendo na tentativa de implementar e consolidar seus princípios básicos dentre eles a descentralização.

Em relação aos Consórcios, RIBEIRO, afirma que “os Consórcios estão vinculados ao tema da regionalização da atenção à saúde. Essas inovações mostram alguns pontos de contatos com tendências observadas e reformas do setor saúde em âmbito internacional. Esses pontos podem ser resumidos em: descentralização, mecanismo de acesso contratualização das ações e serviços oferecidos pelo sistema público.”

A pesquisa bibliográfica se fez através de artigos científicos publicados e indexados no portal Scielo, e através de livros.

Discussão

Sendo a equidade um princípio doutrinário e a descentralização definida como princípio organizativo do sistema de saúde brasileiro, a universalização do acesso aos serviços dependerá, em grande parte, da implementação de redes de referências territoriais estabelecidas através de pactuação entre municípios e estados.

No caso da saúde, Dain (2000) afirma que tal pacto federativo é a essência da solidariedade social, uma vez que, para ter êxito, deve basear-se na necessidade de superação dos limites do próprio poder local em nome do interesse geral.

A autora acredita ainda que o movimento dos municípios em direção dos consórcios se deva ao aumento da consciência das limitações do sistema de saúde, particularmente na dificuldade dos municípios em ampliar, individualmente, seu perfil de oferta de serviços.

Tal afirmação pode ser corroborada a partir da análise de Pestana & Mendes (2004), que afirmam que os consórcios de saúde não foram concebidos a partir de uma releitura crítica do intenso processo de municipalização do SUS, mas sim pela necessidade de apontar soluções para os problemas de déficit na atenção secundária.

Cabe também ressaltar que, em que pese a existência de arcabouço jurídico e normativo para os consórcios de saúde pública, sua implantação não ocorreu a partir de uma política de organização de rede assistencial planejada e coordenada pelo governo central. Ao contrário: parece que foi a ausência de uma proposta formal de regionalização da atenção com a devida definição de critérios administrativos, gerenciais e financeiros,

que estimulou municípios e estados a adotarem essa forma de gestão e pactuação assistencial, particularmente na década de 90.

Nesse sentido, diversos estudos apontam como principais motivações para a formação dos consórcios de saúde os seguintes aspectos: a necessidade de otimizar e racionalizar recursos tecnológicos e humanos, de ampliar a utilização da capacidade instalada, de aumentar a oferta de serviços e organizar a demanda e o fluxo migratório para o atendimento no SUS (SCHNEIDER, 1998; QUEIROZ, 2001; NEVES, 2001; LIMA, 2000; RIBEIRO & COSTA, 1999).

Conclusão

O estudo permitiu concluir que a descentralização e a municipalização da saúde da mesma forma, ampliam o papel do município no planejamento e no controle das ações de saúde e o tornam executor dos serviços de saúde aumentando cada vez mais a distância entre Estado e os municípios.

Neste sentido os CIS revelam-se um importante instrumento de planejamento para organizar fluxos migratórios em busca de serviços de saúde, racionalizando os recursos físicos, materiais e humanos e melhorando a utilização da rede de saúde.

Entretanto SCHNEIDER(2005), não considera que CIS representam a solução para os problemas de saúde da população. Alguns elementos que subsidiem esta afirmativa:

- o consórcio precisa ser entendido pelos partícipes como um instrumento de cooperação mútua, necessitando de solidariedade e amadurecimento político para que executivos e gestores abram mão dos interesses pessoais e locais, o que torna um comportamento político difícil;
- para o CIS ser assimilado e defendido pela população é necessário esta compreender sua importância no contexto do SUS e do direito à saúde do cidadão;
- os serviços de saúde devem ter eficácia e eficiência, e nem sempre isso ocorre, mesmo com a presença dos consórcios;
- à escassez de recursos destinados à área de saúde, agravada em nosso país, pelos reflexos da crise econômico-financeira mundial e pela política governamental de redução do Estado no atendimento às demandas sociais;

Ou seja, não basta, contudo, aos municípios a oferta de serviços básicos, que lhe cabem por dever. É necessário implementar a integralidade da atenção à saúde.

Os diversos resultados positivos apresentados remetem à conclusão de que os consórcios, por si só, não solucionam os problemas inerentes à regionalização do SUS. Ao contrário: o caso estudado indica a permanente crise na relação entre os vários níveis de governo, sobretudo entre as esferas municipal e estadual.

