

idp

MESTRADO PROFISSIONAL

EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

**ESTRATÉGIAS E DESAFIOS DOS CONSÓRCIOS
INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE:** UM ESTUDO DE CASO
COMPARATIVO DOS CIS NO ESTADO DO PARANÁ E O PROCESSO
DE CONSORCIAMENTO NO ESTADO DE GOIÁS

EVANILDE FERNANDES COSTA GOMIDES

Brasília-DF, 2021

EVANILDE FERNANDES COSTA GOMIDES

**ESTRATÉGIAS E DESAFIOS DOS CONSÓRCIOS
INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO
COMPARATIVO DOS CIS NO ESTADO DO PARANÁ E O
PROCESSO DE CONSORCIAMENTO NO ESTADO DE GOIÁS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração Pública do Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Orientador

Professor Doutor Alexandre de Ávila Gomide

Brasília-DF, 2021

EVANILDE FERNANDES COSTA GOMIDES

ESTRATÉGIAS E DESAFIOS DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO COMPARATIVO DOS CIS NO ESTADO DO PARANÁ E O PROCESSO DE CONSORCIAMENTO NO ESTADO DE GOIÁS

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração Pública do Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Aprovado em 08 / 11 / 2021

Banca Examinadora

Prof. Dr. Alexandre de Ávila Gomide - Orientador

Prof. Dr. Humberto Falcão Martins

Prof. Dr. Luís Paulo Bresciani

G633e Gomides, Evanilde Fernandes Costa
Estratégias e desafios dos consórcios intermunicipais de saúde: um estudo de caso comparativo dos cis no estado do Paraná e o processo de consorciamento no estado de Goiás / Evanilde Fernandes Costa Gomides. – Brasília: IDP, 2021.

174 p.: il. Color.
Inclui bibliografia.

Trabalho de Conclusão de Curso (Dissertação) – Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa – IDP, Mestrado Profissional em Administração Pública, Brasília, 2021.
Orientador: Prof. Dr. Alexandre de Ávila Gomide.

1. Consórcios intermunicipais de saúde. 2. Governança. 3. Relações interfederativas. 4. Regionalização da saúde. 5. Sustentabilidade. I. Título.

CDD: 341.64

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Ministro Moreira Alves
Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa



DEDICATÓRIA

À minha família.



AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao dom da vida, pelo privilégio de estar aqui. Agradeço ao meu orientador, professor Alexandre Gomide, pelas orientações, disponibilidades e confiança para desenvolver esta pesquisa.

Aos professores Humberto Falcão e Luís Paulo Bresciani, por aceitarem meu convite e, principalmente, pelas contribuições valiosas.

A todos os professores do Mestrado Profissional em Administração Pública, pelo convívio e pela oportunidade de expansão de conhecimento.

Aos colegas, com os quais tivemos a grande oportunidade de conviver e estreitar laços de amizade e, principalmente, pela troca de conhecimento e cumplicidade.

Aos gestores dos Consórcios Intermunicipais de Goiás e aos Coordenadores das Regionais de Saúde, pela disponibilidade em contribuir com esta pesquisa.

Agradeço à Rede Nacional de Consórcios Públicos – RNCP –, na pessoa do presidente, Sr. Victor Borges, pelo trabalho desenvolvido diante da RNCP e, sobretudo, pelo direcionamento, facilitando o desenvolvimento da pesquisa no Estado do Paraná.

A Associação dos Consórcios Intermunicipais e Associações de Saúde do Paraná – ACISPAR – na pessoa da Daniela Q. G. França Cavalcante, Diretora Executiva, pela viabilidade e acolhida para a realização da pesquisa em consórcios no Paraná.

Aos gestores dos consórcios públicos do Paraná, que fizeram parte desta pesquisa, muito obrigada pela receptividade e pelo compartilhamento das experiências de vocês.

Agradecimento especial a meus pais, Maria da Salete e Edilberto, meus primeiros educadores.

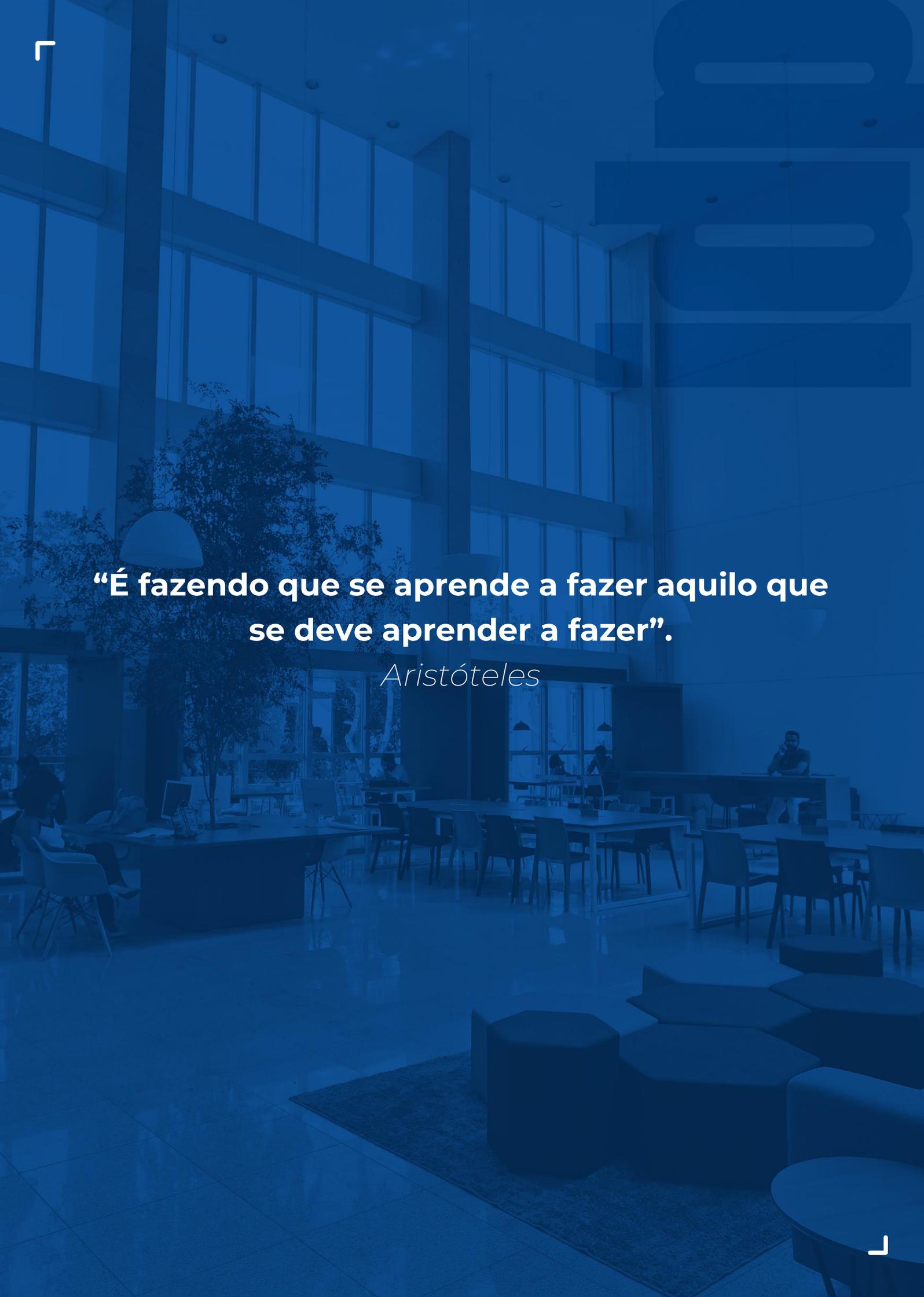
A meus irmãos, Osmani, Socorro, Everton e Simone, pelo amor que nos une para sempre. A meus queridos sobrinhos e sobrinhas, pelo carinho para com a tia Idy.



Aos meus filhos, Rafael e Vinicius, Maria Sena e minha nora Virgínia pelo amor incondicional e o perdão de cada um de vocês!

Um agradecimento muito especial ao meu esposo, Carlos Gomides, por sempre acreditar, incentivar e viabilizar, para que tudo fosse possível.





“É fazendo que se aprende a fazer aquilo que se deve aprender a fazer”.

Aristóteles

RESUMO

O objetivo principal desta dissertação consiste em compreender quais são os obstáculos que impedem a estruturação e a gestão dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de Goiás, apontando estratégias de superação e expansão. Assim é que a questão que orientou esta pesquisa é a seguinte: Quais os obstáculos para a estruturação e gestão dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de Goiás? Para responder a essa questão, o trabalho foi organizado metodologicamente em duas etapas, a saber: teórica e empírica. A primeira etapa inicia com o processo de Municipalização da Saúde Pública no Brasil e, na sequência, o Federalismo e as Relações Interfederativas no SUS. Dando continuidade, Governança em Rede de Atenção à Saúde e, por último, os Consórcios Públicos e os Consórcios Intermunicipais de Saúde, base de todo o estudo apresentado. A etapa empírica foi voltada para o estudo de casos exitosos nos Estados de Minas Gerais, Pernambuco e Paraná, cujos governos estaduais assumiram o papel da política de Regionalização da Saúde, graças aos Consórcios Públicos de Saúde e pela análise do processo de consorciamento no Estado de Goiás. A coleta dos dados ocorreu por meio de pesquisas de campo orientadas por entrevistas semiestruturadas, nos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Goiás e em Consórcios Públicos de Saúde no Paraná, previamente selecionados. Com base em estudos realizados e graças ao trabalho empírico, ficou evidenciado que a participação do governo estadual no processo de constituição e expansão dos CISs nas regiões de saúde é fator preponderante, seja pelo grau de determinação política e liderança, como também, deve constar na agenda de governo, pois, somente o arcabouço jurídico, mesmo com todas as prerrogativas para o consorciamento, não é suficiente para sua efetividade e, muito menos, para sustentabilidade dos CISs. Diante desses fatos, o governo de Goiás deve retomar a coordenação do processo junto ao poder executivo e legislativo municipal em suas dezoito regiões de saúde.

Palavras-chaves: consórcios intermunicipais de saúde; governança; relações interfederativas; regionalização da saúde; sustentabilidade

ABSTRACT

The main target of this research consists in understanding what are the obstacles that prevent the building and management of the Intercity Health Consortium of Goiás State, pointing overcoming and expansion strategies. So, the question that guided this research was the following: What are the obstacles that prevent the structure, management and sustainability of the Intercity Health Consortium of Goiás State? To answer this question, the essay was organized methodologically in two steps, to know: theory and empirical. The first step starts with the process of Municipalization of Public Health in Brazil and, after that, Federalism and the Interfederative Relations at SUS. Continuing, Governance in Health Attention Net and, last, Public Consortium and the Intercities Health Consortium, base of all presented study. The empirical step was guided to study the successful cases in the States of Minas Gerais, Pernambuco and Paraná, which state governments took on the role of the Health Regionalization politics, thanks to the Public Health Consortium and by the analysis of the consortium process in Goiás State. The data collect occurred by field research guided by the semi-structured interviews, in the Intercities Health Consortium of Goiás State and the Public Health Consortium in Paraná, previously selected. Based in the studies done and thanks to the empirical work, it was evidenced that the participation of the state government in the process of constitution and expansion of the CIS in the health regions is an important factor, by its trade in politics and leadership determination, as well as, it should be in the government agenda, because only the legal framework, even with all the prerogatives for the consortium, are not enough for its effectiveness and, much less, for the sustainability of the CIS. In view of these facts, Goiás government shall resume the coordination of the process with the executive and legislative power in the eighteen health regions.

Keywords: *intercity health consortium, governance, interfederative relations, health regionalization, sustainability.*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ACISPAR	Associação dos Consórcios Intermunicipais e Associações de Saúde do Paraná
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
AMP	Associação dos Municípios do Paraná
AMME	Ambulatório Multiprofissionais de Especialidades
ANS	Agência Nacional de Saúde
APS	Atenção Primária Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
BrC	Consórcio Interestadual de Desenvolvimento do Brasil Central
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIAAGO	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste Goiano
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIPS	Consórcio Intergestores Paraná Saúde
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CISAMUSEP	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense
CISEF	Consórcio Intermunicipal de Saúde Estrada de Ferro
CISMEPAR	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema
CISO II	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste II

CISOG	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste Goiano
CISPARANÃ	Consórcio Intermunicipal de Saúde Vale do Paranã
CISRIVA	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Rio VermelhoAraguaia
CISVALE	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Região do Vale do São Patrício
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLP	Centro de Liderança Pública
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Conselhos Municipais de Saúde
CNM	Confederação Nacional de Municípios
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
COMPESP	Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná
COMSUS	Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde
CONACI-BR	Confederação Nacional de Consórcios Intermunicipais do Brasil
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONIMS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CONSAUDE	Consórcio Público de Saúde da Microrregião do Entorno Norte
COSECS	Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CPA	Análise Comparativa de Políticas
CRE	Centros Regionais de Especialidades
DAIA	Distrito Agroindustrial de Goiás
EC	Emenda Constitucional
EPI	Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

IAFAB	Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituições de Longa Permanência de Idosos
IMB	Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
MAC	Média e Alta Complexidade
MPE	Ministério Público Estadual
NCPS	Núcleo de Consórcio Público em Saúde
OS	Organizações Sociais
PAA	Plano de Aplicação Anual
PASA	Ponto de Atenção Secundário Ambulatorial
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Plano Estadual de Saúde de Goiás
PLACIC	Plano de Aplicação de Interesse Comum
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI	Programação Pactuada Integrada da Assistência em Saúde
PRI	Planejamento Regional Integrado
QualiCIS	Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde
RA	Resolução Administrativa
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RNCP	Rede Nacional de Consórcios Públicos
RS	Regionais de Saúde
SAMU	Atendimento Móvel de Urgência
SEBRAE	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
SESA	Secretaria de Estado da Saúde



SIM	Sistema de Inspeção Municipal
SUDS -	Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SWOT	Forças, Fraquezas, Oportunidades, Ameaças
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TCM	Tribunal de Contas dos Municípios
TSE	Transporte Sanitário Eletivo
UPA	Unidades de Pronto Atendimento



LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	O Modelo Institucional do SUS.....	46
Figura 2	Mapa das Regionais de Saúde do Paraná.....	68
Figura 3	Organograma do Consórcio Paraná Saúde.....	71
Figura 4	Mapa da Região Metropolitana de Curitiba (PR) com os municípios que participam do COMESP.....	73
Figura 5	Organograma do CONIMS.....	75
Figura 6	Mapa da Região de Saúde do CISMEDPAR.....	79
Figura 7	Organograma do CISMEDPAR.....	79
Figura 8	Mapa dos Municípios Consorciados no Cismusep.....	81
Figura 9	Organograma do Cismusep.....	81
Figura 10	Mapa das Regiões de Saúde de Goiás.....	83
Figura 11	Oficina Regional para Assinatura do Protocolo de Intenções.....	85
Figura 12	Mapa da Região de Saúde Oeste II.....	89
Figura 13	Mapa da Região de Saúde Sudoeste I.....	92
Figura 14	Mapa da Região de Saúde São Patrício II.....	93
Figura 15	Mapa da Região de Saúde Rio Vermelho.....	95
Figura 16	Mapa da Região de Saúde Entorno Norte.....	97
Figura 17	Mapa da Região de Saúde Estrada de Ferro.....	99
Figura 18	Mapa da Região de Saúde Nordeste II.....	100
Figura 19	Mapa da Região de Saúde Oeste I.....	102
Gráfico 1		



Percentual de Municípios que participam de consórcio público considerado por região.....**15**





LISTA DE TABELAS

Tabela 1

Quantidade e percentuais de Municípios que participam e/ou não participam de consórcio público no período considerado por região e Estado.....**57**

Tabela 2

Proporção de municípios por habitantes em Goiás.....**82**



LISTA DE QUADROS

Quadro 1

Consórcios Intermunicipais de Saúde existentes em Goiás.....**25**

Quadro 2

Conceituação da matriz SWOT.....**27**

Quadro 3

Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná pesquisados.....**27**

Quadro 4

Eixos Temáticos nas Entrevistas Semiestruturadas nos CIS do Paraná.....**106**

Quadro 5

Eixos Temáticos nas Entrevistas Semiestruturadas nos CIS de Goiás.....**109**

Quadro 6

Matriz SWOT dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná.....**112**

Quadro 7

Matriz SWOT dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Goiás.....**114**

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	
Resolução Administrativa – RA nº 00117/2017.....	134
Anexo 2	
Diário Oficial do Estado de Goiás: Extrato do Estatuto do Consaúde/Entorno Norte.....	140
Anexo 3	
Convite SES/GO – Reunião Consórcio Público Intermunicipal de Saúde – Região de Saúde Oeste II	
.....	141
Anexo 4	
Modelo de Lei.....	143
Anexo 5	
Modelo de Convênio.....	144
Anexo 6	
Termo de Autorização para Coleta de Dados.....	148
Anexo 7	
Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento.....	149
Anexo 8	
Roteiro da Entrevista Semiestruturada.....	151

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	22
1.1	Panorama do comércio exterior no Brasil.....	23

2	REVISÃO DA LITERATURA	30
2.1	A Municipalização da Saúde Pública no Brasil.....	31
2.2	O Federalismo e as Relações Interfederativas no SUS.....	34
2.3	Governança em Rede de Atenção à Saúde.....	43
2.4	Os Consórcios Públicos e os Consórcios Intermunicipais de Saúde.....	47

3	ESTUDO DE CASO DOS CIS NO ESTADO DO PARANÁ E O PROCESSO DE CONSÓRCIAMENTO NO ESTADO DE GOIÁS	64
3.1	Os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado do Paraná e o protagonismo do Governo Estadual.....	65
3.2	Descrição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Paraná.....	69
3.2.1	Consórcio Intergestores Paraná Saúde (CIPS).....	69
3.2.2	O Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná (COMESP).....	71
3.2.3	O Consórcio Intermunicipal de Saúde (CONIMS).....	74
3.2.4	O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR).....	76
3.2.5	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense – (CISAMUSEP).....	80
3.3	Processo de Consorciamento no Estado de Goiás.....	82
3.4	Descrição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Goiás.....	89
3.4.1	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste II - CISO II.....	89

SUMÁRIO

3.4.4	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Rio Vermelho Araguaia – CISRIVA.....	94
3.4.5	Consórcio Público de Saúde da Microrregião do Entorno Norte (CONSAÚDE Norte).....	96
3.4.6	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Estrada de Ferro (CISEF).....	98
3.4.7	Consórcio Intermunicipal de Saúde Vale do Paranã (CISPARANÃ).....	100
3.4.8	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste Goiano (CISOG).....	101

4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS....104

4.1	Eixos Temáticos: Caracterização e Estrutura dos Consórcios, Motivações e Resultados do Consorciamento, Político Administrativo e Controle, Financeiro Orçamentário/Sustentabilidade dos Consórcios.....	105
4.2	Análise dos dados Matriz SWOT (Forças, Fraquezas, Oportunidades, Ameaças).....	112

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES..... 119

6 REFERÊNCIAS.....126

ANEXOS.....133



1

1

INTRODUÇÃO



1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa analisa a trajetória de implantação e gestão dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de Goiás. O processo teve início em 2013, juntamente com o projeto de implantação dos Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMEs) pela Secretaria de Estado da Saúde, os quais, seriam gerenciados por Consórcios Intermunicipais de Saúde nas dezoito regiões de saúde, para preencher os vazios assistenciais e impulsionar a regionalização dos serviços de média complexidades no estado. Contudo esse processo encontra-se paralisado, pois, das dezoito regiões de saúde, somente quatro têm consórcios constituídos e, em outras quatro, o processo não foi efetivado, apesar de constar como meta nos Planos de Governo de 2012 a 2023.

O principal desafio a ser respondido por esta pesquisa se encontra pautado no seguinte questionamento: **Quais os obstáculos para a gestão e estruturação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de Goiás?**

Este estudo se justifica pela importância de os consórcios intermunicipais de saúde serem entes públicos de mecanismo de auxílio aos governos municipais na execução de sua missão constitucional de garantir a saúde pública a todos, asseverado e em conformidade com a extensão do papel assumido pelos gestores envolvidos na prestação de serviços públicos de saúde.

Com este trabalho, espera-se contribuir para a retomada do processo de implantação e expansão dos Consórcios Intermunicipais de Saúde em Goiás e, sobretudo, para a efetivação das políticas públicas, por meio da gestão compartilhada, no processo de regionalização da saúde no estado.

Na literatura pesquisada, é evidente a atuação da esfera estadual como cooperador técnico e financeiro para implantação e expansão dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, mais especificamente, nos governos dos Estados do Paraná, Minas Gerais e Pernambuco, onde o papel do estado foi e é fundamental para a expansão e sustentabilidades dos CISs.

Esse entendimento é aqui reforçado por Julião (2019), quando afirma que boa parte das experiências consolidadas dos CISs recebeu apoio do governo estadual, especialmente na fase de implantação dos consórcios.

A sustentabilidade dos consórcios, no entendimento de Dieguez (2011), é explicada como fruto de sua flexibilidade institucional, da ação de um agente externo, coordenador, da presença de um quadro político favorável, da complementaridade institucional com outras agências regionais, da interiorização de cooperação na cultura política local e do entrosamento de sua equipe administrativa com os municípios.

1.1 Metodologia de Pesquisa

Pode-se definir pesquisa como o procedimento racional e sistemático, que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas propostos. A pesquisa é requerida quando não se dispõe de informação suficiente para responder ao problema, ou então, quando a informação disponível se encontra em tal estado de desordem que não pode ser adequadamente relacionada ao problema (GIL, 2002).

A classificação desta pesquisa ocorre com base em seu objetivo geral, qual seja: **compreender quais os obstáculos que impedem a estruturação e a gestão dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de Goiás e apontar estratégias de superação e expansão.**

Segundo Gil (2007), os objetivos da pesquisa, podem ser classificados em exploratórios, descritivos e explicativos. Assim, esta pesquisa é definida como descritiva e analítica, conforme definição formulada por Fernando e Gomes (2003, p. 8):

Trata-se, portanto, de uma modalidade de pesquisa cujo objetivo principal é descrever, analisar ou verificar as relações entre fatos e fenômenos (variáveis), ou seja, tomar conhecimento do que, com quem, como e qual a intensidade do fenômeno em estudo.

A pesquisa descritiva pode também ser utilizada para avaliação de programa, sendo que tais estudos podem ou não trabalhar com a formulação de hipóteses e, muitas vezes, podem servir de base para estudos de laços causais.

Para alcançar o objetivo geral, pretende-se especificar os seguintes objetivos por meio de estudos de caso:

- Conhecer a estrutura dos consórcios e sua caracterização;
- Identificar a motivação e os resultados do consorciamento;
- Conhecer a política administrativa e os métodos de controle dos consórcios;
- Conhecer o financeiro orçamentário e a sustentabilidade dos consórcios;
- Elaborar e propor ações que impulsionem a estruturação, a gestão e a sustentabilidade dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de Goiás, e apontar estratégias de superação e expansão.

Quanto ao método, este estudo é uma pesquisa qualitativa, baseada em estudo de casos. Conforme os ensinamentos de Zanella (2009), a pesquisa qualitativa pode ser definida como a que se fundamenta principalmente em análise qualitativa, caracterizando-se, em princípio, pela não utilização de instrumentos estatísticos na análise de dados.

Para os procedimentos adotados na coleta de dados foram realizados estudos de casos qualitativos pela triangulação das seguintes técnicas: levantamento bibliográfico, análise documental com entrevistas semiestruturadas, elaborada de forma ampla e aberta, com o propósito de adequar, conforme perfil e visão dos entrevistados, com o objetivo de examinar o que vem ocorrendo e identificar aspectos que podem ser considerados convergentes na literatura específica e nos estudos de casos.

De acordo com Yin (2013), o estudo de caso consiste em uma “[...] investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.”.

Na estratégia de estudos de casos, o pesquisador pode analisar um caso (estudo de caso único) ou múltiplos casos (estudo de casos múltiplos). Esta pesquisa classifica-se como um estudo de casos múltiplos (CRESWELL, 2007), primeiramente, com os Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná e, em seguida, com os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Goiás.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas conduzidas por roteiro semiestruturado. As questões das entrevistas foram divididas em quatro eixos temáticos: Caracterização e Estrutura dos Consórcios; Motivações e Resultados do Consorciamento; Política Administrativa e Controle Financeiro Orçamentário/Sustentabilidade dos Consórcios.

As entrevistas semiestruturadas foram divididas em duas etapas: primeira etapa realizada em oito das dezoito regiões de saúde do Estado de Goiás e, em quatro regiões, os CISs formalizados/ativos e, nas outras quatro regiões, encontram-se formalizados/inativos e/ou em processo de formulação. Desse modo, apresentamos a seguir, no Quadro 1, os CISs existentes no Estado de Goiás.

Quadro 1 - Consórcios Intermunicipais de Saúde existentes em Goiás

Nome do Consórcio	Sigla	Município sede	Situação Atualizado do Consórcio
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste goiano	CISSGO	Quirinópolis	Formalizado / Paralisou as atividades
Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Região do Vale do São Patrício	CISVALE	Goianésia	Formalizado e em Funcionamento
Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste II	CISO II	São Luís de Montes Belos	Formalizado e em Funcionamento

Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Rio Vermelho Araguaia	CISRIV A	Cidade de Goiás	Formalizado e em Funcionamento
Consórcio Público de Saúde da Microrregião do Entorno Norte.	CONS AÚDE	Formosa	Em fase de formalização
Consórcio Intermunicipal de Saúde Estrada de Ferro	CISEF	Catalão	Constituiu CNPJ/Não Instalado Formalizado
Consórcio Intermunicipal de Saúde Valedo Paranã	CISP ARAN Ã	Posse	Em fase de Formalização
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste Goiano	CISO G	Iporá	Em fase de Formalização

Fonte: A autora, a partir de dados obtidos no site da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Acesso: <https://www.saude.go.gov.br/prestacao-de-contas/consorcios-publicos-em-saude>.

Todas as entrevistas semiestruturadas realizadas nas oito Regiões de Saúde do Estado de Goiás aconteceram no território, isto é, foram realizadas in loco, pela pesquisadora, com os seguintes atores: presidentes e/ou secretários executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde instituídos e em fase de implantação, coordenadores das Regionais de Saúde, quando não foi possível a realização da entrevista com o presidente e/ou com o secretário executivo do CIS.

Para alcançarmos os objetivos gerais da pesquisa, utilizamos também a metodologia comparativa, como recurso para aumentar a validade externa e dar maior consistência empírica ao estudo. Mais especificamente, a Análise Comparativa de Políticas (CPA) é uma área emergente nas Ciências Sociais, e um dos principais estudos de política, já que possibilita o uso de múltiplos métodos como meio de obter uma imagem mais completa da análise das políticas sociais (PETERS; FONTAINE, 2020).

Nesse contexto, quando associada ao método de estudo de caso, conforme explicam Balestro et. al. (2007), há uma espécie de tradeoff entre o número de observações e o número de variáveis na metodologia comparativa. Assim,

quanto maior o número de variáveis consideradas, menor é o número de casos e vice-versa. Aqui, pode-se estabelecer um paralelo entre o estudo de caráter exploratório e o estudo de caráter explicativo em comparação com o maior número de variáveis.

Portanto, a segunda etapa das entrevistas semiestruturadas foi realizada juntamente com o Estudo de Caso Comparativo. Neste estudo, optamos pelo Estado do Paraná, (um dos três estados pesquisados na revisão da literatura), por ser um dos estados com o CIS consolidado com incentivo técnico e financeiro pelo Governo Estadual, para o gerenciamento dos Ambulatórios Médicos Especializados pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CISs).

Esse tipo se assemelha à proposta inicial dos CISs em Goiás, para a gestão dos Ambulatórios de Especialidades Médicas (AME).

Dando continuidade às experiências de cada estado, são apresentadas por duas matrizes SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threatens), ferramentas utilizadas para comparação entre os estudos de casos dos CIS dos estados do Paraná e Goiás, conforme exposto no Quadro 2. Conceituação da matriz SWOT, a seguir.

Criada por Kenneth Andrews e Roland Cristensen, professores da Harvard Business School e, posteriormente, aplicadas por inúmeros acadêmicos, a análise SWOT estuda a competitividade de uma organização segundo quatro variáveis, a seguir explicadas: Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Oportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças).

Graças a essas quatro variáveis, pode-se fazer o inventário das forças e fraquezas da empresa, das oportunidades e ameaças do meio em que a empresa atua.

Quando os pontos fortes de uma organização estão alinhados com os fatores críticos de sucesso para satisfazer as oportunidades de mercado, a empresa será por certo competitiva no longo prazo (RODRIGUES et al., 2005).

Quadro 2 – Conceituação da matriz SWOT



Fonte: Adaptado de Oliveira (2014), Morais (2008), Rezende (2008) REZENDE, D. A. Planejamento estratégico para organizações: Públicas e privadas. Rio de Janeiro: Brasport, 2008; Chiavenato e Sapiro (2009).

Para atender às múltiplas diversidades dos consórcios, a Associação dos Consórcios Intermunicipais e Associações de Saúde do Paraná (ACISPAR) selecionou cinco consórcios para fazerem parte da pesquisa. Cada um desses apresenta características diferentes, conforme descrito no Quadro 3, a seguir.

Quadro 3 – Consórcios Públicos de Saúde do Paraná pesquisados

Nome do Consórcio	Sigla	Município ou Sede	Nome do Consórcio
Consórcio Intergestores Paraná Saúde	CIPS	Curitiba	Consórcio Intergestores Paraná Saúde
Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná	COMESP	Curitiba	Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná

Consórcio Intermunicipal de Saúde	CONIMS	Pato Branco	Consórcio Intermunicipal de Saúde
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema	CISMEPAR	Londrina	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema
Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense	CISAMUSEP	Maringá	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense

Fonte: A autora, a partir dos dados da ACISPAR.

O CIPS foi escolhido por ser um consórcio com Estratégia de Aquisição de Medicamentos e Produtos para a Saúde de forma centralizada para os trezentos e noventa e oito municípios dos trezentos e noventa e nove do estado.

O COMESP atende os vinte e nove municípios da Região Metropolitana de Curitiba e Guaratuba, no litoral do Paraná.

A escolha de CONIMS deve-se ao fato de ser formado por municípios de dois estados, num total de vinte e um municípios, sendo treze do Paraná e oito de Santa Catarina. Paralelamente, o CISMEPAR atua como ferramenta de gestão e articulação intermunicipal para vinte e um municípios, abrangendo a população de cerca de um milhão de habitantes. E por fim, o CISAMUSEP, considerado um consórcio de referência Nacional.

As entrevistas foram realizadas in loco, também pela autora da pesquisa nos Consórcios Intermunicipais de Saúde, Consórcio Intergestores Paraná Saúde (CIPS) e Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná (COMESP), com sede em Curitiba (PR). As entrevistas online foram realizadas com os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CONIMS), com sede em Pato Branco; Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR), com sede em Londrina; e com o Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense (CISAMUSEP), com sede em Maringá.

O conteúdo das entrevistas foi também gravado em aparelho de áudio, para garantir que não ocorresse perda de conteúdo das respostas dos entrevistados. Posteriormente, foi analisado com base nas etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. Enquanto o levantamento bibliográfico e a análise documental, conforme explica Zanella (2009), se fundamentam a partir do conhecimento disponível em fontes bibliográficas, sobretudo, em livros e artigos científicos, a pesquisa documental, similarmente à pesquisa bibliográfica, se utiliza de fontes documentais, isto é, de fontes secundárias, de modo que a diferença entre ambas é essencialmente a natureza das fontes, conforme o entendimento de Gil (1991), já que a primeira se utiliza basicamente de contribuições dos diversos autores, enquanto que a segunda vale-se de materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa.

Esta dissertação está organizada em quatro capítulos, além desta introdução. O Capítulo 2 tem como objetivo a Revisão da Literatura, iniciando-se pelo processo de Municipalização da Saúde Pública no Brasil e, na sequência, expõe o Federalismo e as Relações Interfederativas no SUS. Em seguida, são tratados os temas referentes à Governança em Rede de Atenção à Saúde e os Consórcios Públicos, juntamente com os Consórcios Intermunicipais de Saúde, base de todo nosso estudo.

O Capítulo 3 traz primeiramente os Consórcios Intermunicipais de Saúde que compõem o Estudo de Caso no Paraná, estado esse com os CISs consolidados, com incentivo técnico e financeiro do Governo Estadual, para gerenciamento dos Ambulatórios Médico Especializados (AME), pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CISs), o que se assemelha à proposta inicial dos CISs em Goiás, para a gestão dos AMEs. Na sequência, apresenta-se o Estudo Comparativo, com a análise do processo de consorciamento no Estado de Goiás, juntamente com a descrição de todos os CISs, implantados em atividade e os que foram implantados, mas estão atualmente inativos, como também, aqueles que iniciaram o processo de implantação, e não foram concluídos.

No Capítulo 4, estão as Discussões e Análises dos Resultados, iniciadas pelos quatros Eixos Temáticos que nortearam a pesquisa, a saber: Caracterização e Estrutura dos Consórcios, Motivações e Resultados do Consorciamento,

Política Administrativa e Controle Financeiro
Orçamentário/Sustentabilidade dos Consórcios.

Na sequência, a análise da matriz SWOT (Forças, Fraquezas, Oportunidades, Ameaças) dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná e de Goiás.

E, por último, no Capítulo 5, são apresentadas as Conclusões e Recomendações.



2

2

REVISÃO DE LITERATURA



2 REVISÃO DE LITERATURA

Por meio da revisão da literatura, busca-se contextualizar os Consórcios Intermunicipais de Saúde com as relações interfederativas, tendo o Sistema Único de Saúde como percursor dessa engrenagem. Assim, iniciamos pelo processo de Municipalização da Saúde Pública no Brasil e, em seguida, com o Federalismo e as Relações Interfederativas. Em continuidade, são examinados a Governança em Rede de Atenção à Saúde e os Consórcios Públicos, juntamente com os Consórcios Intermunicipais de Saúde, base de todo este estudo.

2.1 A Municipalização da Saúde Pública no Brasil

O Sistema Único de Saúde teve seu início entre os anos 1970 e 1980, oriundo da organização de diversos grupos engajados no movimento sanitário que tinha por intuito pensar em estabelecer um sistema público que solucionasse os problemas encontrados no atendimento à população e defendesse o direito universal à saúde, por meio da descentralização das ações e serviços de saúde.

O SUS tem uma história, uma base legal, um conjunto de princípios e valores, uma materialidade e uma institucionalidade. Não se originou do Estado, nem de governos, nem de partidos, tampouco de organismos internacionais. Nasceu na sociedade civil, nas lutas de estudantes, segmentos populares, sindicatos, profissionais de saúde e setores da academia, envolvendo professores, intelectuais e pesquisadores (PAIM, 2018).

Em março de 1986, ocorreu o evento político sanitário mais importante da segunda metade do século XX, a VIII Conferência Nacional de Saúde. Essa conferência foi convocada pelo ministro Carlos Sant'Ana e promovida sob a gestão do ministro Roberto Santos e, nela, foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde e tinha como temas

oficiais: 1) Saúde como Dever do Estado e Direito do Cidadão; 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) Financiamento Setorial (CONASS, 2011).

Pela primeira vez na história, foi possível presenciar a participação da sociedade civil organizada no processo de construção do que seria o novo modelo de saúde pública brasileiro. A partir dessa Conferência, houve desdobramentos imediatos representados por um conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, os quais serviriam como diretrizes para a elaboração da Seção da saúde da Constituição Federal de 1988 (CONASS, 2011).

Criou-se, destarte, na Constituição Federativa do Brasil, promulgada em 05/10/1988 – Título VIII, da Ordem Social; Capítulo II, da Seguridade Social; Seção II, da Saúde, Artigos 196-200, o Sistema Único de Saúde (SUS).

O capítulo da Seguridade Social da Constituição Federal foi alterado pela Emenda Constitucional n. 29, de 13/12/2000, que assegura recursos mínimos para o financiamento de ações e serviços públicos de saúde (CONASS, 2011).

A regulamentação do Sistema Único de Saúde somente ocorreu posteriormente pela Lei n° 8.080 de 1990. Essa Lei define o SUS como: “[...] conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.” (Art. 4º), (CONASS, 2011).

Portanto, com o comando único em cada esfera de governo e a determinação legal de que esse comando será exercido nos estados pela Secretaria da Saúde, todos os serviços de saúde dos estados e municípios deverão, obrigatoriamente, ficar subordinados à normatividade do SUS. Desse modo, os serviços de saúde, ainda que não estejam formalmente subordinados ou vinculados às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde [...], constitucional e legalmente, não de se submeter à direção única do SUS, no tocante à política de saúde (CARVALHO; SANTOS, 2006).

Mediante os vetos presidenciais à Lei n° 8.080/90, que atingiram especialmente aspectos referentes aos recursos financeiros e à participação social, foi publicada a Lei n° 8.142, também em 1990, que contemplou os vetos referentes à participação da comunidade, gestão e financiamento do

SUS, garantindo, então, a participação da comunidade como uma das diretrizes para a organização do sistema público de saúde, propiciando, dessa forma, a criação de diversos mecanismos de articulação entre as três esferas de governo e de participação e controle social sobre as políticas públicas, bem como, os conselhos de saúde e as conferências de saúde.

No início dos anos 1990, estados e municípios não se encontravam em condições de exercer plenamente as competências e atribuições estabelecidas nessas leis. Por outro lado, o governo federal resistia ao financiamento do SUS, mediante repasse regular e automático de recursos para as demais esferas de governo. Diante desse quadro, na construção do SUS, recorreu-se a um conjunto de portarias chamadas de Normas Operacionais Básicas: NOB-91; NOB-93, NOB-96, Noas-2000 e Noas-2002 (CONASS, 2011).

Essas normas foram atualizadas por mais de quinze anos para viabilizar essa política de descentralização no SUS e, em 2006, foram traduzidas em um novo instrumento, que se convencionou chamar de Pacto da Saúde, um movimento de mudança que não é uma norma operacional, mas um acordo interfederativo articulado em três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (CONASS, 2011).

Esses pactos promoveram mudanças significativas no arranjo federativo de organização, gestão e financiamento do SUS, transformando um sistema concentrado na União em outros, nos quais os municípios, apoiados pelos estados, desempenham um amplo conjunto de responsabilidades e gerenciam um volume expressivo de recursos e unidades de saúde (OUVERNEY, 2014).

É preciso esclarecer que a orientação descentralizadora foi expressa na Constituição Federal de 1988 e teve na trajetória do SUS a experiência mais elaborada de construção de um novo pacto federativo. A Saúde foi a área de política social na qual o modelo descentralizador participativo foi mais ampla e radicalmente aplicado, passando a servir de padrão para outras áreas das políticas públicas (FLEURY, 2014).

Lembra Fleury (2014) que, mediante avanços constitucionais, diferentes fatores impulsionaram o processo de descentralização, muitas vezes, desde perspectivas contraditórias, decorrentes tanto da necessidade de redução

do gasto e do tamanho do governo central como também, da necessidade de atender às demandas cidadãs, por meio de uma nova institucionalidade para o pacto federativo, aprofundando a democracia ao nível local, assegurando a descentralização do poder e acercando o processo decisório da cidadania.

É indispensável frisar que o ritmo e a intensidade da descentralização político-administrativa da esfera federal para estados e municípios no Brasil, na área da saúde, variaram segundo quatro dimensões, representadas pelas transferências de serviços e servidores públicos; responsabilidades e atribuições; recursos financeiros; e poder sobre a política de saúde (MACHADO; VIANA, 2009).

Gadelha et al. (2009), na mesma linha, enfatizam que a descentralização na saúde seguiu o movimento mais geral de municipalização, acentuando o papel dos municípios na condução das políticas, num conseqüente esvaziamento do papel dos estados. Se, por um lado, o processo de municipalização permitiu a instituição e a expansão do SUS, com a ampliação do acesso à saúde, por outro, provocou a criação de milhares de “sistemas locais de saúde”. Os governos locais assumiram a responsabilidade pela provisão de serviços de saúde, num contexto em que a maioria dos municípios apresentava pequena base populacional e limitada capacidade institucional, o que prejudicou a função de planejamento regional.

Vê-se, pois, que a Descentralização Administrativa, no entendimento de Di Pietro (2020, p. 523), “[...] ocorre quando as atribuições que os entes descentralizados exercem só têm o valor jurídico que lhes empresta o ente central; suas atribuições não decorrem, com força própria, da Constituição, mas do poder central.”.

A municipalização do SUS aconteceu de forma paulatina e heterogênea, como processo de reestruturação do Estado e de sua ação sobre a realidade social; impulsionou um duplo movimento de democratização, representado na transferência de competências e recursos à esfera local e de compartilhamento decisório com a sociedade civil organizada. Como resultado, ampliou-se o conjunto de atores formalmente habilitados a influenciar a formulação de estratégias, a elaboração de políticas e programas e a gestão de ações e serviços de saúde, assim como, instâncias e processos decisórios foram definidos (FLEURY, 2014).

2.2 Federalismo e as Relações Interfederativas no SUS

Na década de 1980, a associação entre democracia e descentralização de políticas assume particular força e se traduz no texto da Constituição de 1988, que redesenha a estrutura de Estado em uma lógica de federação descentralizada, com ênfase no papel dos municípios. O reconhecimento dos municípios como entes federativos com grande peso e responsabilidades em várias áreas da política pública representa um traço peculiar do federalismo brasileiro, que o distingue de todos os outros regimes federativos no mundo e traz novos dilemas para a construção do pacto federativo no país (MACHADO;VIANA, 2009).

O federalismo é um modo de organização política que une comunidades políticas menores no âmbito de um sistema mais abrangente por meio da distribuição de poder e recursos entre a União e as unidades constituintes, protegendo a existência e a autoridade, tanto do domínio nacional quanto dos entes subnacionais por meio do compartilhamento dos processos gerais de tomada de decisão e de execução de ações governamentais (ELAZAR, 1984).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 define que o país é formado pela União indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, de modo que o município passa a configurar na composição da Federação, dotado de autonomia política, financeira e administrativa, num processo de descentralização do poder estatal e de valorização dos governos locais. Assim, é a referência internacional ao atribuir ao município uma gama de poderes legais.

Apesar dos avanços trazidos pela Constituição de 1988 para o fortalecimento do pacto federativo, no entendimento de Gohn (2018), as instituições, por conveniência ou por incapacidade, não souberam reequilibrar o centralismo da União. Não se vê no Poder Central vontade política de criar um equilíbrio federativo efetivo, que estabeleça a capacidade financeira de estados e municípios, de maneira a criar um padrão mínimo de igualdade na prestação dos serviços.

Para Gohn (2018), é essencial conferir a estados e municípios a capacidade de formular e implementar políticas públicas, pois, sem equilíbrio entre autonomia política administrativa e autonomia financeira, a ideia de pacto federativo é vazia.

Enquanto, para Trevas (2013), essa nova realidade, para ser virtuosa e efetiva, requer um federalismo cooperativo, a dinâmica da federação brasileira, que se segue à promulgação da Constituição, será condicionada por outras variáveis. Será determinada pelas assimetrias federativas, pelos contenciosos federativos, pelas diversidades e desigualdades regionais e, sobretudo, pela ausência de um projeto nacional de desenvolvimento que dê conteúdo e significado ao pacto federativo.

No mesmo sentido, Ribeiro (2018, p. 112) afirma que:

Para a boa execução das políticas públicas, especialmente as de caráter social, são fundamentais a cooperação e a coordenação federativas, porque, em grande medida, tais políticas públicas dependem da atuação concentrada de duas ou mais instâncias federativas.

Esse autor chama atenção também para o significado de coordenação federativa e cooperação federativa, das quais, a primeira é a atuação conjunta de entes da Federação de forma compulsória, enquanto a cooperação federativa pode assumir diversos formatos. Há também a atuação conjunta de entes da Federação, porém de forma voluntária e um exemplo desse caso é o consórcio intermunicipal formado por entes da mesma esfera.

Contudo, no entendimento de Arretche e Fonseca (2018), a Constituição Federal de 1988 confere poderes ao governo federal para criar legislação em todas as áreas de políticas públicas, incluindo aquelas com implementação descentralizada, de modo que, na maioria das áreas de política públicas, não são necessárias Emendas Constitucionais para aprovação de novas legislações.

A Legislação sobre finanças, políticas públicas e gastos das unidades subnacionais pode ser submetida ao Congresso Nacional como leis complementares, destinadas a regulamentar a Constituição e/ou leis ordinárias. Assim, muitas mudanças de políticas públicas que afetam os assuntos subnacionais podem ser aprovadas no Congresso Nacional por uma maioria simples de votos.

Em suma, o processo de descentralização e formulação de políticas públicas veio junto com a centralização da tomada de decisão, pois as unidades subnacionais têm um espaço estreito e moderado para tomar decisões sobre uma série de dimensões-chave da política de saúde.

Na prática, a União é a principal arena de tomada de decisões sobre a política nacional de saúde e os estados e municípios são fortemente dependentes de transferências federais, para financiar sua própria política. Assim, estão longe de ter autonomia total para tomar decisões sobre suas políticas de saúde, apesar de seu status constitucional como membros plenos da federação (ARRETCHE; FONSECA, 2018).

Nesse sentido, Galvão (2020, p. 113), em recente publicação, reforça a amplitude do federalismo cooperativo e a conceitua como:

Um processo organizativo do poder estatal em que, pela dissipação constitucional das competências e atribuições (especificamente, as administrativas) em uma pluralidade de centros decisórios, incide a necessidade da existência de certa interação entre eles quando for necessária e imprescindível a realização de interesse ou objetivos públicos, inviabilizados de serem alcançados uma intervenção de cunho relacional e participado.

Enquanto o federalismo sanitário brasileiro, para Mendes (2019, p. 274) implica:

[...] uma forma de colaboração em que todos os três entes federados são corresponsáveis por ações e serviços públicos de saúde – ASPS. Em outras palavras, esses serviços e essas ações são responsabilidade compartilhada do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde e das

Secretarias Municipais de Saúde, não importa onde esteja executado esse programa.

Assim, o município é um importante agente de políticas públicas com suas competências norteadoras comuns inseridas no art. 23 da Constituição Federal. Na área da saúde especificamente, segundo Santos (2013), o município é dotado de competência para cuidar da saúde com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados, incluindo até estipular sua própria legislação, mesmo que de maneira suplementar, sempre para atender ao interesse local. O município observa as normas gerais da União, restando-lhe o poder de suplementá-las ou complementá-las, de acordo com o interesse local, além da competência própria de legislar sobre assuntos também de interesse local.

Contudo Pinto (2019, p. 99) pontua que o descumprimento sistemático de legislação e pactuações tripartites tem impactado diretamente no financiamento das ações de saúde, contrariando o art. 196 da Constituição Federal de 1988:

Pois é imprescindível que haja o rateio federativo dos recursos com o enfoque do art. 198, §3º, II (progressiva redução das disparidades regionais), o que, por seu turno, foi parcialmente regulamentado no art.17, §1º da LC 141/ 2012, gerando com isso o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde. Daí é que emerge a pactuação das obrigações e responsabilidades de cada ente da federação no SUS por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, como primária fonte do que deveria ser o conteúdo material do piso em ações e serviços públicos de saúde ao que se somam os planos previstos na legislação sanitária.

Conforme o economista Francisco Funcia (2020), desde que a Emenda Constitucional (EC) 95 foi aprovada, em dezembro de 2016, o orçamento para a Saúde tem diminuído cada vez mais.

Somente em 2019, a perda de investimentos na área representou R\$ 20 bilhões, o que significa, na prática, a desvinculação do gasto mínimo de 15% da receita da União com a Saúde.

Para Funcia e Bresciani (2020), quando a emenda passou a vigorar, os investimentos em serviços públicos de Saúde representavam 15,77% da arrecadação da União. E, em 2019, os recursos destinados à área representaram 13,54%. Segundo informação colhida no site do CNS, “A receita da Saúde vem em ‘queda livre’ desde a implementação da emenda”.

Portanto as relações interfederativas no SUS e suas competências ainda são frágeis em vários aspectos, tendo o subfinanciamento como um dos principais problemas que afligem o Sistema Único de Saúde, gerando, assim, muitos conflitos em todas as esferas da sua gestão.

Dados recentes da Agência Nacional de Saúde (ANS, 2017) comprovam que o SUS se encontra institucionalizado, prestando serviços pelo menos a 75% da população brasileira (cerca de 160 milhões de pessoas), ainda que o restante, embora não dependa exclusivamente dele, utilize ações e serviços de diferentes tipos em distintas oportunidades. Pessoas que dispõem de planos e seguros privados de saúde correspondiam a 47,3 milhões de beneficiários em 2017.

Para garantir esse direito a todos, o SUS é alicerçado nos seguintes princípios, conforme o artigo 7º da Lei 8.080/90, da Universalidade, da Equidade e da Integralidade:

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar esse direito, o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas

públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos.

Temos ainda os princípios organizativos: Regionalização e Hierarquização, que são fato de que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos à determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, com definição e conhecimento da população a ser atendida.

A *regionalização* é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando ao comando unificado desses.

A *hierarquização* deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis em dada região.

Quanto à *Descentralização* e ao *Comando Único*: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos.

No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer essa função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, segundo o qual, cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Participação Popular: a sociedade deve participar no dia a dia do sistema. Para assim ser, há os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Conforme Santos (2014, p. 1):

A saúde pública brasileira sempre teve um calcanhar de Aquiles na sua organização e funcionamento. Esse calcanhar de Aquiles é a definição das responsabilidades federativas no cumprimento do dever com a saúde. O que cabe a cada ente da Federação realizar no âmbito de sua competência para cuidar da saúde? A Constituição

determina a todos os entes federativos o dever de cuidar da saúde pública. As competências comuns, o Judiciário as tem como solidária, ou seja, todos ficam comprometidos na efetivação do direito.

É ainda Santos (2014, p. 1) quem afirma que:

Esse tem sido um dos desacertos da saúde em seu aspecto organizativo. Quem faz o que num mundo imenso de ações e serviços, interdependentes, onerosos e que exigem complexidade tecnológica, estrutura e escala. Como organizar as competências num sistema composto por 5.570 municípios, 27 Estados e a União.

Nesse sentido, Levcovitz et al. (2001) ressaltam que a experiência brasileira revela a complexidade de consolidar uma política nacional de saúde em um país imenso, desigual, com um sistema político federativo, sendo essa continuamente tensionada por diversos obstáculos estruturais e conjunturais.

Conseqüentemente, o SUS é, ainda, a única política pública que se consolida, pois integra as competências, estrutura o sistema decisório, define financiamento e estabelece uma divisão compartilhada de trabalho nas três esferas de governo.

Portanto, o caminho a trilhar inicia na Gestão do SUS, em consonância com princípios e diretrizes dispostos na Constituição Federal e na Lei nº 8.080, de 19/09/1990, os quais estabelecem que a gestão do SUS seja fundamentada na distribuição de competências entre União, estados, Distrito Federal e municípios.

O modelo do SUS já está definido nas relações intergovernamentais, fundamentado na concepção de federalismo cooperativo, com expressiva participação de estados e municípios, como demonstrado acima. E, pela primeira vez na história do país, passam a atuar com protagonismo na organização e gestão das políticas de proteção social no campo da saúde.

Dessa forma, cabe às três esferas de governo, de maneira conjunta, definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde, monitorar o nível de saúde da população, gerenciar e aplicar os recursos orçamentários e financeiros, definir políticas de recursos humanos, realizar o planejamento a

curto e médio prazos e promover a articulação de políticas de saúde, entre outras ações.

As relações interfederativas do SUS inovaram, ao colocar em funcionamento canais institucionais de negociação entre os três níveis de governo, com destaque para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) as quais têm servido de exemplo para outras políticas públicas. Assim é e a Lei 12.466/2011 reconhece as instâncias de pactuação do SUS, ao dispor que as “[...] Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).”, desde que estejam em conformidade com o disposto no parágrafo único do Artigo 14 A, acrescido à lei 8.080 de 1990, a qual estabelece seu campo de atuação.

Paralelamente, no Art. 14-B da mesma lei, confere-se também maior legitimidade às representações dos entes estaduais e municipais de saúde: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), fato que corrobora efetivamente para o aprimoramento do pacto federativo, adequando às atribuições estabelecidas (BRASIL, 2011).

É pertinente trazer definições e objetivos da Comissão Intergestores e Conselhos: Comissão Intergestores Tripartite (CIT), foro de negociação e pactuação entre gestores em níveis federal, estadual e municipal; Comissão Intergestores Bipartite (CIB), foro de negociação e pactuação entre gestores estadual e municipais; Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), entidade representativa dos entes estaduais e do Distrito Federal na CIT para tratar de matérias referentes à saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), entidade representativa dos entes municipais na CIT para tratar de matérias referentes à saúde; Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao CONASEMS, na forma que dispuserem seus estatutos (BRASIL, 2011).

A trajetória institucional do SUS, desde a legislação infraconstitucional, orientou-se à organização dessa governança tripartite.

Assim ocorreu por meio de normas operacionais e culminou com o Decreto 7.508/11, no qual esse arcabouço normativo foi consolidado, principalmente pela instituição das Comissões Intergestores Regionais (CIR), instância regional de governança federativa do SUS, já que as outras duas já existiam, CIB e CIT, conforme Art. 30, incisos II e III, do Decreto nº 7.508, de 20/06/2011.

Nesse momento, os gestores municipais e o gestor estadual tomam as decisões relativas ao planejamento e à gestão do SUS no âmbito de suas regiões de saúde. As CIRs estão vinculadas às respectivas secretarias estaduais de saúde para efeitos operacionais e administrativos, devendo observar as diretrizes definidas na respectiva CIB (BRASIL, 2011).

A construção do Sistema Único de Saúde é constante e, atualmente, perpassa pelo processo de transformação e pela institucionalização de novos arranjos administrativos de caráter federativo e intergovernamental, os quais vêm gradualmente reestabelecendo competências e responsabilidades dos entes federados no que se refere ao desenvolvimento de ações e serviços de saúde no país.

Algumas dessas transformações foram desencadeadas após a publicação do Decreto nº 7.508/11, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90, após vinte anos de sua publicação). No que diz respeito à organização do SUS, ao planejamento da saúde, à assistência à saúde e à articulação interfederativa, trouxe novos desafios para a gestão do SUS, dentre eles, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

Santos (2011) define o COAP como um instrumento jurídico-institucional de caráter regional, que permite aos entes federativos de uma mesma região de saúde, ao lado do seu estado-membro e da União, exercerem efetivamente um modelo de gestão pública interfederativa.

Esse modelo de gestão propicia a negociação, a promoção de consensos e a pactuação acerca de aspectos essenciais para o SUS, como as atribuições que competem a cada um dos entes dentro da região de saúde, os quais respondem pelas referências sanitárias e indicam quem as financia.

Conquanto, para Salgado (2014), a principal finalidade do COAP seja promover a definição de responsabilidades e o compartilhamento das ações e serviços na região da saúde, de forma a garantir a integralidade da assistência aos cidadãos. É no âmbito do COAP que as múltiplas responsabilidades sanitárias de âmbito regional são definidas.

Assim como o consórcio público, o COAP é considerado importante instrumento de gestão estratégica e participativa do SUS, promovendo e viabilizando a ação interfederativa integrada e concertada, rompendo com a tradição dos contratos bilaterais, cujo objeto contrapõe as partes, já que cada um pretende o inverso do outro (SANTOS, 2011).

Salgado (2014), diferencia o COAP do Consórcio Público, pois, segundo ele, enquanto o COAP é um acordo entre as instâncias políticas dos gestores de saúde dos entes federativos de determinada região de saúde, cuja finalidade é integrar seus planos de saúde e distribuir responsabilidades entre eles, observadas as orientações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Sua essência é organizativa e não tem personalidade jurídica, enquanto o Consórcio Público é uma pessoa jurídica instituída em conjunto por dois ou mais entes federativos para exercer competências de natureza executiva, ou seja, executar atividades e serviços de saúde para a população dos seus entes instituidores.

Contudo, apesar de o COAP ser um instrumento de gestão estratégica e participativa para o SUS, ainda não foi efetivado em todas as regiões da federação, pois enfrenta obstáculos de implementação, decorrentes, principalmente, de compromissos dependentes do sistema político.

O Decreto 7.508/2011 estabelece ainda a organização do SUS em Regiões de Saúde, sendo essas instituídas pelo Estado em articulação com os seus municípios e representam o espaço privilegiado da gestão compartilhada da rede de ações e serviços de saúde, tendo como objetivos:

- a) **garantir o acesso resolutivo e de qualidade à rede de saúde, constituída por ações e serviços de atenção primária, vigilância em saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência e atenção ambulatorial especializada e hospitalar;**
- b) **efetivar o processo de descentralização, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os entes federados;**
- c) **e reduzir as desigualdades loco-regionais, por meio da conjugação inter- federativa de recursos.**

Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, nas Comissões Intergestores, garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde; orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde; monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

E, por fim, temos a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta a Emenda Constitucional nº 29 após 12 anos.

Para o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), a lei apresentou como ausência a não vinculação de recursos federais para a saúde, frustrando a grande expectativa de ampliação de recursos para o setor. Essa lei define o que pode ser considerado como despesas em ações e serviços públicos de saúde; dá ênfase aos processos de planejamento e controle social e à transferência regular e automática, por meio dos fundos de saúde para custeio e investimento, entre outros.

É oportuno ressaltar que, apesar de não atender às expectativas quanto a ampliação da participação da União no financiamento do SUS, a Lei Complementar 141/2012 trouxe principalmente a valorização dos instrumentos de planejamento e dos mecanismos de controle social e traz também critérios referentes à movimentação e à aplicação dos recursos do SUS.

2.3 Governança em Rede de Atenção à Saúde

Um dos desafios do SUS, segundo Mendes (2019), está em transitar de um modelo de governança hierárquica para um modelo de governança em rede, pois a maior parte das propostas de governança de Rede de Atenção à Saúde (RASs) feitas para o SUS tem como base a construção de modelos hierárquicos incompatíveis com a governança em rede.

Há consenso na literatura de que o conceito de governança passou por uma evolução semântica, tornando-se um conceito amplo, desde o termo governança até estilo de governar.

Mendes (2019) pontua que, na governança hierárquica predominante até então no SUS, a coordenação é feita principalmente pelo uso de planos,

rotinas e protocolos desenhados por aqueles que ocupam o topo da escala de hierarquia, enquanto, na governança em rede, a coordenação é realizada por meio da colaboração entre gestores interdependentes em processos de negociação e tomada de decisão coletiva sobre a distribuição e conteúdo das tarefas.

Para Falcão e Marini (2019), governança colaborativa é a governança em duplo sentido, ou seja, é a ciência e a arte de gerar valor público de forma conectada – é a governança em rede entre instituições e entre essas e a sociedade. Cabe ressaltar que os consórcios intermunicipais de saúde são definidos também como uma rede colaborativa na região, enquanto, para esses autores, redes são novas formas de pensamentos sistêmicos e, não casualmente, um sistema de saúde é composto pela relação que o conjunto de instituições prestadoras de serviços de saúde mantém entre si.

Nesse contexto, as redes de governança aparecem como um conjunto de relacionamentos, a partir da capacidade de organização de grupos e indivíduos em coordenar suas atividades de alguma forma, para alcançar objetivos relacionados a propósitos públicos, nos quais padrões mistos de hierarquias, mercado e entes colaborativos operam juntos em múltiplos setores e escalas geográficas mediante múltiplos elos verticais, horizontais e diagonais (FALCÃO; MARINI, 2014).

Então, como seria a governança de Redes de Atenção à Saúde? Para Mendes (2011), é o arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, de forma a gerar um excedente colaborativo entre os atores sociais em situação, a fim de aumentar a interdependência entre eles e obter bons resultados sanitários e econômicos para a população subordinada.

Para Brito (2019), os consórcios intermunicipais são redes horizontais de colaboração, cujas políticas públicas são formuladas e implementadas em um nível regional, com um lugar intermediário exclusivo na estrutura federativa brasileira, um lugar único que se situa entre o município e o governo estadual.