A autonomia dos municípios e a ausência de hierarquia são singularidades do federalismo brasileiro, que é um caso particular de algo complicado: o esvaziamento do papel do estado no SUS, num momento em que a regionalização é peça-chave para o alcance da equidade e da integralidade no sistema de saúde.

Porém, o CIS tem se consolidado como importante mecanismo de regionalização da oferta pública.

A possibilidade de superação desse problema através da implementação da NOAS ou do Pacto de Gestão, cuja elaboração tripartite encontra-se em curso, poderá reduzir as iniciativas de criação de consórcios, os quais, segundo estudos apontados anteriormente, foram na sua grande maioria motivados pelo intenso processo de descentralização do SUS e a conseqüente necessidade de municípios de pequeno porte garantirem o acesso da população aos serviços de saúde.

Se é verdadeiro que os consórcios intermunicipais de saúde se constituíram motivados pela inexistência de proposta e de estrutura organizativa regional para garantir os princípios da equidade e da integralidade do SUS, a NOAS e, posteriormente, o Pacto de Gestão, são tentativas de preencher o vazio da regionalização do SUS existente até então.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde 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.

Referências Bibliográficas:

- DALLARI**, Sueli Gandolfi. **O Direito à Saúde**. Revista de Saúde Pública.São Paulo- fev.1998 , vol.22 , no.1 , p.1998.
- DAIN**, S. **Do Direito Social à Mercadoria**. Rio de Janeiro - Tese (Concurso Público para provimento do cargo de Professor titular). Departamento de Planejamento e Administração em saúde , Instituto de Medicina Social, UERJ, 2000 , P. 190.
- IBAN/UNICEF**. **A Saúde do Município**. Organização e Gestão, Rio de Janeiro, 1992.
- JUNQUEIRA**, Luciano Antonio Prates & **TREVISAN**, Leonardo Nelmi. **Construindo o “Pacto de Gestão” no Sistema Único de Saúde: da Descentralização tutelada à Gestão em rede**.Ciência e Saúde Coletiva, São Paulo:Agosto 2007, vol.12 , no. 4 , p.893 - 902.
- LIMA**, A.P.G.. **Os Consórcios Intermunicipais Saúde e o Sistema Única Saúde**. Caderno de Saúde Pública.Rio de Janeiro: 2000, vol. 16 , no. 4 , p.985 - 996.
- MEIRELHES**, H.L. **Direito Administrativo Brasileiro**. São Paulo: Malheiros Editores, 1998, p. 702.
- MINISTÉRIO da SAÚDE**, 1997 c. **Os Consórcios Intermunicipais e a Gestão Municipal em Saúde no Brasil**. Ações e Metas Prioritárias. Brasília- MS.
- NEVES**, L.A.S. **Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Penápolis (SC): Elementos da Cooperação Política**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001, p.123.
- QUEIROZ**, L.G. **Arquitetura da cooperação Intergovenamental: os Consórcios em Saúde em Mato Grosso**. Dissertação(Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. p.207.
- RIBEIRO**, José Mendes & **COSTA**, Nilson do Rosário. **Regionalização da Assistência à Saúde no Brasil: os Consórcios Municipais no SUS**. Rio de Janeiro, 2000. p.174 -220.
- RIBEIRO**, José Mendes & **COSTA**, Nilson do Rosário. **Consórcios Municipais no SUS**. Texto para Discursão.Brasília: IPEA, 2001. p. 38.
- SANTOS**, L. **Consórcio Administrativo Intermunicipal: aspectos gerais, suas especificidades em relação do SUS**. - Ministério da Secretaria de Políticas Públicas - DF. Brasília. 2000, p. 48.
- SCHNEIDER**, Anamaria Carvalho. **Consórcio Intermunicipal de Saúde: Instrumento de organização do Sistema de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro,1998, p.104.
- SCHNEIDER**, Anamaria Carvalho. **Cooperação Intermunicipal? Um Estudo sobre o Consórcio de Saúde da Região do Médio do Paraíba do Rio de Janeiro**. (Tese de Doutorado pelo Instituto de Medicina Social - UERJ), 2005, Rio de janeiro, p. 5 - 133.
- TORRES**, A. G. **Consórcio Intermunicipal: Estudos, Pareceres e Legislação Básica**. Informativo Jurídico do Centro de Estudos e Pesquisa de Administração Municipal (CEPAM), nº11, São Paulo: CEPAM / Fundação Prefeito Faria Lima.