O referido autor conclui que a nova Governança Pública trata de disponibilizar novas “plataformas organizacionais”, para facilitar o alcance de objetivos públicos. Portanto, são os consórcios intermunicipais uma plataforma organizacional peculiar e eficaz, uma vez que tratam de esfera

regional, a intermunicipalidade, uma “zona cinzenta” do planejamento e da implementação de políticas públicas, área que ficaria esquecida e sem intervenções, consequência da discussão de competências federativas que não delimitam devidamente as atribuições de estados e municípios.

Com isso, em busca de uma nova governança para a efetivação das políticas públicas, os municípios têm elegido os Consórcios Pública como principal arranjo regional, motivados pelos seguintes objetivos, conforme, pesquisa realizada por Grin, Segatto e Abrúcio (2016):

- a) Aumento da capacidade de realização (localidades podem ampliar o atendimento aos cidadãos e o alcance das políticas públicas, ao disporem de mais recursos e apoio coletivo);**
- b) Economia de Escala e/ou ganho de eficiência na aplicação de recursos (consórcios compartilham recursos como máquinas de terraplanagem e unidade de saúde ou disposição de resíduos sólidos);**
- c) Realização de ações inacessíveis a uma única prefeitura com articulação de esforços conjuntos, como é o caso da aquisição de equipamentos de alto custo, bacias hidrográficas e o desenho de políticas públicas de âmbito regional na área de desenvolvimento econômico local;**
- d) Aumento do poder de diálogo, pressão e negociação dos municípios (um consórcio intermunicipal pode melhorar os termos da negociação dos municípios junto aos governos estadual e federal, ou junto a entidades da sociedade, o que fortalece a autonomia municipal);**
- e) Governança e aumento da transparência das decisões públicas, pois envolve vários atores, o que torna mais visível e exige discussões mais aprofundadas em cada município e em termos regionais. Isso possibilita ampliar a fiscalização da sociedade sobre a ações dos governos;**
- f) Aprendizado e Inovação: meio para gerar soluções para problemas comuns, construir redes, dividir recursos e harmonizar serviços horizontalmente com outros níveis de governo;**
- g) Sustentabilidade político-institucional, técnico-operacional e financeira. Mendes (2019, p. 270) pontua que, no âmbito do SUS, a gestão da Rede de Atenção à Saúde ocorre pela associação dos**

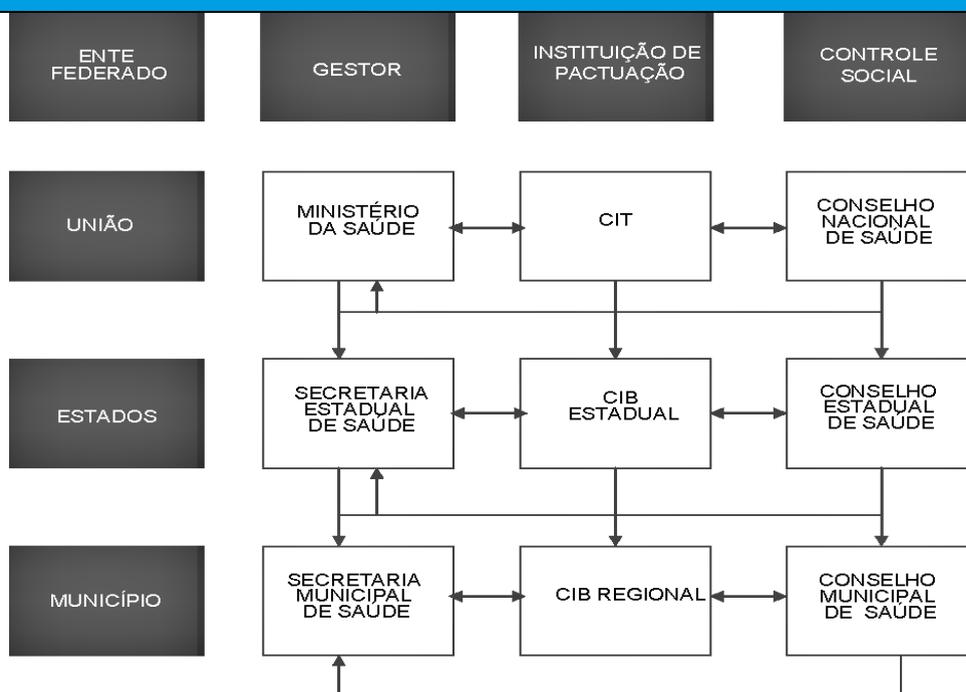
municípios entre si e com o apoio da União e da Secretaria Estadual de Saúde:

Atenção à Saúde ocorre pela associação dos municípios entre si e com o apoio da União e da Secretaria Estadual de Saúde:

O paradigma da regionalização colaborativa assenta-se no princípio da cooperação gerenciada, em que o componente da cooperação é dado pela associação intermunicipal e estadual, e o componente gerencial explicita-se em mecanismos de governança regional que envolve sistemas potentes de planejamento, monitoramento e avaliação. O paradigma da regionalização colaborativa não tem similar na experiência internacional, e, por isso mesmo, deve ser construído, singularmente, em nosso país.

Na Figura 1, a seguir, é apresentada a lógica institucional de governança do SUS, com destaque à gestão regional, que ocorre no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite Regional – CIB Regional.

Figura 1 – O Modelo Institucional do SUS.



Fonte: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2006).

A Regionalização no SUS é constituída por determinada região de saúde, enquanto os Consórcios Intermunicipais de Saúde são instituídos também nessas regiões de saúde, mas cada região de saúde, conforme o Decreto nº 7.508/2012, dispõe em seu primeiro artigo.

Região de Saúde – espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Nesse contexto de governança, a Lei Complementar nº 141/2012 trouxe o Planejamento Regional Integrado (PRI), parte do processo de planejamento do SUS, a ser realizado no âmbito das Macrorregiões de Saúde, cujo produto, resultante das pactuações entre as unidades federadas, com participação do Ministério da Saúde, será o Plano Regional, que servirá de base para a elaboração do Plano Estadual de Saúde.

Esse processo visa promover a equidade regional, bem como, contribuir para a concretização do planejamento ascendente do SUS (BRASIL/MS, 2016).

O Planejamento Regional Integrado é constituído e coordenado pelo Estado, em articulação com os municípios e participação da União, conforme cada região de saúde definidas na CIB (Figura 1). Os CISs, como um dos atores-chaves da governança, tem sua inserção nos espaços de governança imprescindível, pois todas as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) de interesse regional, bem como, as responsabilidades dos entes para com essas ações e serviços, deverão estar contidas no próprio Plano Regional, elaborado no âmbito da macrorregião de saúde, a qual deverá evidenciar o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção, por meio da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), observando os Planos de Saúde dos três entes federados.

Em suma, os Consórcios Intermunicipais de Saúde são instituições-chave de articulação de atores na região e no âmbito da nova governança. Daí

estarem no centro do processo da regionalização colaborativa e, sobretudo, se encontrarem em conformidade com o modelo institucional de governança do SUS, no qual contempla as relações interfederativas.

2.4 Consórcios Públicos e os Consórcios Intermunicipais de Saúde

Consórcio, em termos gerais, é sinônimo de união, como se depreende do vernáculo. Também na economia, costuma resignar um grupo de empresas autônomas que possuem operações em comum. O sentido da expressão consócio adotada pela Lei nº 11.107/2005 é correspondente a estes dois sentidos. Naturalmente, deve-se adaptar o conceito da economia, dele retendo-se, especialmente, a noção de entidade autônoma que realizarão operações administrativas (serviços) comuns. (ARAÚJO e MAGALHÃES, 2008).

A palavra consórcio é originária do latim consortium, que remete à ideia de associação, ligação, união. Foi com a finalidade de cingir vários organismos em prol dos serviços de saúde que a Assembleia Constituinte edificou regras nesse sentido. E a legislação infraconstitucional os regulamentou.

Na verdade, a instituição dos consórcios públicos foi construída paulatinamente, na medida em que os anseios sociais voltados à área da saúde exigiam do legislador a criação de normas para atendê-los. Por isso, os contornos mais nítidos fundadores da entidade são detectados já sob a era da “res pública” (República/1889), durante o aprimoramento das leis nacionais, refletindo a importância dos Consórcios Públicos para a efetividade da saúde em todo território nacional.

A figura dos consórcios públicos foi referenciada pela primeira vez no Decreto 23.611/1933, quando prenuncia os “consórcios profissionais-cooperativos”, e na Constituição de 1937, que trazia, no seu art. 29, autorização para que os municípios de uma mesma região formassem agrupamentos com personalidade jurídica específica para atuarem em conjunto na gestão de assuntos de interesse comum (CNM, 2020).

A Constituição da República de 1937, no Artigo 29, rezava: “Os municípios da mesma região podem agrupar-se para a instalação, exploração e administração de serviços públicos comuns. O agrupamento, assim

constituído, será dotado de personalidade jurídica limitada a seus fins”, desse modo trazendo uma falsa intencionalidade, uma vez que a própria autonomia municipal já então se fazia neutralizada pela hegemonia da União no âmbito do regime ditatorial com a implantação do “Estado Novo”. Esse novo regime trouxe por consectário a ruptura com a tendência de articulação intergovernamental delineada na Constituição de 1934 (PIRES; NOGUEIRA, 2008).

A Constituição de 1967 trouxe redação semelhante àquela que se encontrava no Artigo 16, §4º, ad litteram: “Os municípios poderão celebrar convênios para a realização de obras ou exploração de serviços públicos de interesse comum, cuja execução ficará dependendo de aprovação das respectivas Câmaras Municipais”.

Com a publicação da Emenda Constitucional nº 1, de 1969, Artigo 13, ficou estabelecido que: “[...] a União, os Estados e os Municípios poderão celebrar convênios para a execução de suas leis, serviços ou decisões, por intermédio de funcionários federais, estaduais ou municipais”. Aqui, houve supressão da referência às cooperações intermunicipais, decorrendo daí a lógica colaborativa, que se consagrou.

Inaugurado o Estado Democrático de Direito, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, houve inúmeras inovações, precipuamente no que se refere a direitos fundamentais de Ordem Social, como a saúde que, hodiernamente, representam setores sociais que mais clamam por interferência estatal, sejam pelos comandos normativos que a elegeram como bem indispensável ao desenvolvimento hígido do homem, seja por todos os problemas que assolam sua efetividade no Brasil.

Foi somente com a Constituição Federal de 1988 que o constituinte explicitou, em seu Artigo 25 §3º, que: “Os Estados poderão, mediante lei complementar, instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamento de municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum.” (BRASIL, 1988).

Pouco tempo depois de sua vigência, a Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998, modificou a redação do Artigo 241, do citado diploma, que passou a prever expressamente os Consórcios Públicos e os convênios de cooperação, como se pode ler a seguir:

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

A fragilidade institucional foi estabilizada somente em 2005, quando, então, entrou em vigor a Lei nº 11.107 – Lei dos Consórcios Públicos – que dispôs sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos, assim como trouxe também regras acerca da constituição de pessoa jurídica por entes federativos em conjunto. Dois anos depois, editou-se o Decreto 6.017/2007, que regulamentou particularidades a respeito da Lei 11.107/2005.

O Art. 2º, inciso I, do Decreto 6.017/2007, se ocupou de conceituar consórcio público como sendo:

Pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da Federação, na forma da Lei nº 11.107, de 2005, para estabelecer relações de cooperação federativa, inclusive a realização de objetivos de interesse comum, constituída como associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos.

Vários juristas administrativistas passam a conceituar os consórcios – entre eles, Di Pietro (2020) – como associações formadas por pessoas jurídicas políticas (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), com personalidade de direito público ou de direito privado, criadas mediante autorização legislativa para a gestão associada de serviços públicos.

Dessa maneira, pôde-se constatar como mudanças significativas: a) Consórcios Públicos e convênios de cooperação devem ser disciplinados por lei entre os entes que cooperam entre si; b) Consórcios Públicos são pessoas jurídicas que integram a Administração Pública; e c) podem ser formados

por entes federativos de níveis distintos, a saber: entre municípios, estado e municípios ou com a participação da União.

Após a edição da Lei nº 11.107/2005, os Consórcios se confirmaram como alternativas mais interessantes para a sedimentação da cooperação interfederativa, uma vez que muitos benefícios foram incrementados à área de saúde.

Gomes e Bastos (2008) prelecionam algumas dessas vantagens introduzidas à realidade nacional pelo estatuto em liça: melhor segurança jurídica; melhor qualidade e eficiência para a gestão de serviços de interesse comum; e a possibilidade da União e dos Estados Membros transferirem recursos para os Consórcios legalizados pela referida lei, o que atendeu disposição contemplada na Lei de Diretrizes Orçamentárias da União, a Lei nº 11.178/2005, qual seja: “Art. 49. Os órgãos e entidades concedentes deverão dar preferência nas transferências voluntárias às ações estaduais e municipais desenvolvidas por intermédio de consórcios públicos formados exclusivamente por esses entes.” (BRASIL, 2005).

No entanto, segundo o entendimento de Caldas e Ribeiro (2013), os instrumentos normativos, lei e decreto, fixaram uma institucionalidade mínima e é preciso ter claro que, ainda que essa não seja em si suficiente para a cooperação federativa, da forma como foi prevista, se constitui como elemento essencial para que a cooperação ocorra de forma robusta, sendo relevantes nesse sentido:

- a) **a natureza jurídica de direito público para os consórcios públicos, dando um caráter mais seguro à pessoa jurídica criada;**
- b) **o caráter voluntário da adesão ao pacto político que dá origem aos consórcios intermunicipais, legitimando e reforçando o compromisso firmado;**
- c) **a penalização do ente consorciado, se inexistente a previsão de dotação suficiente para as despesas assumidas pelo contrato de rateio, em sua lei orçamentária ou de créditos adicionais. Assim se garante um fluxo de recursos para o ente desde sua criação;**
- d) **a condição de associação pública, sob regime jurídico de direito público, para que o consórcio possa ser destinatário de recursos do orçamento da União.**

Eis os principais destaques da Lei dos Consórcios:

- a) **fortalecimento da cooperação federativa: a Lei de Consórcios Públicos disciplinou os instrumentos de cooperação federativa; estabeleceu normas gerais para a contratação de Consórcios Públicos em todos os níveis de Governo; autorizou celebração de contrato de programa entre os entes da federação e da Administração Indireta, entre outras providências;**
- b) **regionalização e descentralização – a execução das políticas públicas deve ter uma atuação integrada entre os diferentes sujeitos da federação para a efetiva consolidação do SUS;**
- c) **princípio da subsidiariedade – a primazia na execução das ações é do município, mas quando não possui as condições técnicas e operacionais para atuar, por meio da subsidiariedade, a cooperação entre as instâncias locais e regionais possibilita a efetivação das políticas públicas;**
- d) **permissão de diferentes formas de cooperação – horizontal (município para município, de estado para estado) ou vertical (da União com os estados e municípios, dos estados com os municípios);**
- e) **mudança na Lei de Improbidade Administrativa, alterou a Lei nº 8.429/92 e passou a configurar como improbidade administrativa as seguintes condutas: ajustar a gestão associada sem observância à Lei dos Consórcios Públicos; celebrar contrato de rateio sem prévia e suficiente dotação orçamentária ou sem observância às exigências legais (CNM, 2016).**

Conforme a Lei dos Consórcios Públicos, esses são classificados entre: consórcio administrativo, regido pelo direito privado; consórcio público de direito privado; e consórcio público de direito público. Esse último segue o mesmo regime jurídico das autarquias, sendo considerado parte da administração pública indireta e submetido à fiscalização e regulamentação dos Tribunais de Contas.

Consórcio administrativo – contrato formado entre associações civis regidas pelo direito privado.

Consórcio público de direito público – assume a forma de associação pública e integra a administração indireta das entidades que compõem o consórcio

e adquire personalidade jurídica em vigência da lei de ratificação dos protocolos de intenções.

Consórcio público de direito privado – associação regida pelas leis do direito civil. Adquire personalidade jurídica com inscrição em registro civil de pessoa jurídica e deve obedecer a algumas regras do direito público, tais como: realização de licitações, celebração de contrato administrativo, admissão de pessoal e prestação de contas.

Outro ponto a ser observado é a diferença entre consórcios públicos e convênios que está na personalidade jurídica.

Esses podem ser formados por entes federados da mesma espécie ou diferentes, como entre União, Estado e municípios, somente Estado e municípios ou entre municípios. Entretanto nunca entre municípios de Estados diferentes. É constituído por meio de contrato entre as partes e sua celebração seguirá protocolo de intenções que norteará as regras para a formação jurídica do consórcio, no qual depositará a finalidade, os prazos de vigência, a sede do consórcio, as partes, os administradores do consórcio e as regras. O mais relevante é que a lei deu alguns privilégios ao consórcio público, independentemente de sua natureza pública ou privada, conforme expõe Di Pietro (2020):

- 1. Poder de promover desapropriação e instituir servidões nos termos de declaração de utilidade pública, ou de interesse social, realizada pelo Poder Público (Artigo 2º §1º, inciso II);**
- 2. Possibilidade de ser contratado pela Administração Direta ou Indireta dos entes da Federação consorciados, com dispensa de licitação (Artigo 2º, §1º, inciso III);**
- 3. Poder de dispensar a licitação na celebração de contrato de programa com entes da Federação ou com entidade de sua Administração Indireta, para prestação de serviços públicos de forma associada nos termos do autorizado em contrato de consórcio público ou em convênio de cooperação (Artigo 24, XXVI, da Lei nº 8.666/93, acrescentado pela Lei nº 11.107/2005);**
- 4. Valores mais elevados para a dispensa de licitação em razão do valor, previstos no Artigo 24, incisos I e II, da Lei nº 8.666/93, conforme alteração introduzida no § 1º do referido dispositivo pela Lei nº 12.715, de 17/9/2012.**

Recentemente, tivemos mudanças relevantes trazidas pela Nova Lei de Licitações relativas à participação de consórcios públicos em licitações públicas.

A nova Lei de Licitações (Lei 14.133/2021) trouxe grandes avanços para os consórcios públicos. E, entres esses avanços, estão: fixação dos limites de compras e contratações diretas, com dispensa de licitação (Art. 75, Inc. I e II) no valor de R\$ 100.000,00 para obras e serviços de engenharia ou de serviços de manutenção de veículos automotores; e de R\$ 50.000,00 para outros serviços e compras.

No caso de Consórcios Públicos, aplica-se o dobro dos valores referidos anteriormente, conforme exposto no Parágrafo Segundo, também do Artigo 75 da Lei 14.133/2021.

Aliás, como bem observa Mauro Estevam (2021), a nova lei de licitações reconhece a importância das compras e contratações compartilhadas, de forma a atingir a escala adequada para se obter maior economia e maior vantagem no procedimento licitatório realizado.

Portanto, no Artigo 181 e seu parágrafo único, a lei estabelece que os entes federativos deverão instituir centrais de compras e, no caso de municípios com até dez mil habitantes, serão preferencialmente constituídos consórcios públicos para efetivação das atividades na Central de Compras, atualmente conhecida como Compras Compartilhadas.

O referido autor cita que esse texto reconhece a importância da prática adotada e, de forma expressa, traz o reconhecimento dos consórcios públicos como tendo papel relevante para a efetivação das Centrais de Compras, não se limitando apenas a municípios com população inferior a dez mil habitantes. Nesses casos, é recomendada expressamente a adoção do consórcio público na própria lei.

A nova lei de licitações traz ainda importante reconhecimento do instituto jurídico do Credenciamento, já amplamente utilizado pelos consórcios públicos, com embasamento na construção doutrinária. Além disso, é preciso ter reconhecimento legal expresso no Artigo 6, Inc. XLIII; Artigo 74, Inc. IV; Artigo 78, Inc. O, e no Artigo 79, todos da Lei 14.133/2021.

Importa registrar ainda que a nova lei de licitações entrou em vigor em 01/04/2021, podendo ser utilizada de imediato pelos entes federativos.

Estevam (2021) lembra ainda que os consórcios públicos devem, entretanto, pelo decurso do prazo de até dois anos após a sua promulgação, ocorrida em 01/04/2021, sua coexistência entre a nova lei de licitações e os diplomas legais anteriores (Lei 8.666/93 e Lei 10.520/2002), podendo os entes federativos optarem, durante esse prazo, sobre qual diploma legal utilizarão para a realização das licitações, devendo tal opção vir de forma expressa no edital.

No caso de opção de utilização dos diplomas legais anteriores à nova lei de licitações, os contratos decorrentes de tais licitações serão regidos por essas leis durante toda a sua vigência (ESTEVAM, 2021).

Outro grande avanço foi trazido também pelo Novo Marco Legal das Start-ups – Lei Complementar N. 182, de 1º de junho de 2021, a qual instituiu o Marco legal das Start-ups e do empreendedorismo inovador, promovendo diversas alterações no ordenamento legal vigente, bem como, estabelecendo princípios e diretrizes para atuação da Administração Pública junto aos entes federativos, além de apresentar medidas de fomento para o ambiente de negócios, disciplinando processos licitatórios e de contratação por parte do Poder Público.

A nova legislação traz a possibilidade de contratação de soluções inovadoras por parte da Administração Pública Direta (órgãos da União, Estados e Municípios) e Indireta (Autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista, fundações públicas e consórcios públicos), a fim de: a) resolver demandas públicas que exijam solução inovadora com emprego de tecnologia; e b) promover a inovação no setor produtivo por meio do uso do poder de compra do Estado.

Consequentemente, são os arranjos institucionais que dotam o Estado de habilidades necessárias para implementar seus objetivos.

Gomide e Pires (2014) conceituam arranjo como um conjunto de regras e processos formais e informais que definem a forma particular de articulação dos atores e interesses na implementação de uma política pública específica.

Dessa forma, diante dos avanços com a nova legislação e das vantagens para os municípios, os consórcios públicos têm sido um dos principais arranjos de cooperação para a efetivação do processo de descentralização das políticas públicas e, principalmente, tem potencializado a gestão regionalizada.

No Sistema Único de Saúde, temos o impacto do direito à saúde, garantido na Constituição de 1988 que, em seu artigo 196, consagrou o princípio de que “[...] a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988).

Enfim, sendo imprescindível a definição das responsabilidades federativas no SUS, com compromissos expressos e observância criteriosa aos princípios constitucionais, tendo como escopo os seguintes desafios: necessidade de aumentar os gastos públicos em saúde no país; novo pacto federativo e reforma tributária; redução das desigualdades regionais; e definição sobre o critério de rateio dos recursos da União, conforme previsto no art. 17, da Lei Complementar nº 141/2012.

Com a criação do SUS, na Constituição de 1988, várias iniciativas de cooperação intermunicipal se espalharam pelo país, sendo a mais difundida, a criação de Consórcios Intermunicipais de Saúde (CISs), conforme nos aponta Oliveira (2006), pois, desde a sua criação, há suporte para o consorciamento intermunicipal expresso na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 1990, que dispôs sobre a possibilidade de os municípios constituírem consórcios para desenvolverem, em conjunto, ações e serviços de saúde sob suas responsabilidades e incumbiu à direção municipal do SUS a formação desses consórcios (art. 18, inciso VII):

Lei 8.080, de 1990:

Art. 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 sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá organizar-se em distritos, de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Vale ressaltar que o consórcio mencionado no Artigo 18 da Lei nº 8.080, de 1990, é o administrativo, inteiramente regido pelo Direito Privado, visto que a figura dos consórcios públicos surgiu no país somente com a Lei nº 11.107, de 2005, portanto, a Lei de Consórcios Públicos só acrescentou formas novas, sem prejudicar as atuais. O Decreto nº 6.017/ 2007 regulamentou a mencionada lei, em seu Artigo 41, prevendo que os consórcios constituídos em desacordo com a lei poderiam ser transformados em consórcios públicos de direito público ou privado, desde que atendidos os requisitos de celebração de protocolo de intenções e de sua ratificação por lei de cada ente consorciado. Inobstante, a Lei nº 11.107/2005 foi precisa ao trazer dispositivo especial: “§3º:

Os Consórcios Públicos na área da saúde, deverão obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde – SUS”. Com isso, foram resguardadas as especificidades da prestação de serviços de saúde regulamentadas pela legislação do SUS, sobretudo, a lei que regulamenta os critérios de repasse de recursos entre municípios.

Outro dispositivo legal que reforça a consolidação dos consórcios públicos de saúde é a Lei Complementar nº 141, de 2012, que faz referência à adoção de consórcios públicos no âmbito do SUS e ressalta a obrigatoriedade de esses respeitarem princípios, diretrizes e normas que regem o Sistema. Estabelece, ainda, que os entes federativos que adotarem a forma jurídica de consórcios públicos poderão remanejar recursos para os consórcios, via contrato de rateio:

Art. 21. Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

Parágrafo único. A modalidade gerencial referida no caput deverá estar em consonância com os

preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei no. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e na Lei no. 11.107, de 6 de abril de 2005, e com as normas do SUS, pactuadas na comissão intergestores tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Faz-se necessário demonstrar os avanços dos consórcios públicos no país. Segundo Santos et al. (2013), o primeiro registro dos consórcios públicos na área da saúde ocorreu na década de 1970, em Penápolis, no Estado de São Paulo, devido ao início do processo de descentralização ocorrido no estado, quando da assinatura do convênio Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS) e, nos anos 1980, foi registrado um aumento significativo na instituição de consórcios. Em 1994, no Brasil, existiam cerca de doze consórcios de saúde; em 2000, esse número passou para cento e quarenta e um e, em 2009, chegou a cento e oitenta e quatro, distribuídos em treze estados brasileiros (Fonte: DAGD/SE/MS – 2008).

Os mesmos autores citam que, segundo acompanhamento feito pelo Ministério da Saúde, a adoção desse instrumento foi crescente na década de 1990. A expansão dos consórcios no País resultou que, no fim do período, estivesse presente em todas as regiões geográficas, ainda que com maior frequência nas regiões Sul e Sudeste.

A maioria dos consórcios tinha por objetivo a solução de problemas específicos relacionados em geral à assistência, tendo atuado como instrumento de cooperação federativa e de fortalecimento do SUS.

No Brasil, existiam em 2008, cento e setenta e seis consórcios atuando na área da saúde, em doze estados pertencentes às diversas regiões do país: quinze na Região Centro- Oeste, doze na região Nordeste, três na Norte, noventa e seis na região Sudeste e cinquenta na Região Sul (Fonte: DAGO/SE/MS-2008).

A Confederação Nacional de Municípios (CNM) publicou em 7 de outubro de 2021 a atualização do mapeamento dos Consórcios Públicos no país e foram identificados seiscentos e um Consórcios Públicos e, do total dos cinco mil, quinhentos e setenta municípios brasileiros, quatro mil, setecentos e vinte e três participam de pelo menos um consórcio, dados que revelam a

importância dessas entidades no atual contexto federativo, conforme exposto na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1. Quantidades e percentuais de municípios brasileiros que participam e/ou não participam de consórcio público, no período considerado por região e Estado.

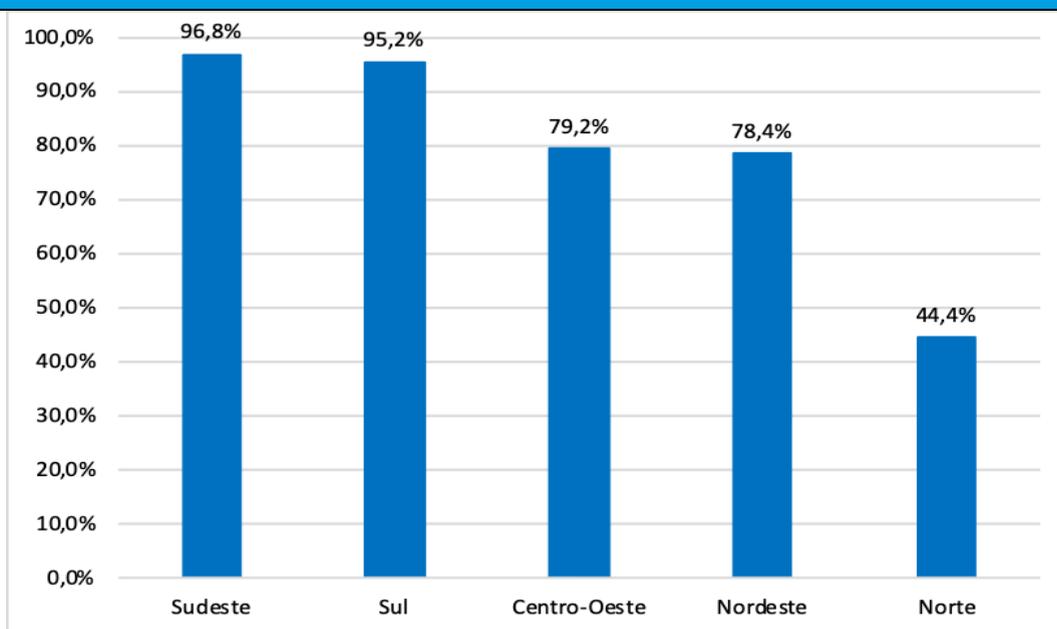
Região	UF	Total Municípios UF	Participam	Participam %	Não Participam	Não Participam %
Norte	AC	22	7	31,8%	15	68,2%
	AM	62	5	8,1%	57	91,9%
	AP	16	0	0,0%	16	100,0%
	PA	144	76	52,8%	68	47,2%
	RO	52	50	96,2%	2	3,8%
	RR	15	1	6,7%	14	93,3%
	TO	139	61	43,9%	78	56,1%
Total Região Norte		450	200	44,4%	250	55,6%
Nordeste	AL	102	93	91,2%	9	8,8%
	BA	417	414	99,3%	3	0,7%
	CE	184	183	99,5%	1	0,5%
	MA	217	103	47,5%	114	52,5%
	PB	223	151	67,7%	72	32,3%
	PE	184	169	91,8%	15	8,2%

	PI	224	57	25,4%	167	74,6%
	RN	167	160	95,8%	7	4,2%
	SE	75	75	100,0%	0	0,0%
Total Região Nordeste		1.793	1.405	78,4%	388	21,6%
Sul	PR	399	399	100,0%	0	0,0%
	RS	497	440	88,5%	57	11,5%
	SC	295	295	100,0%	0	0,0%
Total Região Sul		1.191	1.134	95,2%	57	4,8%
Sudeste	ES	78	78	100,0%	0	0,0%
	MG	853	846	99,2%	7	0,8%
	RJ	92	89	96,7%	3	3,3%
	SP	645	601	93,2%	44	6,8%
Total Região Sudeste		1.668	1.614	96,8%	54	3,2%
Centro-Oeste	DF	1	1	100,0%	0	0,0%
	GO	246	169	68,7%	77	31,3%
	MS	79	60	75,9%	19	24,1%
	MT	141	140	99,3%	1	0,7%
Total Região Centro-Oeste		467	370	79,2%	97	20,8%
Total Brasil		5.569	4.723	84,8%	846	15,2%

Tomando em conta a distribuição por **região**, resguardada a proporção dos municípios situados em cada uma, conforme apontado na Tabela 1, verifica-se que a região **Sudeste** (96,8%) é a que possui o maior número de Municípios que participam de algum consórcio, seguida das regiões **Sul** (95,2%), **Centro-Oeste** (79,2%) e **Nordeste** (78,4%), sendo a região **Norte** a que possui o menor percentual (44,4%).

Contudo se salienta que, apesar de o Centro-Oeste apresentar 79,2% , o destaque está para o Estado do Mato Grosso, onde 99,3% dos municípios participam de algum tipo de consórcio.

Gráfico 1 – Percentual de Municípios que participam de consórcio público considerando por região.



Fonte: CNM (2021).

Focando a análise a partir dos Estados individualmente, a Tabela 1 demonstra que Paraná (100%), Santa Catarina (100%), Espírito Santo (100%) e Sergipe (100%) apresentam a totalidade de seus municípios consorciados, enquanto o Amapá (0%) não possui nenhum município consorciado;

Roraima (6,7%) e Amazonas (6,7%) apresentam o menor número de municípios participando de consórcio público.

Conforme levantamento citado, há 328 (trezentos e vinte e oito) consórcios na área da saúde, consoante atuação dos consórcios públicos. Saúde é a única área organizada por meio de um sistema único nacional e articulado nas três esferas de governo, além de ser o setor com o maior número de consórcios.

O consórcio público na área da saúde pode propiciar maior efetividade na produção da saúde, na disponibilidade de ações e de serviços, na melhoria da eficácia de gestão e no aprimoramento do suporte logístico, para a organização e funcionamento de redes de saúde.

Para a Confederação Nacional dos Municípios (CNM), os consórcios, na verdade, têm sido utilizados para o enfrentamento de diferentes problemas regionais, tais como:

- **gerenciamento de unidades de saúde especializadas;**
- **transporte sanitário;**
- **serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);**
- **aquisição de medicamentos e insumos básicos médico-hospitalares;**
- **redução da crescente judicialização das demandas relacionadas ao fornecimento de medicamentos;**
- **prestação de serviços especializados.**

O consórcio pode ainda, auxiliar na estruturação de sistemas logísticos e em sistemas de apoio que contribuam para o fortalecimento do poder de negociação e de compra dos entes federados.

A criação dos Consórcios Públicos passou a ser considerada uma alternativa de organização regional das demandas e dos serviços a partir de uma proposta de cooperação interfederativa, de acordo com Morais e Chaves (2016), em consonância com o processo de descentralização de programas estruturadores, que objetivem organizar a oferta de serviços dentro da lógica de redes de atenção à saúde.

Segundo Pereira e Moreira (2016), em recente publicação realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), referente aos benefícios

oriundos da instituição do consórcio intermunicipal como ação complementar aos programas de saúde dos municípios, concluiu que “[...] a organização dos municípios sob a forma de Consórcio Público Intermunicipal de Saúde tem se mostrado uma alternativa positiva para que os municípios possam, conjuntamente, aumentar a oferta de serviços públicos e melhorar a qualidade de vida da população”.

Não é à toa que, diante da complexidade do SUS, os consórcios podem ganhar relevância pela amplitude de políticas públicas voltadas para a saúde, ao passo que não substitui a região de saúde que, por sua vez, possui o papel de abrigar uma rede de atenção à saúde, conforme posicionamento de SANTOS (2010).

Quanto à sustentabilidade dos consórcios Dieguez (2011), pontua que a questão dos consórcios envolve entender não somente o que leva à sua criação, mas também devem ser explicadas as variáveis que garantem a estabilidade institucional dos consórcios.

Os estudos citados apontam que as principais tendências para a organização e sustentabilidade dos Consórcios Intermunicipais de Saúde incluem participação do governo estadual: no primeiro momento, ocorre a livre associação de municípios que se organizam segundo características políticas próprias e com uma regionalização que respeite essas mesmas características, enquanto na segunda, há uma forte indução governamental pelos governos estaduais, graças à criação de mecanismos e incentivos, para que haja essa associação conforme suas preferências (NEVES; RIBEIRO, 2006).

No mesmo entendimento, Flexa e Barbastefano (2019) trazem as experiências de grande relevância em consorciamento nos estados de Minas Gerais e Paraná, onde o comprometimento que os governos desses estados tiveram com a criação dos consórcios apresentaram peculiaridades:

No caso de Minas Gerais, verificou-se que a ação do governo estadual não se limitou à difusão do conceito e ao fornecimento de informações para a criação dos consórcios, mas também, proporcionou vinculação da liberação de recursos estaduais ao consorciamento dos municípios, assim criando fortes incentivos para a formação dessas estruturas no estado (FLEXA; BARBASTEFANO, 2019).

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais foram criados para serem instrumentos valiosos de cooperação entre os municípios, visando salvaguardar interesses comuns em determinada região, bem como, facilitar o atendimento às questões de saúde pública, graças ao intercâmbio e à união de esforços de cada município.

Os primeiros consórcios no Estado de Minas Gerais surgiram em 1995, iniciados com a criação de dois Consórcios que atendiam trinta e oito municípios. Nos dias atuais, conta com setenta e seis consórcios ativos e mais de setecentos e cinquenta municípios atendidos. Assim, o Estado de Minas, conquistou uma infraestrutura de atendimento no setor de saúde pública, beneficiando mais de catorze milhões de pessoas (COSECS-MG, 2021).

Assim, é notória a ação indutora do governo estadual em Minas Gerais, que tornou prioritária a difusão progressiva e a consolidação dos CISs pelo estado. Não podemos deixar de citar também o papel do Colegiado dos Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (COSECS), criado em 1997, com a função de assessorar e representar todos os CISs.

Quanto ao Estado do Paraná, esse é um dos grandes precursores da cooperação federativa e seus Consórcios Intermunicipais de Saúde tiveram campo fértil, principalmente, com a difusão da descentralização dos serviços de saúde para os municípios de forma fragmentada. O desafio da regionalização impulsionou a expansão dos CISs no estado, pela necessidade de novos arranjos cooperativos.

Para Rocha (2016), a origem dos CISs se deve às ações desenvolvidas tanto no plano estadual como no plano dos municípios. Os CISs que foram surgindo no país, num primeiro momento, a cooperação intermunicipal, são obras de atores que atuavam no âmbito dos municípios. Posteriormente, o papel indutor dos governos estaduais foi fundamental. No Paraná, não foi diferente. O papel do governo estadual foi preponderante, sobretudo, depois de 1994, quando a gestão estadual adotou a concepção de distrito sanitário como parâmetro para a organização dos serviços em escala supramunicipal, visando a ganhos de escala e efeitos redistributivos (ROCHA, 2016).

Segundo estudo desenvolvido por Galinho et. al (2014), outro destaque na literatura é o estado de Pernambuco, cujo Governo estadual elaborou um

modelo de planejamento e gestão denominado “Todos Por Pernambuco — Gestão Democrática e Regionalizada com Foco em Resultados”.

O objetivo desse modelo de gestão era organizar iniciativas e atividades dos órgãos e secretarias de governo com o intuito de subsidiar o gerenciamento, desde o diagnóstico até a avaliação das atividades (Gestão Interfederativa do SUS: a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe, de Pernambuco [2009]. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, 2014) com destaque para a regionalização da saúde no estado, priorizando os Consórcios Intermunicipais de Saúde.

O Governo do Estado de Pernambuco, por meio de sua Secretaria Estadual de Saúde, inicia a implementação de uma política de saúde estadual regionalizada, integrada e consorciada, buscando potencializar a capacidade de realizar ações necessárias para o melhor atendimento à saúde de todas as populações espalhadas em seu território — do litoral ao sertão (Gestão Interfederativa do SUS: A experiência gerencial do Consórcio do Sertão do Araripe, de Pernambuco. Ver Adm. Pública, Rio de Janeiro, 2014).

Por fim, fica claro que a teoria e os estudos existentes apontam que o processo de governança coordenado pelo governo estadual é determinante para o sucesso e a sustentabilidade dos CISOs, como arranjo institucional na implantação e implementação das políticas públicas de saúde, conforme Pires e Gomide (2018, p. 31):

O sucesso e a efetividade de toda política, pelo menos em parte, podem ser atribuídos ao seu modelo de governança. A abordagem dos arranjos e dos instrumentos de implementação sugere caminhos práticos, para que os agentes governamentais possam pensar a (re) construção desses modelos, levando em consideração as características específicas de cada política, do contexto e dos ambientes político-institucionais no quais são executadas.

E, finalmente, não poderíamos deixar de trazer também, neste contexto de experiências exitosas, os resultados apresentados em Audiência Pública da Comissão Externa de Ações contra o Coronavírus da Câmara dos Deputados,

realizada no dia 09/06/2020, quando foi debatida a importância dos consórcios públicos entre os municípios e os estados na área da saúde, conforme recente publicação Coleção COVID- 19, do CONASS, entre as principais ações contra o coronavírus, destacam-se:

- **Construção e divulgação de um painel público sobre casos de COVID-19 na região;**
- **Confecção de Material Informativo de conscientização;**
- **Reorganização do atendimento/agendamento presencial visando aos cuidados necessários decorrentes do COVID-19;**
- **Atuação nas Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI);**
- **Aquisição conjunta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI);**
- **Apoio aos municípios nas ações de enfrentamento (prevenção e tratamento) do COVID-19;**
- **Distribuição de doações aos municípios de itens, como álcool 70%;**
- **Atividades de educação em saúde, por meio de videoconferência para discussão de casos entre profissionais da APS e da atenção ambulatorial especializada;**
- **Adequação de espaço físico visando ao distanciamento necessário para a segurança dos pacientes;**
- **251 Consórcios Públicos de Saúde em Tempos de Pandemia do COVID-19**
- **Apoio técnico aos municípios para o enfrentamento do COVID-19;**
- **Gerenciamento de serviços de urgência e emergência voltados ao atendimento do COVID-19: Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e SAMU;**
- **Gerenciamento de hospitais de referência regional;**
- **Outro destaque foi o Consórcio Nordeste, formado pelos governos estaduais da região que, na área da saúde, instituiu o Comitê Científico de Combate ao Coronavírus, além da aquisição conjunta de equipamentos (Santos, 2021).**

3

3

**ESTUDO DE CASO DOS CIS NO
ESTADO DO PARANÁ E O PROCESSO
DE CONSORCIAMENTO NO ESTADO
DE GOIÁS**

3 ESTUDO DE CASO DOS CIS NO ESTADO DO PARANÁ E O PROCESSO DE CONSORCIAMENTO NO ESTADO DE GOIÁS

O objetivo deste capítulo é descrever experiências dos Consórcios Intermunicipais de Saúde que compõem o Estudo de Caso no Paraná, estado esse com os CISs consolidados com incentivo técnico e financeiro do Governo Estadual, para o gerenciamento dos Ambulatórios Médico Especializados (AME), pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CISs), o que se assemelha à proposta inicial dos CISs em Goiás, para a gestão dos AMEs. Na sequência, o Estudo Comparativo, com a análise do processo de consorciamento no Estado de Goiás, juntamente com a descrição de todos os CISs, implantados em atividade e os que foram implantados, mas estão atualmente inativos, como também, aqueles que iniciaram o processo de implantação, e não foram concluídos.

3.1 Os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado do Paraná e o protagonismo do Governo Estadual

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde surgiram no estado do Paraná na década de 1990, tendo como base legal a Lei Complementar Estadual nº 82/1998, que dispõe sobre a criação e a implantação de Consórcio Intermunicipal relacionado à prestação de serviços públicos de interesse comum em funções, áreas e setores que especifica.

Somente oito anos depois, foi publicado o Decreto Estadual nº 4.514/1998, que Regulamenta a Lei Complementar nº 82, de 24/07/1998, que estabelece normas e diretrizes para a cooperação do Estado na constituição e implementação de Consórcio Intermunicipal.

Em entrevista in loco com a senhora Daniela Q. G. França Cavalcante, Diretora Executiva da Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Paraná (ACISPAR) que relata:

Os Centros Regionais de Especialidades – CREs – de gestão estadual, impulsionaram a consolidação dos CISs no Paraná, quando os prefeitos municipais se reuniram com o governo de Estado, com a proposta de assumirem a gestão dos CREs, proposta essa aceita pelo estado.

Contudo a proposta fica atrativa quando, em 1994, o governo lança o Plano Estadual de Saúde com incentivo à implantação do CIS. Com isso, o estado cedeu as instalações e ambulatórios médicos aos municípios para serem geridos pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde (ACISPAR).

Com a expansão dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, o governo do estado criou também o Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS), a partir de 2011, cujo propósito era contribuir para o desenvolvimento de atenção secundária à saúde, em todas as regiões do Paraná e com o principal objetivo de implantar a gestão das Redes de Atenção à Saúde, por meio da parceria dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (Fonte: Resolução SESA nº 167/2016).

Para enfrentar o grande desafio de continuar levando Atendimentos Especializados com qualidade aos trezentos e noventa e nove municípios, a Secretaria de Estado da Saúde (SESA), desde 2019 e juntamente com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/PR) e representantes da Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Paraná (ACISPAR) trabalharam para compor uma versão atualizada do COMSUS, visando atender às necessidades de toda a população paranaense, considerando as especificidades das vinte e duas Regiões de Saúde.

As sucessivas aproximações tiveram o intuito de ir ao encontro das demandas – loco regionais – sem perder o foco no Plano de Governo do Paraná/2022, no Plano Estadual de Saúde 2020-2023 e no Processo de Construção do Planejamento Regional Integrado (PRI). (SESA, 2021).

O resultado dessa construção é o Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (QualiCIS), destinado aos Consórcios que gerenciam Ambulatório Multiprofissionais de Especialidades (AMME) no Paraná, apoiando a reestruturação dos consórcios públicos existentes,

objetivando a ampliação dos serviços prestados, obtendo ganho de escala, melhora da capacidade técnica, gerencial e financeira (Fonte: Resolução SESA nº 1.418/2020).

O QualiCISI, pactuado em abril de 2020, foi criado com o intuito de agregar Linhas de Cuidado Prioritárias à Rede de Atenção à Saúde, fortalecendo a Atenção Primária à Saúde integrada e articulada à Rede de Atenção à Saúde nas Linhas de Cuidado mais relevantes – como o Materno-Infantil, Hipertensão e Diabetes, Idoso, Saúde Mental e Assistência Farmacêutica, fomentando o processo de Regionalização da Saúde.

Graças à parceria firmada entre os Consórcios Intermunicipais de Saúde e a SESA/PR, o Programa também estimula a qualificação dos Ambulatórios Multiprofissionais Especializados (AMMES), para que eles alcancem a tripla meta: satisfação do usuário; qualidade na assistência; e redução do custo para o sistema de saúde, consolidando-se como um Ponto de Atenção Secundário Ambulatorial (PASA).

No total, o programa beneficiará cerca de oito milhões de paranaenses com foco no atendimento integral. O acesso da população aos serviços ocorre por meio do encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde (SESA 2021).

Importante frisar que a grande maioria dos CIS no Paraná se consolidaram a partir de 1994, chegando a 2021 com vinte e dois consórcios em atividade. O Estado do Paraná está dividido em vinte e duas Regiões de Saúde, que compõem quatro Macrorregiões (Leste, Norte, Oeste e Noroeste) todas com CISs constituídos, conforme Figura 2 (SESA, 2021).

Dessa maneira, no Paraná, vinte e uma Regiões de Saúde contam com Ambulatórios Multiprofissionais Especializados gerenciados pelos CISs, atendendo em sua maioria, à totalidade dos municípios que compõem as Regiões de Saúde. Dos trezentos e noventa e nove municípios paranaenses, 96,7% integram os CISs, os quais gerenciam serviços ambulatoriais especializados regionais, o que corresponde a 79% da população do Estado (SESA, 2021).

O apoio aos CISs que gerenciam Ambulatórios Multiprofissionais Especializados é fundamental, pois se trata de uma estratégia para a regionalização e a descentralização das ações e dos serviços de saúde na AAE.

Figura 2. Mapa das Regionais de Saúde do Paraná



SECRETARIA DA SAÚDE DO PARANÁ

DIVISÃO POR REGIONAIS E MACROREGIONAIS

REGIONAIS DE SAÚDE	Nº DE MUNICÍPIOS	REGIONAIS DE SAÚDE	Nº DE MUNICÍPIOS	MACROREGIONAIS DE SAÚDE	Nº DE MUNICÍPIOS
1ª PARANAGUÁ	7	13ª CIANORTE	11	MACRO LESTE	93
2ª CURITIBA	29	14ª PARANAÍ	28	MACRO NORTE	97
3ª PONTA GROSSA	12	15ª MARINGÁ	30	MACRO OESTE	94
4ª IRATI	9	16ª APUCARANA	17	MACRO NOROESTE	115
5ª GUARAPUAVA	20	17ª LONDRINA	21		
6ª UNIÃO DA VITÓRIA	9	18ª CORNÉLIO PROCÓPIO	21		
7ª PATO BRANCO	15	19ª JACAREZINHO	22		
8ª FRANCISCO BELTRÃO	27	20ª TOLEDO	18		
9ª FOZ DO IGUAÇÚ	9	21ª TELÊMACO BORBA	7		
10ª CASCAVEL	25	22ª IVAIPORÃ	16		
11ª CAMPO MOURÃO	25	TOTAL DO PARANÁ	399		
12ª UMUARAMA	21				

Fonte: PES/SESA (2019).

3.2 Descrição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Paraná

Iniciamos o Estudo de Caso pela Associação dos Consórcios Intermunicipais e Associações de Saúde do Paraná (ACISPAR), fundada em dezembro de 2001, com o objetivo de fortalecer os Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Estado e, essencialmente, para conjugar esforços visando atingir objetivos comuns e atender os usuários do SUS (Sistema Único de Saúde). Após vários entendimentos e com o irrestrito apoio da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, a ACISPAR foi fundada em dezembro de 2001.

Os objetivos e a atuação da ACISPAR são para prestar assessoramento técnico e institucional aos associados, visando ao aperfeiçoamento das condutas voltadas ao atendimento dos objetivos estatutários dos Consórcios; conjugar esforços técnicos e financeiros com União, Estado e Municípios, mediante instrumentos de solução para questões de interesses comuns; promover o fortalecimento dos Consórcios através de assessoramento técnico e administrativo, auxiliando na elaboração de projetos e assuntos de interesses localizados; promover a união dos associados, para, em bloco, fortalecerem-se quanto ao desenvolvimento de suas atividades, buscando soluções políticas, técnicas e administrativas para as questões regionalizadas de saúde (Fonte: site da Acispar: <http://acispar.org.br>).

Lembrando que os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado do Paraná iniciaram suas atividades a partir do processo de descentralização do SUS (Sistema Único de Saúde), fomentados pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, ainda como forma de associações intermunicipais de saúde, somente depois da publicação da Lei nº 11.107/2005, passam de associação para consórcio público.

O que de mais significativo e relevante registrar aqui é que os CISs foram formados com o incentivo do Governo do Estado visando à administração dos Centros Regionais de Especialidades (CRES).

3.2.1 Consórcio Intergestores Paraná Saúde (CIPS)

Esse consórcio é atípico, pois dos trezentos e noventa e nove municípios do estado, ele congrega trezentos e noventa e oito, atingindo 99,75% dos municípios do Estado. Somente a capital, Curitiba, não faz parte do CIPS, tendo como grande objetivo a compra e a distribuição de medicamentos e insumos para os municípios integrantes. Desse modo, tem por finalidade otimizar os recursos da assistência farmacêutica básica, ação iniciada em junho de 1999, quando os municípios do estado do Paraná, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde, constituíram o Consórcio Paraná Saúde e, principalmente, impulsionado pelo processo de descentralização da gestão graças ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFAB). Esse consórcio utiliza recursos financeiros pactuados pelos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) e são transferidos aos municípios para a aquisição de medicamentos para a atenção básica de saúde.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 2.001/2017 e Portarias de Consolidação nº 02 e 06/2017, os valores pactuados na Esfera Federal são de R\$ 5,58 por hab/ano; Deliberação CIB/PR nº 103 e 308/2018, para a Esfera Estadual e R\$ 2,8 por hab/ano; e Esfera Municipal R\$ 2,36 por hab/ano.

Os recursos das esferas federal e estadual são transferidos ao Consórcio por meio de convênio com a SESA. Com esses recursos, os municípios consorciados podem adquirir medicamentos e insumos relacionados ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) e os valores monetários/habitantes/ano, que devem ser aplicados por parte de cada uma das esferas de gestão (CIPS, 2019).

O município consorciado tem a possibilidade de celebrar convênio municipal para aplicar o recurso oriundo da esfera municipal e, dessa forma, assegurar a aplicação da contrapartida. Os itens podem ser adquiridos nas mesmas condições dos recursos federal e estadual, usufruindo dos mesmos benefícios da compra centralizada, com a mesma sistemática de trabalho (CIPS, 2019).

A entrega dos produtos adquiridos pelo Consórcio é de responsabilidade do fornecedor, efetuada diretamente nas vinte e duas Regionais de Saúde (RS) e nos quarenta e nove municípios com entrega descentralizada.

Desse modo, ao longo dos 22 (vinte e dois) anos de existência, o consórcio vem efetuando a aquisição de medicamentos elencados na Assistência Farmacêutica Básica, preservando a autonomia de cada município na seleção e quantificação dos medicamentos de suas necessidades, a cada aquisição.

Chama atenção também que o Estado do Paraná conta com Programa Estadual de Logística Reversa de Medicamentos, com a finalidade de implantar a coleta de medicamentos domiciliares vencidos ou em desuso pela população.

A legislação estabelece a exigência de pontos de coleta desses medicamentos em desuso, instalados em farmácias públicas e privadas, garantindo a participação de todos os segmentos da cadeia farmacêutica, incluindo os laboratórios fabricantes, importadoras, distribuidoras, farmácias e usuários de medicamentos.

E, finalmente, ao ser questionado sobre a possibilidade de novos serviços que o CIPS enxerga para a gestão dos serviços de saúde, assim se expressou o Secretário Executivo:

Muitas possibilidades [...] não temos estrutura para outros serviços diferenciados do nosso escopo, mas, seguindo a nossa lógica e principalmente onde há competitividade e se consegue negociar, o consórcio ganha muita força, a exemplo dos equipamentos médicos hospitalares (CIPS).

A Figura 3, a seguir, traz o organograma do CIPS, que é uma estrutura enxuta para fazer a aquisição dos medicamentos elencados na Assistência Farmacêutica Básica do estado.

Figura 3. Organograma do Consórcio Paraná Saúde.



Fonte: <https://www.consorcio-parana-saude.com.br>.

3.2.2 O Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná (COMESP)

Criado em novembro de 2005, foi constituído sob a forma jurídica de direito privado, formado pelos vinte e nove municípios da Região Metropolitana de Curitiba e Guaratuba, no Litoral do Paraná. A finalidade primordial do Consórcio é contribuir de

forma complementar, com a ampliação e a qualificação da Assistência em Atenção Especializada em Saúde.

Em agosto de 2019, passa a ser regido pelos termos da Lei nº 11.107/2005, regulamentada pelo Decreto nº 6.017/2007, pelas normas do Código Civil Brasileiro e Legislação pertinente, pelo constante em seu Protocolo de Intenções aprovado nas Câmaras Municipais dos municípios consociados e de seu Estatuto.

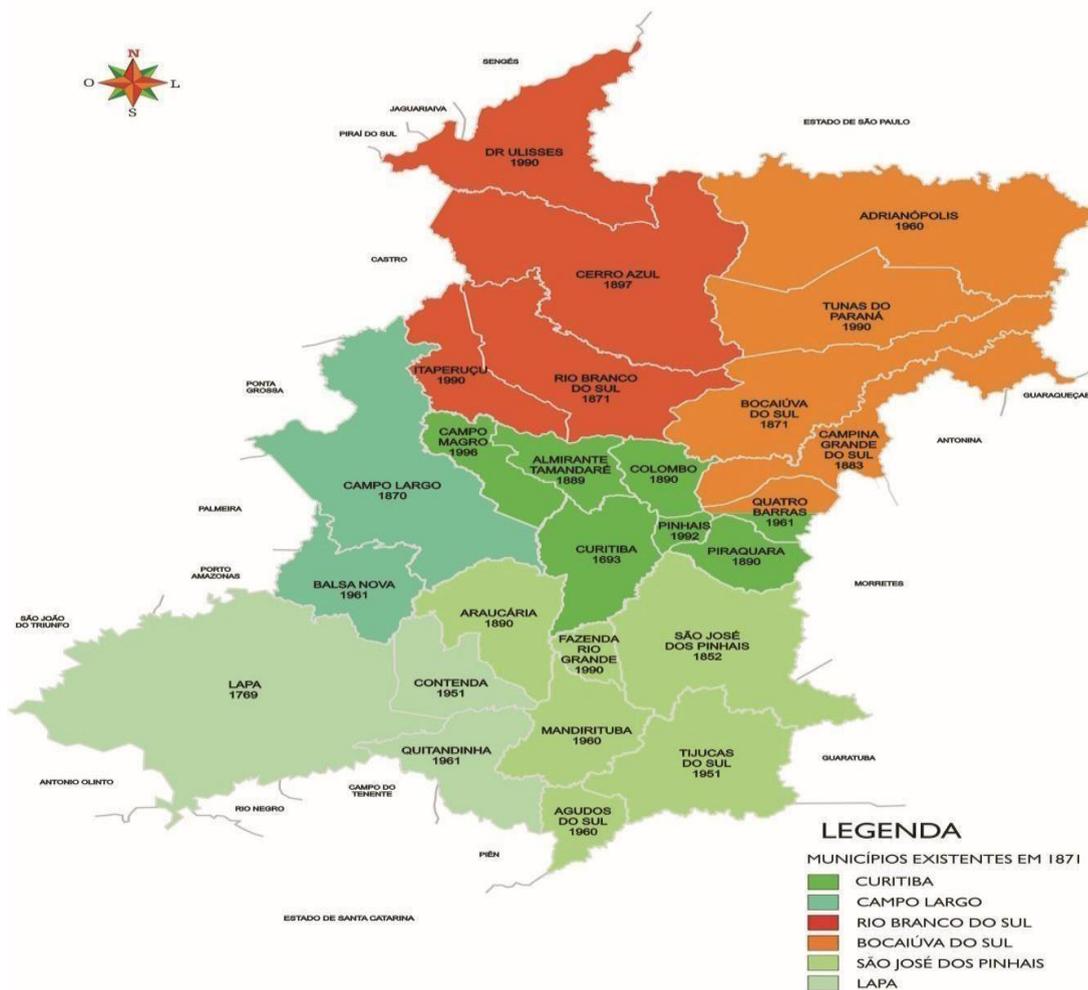
No entanto o município de Curitiba assinou o Protocolo de Intenções, tramitou e aprovou a lei na Câmara Municipal, mas não integra efetivamente o COMESP.

Importante ressaltar que o COMESP, desde sua criação, atendeu sempre aos princípios do SUS, por ser uma associação entre os municípios que possuem necessidades comuns entre si e buscam assegurar ações e serviços de qualidade a sua população, mas que carecia de adequação à Lei dos Consórcios nº 11.107/200.

Em 13/08/2021, a Assembleia Geral aprovou por unanimidade a transformação do COMESP de Consórcio Monofinalitário para Multifinalitário (podendo atuar em diversas áreas, como assistência social, desenvolvimento regional com turismo, mineração, meio ambiente, agronegócio, entre outras), mudando também a Personalidade Jurídica do COMESP de Consórcio Público de Pessoa Jurídica de Direito Privado para Pessoa Jurídica de Direito Público. Atualmente, conta com vinte e nove municípios da Região Metropolitana de Curitiba e Guaratuba, no litoral do Paraná.

A população da região atendida é de aproximadamente um milhão e setecentos mil habitantes nos trinta municípios consorciados, conforme apresentado a seguir, na Figura 4.

Figura 4. Mapa da Região Metropolitana de Curitiba (PR) com os municípios que participam do COMESP.



Fonte: Site do COMESP: <https://www.comespsaude.com.br/institucional>.

Os serviços prestados pelo COMESP são realizados por duas unidades: a primeira é o Ambulatório Médico de Especialidades (AME), Unidade de São José dos Pinhais, localizada ao Sul da Região Metropolitana. Dispõe de estrutura física e funcional adequadas ao atendimento de qualidade para a população e conta com vinte consultórios médicos gerais, dois consultórios obstetras, um consultório com sala diagnóstica em otorrinolaringologia, dois de oftalmologia, consultórios não médicos, centro de diagnose e procedimentos próprios e terceirizados, uma cozinha, uma sala de alimentação, uma DML, dois banheiros adaptados, um fraldário, nove

banheiros para uso geral, uma recepção, três salas de triagem, uma sala de convivência, uma sala de observação para atendimento integrado, com quatro consultórios não médicos e uma sala de reuniões.

A segunda é o Ambulatório Médico de Especialidades (AME), Unidade de Colombo, localizado ao Norte da Região Metropolitana. Dispõe de estrutura física e funcional adequadas ao atendimento de qualidade para a população, contando com vinte consultórios médicos gerais, dois consultórios obstetras, um consultório com sala diagnóstica em otorrinolaringologia, dois de oftalmologia, três consultórios não médicos, centro de diagnose e procedimentos próprios e terceirizados, uma cozinha, uma sala de alimentação, um DML, dois banheiros adaptados, um fraldário, nove banheiros para uso geral, uma recepção, três sala de triagem, uma sala de convivência, uma sala de observação para atendimento integrado, com quatro consultórios não médicos e uma sala de reuniões (Fonte: <https://www.comespsaude.com.br/institucional>).

Outros serviços executados pelo COMESP são as licitações para o SAMU da região metropolitana, especificamente, para os contratos de manutenção e equipamentos para ambulâncias, combustível, uniformes, insumos e contratos dos profissionais terceirizados para assistência.

Conta ainda com o Programa de Bolsas de Ostomias – o COMESP – e é o órgão responsável pela compra de equipamentos coletores (bolsas) e adjuvantes de proteção e segurança para estornas intestinais e urinários, bem como, pela sua distribuição aos vinte e nove municípios consorciados que formam o “Programa Bolsas de Ostomias”, tudo pensado para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantindo à pessoa ostomizada o atendimento às suas necessidades de saúde.

Na proposta atual de assistência aos municípios que fazem parte desse programa, a pessoa ostomizada, para ter acesso a equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança, deve procurar a unidade de saúde em seu bairro para informação de como fazer para inserção ao programa.

Cada município tem sua particularidade de inserção e algumas são realizadas diretamente nas UBS, outros, em suas Secretarias de Saúde.

3.2.3 O Consórcio Intermunicipal de Saúde (CONIMS)

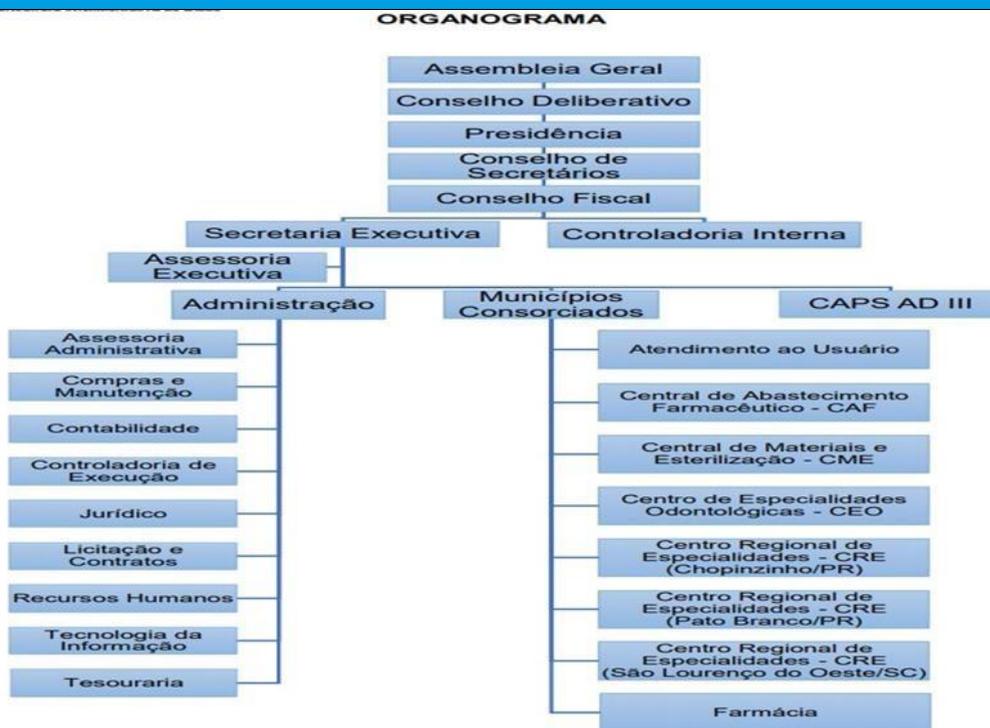
Esse consórcio teve sua origem em agosto de 1994, quando os gestores municipais, para suprir a demanda de serviços ambulatoriais de média e alta complexidade em saúde pública que atendesse à população da região Sudoeste do Paraná, devido à longa distância da capital e, também, pela falta de especialidades na região, criaram a Associação Intermunicipal de Saúde (ASSIMS).

A partir da Lei nº 11.107/2005, em outubro de 2012, essa se transforma de associação para consórcio público, e passa a ser denominado Consórcio Intermunicipal de Saúde (CONIMS).

O CONIMS é constituído sob a forma jurídica de direito público, administração indireta, formado por vinte e um municípios, sendo treze do Paraná e oito de Santa Catarina. Seu objetivo principal é melhorar a qualidade da assistência da Atenção Especializada dos Municípios consorciados.

Esse consórcio possui como área de abrangência vinte e um municípios da região sudoeste do Paraná e oeste de Santa Catarina acarretando um total de população atendida de, aproximadamente, cento e oitenta mil e duzentos habitantes. O município de Pato Branco, sede do CONIMS, e o município de Palmas, que são os mais populosos, não participam desse consórcio. Para atender seu pessoal, o Consórcio tem Plano de Empregose Salários, conforme seu organograma, expresso na Figura 5, a seguir.

Figura 5. Organograma do CONIMS.



Fonte: Site do CONIMS (<http://www.conims.com.br/index.php>).

A partir de 2017, o CONIMS passou a realizar todas as licitações para os municípios consorciados em suas demandas da saúde e essas licitações são compartilhadas. Entre as ações desenvolvidas, estão as contratações dos Serviços Médicos em Consultas Especializadas; contratações de profissionais para a Atenção Primária à Saúde (APS), destinada ao atendimento de usuários oriundos dos municípios consorciados ao CONIMS; realização das cirurgias eletivas. São desempenhadas pelo consórcio todas as ações de suporte assistencial, técnico e administrativo para os municípios.

Esses avanços foram impulsionados, sobretudo, pelo perfil da Secretária Executiva do CIS, como mostra o seu relato: “Antes de vir para o CONIMS, por trinta anos, fui gestora de saúde, conhecia e sabia das necessidades dos gestores e de suas angústias. Então, comecei a trabalhar para ajudar a solucionar e apoiar os municípios em sua gestão (CONIMS).

Outra particularidade do CONIMS é referente aos recursos do Piso da Atenção Básica (PAB), que os municípios repassam ao consórcio, e os recursos da Média e Alta Complexidade (MAC), os quais são repassados para

o CONIMS, pelo município de Pato Branco, conforme pactuações realizadas na CIB.

3.2.4 o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR)

Consórcio criado em janeiro de 1995, a partir da necessidade de um órgão que viabilizasse o atendimento às necessidades de saúde do território regional, com maior resolubilidade e rapidez administrativa. Dessa forma, o CISMEPAR iniciou suas atividades a partir da execução de um programa de Atenção Ambulatorial Especializada.

Posteriormente, ampliou seu escopo de programas desenvolvidos a partir das demandas apresentadas pelos municípios consorciados, tendo se revelado um importante instrumento de ação dos municípios que uniram esforços, somando recursos para a solução de problemas que lhes são comuns, obtendo excelentes resultados a partir da ação coletiva.

Em 2012, com o objetivo de adequar o CISMEPAR aos ditames da Lei Federal 11.107/2005 e do Decreto 6.017/2007, os quais dispõem sobre as normas gerais de contratação de consórcios públicos, os entes federativos resolveram subscrever e ratificar um Protocolo de Intenções, a fim de adequar o CISMEPAR, constituindo-o na forma de consórcio público, sob a forma de associação pública, com personalidade de direito público e natureza autárquica, sem fins lucrativos. Fez também parte desse acordo o ato de delegar ao CISMEPAR a prestação dos serviços públicos na área de saúde, bem como, a gestão associada de serviços públicos. Além disso, o CISMEPAR poderá exercer outras atribuições, desde que expressamente autorizadas pelos entes federativos subscritores.

Os principais programas desenvolvidos pelo CISMEPAR são:

Gestão Consorciada Eficiente – realiza a gestão dos recursos destinados ao consórcio de forma eficiente, garantindo o pleno funcionamento operacional do consórcio para execução dos programas de saúde destinados ao atendimento da população consorciada;

Atenção Ambulatorial Especializada em Saúde – promove a qualidade de vida das pessoas por meio de ações de atenção à saúde e do atendimento

especializado interdisciplinar, tendo em vista os critérios de integralidade e equidade;

Apoio à Atenção de Urgência e Emergência Municipal – promove a complementação de escalas médicas de Urgência e Emergência para as Unidades de Atenção à Urgência e Emergência municipais;

Programa de Ampliação da Estrutura Física e Renovação da Capacidade – promove a expansão dos programas desenvolvidos pelo consórcio, graças à atenção às deficiências, e equipara as novas unidades quanto ao cuidado assistencial;

Apoio à Saúde Mental – promove a atenção interdisciplinar especializada em Saúde Mental;

Apoio à Saúde Bucal Especializada – promove a atenção especializada em saúde bucal, administrando recursos para aquisição de insumos e contratação de serviços;

Apoio à Atenção Especializada Hospitalar em Saúde – promove a complementação de serviços de cirurgia eletiva e outras demandas necessárias à sua realização, de forma a oferecer integralidade do cuidado por intermédio da atenção hospitalar aos usuários atendidos nas ações consorciadas;

Atenção complementar em Saúde Municipal – promove a ampliação da oferta de serviços ambulatoriais especializados e aquisição de insumos e órteses de saúde, potencializando a capacidade de atenção e cuidado em saúde junto aos municípios consorciados. (Fonte: Entrevista online complementada no site do CISMEPAR – https://cismepar.org.br/pagina/125_Programa-0009.html). Uma das particularidades do CISMEPAR é possuir uma Unidade de Regulação que presta serviços de classificação de risco para todos os pacientes em lista expectante de especialidades em saúde.

Os encaminhamentos são inseridos eletronicamente via sistema vigente (SolusWeb Computação) pela Atenção Primária à Saúde (APS) dos municípios consorciados, exceto Londrina. (Fonte: site do consórcio: <https://cismepar.org.br/uploads/pagina/arquivos/Caderno-de-apoio-a-gestao-dos-municipios-2016-2020.pdf>).

Esse Consórcio atua como ferramenta de gestão e articulação intermunicipal para 21 (vinte e um) municípios, abrangendo a população de cerca de um milhão de habitantes, como segue apresentado na Figura 6.

Mediante a carteira de serviços ofertada para os municípios consorciados pelo CISMEPAR, ao ser perguntada sobre as oportunidades que o consórcio enxerga para a gestão dos serviços prestados, a Secretária Executiva afirmou que existem inúmeras oportunidades: “[...] o céu é o limite [...]” (CISMEPAR).

No estudo desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em parceria com a Secretaria Especial de Produtividade, Emprego e Competitividade do Ministério da Economia, está expresso este entendimento:

[...] A gestão associada de serviços públicos é somente uma das possibilidades de atuação dos consórcios públicos, provavelmente, a mais relevante no contexto constitucional, mas não a única [...] outras atividades podem ser objeto de Consorciamento, como exemplificado no Art. 3º do Decreto Federal nº 6.017/2007.

(Fonte: Projeto INTERGOV, 2020)

O relatório conclui que os consórcios públicos podem exercer quaisquer atividades de interesse comum, desde que:

adstrito às competências constitucionais de seus entes consorciados; e (ii) não se trate de atividade indelegável pelo estado, tal como ocorre com as atividades judiciária ou legislativa. É o que consta no Art. 1º da Lei dos Consórcios Públicos [...].

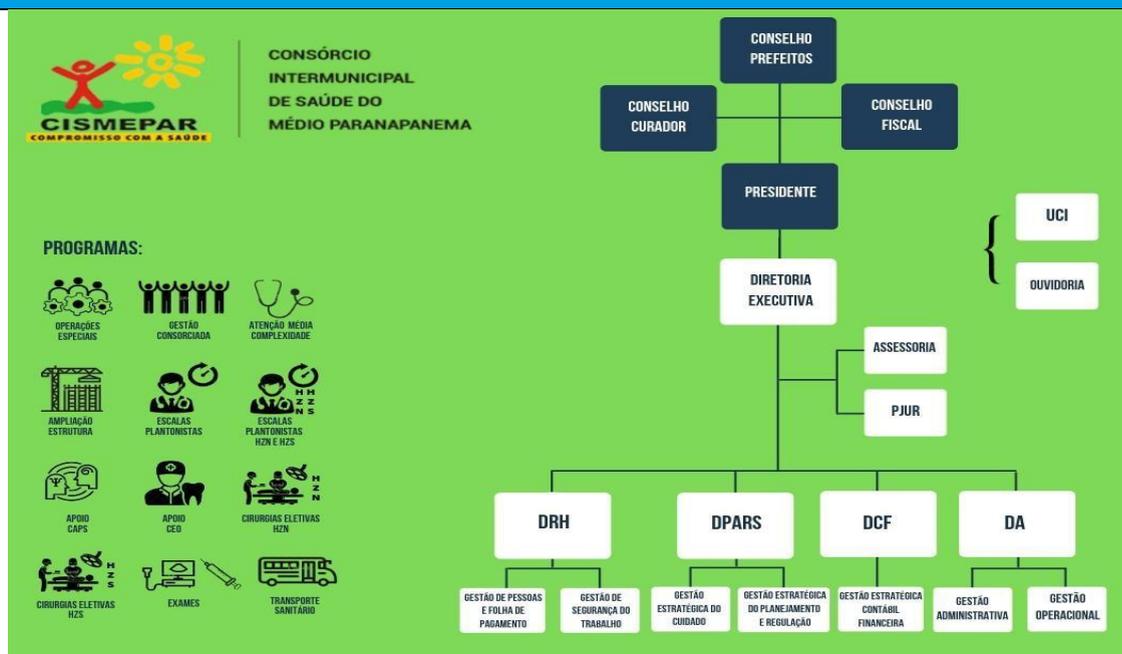
(Fonte: Projeto INTERGOV, 2020).

Figura 6. Mapa da Região de Saúde do CISMEPAR.



Fonte: <https://www.saude.pr.gov.br/>.

Figura 7. Organograma do CISMEPAR.



Fonte: site do CISMEPAR:
https://cismepar.org.br/pagina/82_Organograma.html.

3.2.5 Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense – CISAMUSEP

O CISAMUSEP é um Consórcio Público de Saúde que atende os trinta municípios da 15ª Regional de Saúde do Paraná, foi instituído no fim de 2001 e inaugurado em 27 de junho de 2002, já tendo, portanto, 20 anos. É considerado um modelo no Paraná e no país. O Consórcio foi fundado a partir de uma ideia nascida e discutida entre os prefeitos da Amusep no fim de 2001, quando decidiram fundar um Consórcio para

investir no atendimento a consultas e especialidades de saúde.

O Centro Regional de Especialidades (CRE), administrado pelo governo do Paraná, enfrentava diversos problemas, dentre eles, o da perda de profissionais, por aposentadoria e morte, sem reposição. Desse modo, a demanda reprimida por consultas e procedimentos especializados crescia mês a mês.

No primeiro semestre de 2002, a capacidade de CRE para atendimento se limitava a quatro mil procedimentos, para uma demanda que superava trinta mil procedimentos.

Os prefeitos levaram a proposta de parceria ao Governo do Paraná, por meio da fundação de um Consórcio Público de Saúde, que substituiria a CRE e seria financiado pelo estado e pelos municípios.

A proposta desse pacto de gestão foi rapidamente aceita pelo Governo do Estado e o Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense (Cisamusep) foi fundado, implantado em dezembro de 2001 e entrou em operações em junho de 2002 (Fonte: site do Cisamusep: <https://cisamusep.org.br/institucional/>).

Recentemente, o Protocolo de Intenções foi ratificado, alterado e aprovado em Assembleia Geral dos Prefeitos do CISAMUSEP, em 10/03/2018, com o objetivo de adequar a entidade aos ditames da Lei Federal nº 11.10712005, constituindo-o Consórcio Público.

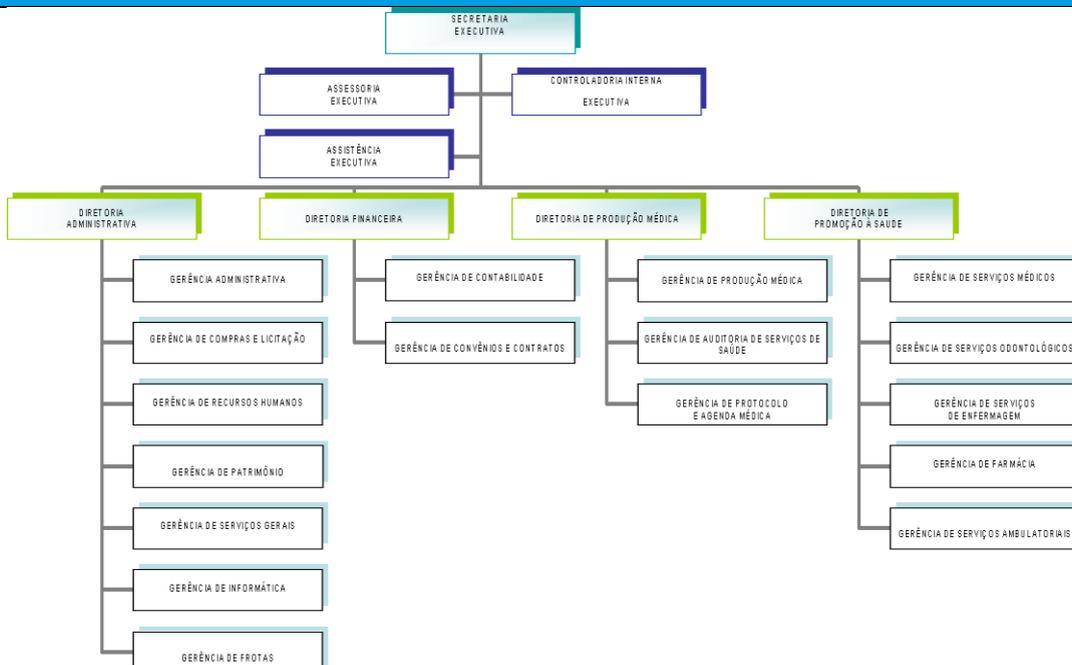
A seguir, a distribuição no espaço geográfico dos municípios da 15ª Regional de Saúde do Paraná, que fazem parte do CISAMUSEP, na Figura 8.

Figura 8. Mapa dos municípios consorciados no Cismusep.



Fonte: Site do Cismusep. <https://cismusep.org.br/consorciados/>

Figura 9. Organograma do Cismusep.



Fonte: Site do Cismusep. <https://cismusep.org.br/institucional/>

3.3 Processo de Consorciamento no Estado de Goiás

Goiás está situado na região Centro-Oeste do país e ocupa uma área de 340.106 km², dividido em 246 (duzentos e quarenta e seis) municípios, com uma população estimada em 2020, segundo o IBGE, de sete milhões, cento e cinco mil, novecentos e quarenta e dois habitantes, contrastando com os seis milhões e três mil, setecentos e oitenta e oito habitantes em 2010, um incremento de aproximadamente 18,35%.

Além da capital, estão entre as cidades mais populosas do estado e com mais de cem mil habitantes: Aparecida de Goiânia, Anápolis, Rio Verde, Águas Lindas de Goiás, Luziânia, Valparaíso de Goiás, Trindade, Formosa, Novo Gama, Senador Canedo, Catalão e Itumbiara. Segundo a estimativa populacional, realizada pelo Instituto Mauro Borges (IMB), a maioria dos municípios em Goiás estão abaixo de 20 mil habitantes, conforme exposto na Tabela 2, a seguir.

Tabela 2. Proporção de municípios por habitantes em Goiás.		
Tamanho do município (habitantes)	Número de Municípios	Porcentagem que Representam
Até 3 mil	38	15,45%
3 a 5 mil	57	23,17%
5 a 10 mil	57	23,17%
10 a 20 mil	34	13,82%
20 a 50 mil	36	14,63%
50 a 100 mil	10	4,07%

Mais de 100 mil	14	5,69%
-----------------	----	-------

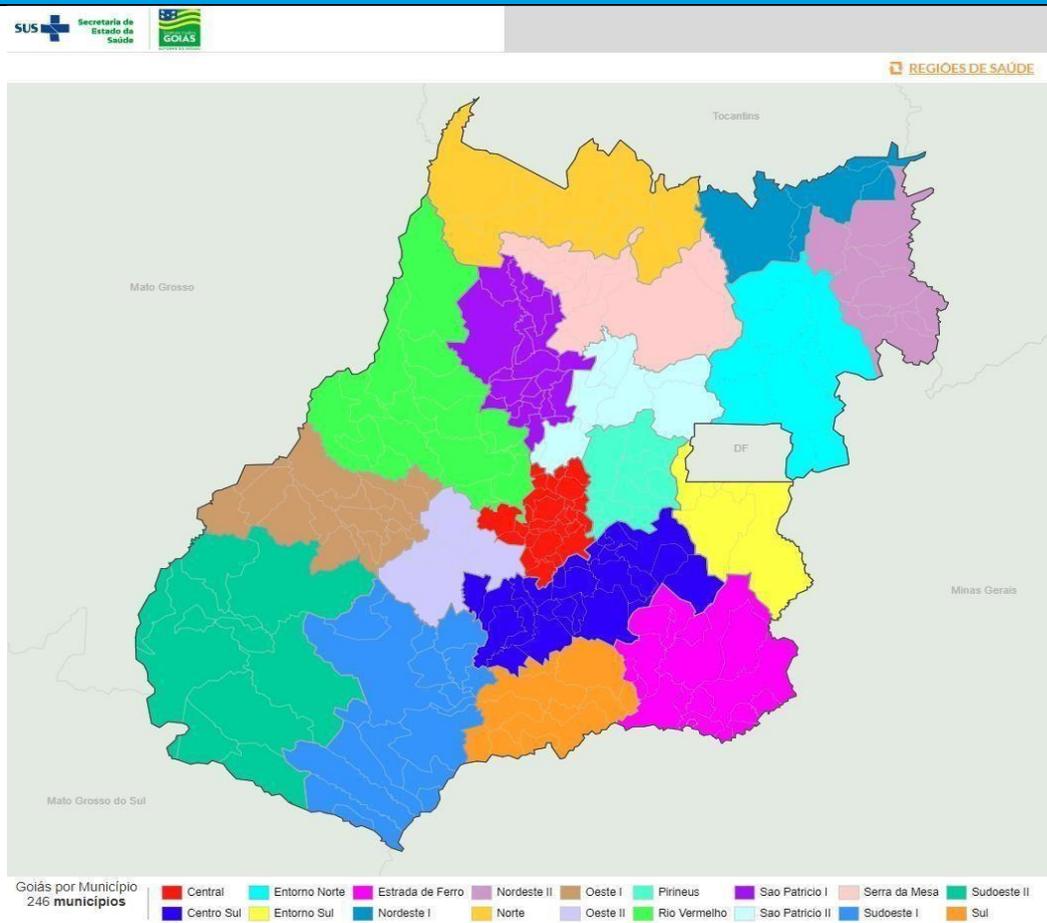
Fonte: IMB (2020).

A densidade demográfica é de cerca de vinte habitantes por quilômetro quadrado (hab/km²) e ocupa a décima sétima posição entre os estados em relação à concentração de habitantes, além de ocupar a sétima posição em extensão territorial (Fonte: Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos, IMB).

Segundo o Ranking de Competitividade dos Estados, Goiás ocupa o décimo lugar no país em 2021. Os dados são divulgados pelo Centro de Liderança Pública (CLP). Destaque no mapeamento, em 2020, Goiás estava em décimo segundo lugar e subiu duas posições na classificação, segundo dados obtidos no site <https://clp rankingdecompetitividade.org.br>.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), cuja última alteração foi em 2014, o estado de Goiás está dividido em 18 (dezoito) regiões de saúde, agrupadas em 5 (cinco) Macrorregiões. Cada região possui uma sede administrativa denominada Regional de Saúde, conforme demonstrado na Figura 10, a seguir.

Figura 10. Mapa das Regiões de Saúde de Goiás.



Fonte: ConectaSUS/SES/Goiás (2021).

As regionais de saúde representam a Secretaria de Estado da Saúde/SES-GO na região de saúde delimitadas pelo PDR. Cada Regional possui oito coordenações técnicas e o coordenador regional de unidade de saúde, que é responsável por assessorar e apoiar os municípios, além de implementar e monitorar as ações da SES-GO em âmbito regional. Fonte: site: <https://www.saude.go.gov.br/unidades-de-saude/regioes-de-saude>.

Os Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde em Goiás foram incluídos como proposta de implantação no Plano de Governo 2012/2015, mas somente em 2013 começaram a ser constituídos, impulsionados pelo projeto de implantação dos Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMEs) pela Secretaria de Estado da Saúde nas dezoito regiões de saúde.

Outro aspecto relevante nesse contexto é que o modelo também foi espelhado no estado do Ceará, mas com um diferencial: esse estado faz parte do consórcio, sendo a primeira experiência de consórcios públicos de saúde de natureza vertical, conforme exposto por Julião (2019).

A política cearense de consórcios verticais de saúde nasceu com o objetivo de interiorizar os serviços eletivos de média e alta complexidade no interior do estado e, assim, preencher o vazio assistencial nas regiões de saúde. O governo estadual escolheu os consórcios como modelo de gestão para gerenciar a Policlínica e o CEO, entregues a cada região de saúde consorciada (JULIÃO, 2019).

Em Goiás, os Ambulatórios Médicos de Especialidades foram apresentados como centros de diagnóstico de média complexidade e orientação terapêutica, com cerca de vinte especialidades médicas para atendimento aos pacientes encaminhados pela atenção primária à saúde, tendo as seguintes áreas de especialidades: Urologia, Cardiologia, Oncologia, Endocrinologia, Dermatologia, Fisioterapia, Oftalmologia, Neurologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Nefrologia, Cirurgia, Ortopedia e Gastrenterologia, com oferta, inclusive, de exames de média complexidade para diagnóstico desses atendimentos.

A perspectiva de implantação do AME na Região de Saúde proporcionou força para implementação da discussão em torno do Consórcio Intermunicipal de Saúde, nascendo daí iniciativa da Secretaria Municipal de São Luís de Montes Belos de promover uma oficina regional, realizada em 4 de junho de 2013, a qual contou com a presença de prefeitos municipais, secretários municipais de saúde, conselhos de saúde, vereadores, departamento jurídico dos municípios e trabalhadores do SUS, além da participação do Secretário Executivo da Secretaria de Estado da Saúde e técnicos responsáveis pela apresentação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

O Protocolo de Intenções foi assinado no fim da oficina pelos treze prefeitos municipais da Região Oeste II de São Luís de Montes Belos presentes, conforme retratado na Figura 11. Fato inédito e considerado um grande avanço para o processo, o que facilitou a Ratificação do Protocolo de Intenções pelo poder Legislativo Municipal dos 13 (treze) municípios, após apresentação dos ganhos de se trabalhar em cooperação e, sobretudo, com

a perspectivas do AME na região.

Figura 11. Oficina Regional para Assinatura do Protocolo de Intenções



Fonte: Foto do acervo pessoal da Autora (2013).

A capacidade de articulação e liderança dentro da região de saúde da equipe da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís de Montes Belos – município sede da Região de Saúde – foi fundamental no processo, pois a chave do processo está somente na capacidade política do território e na continuidade de uma trajetória de consenso para a transformação permanente da região, reconhece Bresciani (2012).

Para atender ao Plano de Desenvolvimento Estratégico do Governo Estadual, que visa ao resultado de amplo atendimento local em saúde e à integração dos recursos regionais, a Secretaria de Estado da Saúde (SES-GO) criou, em julho de 2013, o Núcleo de Consórcio Público em Saúde (NCPS), formalizado pela Portaria nº 847/2014, do GAB/SES-GO, cujo principal objetivo era fomentar a constituição, a efetivação e o desenvolvimento de Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de Goiás (Fonte: Plano Estadual de Saúde de Goiás – PES/2016/2019).

Em outubro de 2013, a SES/Goiás intensificou articulações, discussões e mobilização em âmbito estadual para os agentes públicos, durante o Seminário Estadual, realizado em Caldas Novas (GO), destinado a prefeitos e gestores dos duzentos e quarenta e seis municípios goianos. Nessa ocasião, foi apresentada a proposta dos AMEs, bem como, as experiências bem-sucedidas dos Consórcios Intermunicipais de Saúde nos Estados de Minas Gerais e Ceará.

A Região Oeste II de São Luís de Montes Belos foi a primeira região de saúde no estado a constituir Consórcio Intermunicipal de Saúde, pela iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde, aliada a outros organismos públicos, liderando a implantação do primeiro Consórcio Intermunicipal de Saúde no Estado de Goiás, em dezembro de 2013. (GOMIDES, 2018).

É relevante ressaltar que a equipe da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís de Montes Belos coordenou o processo de implantação dos CISs nas regiões de Rio Vermelho e São Patrício II, tendo servido também de referencial para a Sudoeste I e demais regiões do Estado em processo de implantação até então.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde continuaram como proposta de implantação no Plano de Governo 2016/2019 para as demais regiões do estado, como forma de fortalecer o gerenciamento regional da saúde no Estado de Goiás.

O Plano de Governo trouxe também como meta finalizar a construção de 6 (seis) AMEs, localizados nas cidades de Posse, Formosa, Cidade de Goiás, São Luís de Montes Belos, Quirinópolis e Goianésia, além da construção de mais outras cinco unidades no interior do Estado, em Rio Verde, Ipameri, Iporá, Porangatu e Região Entorno Sul, não mais para as 18 (dezoito) regiões de saúde, como planejado anteriormente.

No atual Plano de Governo 2020/2023, é contemplada novamente a proposta de expansão dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, com meta de cem por cento nas regiões de saúde de Goiás. Desse modo e diante desse cenário, fica evidenciado que os CISs em Goiás continuam em fase de implantação e, mais precisamente, paralisados, pois não conseguiram até aqui passar para a fase de disseminação e, das 18 (dezoito) regiões de saúde, somente 4 (quatro) têm consórcios constituídos num período de sete anos.

Esse fato reforça as hipóteses levantadas por Caldas (2007) quanto ao surgimento dos Consórcios Intermunicipais e os principais fatores que influenciam sua formação, a saber:

- a) **os Consórcios Intermunicipais são fruto da existência do capital social existente na região;**
- b) **os Consórcios Intermunicipais são fruto da indução institucional de outros “níveis de governo”, que não o nível municipal;**
- c) **os Consórcios Intermunicipais são resultado de uma complexa trama local desenrolada por um conjunto de atores, dentre os quais, se destaca um empreendedor político, que cumpre o papel de convencer os demais quanto à existência de um problema e de uma alternativa para solucioná-lo (CALDAS, 2007).**

As hipóteses levantadas por Caldas (2007) retratam a realidade dos CISs em Goiás, levando em consideração que os quatro Consórcios Intermunicipais de Saúde existentes foram criados no período de 2013 a 2017, impulsionados pela expectativa de construção nas regiões de saúde dos AMEs, mas em decorrência da morosidade para construção desses, da rotatividade dos agentes públicos municipais e, sobretudo, por indefinição de financiamento estadual, o processo de expansão encontra-se estagnado, apesar de constarem como metas nos Planos de Governo desde 2012.

Conforme Dieguez (2011), a questão dos consórcios envolve o entendimento de que não somente levam à sua criação, mas também devem ser explicadas as variáveis que garantam a estabilidade institucional dos consorciamentos.

Segundo a SES-GO, em todas as regiões de saúde do Estado existem iniciativas de implantação de Consórcios Intermunicipais de Saúde. No entanto, até fevereiro de 2017, somente quatro consórcios foram implantados e se situam nas seguintes regiões de saúde: Oeste II, Sudoeste I, São Patrício II e Rio Vermelho, com os respectivos consórcios: Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste II, Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste Goiano (CISSGO), Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Região do Vale do São Patrício (CISVALE) e o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Rio Vermelho Araguaia (CISRIVA).

Encontram-se em fase de formalização os CISs da Estrada de Ferro (Região de Saúde Estrada de Ferro), CIS Vale do Paranã (Região de Saúde Nordeste

II), CIS Oeste Goiano (Região de Saúde Oeste I), ConSaúde (Consórcio Público da Região de Saúde do Entorno Norte) e todos fazem parte desta pesquisa (Fonte: Última Atualização: 21 novembro 2019, Site da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás: <https://www.saude.go.gov.br/prestacao-de-contas/consorcios-publicos-em-saude>).

Quanto a repasses financeiros para os CISs, somente os quatro Consórcios Intermunicipais de Saúde em funcionamento receberam uma única parcela do auxílio pré-operacional no valor de R\$ 100,00 (cem mil reais), em março de 2016, conforme Portaria nº 040/2016-GAB/SES-GO.

É imprescindível destacar que, na atual gestão, os AMEs passaram a ser denominados de Policlínicas e, como nova meta do governo estadual, estão previstas a implantação de 18 (dezoito) Policlínicas até 2023. Dessas, em 2020, havia previsão de entregar 7 (sete) unidades regionais, nas cidades de Posse, Goianésia, Quirinópolis, Formosa, Cidade de Goiás, São Luís de Montes Belos e Santa Terezinha de Goiás. Até o fim de 2022, serão construídas outras 11 (onze) unidades no interior do Estado, ampliando o acesso ambulatorial a especialidades e serviços de apoio diagnóstico (Fonte: PES 2020/2023).

Atualmente, 3 (três) Policlínicas foram inauguradas e estão em funcionamento: Policlínica da Região Nordeste II (Posse), Policlínica da Região São Patrício (Goianésia) e Policlínica Sudoeste II (Quirinópolis), sob a gestão de Organização Social (OS).

Merece destaque o Consórcio Interestadual de Desenvolvimento do Brasil Central (BrC), composto pelo Distrito Federal e os estados de Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Rondônia e Tocantins. Seu objetivo é promover o desenvolvimento econômico e social da região, de forma integrada e, por meio da cooperação entre as Unidades Federativas para, assim, tornar a região ainda mais competitiva.

Criado em 3 de julho de 2015, por meio de Protocolo de Intenções, ratificado em cada uma das Assembleias Legislativas e normatizado pelo Estatuto do Consórcio, o BrC possui em sua estrutura uma Secretaria-Executiva com atribuições descritas no próprio Estatuto e normatizadas pela Portaria nº 001/2019 do Conselho de Administração.

Um das ações do BrC são as Compras Compartilhadas, que visam

fortalecer e ampliar as capacidades de aquisição de medicamentos das Secretarias de Estado de Saúde das UFs consorciadas, reduzindo gastos com compras e melhorando a credibilidade junto ao mercado, além de centralizar a aquisição de medicamentos pelas sete unidades da federação consorciadas, graças à Central de Compras Compartilhadas do Consórcio Brasil Central.

Os principais benefícios das compras compartilhadas são: aumento da disponibilidade de medicamentos; economia de 30% nas compras de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF); credibilidade junto ao mercado (pagamentos de fornecedores); agilidade na execução de multas e especialização da equipe técnica (Fonte: Site do BrC. <http://brasilcentral.gov.br/>).

3.4 Descrição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde em Goiás

Neste tópico, serão abordados os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de Goiás, implantados/ativos e os implantados/inativos, mas que não estão em funcionamento, como também, os que iniciaram o processo de implantação.

3.4.1 Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste II - CISO II

A Região Oeste II, abrange treze municípios em sua jurisdição, somando uma população que varia de mil, quatrocentos e trinta habitantes (Cachoeira de Goiás) a trinta e dois mil, cento e sessenta e quatro habitantes (São Luís de Montes Belos) e totalizando cento e doze mil, quatrocentos e vinte e três habitantes nos municípios de Adelândia, Aurilândia, Buriti de Goiás, Cachoeira de Goiás, Córrego do Ouro, Firminópolis, Palmeiras de Goiás, Palminópolis, Paraúna, São João da Paraúna, São Luís de Montes Belos, Sanclerlândia e Turvânia, conforme exposto na Figura 12, a seguir.

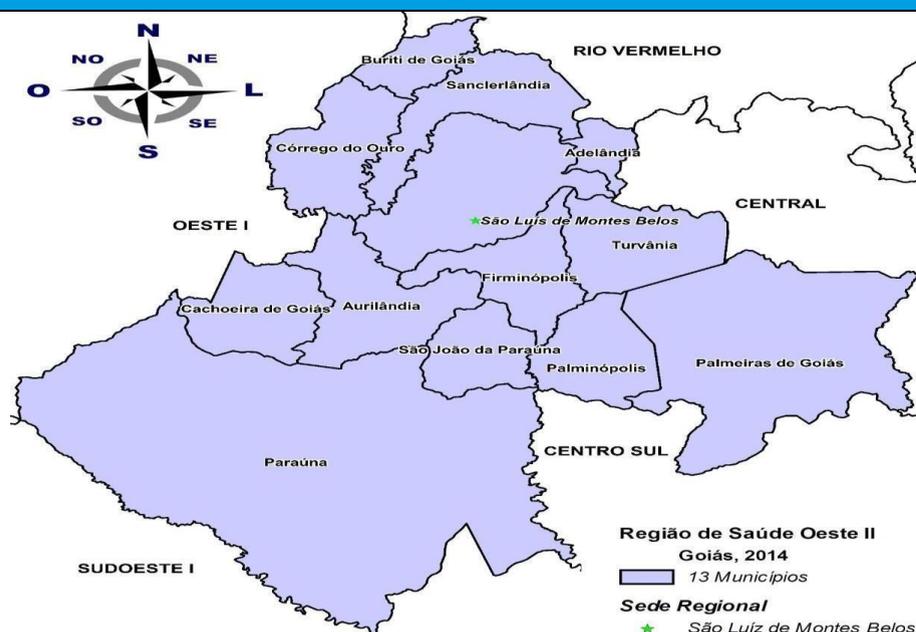
A constituição do consórcio foi motivada pela política estadual de

implantação dos Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMEs) nas regiões de saúde do Estado, dando origem à necessidade de consorciar os municípios para a gestão desses ambulatórios. Na época, esse processo foi impulsionado pela Secretária Municipal de Saúde do município de São Luís de Montes Belos, juntamente com os demais prefeitos da região.

Esse consórcio foi formalizado em 13 de dezembro de 2013 e está em operação desde 7 de julho de 2016. O CISO II recebeu auxílio pré-operacional do Governo Estadual no valor de R\$ 100 mil, em 29/03/2016.

O CISO II é formado por todos os treze municípios que compõem a Região de Saúde Oeste II e mais três municípios da Região de Saúde Oeste I de Iporá, quais sejam: Ivollândia, Israelândia e Moiporá, num total de dezesseis municípios.

Figura 12. Mapa da Região de Saúde Oeste II.



Fonte: ConectaSUS (2020).

Esse foi o primeiro Consórcio Intermunicipal de Saúde no Estado de Goiás e trouxe todo o embasamento jurídico para a constituição dos demais CISs no Estado, como também, desencadeou a legislação no Tribunal de Contas dos Municípios (TCM), conforme Resolução Administrativa RA N° 00117/2017, apresentada no Anexo 2.

Os serviços prestados inicialmente pelo CISO II foram: Especialidades Médicas em Cardiologia, Ortopedia e Oftalmologia; Coleta e Transporte de Resíduos de Serviços de Saúde; e Exames de Imagem e Cardiológicos.

Hoje, os serviços ofertados foram ampliados e oferecem estas Especialidades Médicas: Angiologia, Cardiologia, Ortopedia, Oftalmologia, Urologia, Ginecologia, Psiquiatria, Medicina do Trabalho, Endocrinologia, Dermatologia, Pediatria, Neurologia, Neuropediatria, Reumatologia, Otorrinolaringologista, Psicólogo e conta também com os Serviços de Cardiologia-exames, Análises Clínicas e Patológicas, Angiologia (procedimentos), Terapia Holística, Exames de Imagem, Serviços Hospitalares (cirúrgicos e coleta de resíduos de serviços de saúde).

Merece destaque o entendimento do CISO II, referente a desafios e oportunidades dos CISs, conforme explica a Secretária Executiva: “Os Consórcios em Goiás, estão totalmente fora do processo de regionalização, eles não estão em nenhum momento, enquanto ferramenta de gestão, enfim estão à margem da regionalização.” (CISO II).

3.4.2 Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste Goiano – CISSGO

O CISSGO foi composto por todos os dezoito municípios da região de Saúde Sudoeste I, conforme apresentado na Figura 13, mas atendendo somente os municípios de Acreúna, Aporé, Castelândia, Gouvelândia, Itajá, Maurilândia, Paranaiguara, Santo Antônio da Barra, Turvelândia e Quirinópolis (a primeira sede do CIS).

Formalizado em 2 de julho de 2014, iniciou suas atividades em 1º de maio de 2015, com estas Especialidades Médicas: Neurologia (só consultas), Otorrinolaringologia, Ortopedia, Cardiologia, Urologia, Oftalmologia e Nefrologia, cirurgias de cataratas, exames de análises clínicas e exames de imagem.

O CISSGO recebeu auxílio pré-operacional do Governo Estadual, no valor de R\$ 100 mil reais.

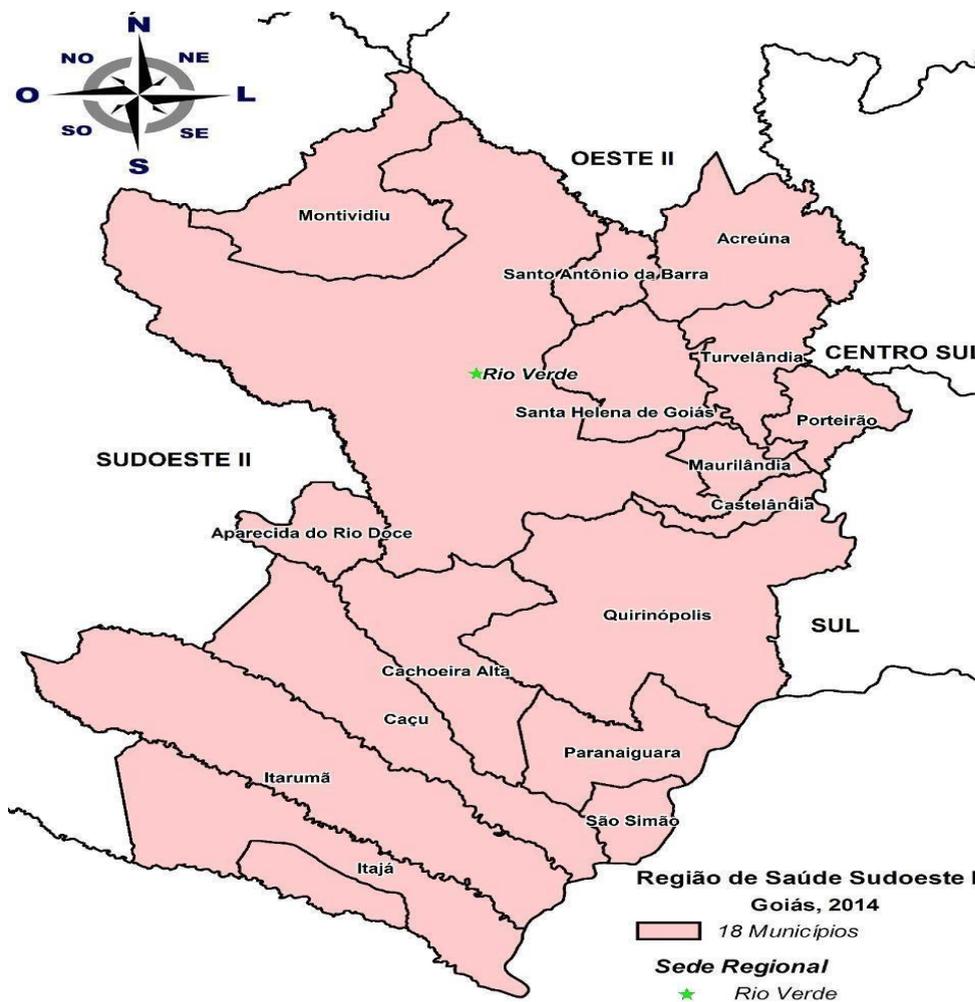
Em 2017, teve sua sede transferida para o município de Itajá, motivada por dificuldades financeiras e, também, em decorrência de os serviços prestados pelo CIS serem centralizados no município sede, numa região com grandes distâncias geográficas, dificultando o acesso dos usuários aos serviços prestados pelo consórcio e onerando o custo com transporte sanitário para os municípios.

Outra dificuldade enfrentada pelos gestores municipais foi a descontinuidade dos tratamentos, principalmente pela necessidade de exames de alta complexidade gerados por algumas especialidades médicas, que o CIS não conseguia atender a toda essa demanda gerada.

No período de 2017 a 2019, o consórcio ofertou os serviços de Especialidades Médicas de Neurologia, Pediatria, Ortopedia, Cardiologia, Oftalmologia, Exames de Análises Clínicas, Eletrocardiograma e RX com Laudo e Exames de Imagem, como Ressonância e Tomografia.

Em dezembro de 2019, o CISSGO parou suas atividades, pois somente os municípios de Aporé, Itarumã, Lagoa Santa e Itajá continuavam ativos nesse consórcio, assim comprometendo sua sustentabilidade.

Figura 13. Mapa da Região de Saúde Sudoeste I.



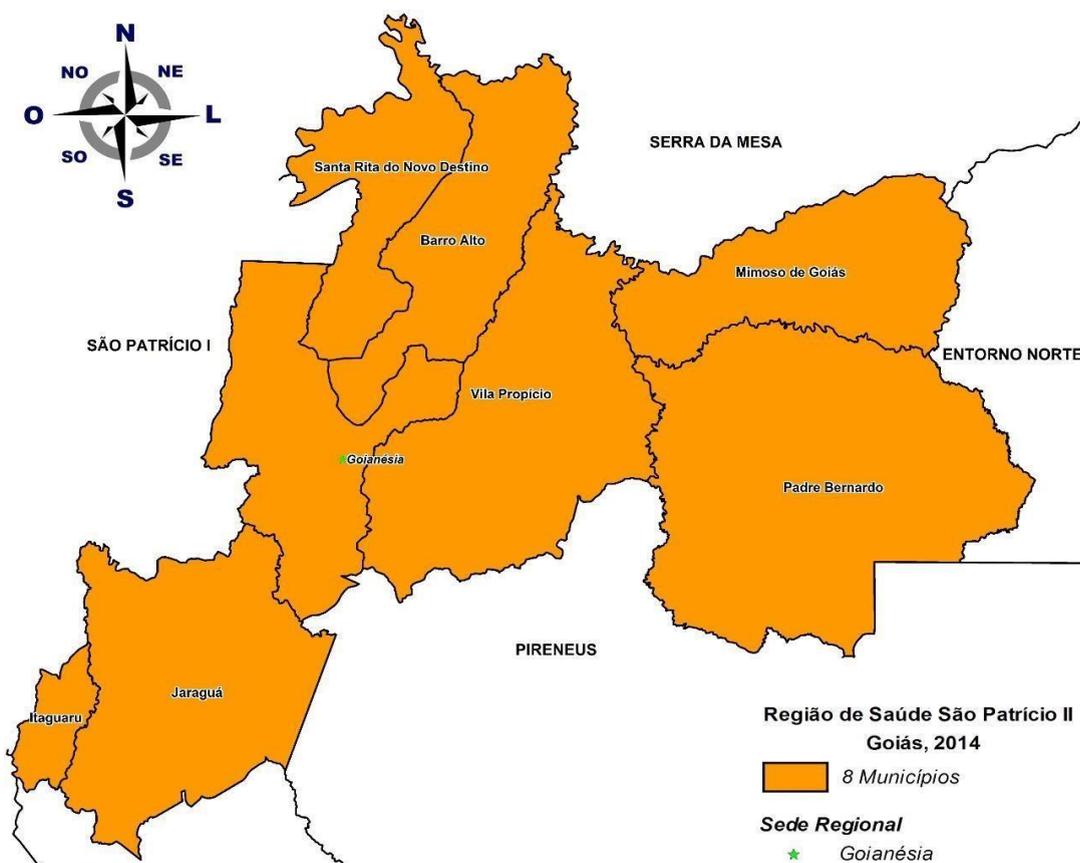
Fonte: ConectaSUS (2020).

3.4.3 Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Região do Vale do São Patrício (CISVALE)

A Região do São Patrício tem em sua abrangência oito municípios: Barros Alto, Goianésia, Itaguaru, Jaraguá, Mimoso de Goiás, Padre Bernardo, Santa Rita do Novo Destino e Vila Propício. A população total é de cento e sessenta e sete mil, trezentos e noventa e um habitantes, sendo o município menos

populoso Mimoso de Goiás, com dois mil, setecentos e vinte e três habitantes, e o mais populoso, Goianésia, com sessenta e quatro mil, oitocentos e sessenta e um habitantes, conforme se pode ver na Figura 14, a seguir.

Figura 14. Mapa da Região de Saúde São Patrício II.



Fonte: ConectaSUS (2020).

O CISVALE é composto pelos municípios de Barro Alto, Itaguaru, Mimoso de Goiás, Padre Bernardo, Santa Rita do Novo Destino, Vila Propício e Santa Isabel e tem sua sede em Goianésia.

Formalizado em 16/10/2014, está em operação desde 12/06/2016. Inicialmente, ofertava consultas médicas em Otorrinolaringologia, Ortopedia, Neurologia,

Cardiologia e Angiologia.

O CISVALE recebeu auxílio pré-operacional do Governo Estadual, no valor de R\$ 100 mil, em 29/03/2016. Hoje, somente os municípios de Goianésia e Vila Propício estão participando ativamente do CIS, que oferta os seguintes serviços: Cardiologia, Neurologia, Angiologia, Pneumologia, Oftalmologia, Exames de Eletrocardiograma, Ecocardiograma, Holter, Teste Ergométrico, Risco Cirúrgico, Doppler MMI, DOPPLER Artérias Carótidas.

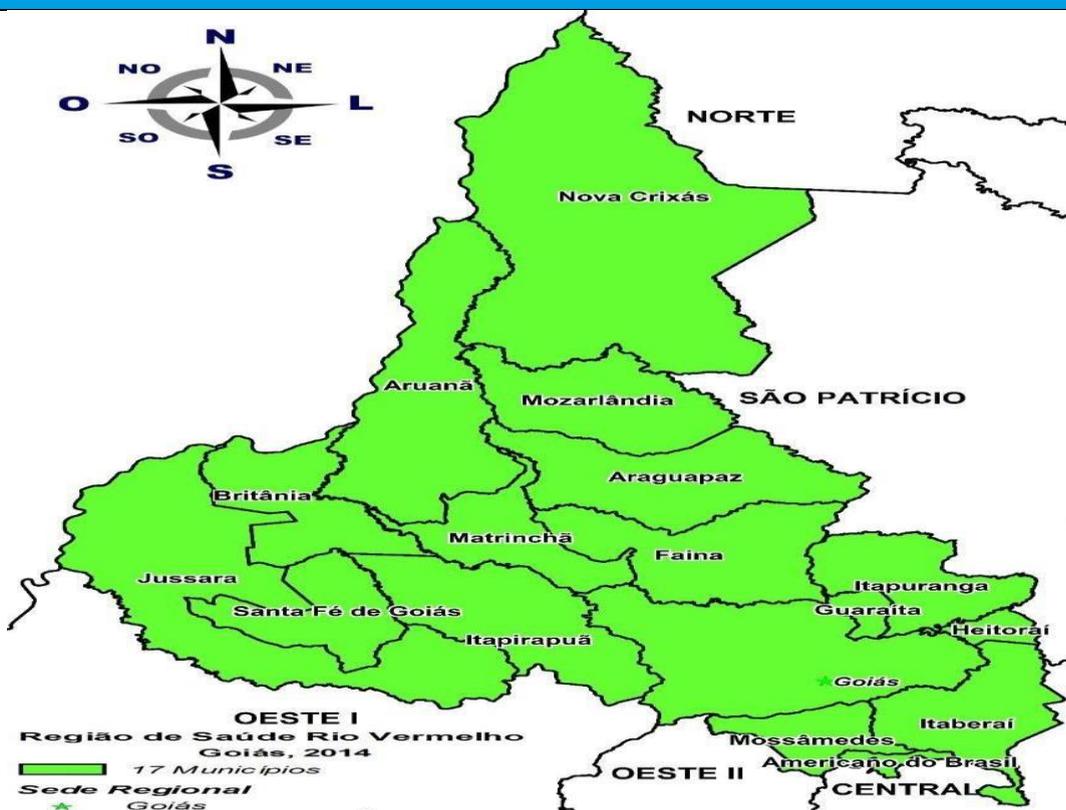
3.4.4 Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Rio Vermelho Araguaia – CISRIVA

Esse consórcio está situado na Região Rio Vermelho e soma uma população de cento e noventa e nove mil, trezentos e trinta e três habitantes nos dezessete municípios, a saber: Americano do Brasil, Araguapaz, Aruanã, Britânia, Faina, Goiás, Guaraíta, Heitorai, Itaberaí, Itapirapuã, Itapuranga, Jussara, Matrinchã, Mossâmedes, Mozarlândia, Nova Crixás e Santa Fé de Goiás. A menor população é de Guaraíta, com dois mil e trezentos habitantes, e a maior é de Itaberaí, com trinta e oito mil, novecentos e oitenta e três habitantes, conforme se apresentam na Figura 15, a seguir.

O CISRIVA é formado pelos municípios de Americano do Brasil, Araguapaz, Aruanã, Britânia, Faina, Cidade de Goiás, Guaraíta, Heitorai, Itapirapuã, Itapuranga, Jussara, Matrinchã, Mossâmedes, Mozarlândia, Nova Crixás e Santa Fé de Goiás. Somente o município de Itaberaí não faz parte do consórcio.

No processo de constituição do CISRIVA, a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás organizou visita ao Estado de Minas Gerais, com a participação de técnicos do Núcleo de Apoio ao CIS em Goiás, prefeitos e secretários de saúde dos municípios-sede de Região de Saúde, para conhecerem experiências exitosas de outras regiões de saúde.

Figura 15. Mapa da Região de Saúde Rio Vermelho.



Formalizado em 30/12/2014 e em operação desde 25/08/2017, teve seu serviço iniciado com oferta de consultas médicas em Urologia, Ginecologia e Exames de Imagem.

Atualmente, os serviços prestados foram ampliados com Especialidades Médicas em Ginecologia, Urologia, Oftalmologia, Ortopedia, Cardiologia, Exames de Holter, MAPA, Raio X com Laudo, Mamografia, Doppler, Ultrassonografias diversas, Endoscopia, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Eletrocardiograma com Laudo e realiza também Cirurgias de Vasectomia, Postectomia, Histerectomia, Colectomia, Hernioplastia e de Catarata.

Apesar desses serviços prestados pelo CISRIVA, a demanda vinda dos municípios ainda é tímida, pois o gestor municipal fica preso à Regulação Estadual, hoje sob a gestão do município de Goiânia e vinculada a sua PPI. Assim, dificulta a contratação de mais serviços, inviabilizando a

sustentabilidade do CIS, conforme explica o Secretário Executivo: “Um consórcio numa região com cerca de duzentos mil habitantes, que é o nosso caso, conseguiria criar uma demanda atraente para trazer profissionais e serviços especializados para atender as demandas, na lógica da economia de escala (CISRIVA).

O CISRIVA é membro da Confederação Nacional de Consórcios Intermunicipais do Brasil (CONACI-BR) e fez parte da Diretoria no Biênio 2019/2020.

3.4.5 Consórcio Público de Saúde da Microrregião do Entorno Norte (CONSAÚDE/Entorno Norte)

Esse Consórcio está situado na Região de Saúde do Entorno Norte e é formado por oito municípios: Água Fria de Goiás, Alto Paraíso, Cabeceiras, Flores de Goiás, Formosa, somando cento e vinte e três mil, seiscentos e oitenta e quatro habitantes, com a maioria residindo em Planaltina, São João D’Aliança e Vila Boa (essa com o menor número de habitantes, cinco mil, trezentos e setenta e um habitantes), conforme mapa a seguir na Figura 16.

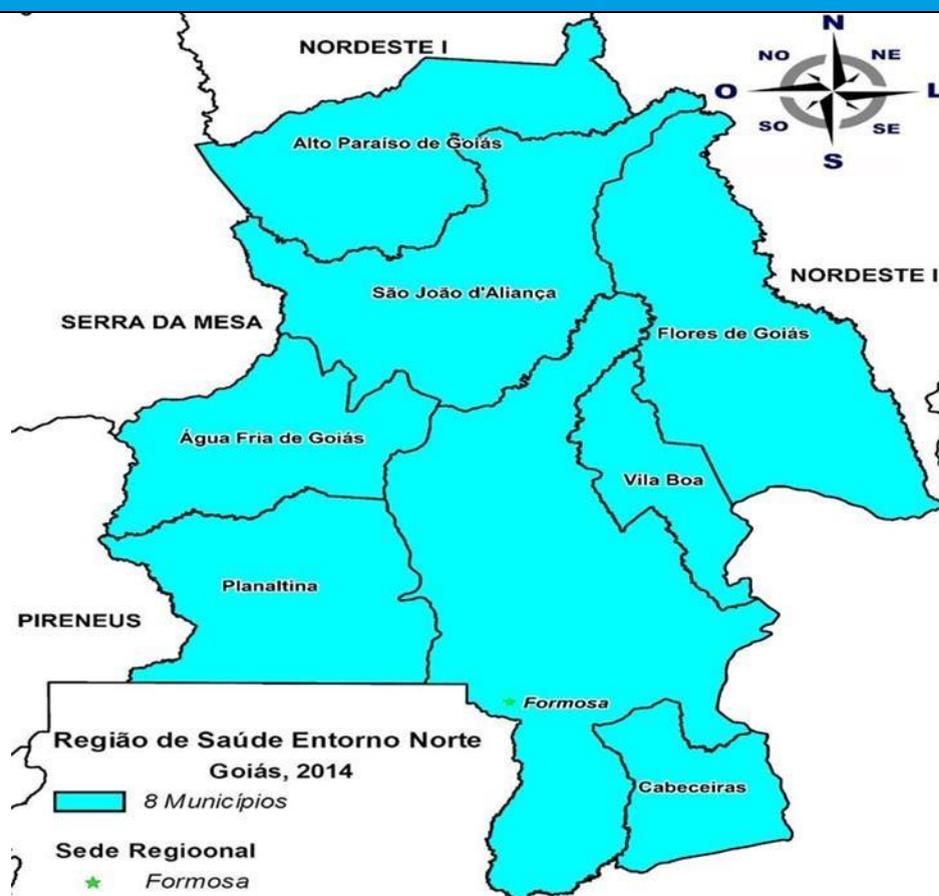
O processo de articulação do consórcio na Região Entorno Norte ocorreu no mesmo período da Secretaria de Estado da Saúde, graças ao Núcleo de Apoio aos Consórcios e, juntamente com as Regionais de Saúde, articulava a constituição dos CISs no Estado em 2017. Importante frisar que todos os oito municípios da Região de Saúde participam do CONSAUDE.

O processo de implantação desse Consórcio avançou bastante, desde a assinatura do Protocolo de Intenções, aprovação do Estatuto do Consórcio até a constituição do CNPJ na Receita Federal, sob a liderança de Ernesto Roller, prefeito de Formosa, à época, município sede do CIS.

Entretanto, em decorrência do afastamento do referido prefeito, houve interrupção do processo, pois toda a documentação na Receita Federal estava em seu nome. Com a posse do vice-prefeito, o processo sofreu com a

falta de solução de continuidade, agravado ainda mais pela dificuldade de definir as despesas de rateio administrativo. Desse modo, todo o processo ficou parado até então e o CONSAUDE não chegou a funcionar.

Figura 16. Mapa da Região de Saúde Entorno Norte.



Fonte: ConectaSUS (2020).

Estivemos na sede da Regional de Saúde Entorno Norte, na cidade de Formosa, município sede do CIS, onde realizamos entrevistas, mas não tivemos acesso à documentação do CONSAUDE, em decorrência de alternâncias dos técnicos da Regional de Saúde e do município. Conseguimos localizar no Diário Oficial do Estado, de quarta-feira, 10 de janeiro de 2018 (Diário Oficial ano 181 - Diário Oficial/GO nº 22.725), no anexo 3, a publicação do Estatuto do CONSAUDE.

Prefeitura Municipal de Formosa EXTRATO DE AVISO EXTRATO DO ESTATUTO ConSAÚDE/ENTORNO NORTE. FINALIDADE: Publicar o Estatuto do CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DO

ENTORNO NORTE, doravante denominado ConSAÚDE/Entorno Norte, na forma de associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica e interfederativa.

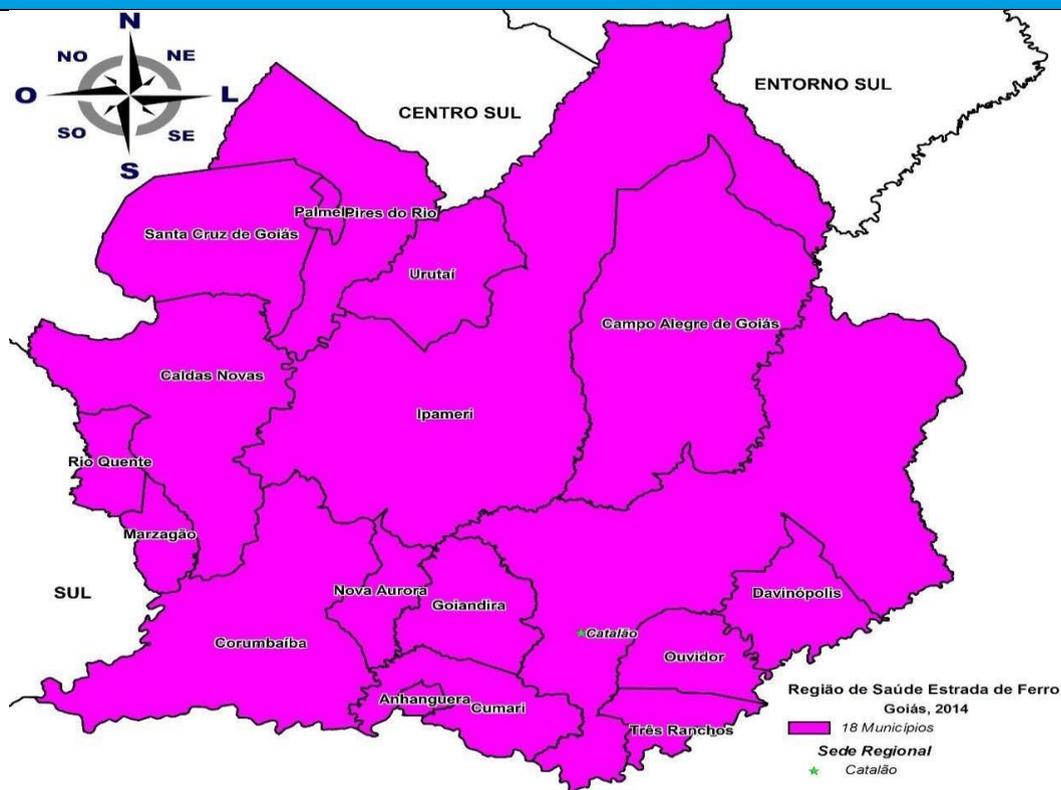
3.4.6 Consórcio Intermunicipal de Saúde da Estrada de Ferro (CISEF)

Esse Consórcio, situado na Região de Saúde Estrada de Ferro, possui dezoito municípios com uma população total de duzentos e oitenta e seis mil, quatrocentos e trinta e três habitantes, a saber: Anhanguera, Caldas Novas, Campo Alegre de Goiás, Catalão, Corumbaíba, Cumari, Davinópolis, Goiandira, Ipameri, Marzagão, Nova Aurora, Ouvidor, Palmelo, Pires do Rio, Rio Quente, Santa Cruz de Goiás, Três Ranchos e Urutaí. A menor população é de mil e noventa e três habitantes, em Anhanguera; e a maior é Catalão, com noventa e seis mil, oitocentos e trinta e seis habitantes, conforme exposto na Figura 17, a seguir.

As discussões para implantação do projeto na região tiveram início em 2016, ano de assinatura do Protocolo de Intenções, e todo trabalho foi coordenado por técnicos da Regional de Saúde, juntamente com o Núcleo de Apoio aos CISs da Secretária de Estado da Saúde de Goiás.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Estrada de Ferro foi constituído entre municípios pertencentes à Regional de Saúde Estrada de Ferro, quais sejam: Corumbaíba, Davinópolis, Ipameri, Anhanguera, Três Ranchos, Urutaí e Pires do Rio, ou seja, somente sete dos dezoito municípios da Região de Saúde, e foi criado em 23 de março de 2018, com sede no município de Ipameri.

Figura 17. Mapa da Região de Saúde Estrada de Ferro.



Fonte: ConectaSUS (2020).

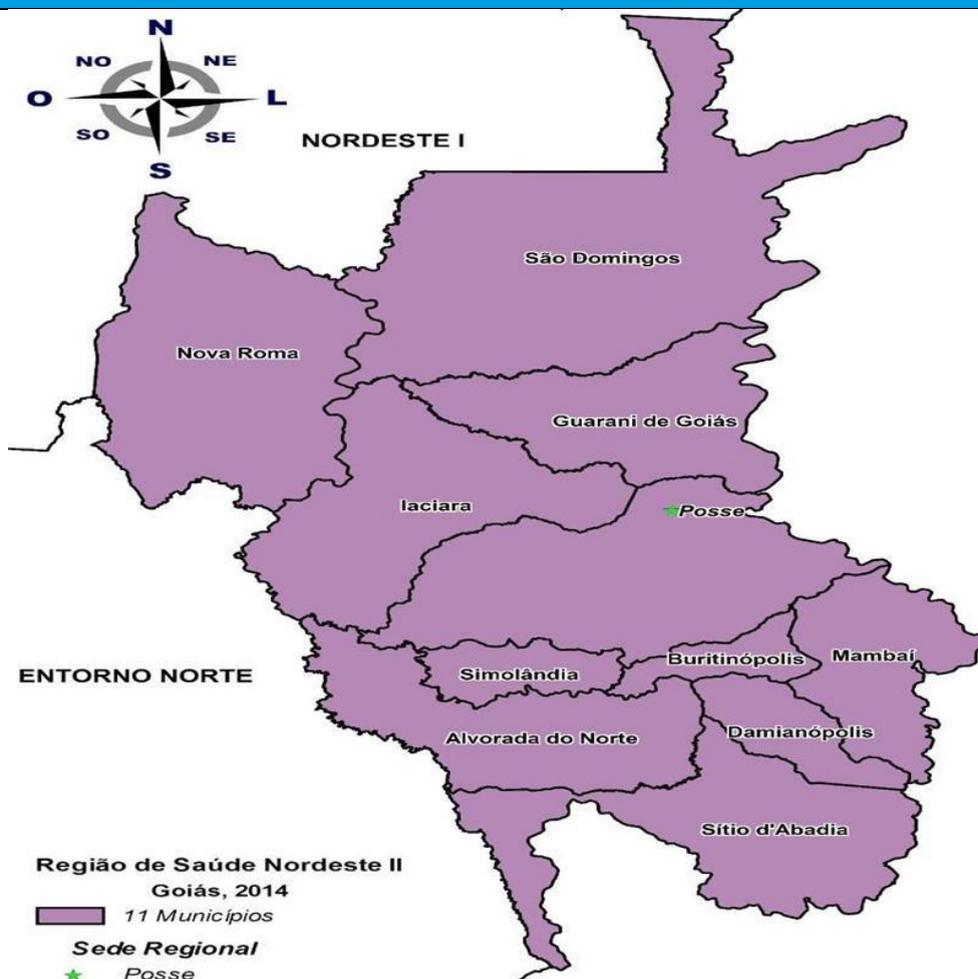
A finalidade do CISEF está voltada para a cooperação técnica na área de saúde entre os consorciados, visando à promoção de ações de saúde pública assistenciais, prestação de serviços especializados de média e alta complexidade, em especial: Serviços de Urgência e de Emergência hospitalar e extra-hospitalar; Ambulatórios especializados e Policlínica; Centros de Especialidades Odontológicas; Assistência Farmacêutica, entre outros serviços relacionados à saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e o Plano Diretor de Regionalização do Estado de Goiás (PDR); Atendimento Hospitalar com Internação, Pronto Clínica sem Internação, Atendimento a Urgências e Emergências Médicas, Clínica de Pronto-Socorro.

Apesar de constituído na forma da lei, o CISEF, não entrou em funcionamento, em decorrência dos impasses na definição do contrato de rateio, contratação das especialidades médicas e por aguardar o repasse financeiro da Secretaria de Estado da Saúde para de implantação do CIS.

3.4.7 Consórcio Intermunicipal de Saúde Vale do Paranã (CISPARANÃ)

Esse consórcio está situado na Região de Saúde Nordeste II e possui onze municípios em sua área de abrangência, com população total de cem mil, cento e setenta e nove habitantes: Alvorada do Norte, Buritinópolis, Damianópolis, Guarani de Goiás, Iaciara, Mambaí, Nova Roma, Posse (a maior população, trinta e quatro mil, cento e noventa e dois habitantes), São Domingos, Simolândia e Sítio D'Abadia (a menor população, dois mil novecentos e cinquenta e seis habitantes), conforme apresentado a seguir na Figura 18, a seguir.

Figura 18. Mapa da Região de Saúde Nordeste II.



Fonte: ConectaSUS (2020).

As primeiras discussões referentes à implantação do CIS nessa região tiveram início em setembro de 2015, graças às articulações da Regional de Saúde, os municípios, juntamente com o Núcleo de Apoio aos Consórcios Públicos em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, quando foi ministrada a palestra “Importância dos Consórcios Públicos de Saúde” para prefeitos, secretários municipais de saúde, vereadores, trabalhadores e técnicos de saúde da região.

O Protocolo de Intenções foi assinado em 2 de junho de 2017, pelos onze municípios da Região de Saúde: Alvorada do Norte, Buritinópolis, Damianópolis, Guarani de Goiás, Iaciara, Mambaí, Nova Roma, Posse, São Domingos, Simolândia e Sítio D’Abadia.

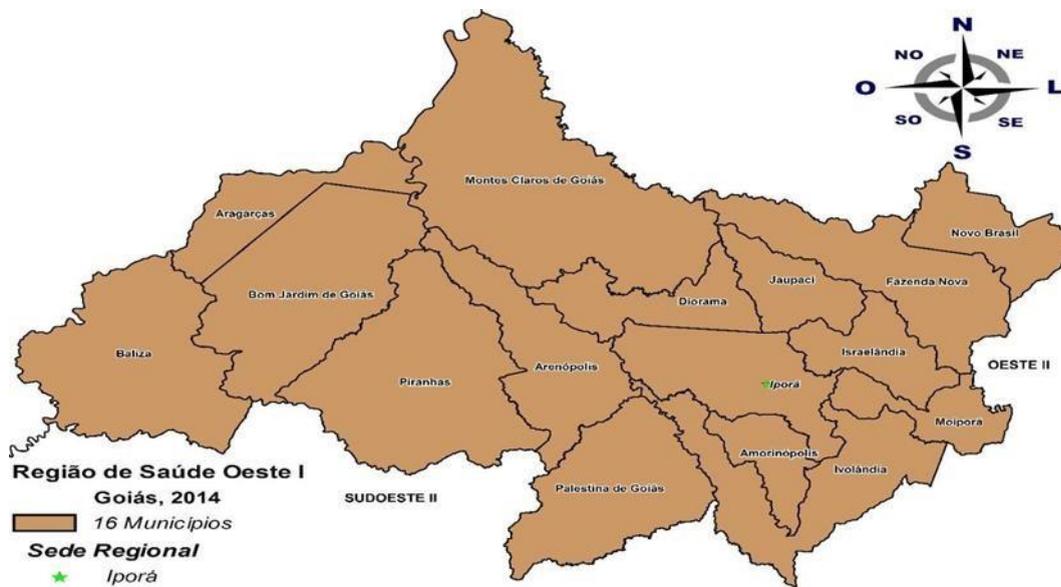
Todos os municípios enviaram suas Leis Autorizativas, que disciplinam a participação do município em Consórcio Público. Na primeira Assembleia Geral, foi definido o nome, para o Consórcio, o qual foi escolhido por unanimidade: Consórcio Intermunicipal de Saúde Vale do Paranã (CISPARANÃ), como também foi escolhida a Diretoria do Consórcio por votação aberta. Essa diretoria ficou assim constituída: Presidente, o Prefeito de Iaciara (Haicer Sebastião Pereira Lima); Vice-Presidente, o Prefeito de Flores de Goiás (Jadiel Ferreira de Oliveira); para o Conselho Consultivo e Deliberativo de Apoio à Gestão do Consórcio, foram indicados todos os Secretários Municipais de Saúde; o Conselho Fiscal foi escolhido, tendo como titulares os Prefeitos Ademar Antônio da Silva, Mirian Leidi São João Sampaio e Volnei José Momoli; como Suplentes: Ana Paula Soares Dourado, Gilmar José Ferreira e Joaquim Barbosa Filho. Contudo, até a presente data, o Estatuto do CISPARANÃ não foi publicado no Diário Oficial do Estado e, assim, não se constituiu o CNPJ e o processo está parado desde então.

3.4.8 Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste Goiano (CISOG)

Situado na Região Oeste I, com população total de cento e dezesseis mil, oitocentos e quarenta e um habitantes, distribuídos em dezessete municípios, a saber: Amorinópolis, Aragarças, Arenópolis, Baliza, Bom Jardim de Goiás, Diorama, Fazenda Nova, Iporá (a maior população, trinta e dois mil,

cento e sessenta e nove habitantes), Israelândia, Ivolândia, Jaupaci, Moiporá (a menor população, mil, setecentos e vinte e quatro habitantes), Montes Claros de Goiás, Novo Brasil, Palestina de Goiás e Piranhas, conforme discriminados a seguir na Figura 19.

Figura 19. Mapa da Região de Saúde Oeste I.



Fonte: ConectaSUS (2020).

O processo de implantação do CISOG iniciou-se em maio de 2017, por iniciativa e articulação da Secretaria Municipal de Saúde de Iporá, com a participação dos técnicos da Regional de Saúde Oeste I, juntamente com o Núcleo de Apoio aos Consórcios Públicos de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Logo em seguida, o Protocolo de Intenções foi assinado, em 26/06/2017, por prefeitos dos municípios que fazem parte da região de saúde, a saber: Amorinópolis, Arenópolis, Baliza, Diorama, Iporá, Israelândia, Ivolândia, Moiporá e Novo Brasil.

Dos dezesseis municípios que fazem parte da Região de Saúde Oeste I, somente oito, ou seja, 50% dos municípios da região de saúde ratificaram o Protocolo de Intenções: Amorinópolis, Arenópolis, Baliza, Diorama, Iporá, Israelândia, Ivolândia e Novo Brasil. Com as Leis Autorizativas das Câmaras

Municipais dos respectivos municípios, constitui-se o Estatuto do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste Goiano, em 5 de julho de 2017, com sede no município de Iporá, a 216 km de Goiânia, Capital de Goiás, firmado previamente em Assembleia Geral, que assim constituiu sua diretoria: Presidente, o prefeito de Iporá (Naçoitan Araújo Leite); Vice-Presidente: prefeito de Ivolândia (Fábio Seabra Guimarães); Conselho Consultivo e Deliberativo de Apoio à Gestão do Consórcio: todos os Secretários Municipais de Saúde; Conselho Fiscal: Titulares, os Prefeitos: Miriã Pires Barbosa Sousa Dantas, Flávio Júnior Vilela, Sebastião Maria Sabino; e, como Suplentes: Sílvio Isac de Sousa, Fernanda Nolasco Oliveira e Valéria Ferreira dos Santos. Contudo, até a presente data, o Estatuto do CISOG não foi publicado no Diário Oficial do Estado, de modo que não se constituiu o CNPJ e o processo está parado até o momento desta pesquisa.

4

4

**DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS
RESULTADOS**

4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

No Capítulo anterior, foram apresentados o estudo de caso dos CIS no Estado do Paraná e o processo de consorciamento no Estado de Goiás. Foram também, contextualizados o histórico, a origem e o desenvolvimento de cada um deles, além de outros aspectos relevantes.

No presente capítulo, pretende-se desenvolver a análise dos quatro Eixos Temáticos, a saber: Caracterização e Estrutura dos Consórcios, Motivações e Resultados do Consorciamento Político Administrativo e Controle, Financeiro Orçamentário/Sustentabilidade dos Consórcios.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas conduzidas mediante roteiro semiestruturado, realizadas nos Estudos de Casos do CIS do Paraná e de Goiás, conforme Anexo 8.

Na sequência, teremos ainda, a análise da matriz SWOT (Forças, Fraquezas, Oportunidades, Ameaças) relacionada aos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná e de Goiás.

4.1 Eixos Temáticos: Caracterização e Estrutura dos Consórcios, Motivações e Resultados do Consorciamento Político Administrativo e Controle Financeiro Orçamentário/Sustentabilidade dos Consórcios.

Os Eixos Temáticos que nortearam as entrevistas semiestruturadas trazem os principais pontos observados durante a pesquisa.

O primeiro trata do Eixo Caracterização e Estruturação dos Consórcios. Nessa etapa, buscou-se verificar como os consórcios são estruturados administrativamente, verificando sua natureza jurídica, o município sede, as condições da estrutura física – se é própria, cedida ou alugada –, número de municípios, tipo de consórcio, data de criação do CIS, quais foram as dificuldades encontradas para a constituição dos consórcios, entre outros itens relacionado à temática.

O Eixo Motivação e Resultados do Consorciamento buscou compreender o que incentivou a formação do CIS e conhecer sua história, o processo de atração dos principais atores e qual a participação do governo estadual para a constituição do consórcio de saúde na região, quais os desafios encontrados pelo consórcio para o cumprimento dos objetivos previstos, quais as oportunidades que o consórcio enxerga para a gestão dos serviços de saúde na região e quais são os obstáculos encontrados na provisão dos serviços ofertados pelo consórcio.

O Eixo Político Administrativo e Controle buscou entender como ocorre o processo de ingresso dos funcionários aos quadros do consórcio, Planejamento Estratégico e Financeiro, existência de Convênios e Termos de Cooperação ou Contrato de Programa pactuado com o Estado e/ou União, as relações com o Controle Social e as instância de pactuação do SUS, CIR e CIB, Ouvidoria do SUS ou canal semelhante, além da publicação dos atos Administrativos do CIS.

E por último, o Eixo Financeiro Orçamentário/Sustentabilidade dos Consórcios, com o intuito de conhecer as fontes orçamentárias que asseguram os recursos do consórcio, Rateio Administrativo e Contrato de Programa, se os municípios estão adimplentes, se há recursos do Estado e/ou da União e a publicitação dos atos administrativos.

Os Quadros 4 e 5, a seguir, trazem os principais achados nos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná pesquisados, bem como nos CIS de Goiás existentes.

Quadro 4: Eixos Temáticos nas Entrevistas Semiestruturadas nos CIS do Paraná.

Eixos Temáticos	Principais Achados
Caracterização e Estrutura dos Consórcios	<p>Dos cinco CIS pesquisados, quatro são da Saúde (Monofinalitário) e, até o momento, somente o COMESP está em transição para Multifinalitário;</p> <p>- A estrutura administrativa dos CISs é composta por Assembleia Geral de Prefeitos, Conselho dos Secretários</p>

	<p>Municipais de Saúde, Comissão de Controle Interno, Conselho Fiscal e Secretaria Executiva;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os CISs trabalham com estrutura administrativa enxuta: Diretoria, Contabilidade, Controle Interno, Assessoria Jurídica, Compras e Licitação, Administração Geral (RH, faturamento e despesas de manutenção); - Câmaras Técnicas da Saúde e Grupos de Trabalho, constituídos por técnicos dos municípios consorciados; - O CISP tem sede própria adquirida com recursos oriundos das multas e inadimplemento contratual aplicadas a fornecedores; - A sede do CISMENPAR é cedida por contrato de cessão pela união há mais de vinte anos; - O CISAMUSEP tem sua sede cedida pelo Estado do Paraná; - A sede do COMESP é alugada; - O CONIMS, tem sede própria.
<p>Motivações e Resultados do Consórcio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de uma gestão qualificada para os Ambulatórios Médicos Especializados nas regiões de saúde do Paraná; - Implantação pela SESA do Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS) com recursos financeiros para a execução de ações e serviços de saúde, aquisição de equipamentos, obras e educação permanente; - Mudanças nos processos de trabalho e na infraestrutura dos Ambulatórios Médicos Especializados, melhorando a qualidade do atendimento aos usuários do SUS;

	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégia impulsionou a Regionalização e a Descentralização das ações e dos serviços de saúde na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE); - Articulação da Secretaria de Estado da Saúde por meio do Núcleo de Descentralização do SUS (NDS), das ações desenvolvidas pelo Programa QualiCIS de forma descentralizada e regionalizada com os Consórcios Intermunicipais de Saúde existentes no estado; - Organização da Rede de Atenção à Saúde no Estado do Paraná, com Ambulatório Médico de Especialidades (AME), gerenciado pelos CISs, que se caracterizam como Ponto de Atenção Estratégico; - Dos trezentos e noventa e nove municípios paranaenses, 96,7% integram os CISs que gerenciam serviços ambulatoriais especializados regionais, o que corresponde a 79% da população do Estado; - Os municípios consorciados têm mais representatividade, tanto para negociações nas esferas de governo, quanto com as empresas prestadoras de serviços.
<p>Político Administrativo e Controle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Todos os CISs pesquisados possuem Convênio, Termo de Cooperação e/ou Contrato de Programa pactuado com o Estado; - Regime de contratação utilizado: Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), servidores comissionados, servidores cedidos pelos municípios consorciados e os prestadores de serviços são contratados como pessoa jurídica; - Os CISs pesquisados fazem seu planejamento por intermédio do Plano de Aplicação de Interesse Comum (PLACIC) e pelo Plano de Aplicação Anual (PAA); - Todos os CISs prestam contas ao Tribunal de Contas do Estado (TCE), ao Ministério Público Estadual (MPE) e à Assembleia dos Prefeitos, conforme reza o Estatuto do consórcio;

	<ul style="list-style-type: none"> - Os CISs pesquisados têm site próprio e realizam prestação de contas no Portal da Transparência, em atendimento às legislações da Transparência Pública e do Acesso à Informação, além de jornal de circulação estadual; - Controladoria Interna, conforme estatuto de cada consórcio; - O COMESP é o único consórcio pesquisado que tem cadeira no Conselho Estadual de Saúde com direito a voz e voto; - Cisamusep tem cadeira de prestador de serviço no Conselho Municipal de Saúde do município sede, qual seja, Maringá; - Os CISs pesquisados participam da Comissão Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), quando convidados e com direito a voz; - A Ouvidoria está presente em todos os CISs pesquisados, com base na Resolução SESA N° 443/2013; - A ACISPAR, representa os CISs no Conselho Estadual de Saúde.
<p style="text-align: center;">Financeiro Orçamentário o/ Sustentabilidade dos Consórcios</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Convênio pelo Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – QualiCIS; - Os recursos destinados ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica – CBAF – da esfera Federal e Estadual são transferidos ao Consórcio Paraná Sade, por meio de convênio com a SESA e os recursos oriundos da esfera municipal celebram convênio com o CIPS, de modo a assegurar a aplicação da contrapartida; - Teto SUS da União e do Estado para as especialidades médica é repassado para o município sede de região, o qual, transfere para o consórcio; - Emendas Parlamentares direcionadas para a região de saúde que repassa para o consórcio;

	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos de produção de Média e Alta Complexidade são repassados para o consórcio, conforme serviços prestados; - 100% dos municípios estão adimplentes e com regularidade dos repasses do Rateio Administrativo e Contrato de Programa; - Recursos financeiros escassos para ampliação de novos serviços.
--	--

Fonte: Autora a partir dos dados obtidos nas Entrevistas Semiestruturadas (2021).

Quadro 5: Eixos Temáticos nas Entrevistas Semiestruturadas nos CIS de Goiás.

Eixos Temáticos	Principais Achados
Caracterização e Estrutura dos Consórcios	<ul style="list-style-type: none"> - Todos os consórcios são temáticos (Monofinalitários), ou seja, Consórcios Intermunicipais de Saúde; - Todos os consórcios apresentam a seguinte Estrutura Organizacional: Assembleia Geral; Presidência do Consórcio; Diretoria; Conselho Consultivo e Conselho Fiscal; - Os CISs em Goiás, na sua maioria, têm as seguintes finalidades: Serviços de Urgência e Emergência hospitalar e extra-hospitalar; Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; Ambulatórios Médicos de Especialidades; Centro Especializados (Odontológico, de Reabilitação e Readaptação etc.); Assistência Farmacêutica; Atendimento Hospitalar Geral; Aquisição de insumos, entre outros serviços relacionados à saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e do Plano Diretor de Regionalização do Estado de Goiás (PDR); - As sedes dos CISs são alugadas e/ou cedidas pelo governo municipal da sede do consórcio.
Motivações e Resultados do	<ul style="list-style-type: none"> - O processo de constituição dos CISs em Goiás foi motivado pela articulação do Governo do Estado graças à Secretaria de Estado da Saúde (Anexo 4), mediante projeto

<p>Consortiamento</p>	<p>de implantação dos dezoito Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMEs) nas regiões de saúde do Estado. A proposta seria o Estado financiar a construção e compra de equipamentos dos AMEs e o custeio seria realizado pelos municípios consorciados, numa parceria de 40% com repasses do governo estadual e 60% dos municípios via consórcio;</p> <ul style="list-style-type: none"> - O presidente do CISVALE pretende encerrar as atividades do consórcio, pois somente os municípios de Goianésia e Vila Propício estão ativos no CIS; - Os municípios que deixaram de participar do CIS não formalizaram sua retirada por meio de ato formal de seu representante, na forma previamente disciplinada por lei do próprio ente federado, a ser comunicado à Assembleia Geral, conforme determinado no estatuto da Associação Pública.
<p>Político-Administrativo e Controle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - O quadro de servidores dos consórcios é bem reduzido e os empregados dos Consórcios são comissionados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), e os demais servidores são cedidos pelos municípios consorciados; - Não possuem Câmaras Técnicas e Grupos de Trabalho constituídos; - Somente o CISO II e CISRIVA têm Planejamento Estratégico, com o estabelecimento de objetivos e metas, mas de forma muito tímida ainda; - Nenhum dos consórcios pesquisados têm Convênio, Termo de Cooperação ou Contrato de Programa pactuado com o Estado e/ou a União; - Conselho Fiscal constituído por prefeitos, conforme Estatuto do CIS; - Todos os consórcios constituídos prestam conta ao Tribunal de Conta dos Municípios (TCM/GO);

	<ul style="list-style-type: none"> - Nenhum dos CISs tem relação estabelecida com o Conselho Municipal de Saúde e/ou Conselho Estadual de Saúde; - Quanto à Comissão Intergestores Regional (CIR), o CISO II e o CISRIVA participam das reuniões, com direito à voz; - Os CISs não têm relação estabelecida com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB); - Em relação à Ouvidoria do SUS, nenhum CIS tem canal de participação direta e somente, o CISO II tem Ouvidoria própria; - O CISO II tem site próprio, onde torna públicas as informações relativas a receitas e despesas, contratações e prestações de contas (site: https://portal.cisoi.go.gov.br/); - O CISRIVA usa o site da Prefeitura Municipal da Cidade de Goiás, município sede do consórcio, para as publicações de suas receitas, despesas, contratações e prestações de contas (site: http://www.prefeituradegoias.go.gov.br/saude/); - O CISVALE também não tem site próprio, portanto, até então, não publica seus atos administrativos, nem mesmo no site da prefeitura do município sede do CIS; - O site da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás teve sua última atualização referente aos CISs em 21/11/2019 (site: https://www.saude.go.gov.br/prestacao-de-contas/consorcios-publicos-em-saude).
<p>Financeiro Orçamentário / Sustentabilidade dos Consórcios</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Os consórcios CISO II, CISRIVA, CISSGO e CISVALE, receberam Auxílio pré-operacional do Governo Estadual, no valor de cem mil reais, para custear as despesas de implantação; - As únicas fontes orçamentárias que asseguram os recursos para os CISs são o Rateio Administrativo e o

	<p>Contrato de Programa, pactuados em assembleia, conforme estatuto, pelos municípios consorciados;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Todos os CISs pesquisados têm municípios inadimplentes com o Rateio Administrativo e com o Contrato de Programa; - Não há regularidade dos repasses por parte dos municípios; - Os CISs não têm nenhuma forma de repasse financeiro da União e ou do Estado; - Os CISs têm seu Planejamento Orçamentário aprovado pelo Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás (TCGO).
--	--

Fonte: Autora a partir dos dados obtidos nas Entrevistas Semiestruturadas (2021).

4.2 Análise dos dados Matriz SWOT (Forças, Fraquezas, oportunidades, Ameaças)

A análise comparativa é detalhada nas duas Matrizes SWOT (fraquezas, oportunidades e ameaças), conforme se vê a seguir nos Quadros 5 e 6.

A análise dos Eixos Temáticos, juntamente com a matriz de SWOT, evidencia os avanços alcançados no estado do Paraná, que priorizou os Consórcios Intermunicipais de Saúde ao modelo da Rede de Atenção à Saúde, mais especificamente, as redes prioritárias

– Rede Mãe Paranaense, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção à Saúde Mental, e Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência. Para tanto, implantou o Programa Estadual de Apoio dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS) com o objetivo de qualificar a atenção ambulatorial especializada nas regiões de saúde, os quais são geridos pelos CIS.

Quadro 6. Matriz SWOT dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná pesquisados.

<p>Forças</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De 2012 a 2020, o Programa Estadual de Qualificação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (QualiCIS), destinado aos Consórcios que gerenciaram os Ambulatórios Multiprofissionais de Especialidades (AMME) no Paraná; • A partir de 2021, o Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS) se propõe a promover a melhoria da qualidade da assistência da atenção ambulatorial especializada, gerenciada pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná, integrantes do Sistema Único de Saúde no Paraná; • Conhecimento técnico e capacidade de gestão da equipe executiva; • Legitimidade dos consórcios, em decorrência do grau de confiança dos municípios consorciados; • Associação dos Consórcios Intermunicipais e Associações de Saúde do Paraná (ACISPAR) de assessoramento técnico e institucional aos consórcios no estado; • Participação ativa da Associação dos Municípios do Paraná (AMP) no processo de fortalecimento dos CISs; • Aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) para 99% dos municípios do Paraná; • Compra de medicamentos e Kit Intubação (Bloqueador Neuromuscular, Anestésico e Anticoagulante) para Covid-19; • Flexibilidade dos mecanismos de aquisição de equipamentos e de contratação de prestadores de serviços.
<p>Oportunidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Os CISs podem fazer a gestão e execução de cirurgias eletivas; • Gestão da Teleatendimento (Teleconsulta, Telemedicina); • Inserção de tecnologia em saúde para trabalhar e apoiar os municípios como Regulação de Saúde Regional e Estadual; • Ampliar os espaços físicos dos Ambulatórios Médicos de Especialidades, para aumentar a oferta de serviços aos municípios consorciados; • Gestão da Atenção Primária à Saúde, conforme

	<p>Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consórcios multifinalitários, principalmente, para beneficiar municípios pequenos, tendo em vista sua sustentabilidade; • Gestão dos Serviços de Urgência e Emergência para otimização dos recursos na região; • Gestão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no Estado para suprir os vazios assistenciais; • Gestão da Escola de Saúde Pública, para formação e atividades de Educação em Saúde para a APS; • Gestão da Regulação Estadual; • Reconhecimento pelo Ministério da Saúde da produção ambulatorial de Média e Alta Complexidade, realizadas pelos CIsSs.
<p>Fraquezas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos financeiros insuficientes, sobretudo, dos municípios pequenos cuja receita é condicionada praticamente a repasses da união e do estado para custear suas despesas com a saúde; • Escassez de profissionais médicos especializados com titulação no Conselho Regional de Medicina do Paraná para contratação; • Dificuldade de articulação dos entes municipais para a construção da gestão coletiva e regionalizada; • Indefinição e compreensão do papel do consórcio intermunicipal de saúde na gestão.
<p>Ameaças</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A Pandemia do Covid-19 tem impactado diretamente nos serviços prestados pelos CIsSs; • O agravamento da crise financeira impacta diretamente os municípios; A alternância de governo, tanto municipal, quanto estadual e federal versus desconhecimento da gestão consorciada.

Fonte: Autora, a partir de dados da Pesquisa (2021).

Quadro 7. Matriz SWOT dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Goiás.

<p>Forças</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frente Parlamentar de Apoio aos Consórcios Públicos, instituída em 12/08/2021; • Os CISs compõem a Rede Nacional de Consórcios Públicos (RNCP); • Na cidade de Anápolis (Goiás), está localizado o Distrito Agroindustrial de Goiás (DAIA), segundo Polo Farmoquímico do Brasil; • O Estado de Goiás faz parte do Consórcio Interestadual de Desenvolvimento do Brasil Central (BrC), juntamente com o Distrito Federal e os estados de Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Rondônia e Tocantins. E seu objetivo é promover o desenvolvimento econômico e social da região, de forma integrada e por meio da cooperação entre as Unidades Federativas para, assim, tornar a região ainda mais competitiva; • Diminuição das despesas por oferta de serviços e ganhos de escala.
<p>Oportunidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilidade de transformação dos CISs monofinalitários para multifinalitários, como exemplo, as atividades desenvolvidas pelo Sistema de Inspeção Municipal (SIM), mais precisamente, para execução dos serviços de inspeção de produtos de origem animal por meio de um consórcio público; • Trazer a Programação Pactuada Integrada da Assistência (PPI) da região para os consórcios via município sede do CIS, a exemplo do Estado do Paraná; • Difundir entre os gestores a importância do CIS para o desenvolvimento da região quanto à saúde de sua população, para efetivação do processo de Regionalização e Descentralização dos serviços de saúde no estado; • Os recursos financeiros de origem federal e estadual devem ser utilizados pelos municípios consorciados para a aquisição de medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), a exemplo do Consórcio Intergestores Paraná Saúde (CIPS), conforme Modelo de Lei exposta no Anexo 5; • O município pode celebrar convênio com o consórcio de sua região para aplicar recursos oriundos da esfera

	<p>municipal, para a aquisição dos itens da CBAF, nas mesmas condições dos recursos federais e estaduais e, assim, podendo usufruir dos mesmos benefícios da compra centralizada e da mesma sistemática de trabalho, a exemplo do CIPS, modelo de Convênio no Anexo 6;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os CISs fazem a gestão e a execução das cirurgias eletivas com o recurso federal de Média e Alta Complexidade (MAC); • Emendas Parlamentares destinadas à execução de cirurgias eletivas, entre outros serviços, conforme Portaria GM/MS N° 1.263, de 18/06/2021; • Gestão da Teleatendimento (Teleconsulta, Telemedicina); • Gestão da Atenção Primária à Saúde (APS), conforme, Portaria n° 2.436, de 21/09/2017; • Fazer a implantação e gestão do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para informatizar o fluxo de atendimento do cidadão realizado pelos profissionais de saúde na Atenção Primária à Saúde, com base na Portaria N° 2.983, de 11/11/2019; • Em todas as regiões do país, os consórcios têm conquistado espaço na gestão dos serviços de saúde em outras áreas com sucesso; • Início de nova gestão municipal, com a pandemia os municípios estão carentes de apoio à gestão; • Organização e gestão da Rede de Transporte Sanitário Eletivo (TSE), nas regiões de saúde, com base na Portaria N° 395, de 14/03/2019; • Criar a Associação dos Consórcios Públicos de Goiás, visando ao desenvolvimento dos Consórcios Públicos no Estado de Goiás.
<p>Fraquezas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desconhecimento de alguns gestores e agentes políticos quanto à importância do CIS para desenvolvimento das regiões de saúde; • Desconhecimento do usuário sobre os Consórcios Intermunicipais de Saúde e seu papel na gestão dos serviços de saúde na região; • Alguns gestores ainda têm dificuldades em aceitar o Rateio Administrativo e o Contrato de Programa,

	<p>como finalidades distintas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de articulação dos entes municipais para a construção da gestão coletiva e regionalizada; • Gestores veem e querem o consórcio unicamente como um prestador de serviços para solucionar problemas específicos; • Os gestores municipais continuam com recursos oriundos da Programação Pactuada Integrada da Assistência (PPI, na sua grande maioria) em Goiânia e, dependente da Regulação do município, também de Goiânia que coordena a regulação dos serviços de Média e Alta Complexidade, para todo o estado; • Poucos serviços ofertados pelos CISs; • Necessidade de os CISs participarem como atores do Planejamento Regional Integrado (PRI); • Necessidade de aprimorar o Planejamento Regional, como também os instrumentos de monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelos CISs; • Trabalhos fragmentados e desarticulados com a Rede de Atenção à Saúde; • Equipe reduzida, limitando a ampliação de serviços ofertados pelo CIS; • Ausência de controle social e ouvidoria ligada ao SUS.
<p>Ameaças</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos financeiros insuficientes para a sustentabilidades dos CISs; • Inadimplência e irregularidade dos municípios com os repasses do Rateio Administrativo e do Contrato de Programa; • Dependência dos CISs de recursos municipais unicamente; • Inexistência de apoio da União e do Estado para a sustentabilidade dos CISs; • Gestão das Policlínicas pelas Organizações Sociais (OS) que, na proposta inicial dos AMEs, seria realizada pelos CISs com financiamento de 40% do Governo Estadual e 60% pelo Consórcio de Saúde da região – que tem desestimulado os prefeitos a continuarem com o CIS; • A alternância de governo, tanto municipal, estadual e federal

	versus desconhecimento da gestão consorciada.
--	---

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Graças à análise dos Eixos Temáticos, construímos a matriz de SWOT, a qual evidencia os avanços alcançados no estado do Paraná, que priorizou os Consórcios Intermunicipais de Saúde ao modelo da Rede de Atenção à Saúde. Mais especificamente, as redes prioritárias – Rede Mãe Paranaense, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção à Saúde Mental e Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência. Para tanto, implantou o Programa Estadual de Apoio dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (COMSUS), com o objetivo de qualificar a atenção ambulatorial especializada nas regiões de saúde, os quais têm a gestão pelos CIS.

O COMSUS, contribui para a sustentabilidade dos CIS no Paraná, pois potencializa os recursos financeiros, que são repassados pelo Estado, além dos recursos da União e dos municípios consorciados.

Outro ponto importante a ser destacado é que os Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná fazem parte da Rede de Atenção à Saúde e estão inseridos no processo de regionalização, sobretudo, no Planejamento Regional Integrado (PRI).

Portanto, é evidente o papel indutor do governo do Estado do Paraná em todo o processo de disseminação dos CIS, graças às seguintes ações: Articulação por meio dos técnicos das Regionais de Saúde, como atores principais, para sensibilizar e convencer os prefeitos a se consorciarem; Criação do CIS Paraná Saúde; Criação da Associação dos Consórcios e Associação Intermunicipais de Saúde do Paraná (Acispar) e, por fim, implantação do Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde. (Rocha, 2016).

Quanto ao estado de Goiás, todo o processo de consorciamento tem sofrido solução de continuidade, pois, no primeiro momento, o governo do Estado foi o precursor do processo, levando a proposta através dos AMEs para as dezoito regiões de saúde do estado, que seriam gerenciados pelos CIS, o que não aconteceu, trazendo com isso, um desestímulo dos prefeitos municipais e demais atores envolvidos.

Apesar da implantação das atuais Policlínicas pelo Governo Estadual (Ambulatórios de Especialidades Médicas) em algumas regiões de saúde, mesmo nas regiões onde foram implantadas, não se tem conseguido atender todas as demandas dos municípios, pois as “Carteiras de Serviços” devem ser adequadas à abrangência populacional das equipes/serviços especializados, no contexto da organização da Rede de Atenção à Saúde, hoje, é um grande gargalo para essas regiões.

Faz-se necessário ressaltar que os CIS vão além dos serviços de especialidades médicas, conforme a Confederação Nacional dos Municípios (CNM), somente na área de saúde, há várias finalidades e objetivos possíveis, tais como: Consórcios com objetivo de planejar, capacitar e avaliar as ações básicas de saúde; Consórcios com objetivo de gerir equipamentos complexos de saúde (hospitais, laboratórios etc.); Consórcios com objetivo de ampliar a oferta de leitos públicos e acesso às redes de alta complexidade; Consórcios com objetivo de fortalecer o Sistema de Regulação Municipal e Regional; Consórcios com objetivo de aprimorar os Sistemas de Vigilância em Saúde; Consórcio com objetivo gerir a Rede de Urgência e Emergência; Consórcio com o objetivo de operar o Transporte Sanitário; Consórcios com objetivo de oferecer programas regionais de formação e educação permanente para os profissionais da saúde, entre outros.

Atualmente, há uma forte tendência para tornar o consórcio, que hoje é Monofinalitário na área da saúde, em Multifinalitário, com o intuito de impulsionar o desenvolvimento regional e garantir a sustentabilidade do consórcio, um caminho para o consorciamento avançar em Goiás.

A partir das análises, podemos perceber que, em cada área de atuação, os consórcios apresentam uma infinidade de possibilidades de desdobramentos, a depender da realidade local/regional.



5

5

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES



5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O processo de implantação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde em Goiás teve início em 2013, juntamente com o projeto de implantação dos Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMEs) pela Secretaria de Estado da Saúde. Entretanto o processo não foi efetivado, apesar de constar como metas nos Planos de Governo de 2012 a 2023.

Respondendo ao primeiro objetivo desta pesquisa: **Quais os obstáculos para a estruturação e a gestão dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de Goiás?**, primeiramente, partimos do pressuposto de que a questão dos consórcios envolve o entendimento do que leva à sua criação, mas também, às explicações de suas variáveis, as quais garantem a estabilidade institucional dos consórcios, conforme pontua Dieguez (2011).

Para subsidiar esse estudo, recorreremos à análise de caráter qualitativo, por meio de técnicas de pesquisa bibliográfica e documental, além de estudo de caso com os CISs de Goiás e do Paraná, efetivado por entrevistas semiestruturadas.

Em seguida, a análise dos quatro Eixos Temáticos: Caracterização e Estrutura dos Consórcios, Motivações e Resultados do Consorciamento Político Administrativo e de Controle Financeiro Orçamentário/Sustentabilidade dos Consórcios, nos quais são apresentadas as particularidades dos consórcios que fizeram parte da pesquisa. E, por fim, a análise da matriz SWOT (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças) dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná e de Goiás.

Com base nos estudos realizados e por meio do trabalho empírico, conclui-se que a participação do governo estadual no processo de constituição e expansão dos CISs nas regiões de saúde de Goiás é fator preponderante, graças ao grau de determinação política e liderança, mas também devem constar na agenda de governo. Todo o estudo focado no processo de descentralização das políticas públicas aponta que a adesão municipal no processo de consorciamento é facilitada quando há atuação do governo estadual.

No primeiro momento, ocorre a livre associação de municípios que se organizam segundo características políticas próprias e com uma regionalização que respeite essas mesmas características, enquanto, na segunda, há uma forte indução governamental por parte dos governos estaduais, graças à criação de mecanismos e incentivos, a fim de que haja essa associação conforme suas preferências (NEVES; RIBEIRO, 2006).

Observou-se também que somente o arcabouço jurídico, mesmo com todas as prerrogativas para o consorciamento, não é suficiente para sua efetividade e muito menos para a sustentabilidade dos CISs.

Diante dessa constatação, o governo de Goiás deve retomar a coordenação do processo junto ao poder executivo e legislativo municipal nas dezoito regiões de saúde. Concernente aos estudos efetuados e constatados os avanços dos CISs nas regiões Sul, Sudeste e Norte, revelou-se que essa realidade não ocorre em Goiás, por não ser um estado com cultura associativa, carecendo de ações mais efetivas, não somente do governo local, mas das esferas estadual e federal. Entre essas ações, destacamos, por sua vez, a necessidade ainda de aperfeiçoar a atual legislação dos consórcios públicos que, apesar de recente, já precisa de alterações, diante dos grandes desafios e mudanças na gestão pública.

Outro ponto evidenciado na pesquisa é a mudança dos Consórcios Monofinalitários para Multifinalitários (podendo atuar em diversas áreas, como assistência social, desenvolvimento regional com turismo, mineração, meio ambiente, agronegócio, entre outras). Desse modo, torna-se um espaço de colaboração para várias áreas das políticas públicas regionais, o que contribui para a sustentabilidades desses arranjos.

Em âmbito nacional, temos ações efetivas para impactarem positivamente o consorciamento entre os entes, mais especificamente, hoje, tramita na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 4.679/2020, que altera a Lei nº 11.107, de 06/04/2005, que “Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos” e dá outras providências.

Essas mudanças possibilitarão o avanço na formação de consórcios públicos de direito privado, especialmente para a otimização de objetivos comuns dos entes da Federação e correlatos às atividades-meio da Administração Pública, sem prejuízo da legalidade, do controle externo e do equilíbrio fiscal

almeçados pela sociedade e assegurados pela Constituição de 1988, bem como, pela legislação nacional.

O projeto Arranjos Cooperativos Intergovernamentais (Projeto INTERGOV), voltado para a infraestrutura apresentou também uma proposta de ajuste na Lei nº 11.107/2005, de forma a dar fluidez e criar incentivos para o incremento dos consórcios públicos intermunicipais no país.

Todavia a inexistência de uma política nacional coordenada pelo governo federal para os Consórcios Públicos tem impactado negativamente no processo, acarretando ainda mais a necessidade de ações diferenciadas pelos agentes políticos em articulações e condução dos CISs, tanto no âmbito estadual, regional e municipal, sendo imprescindível uma coordenação interfederativa, com o intuito de alcançar melhor cobertura na gestão associada de serviços públicos.

Nesse momento, os Consórcios Intermunicipais de Saúde sofrem com essa lacuna, que se acentua ainda mais pelo contexto do Sistema Único de Saúde, cuja gestão tripartite necessita de um estudo, considerando-se o impacto da indefinição de políticas públicas permanentes de promoção da criação dos CISs, no âmbito das políticas de saúde no SUS. Com o objetivo de dirimir essa lacuna, tramita hoje na Câmara dos Deputados, o Projeto de Lei nº 5.519/2019, que institui o Sistema Integrado Nacional de Indicadores dos Consórcios Públicos (SINACON), para dispor sobre os indicadores de eficiência, eficácia, capacidade, produtividade e qualidade dos consórcios públicos intermunicipais, interestaduais e internacionais e dá outras providências.

A principal justificativa do referido PL se faz pela necessidade de que o Governo Federal elabore indicadores de qualidade dos consórcios públicos intermunicipais, interestaduais e internacionais, de modo a dar maior garantia das operações realizadas por consórcios públicos já constituídos pela via da transparência, para fomentar a criação de novos consórcios e dar maior publicidade às ações dos consórcios públicos.

Salienta-se que, nessa conjuntura, temos um ponto fundamental para a cooperação intermunicipal que merece destaque: é o empoderamento e o aumento do grau de autonomia que os municípios desenvolvem com a instalação dos consórcios públicos, num exercício constante de articulações com as demais esferas de governo e, sobretudo, no âmbito regional, sendo

um verdadeiro indutor do desenvolvimento das políticas públicas na região.

A atuação dos consórcios públicos, a partir do contexto da pandemia do COVID-19, trouxe evidências da gestão compartilhada diante dos riscos para a saúde pública, apresentadas na Audiência Pública da Comissão Externa de Ações contra o Corona Vírus da Câmara dos Deputados, realizada no dia 09/06/2020, na qual foi debatida a importância dos consórcios públicos entre os municípios e os estados, na área da saúde.

Atendendo ao que foi proposto e por se tratar da primeira pesquisa realizada sobre os consórcios intermunicipais de saúde em Goiás, busca-se expor os principais obstáculos encontrados, como também, as recomendações para sua superação e efetividade. Assim, primeiramente, apresentamos os principais obstáculos levantados pela pesquisa:

- **Morosidade para construção dos AMEs, hoje Policlínicas;**
- **Rotatividade dos agentes públicos municipais e estadual;**
- **Falta de cultura associativa no estado;**
- **Recursos financeiros insuficientes, sobretudo, em municípios pequenos que têm sua receita praticamente condicionada aos repasses da união e do estado para custear suas despesas com a saúde;**
- **Inadimplência e irregularidade dos municípios relativas ao repasse do Rateio Administrativo e do Contrato de Programa;**
- **Agravamento da crise financeira que impacta diretamente os municípios;**
- **Escassez de profissional médico especializado com titulação no Conselho Regional de Medicina;**
- **Dificuldade de articulação dos entes municipais para a construção da gestão coletiva e regionalizada;**
- **Falta de conexão dos CISs com as instâncias de gestão do SUS;**
- **Ausência de uma identidade regional;**
- **Indefinição e compreensão do papel do consórcio intermunicipal de saúde na gestão municipal e regional;**
- **Alternância de governos municipal, estadual e federal versus desconhecimento da gestão consorciada;**
- **Inexistência de apoio da União e do Estado para a sustentabilidade dos CISs;**

- **Gestão das Policlínicas pelas Organizações Sociais (OS) que, na proposta inicial dos AMEs, caberia aos CISs com financiamento de 40% do Governo Estadual e 60% pelo Consórcio de Saúde da região. Esse modelo tem desestimulado os prefeitos a continuarem com o CIS; e**
- **Interferência dos interesses políticos partidários na atuação do CIS.**

Finalmente, na sequência, elencam-se as principais recomendações produzidas na pesquisa, as quais podem contribuir e direcionar a retomada do processo de implantação e expansão dos Consórcios Intermunicipais de Saúde em Goiás:

- **Na esfera federal – que seja instituída a política de promoção à criação de consórcios públicos no âmbito do Sistema Único de Saúde, conforme reza o Projeto de Lei nº 5.217/2020, o qual determina que o Ministério da Saúde estabelecerá mecanismos para estimular a criação de consórcios públicos de saúde entre os entes federados, principalmente os municípios. Essa proposta tramita na Câmara dos Deputados;**
- **Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) propõe que seja emendada, para que consórcios possam receber recursos federais diretamente. Essa ação é defendida por muitos parlamentares e agentes políticos;**
- **A Frente Parlamentar nos Estados (Assembleia Legislativa) – articula a desvinculação dos repasses aos consórcios do Teto de Média e Alta Complexidade com a Frente Parlamentar, na Câmara dos Deputados e no Congresso Nacional (MAC) dos municípios sede de regiões de saúde que fazem as transferências para os consórcios;**
- **Padronização dos registros de produção SUS, executados via consórcios;**
- **Padronização dos micros e macros processos dos CISs versus normatização do SUS;**
- **Criação de grupo de trabalho com o COSEMS/Goiás para definição da PPI que atenda às reais demandas das regiões de saúde de média complexidade;**

- **Estímulo do governo federal e estadual à cooperação em regiões com potencial para políticas consorciadas;**
- **Envolvimento dos prefeitos das regiões de saúde na formação e sustentabilidade dos CISs;**
- **Autonomia dos gestores executivos para a implementação dos projetos definidos no Planejamento Estratégico do CIS;**
- **Cooperação técnica para a formalização e disponibilidade dos mecanismos de assessoramento técnico institucional, a exemplo do SEBRAE;**
- **Planejamento técnico e financeiro;**
- **Organização de grupos de trabalho e de câmaras técnicas para maior resolutividade dos CISs;**
- **Investimento financeiro do governo estadual para implantação e custeio;**
- **Ampla divulgação e transparências de todos os atos administrativos, para fins de transparência na gestão fiscal, e para atender todas as prerrogativas da Lei nº 12.527, de 18/12/2011 de acesso à informação;**
- **Criação de Programa de Educação Permanente para capacitação dos agentes políticos e técnicos dos CISs, sobre a gestão consorciada;**
- **Estabelecer relação com os Conselhos Municipais de Saúde, Comissão Intergestores Regional (CIR), Ouvidoria e outros canais de participação com a sociedade civil;**
- **Melhorar a qualidade das informações produzidas e disponibilizadas dos CISs, para nortear o planejamento das políticas públicas de saúde na região; e**
- **Troca de experiências e análises de outros estados.**

Segundo o posicionamento dos principais autores estudados, sobretudo, Diegues (2011, p. 302), que assim se expressa:

Que os CIS sejam mantidos, mesmo em situação desfavorável, pois, no momento em que tais circunstância forem revestidas, o legado institucional deixado já terá se tornado parte do cotidiano regional e extinção considerada uma atitude politicamente inviável.

E, por fim, que este trabalho venha a contribuir para a superação dos desafios detectados e que os Consórcios Intermunicipais de Saúde se consolidem como políticas públicas, sobretudo, como instrumentos de gestão dos serviços do SUS no Estado de Goiás.

Mais uma vez, ressalta-se a necessidade da realização de mais estudos sobre o tema, não apenas para os CISs, mas também, que envolvam todos os Consórcios Públicos existentes em Goiás.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L; SANO, H. A experiência de cooperação interestadual no Brasil: Formas de atuação e seus desafios. **Cadernos Adenauer XII**. Municípios e Estados: Experiências com arranjos cooperativos. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, abril/2012.

ABRUCIO, F. L; SANO, H. Associativismo Intergovernamental: Experiências brasileiras. In: GARCIA, Luciana de O.; OLIVEIRA, Nelcilândia P. de; ANTERO, Samuel A. (Orgs.). **Fundação Instituto para o Fortalecimento das Capacidades Institucionais**. IFCI/ Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento – AECID/Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG). Brasília (DF): Editora IABS, 2013.

ARRETCHE, M; FONSECA, E. M. Brazil: Local Government Role in Health Care. In: MARCHILDON, Gregory; BOSSERT, Thomas J. **Federalism and Decentralization in Health Care**. Toronto (CA): University of Toronto Press, 2018.

BARROS, F. P. C. (coord.). **Debate**: O futuro dos sistemas universais de saúde. Brasília: CONASS, 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS** /Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Senado Federal.

BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19/09/1990. BRASIL. **Lei nº 11.107**, de 06/04/2005.

BRASIL. **Decreto nº 6.017**, de 17/01/2007.

BRASIL. **Decreto n. 7.508**, de 28/06/2011 – Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19/09/1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz. 1ª. ed. revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Série Articulação Interfederativa, v. 4.

BRASIL. Ministério da Saúde e Organização Pan Americana de Saúde. **Consórcios Públicos Intermunicipais, no âmbito do SUS**. Aspectos Básicos. Brasil: Ministério da Saúde: Brasília, 2014.

BRESCIANI, L. P. Tradição e transição: O caso do Consórcio Intermunicipal Grande ABC. **Cadernos Adenauer XII**. Municípios e Estados: Experiências com arranjos cooperativos. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, abril 2012.

BRITO, E. S. Consórcios Intermunicipais no Federalismo Brasileiro: Coordenação, colaboração e a Nova Governança Pública. **Federalismo, Governança e Cooperação Intermunicipal no Brasil**: Um balanço da literatura. Organizadores: José Mário Brasiliense Carneiro e Eder dos Santos Brito. 1ª edição. São Paulo: Oficina Municipal, 2019.

BOOTH, W. C.; COLOMB. G. G.; WILLIAMS, J. M. A Arte da Pesquisa. Trad. Henrique A. Rego Monteiro, 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

BRITO, Eder dos S. (orgs.) **Consórcios Intermunicipais e Políticas Públicas Regionais**. 1ª. ed. São Paulo: Oficina Municipal, 2019.

CARNEIRO, José M. B.; BRITO, Eder dos S. (orgs). **Consórcios Intermunicipais e Políticas Públicas Regionais**. 1ª. ed. São Paulo: Oficina Municipal, 2019.

CARVALHO, G.; MEDEIROS. J. Redes assistenciais no SUS – Financiamento e alocações. In: SILVA, S. F. **Redes de atenção à saúde**. Campinas: Saberes Editora, 2013.

CARVALHO, G; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90 e nº 8.142/90.) 4ª ed. Revis. e atual. Campinas (SP): Editora da UNICAMP, 2006.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM) **III Revista Jurídica CNM**/Confederação Nacional de Municípios. Brasília: CNM, 2015.

CNM. **Os consórcios públicos e a jurisprudência dos tribunais de contas**. Brasília: CNM, 2018.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM). **Mapeamento dos Consórcios Públicos Brasileiros**. Brasília: CNM, 2021.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM). **Prestação de contas e transparência nos consórcios públicos**. Brasília: CNM, 2017.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS (CNM). **Consórcios Públicos Intermunicipais: Uma Alternativa à Gestão Pública**. Brasília: CNM, 2016.

CRESWELL, J. W. Five qualitative approaches to inquiry. In: CRESWELL, J. W. **Qualitative inquiry & research design**. 2 ed. SAGE, 2007.

DAYCHOUW, Merhi. 40 + 8. **Ferramentas e Técnicas de Gerenciamento**. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Brasport, 2012.

DI PIETRO, M. S. Z. Direito Administrativo. 26ª edição. São Paulo: Atlas, 2013. **Direito Administrativo**. 33ª edição. Rio de Janeiro: Forense, 2020.

DIEGUEZ, R. C. Consórcios Intermunicipais em foco: Debate conceitual e construção de quadro metodológico para análise política e institucional. **Cadernos do Desenvolvimento**, Rio de Janeiro. v. 6. n. 9, 2011.

ELAZAR, D. **American Federalism: A view from the States**. New York: Harper and Row. 1984.

ESTEVAM, Mauro. **A nova Lei de Licitações**. WhatsApp: Grupo da Rede Nacional de Consórcios Públicos (RNCP), abril de 2021.

FERNANDES. L. A; GOMES. J. M. M. Relatórios de pesquisa nas Ciências Sociais: Características e modalidade de investigação. **Com Texto**. Porto Alegre, v. 3, n. 4, 1º semestre/2003.

FLEURY; Sonia. **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro: Cebes/Editora FIOCRUZ, 2014.

FLEXA, R. G. C; BARBASTEFANO, R. G. Consórcios públicos de saúde: Uma revisão da literatura. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2020.

GALINHO. J. M. et al. Gestão Interfederativa do SUS: A experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco. **Rev. Adm. Pública**. Rio de Janeiro, 2014.

GALVÃO, C. B. **Consórcios Públicos: Uma nova perspectiva jurídico-política**. 3ª ed. rev. e atualizada. São Paulo: Thomas Reuters Brasil, 2020.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOHN, M. G. Potencialidades e limites da participação no federalismo brasileiro. In: CARNEIRO, José M. B.; FREY, Klaus. (orgs) **Governança Multinível e Desenvolvimento Regional Sustentável: Experiências do Brasil e da Alemanha**. São Paulo:Oficina Municipal, 2018.

GOMIDE, A; PIRES, R. R. C. **Capacidades Estatais e Democracia: A abordagem dos arranjos institucionais para análise de políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2014.

GOMIDES, E. F. C. Implantação do Primeiro Consórcio Intermunicipal de Saúde no Estado de Goiás. Região Oeste II de São Luís de Montes Belos. In: SANTOS, Alethele de O.; LOPES, Luciana T. (orgs.). **Coletânea Direito à Saúde**. Boas práticas e diálogos institucionais. Brasília (DF): CONASS, 2018.

GOMIDES, E. F. C. **Os Desafios das Relações Interfederativas no SUS**. <https://www.clp.org.br/desafios-das-relacoes-inter-federativos-no-sus-mlg2/>

INSPER. Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e proposta de solução. **Instituto de Ensino e Pesquisa**. CNJ. Brasília, 2018.

IPEA. **Boletim de Análise Político-Institucional**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. n. 1 (2011), Brasília: IPEA, 2011.

JULIÃO, K. S. Cooperação Intergovernamental na Saúde: Os Consórcios Públicos de Saúde do Ceará como Estratégia de Coordenação Estadual. In: CARNEIRO, José M. B.; LEVCOVITZ, E. et al. Política de saúde nos anos 90: Relação intergovernamental e papel das normas operacionais básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 6, nº 2, 2001.

LOPREATO, F. L. C. Federalismo brasileiro: Origem, evolução e desafios. (**Textos para Discussões**). Campinas: Unicamp, IE. nº 388, julho/2020.

MACHADO, Gustavo G.; DANTAS, Caroline B. Constituição de consórcios públicos e implicações da Lei nº 11.107/2005 nas associações intermunicipais anteriores. In: PIRES, Maria C. S.; BARBOSA, Maria E. B. **Consórcios Públicos: Instrumento do federalismo cooperativo**. 1ª ed. Belo Horizonte: Fórum, 2008, p. 165/192.

MARTINS, H. F. Governança Pública Contemporânea: Uma tentativa de dissecação conceitual. **Revista do TCU**. Brasília, 2014.

MENDES, A. A longa batalha pelo financiamento do SUS. **Saúde Soc**. vol. 22 no. 4. São Paulo, 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília: CONASS, 2019.

NEVES, L. A; RIBEIRO, J. M. Consórcios de saúde: Estudo de caso exitoso. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. 2006.

Observatório dos Consórcios Públicos Intermunicipais. <http://www.consorcios.com.org.br/>.

OLIVEIRA, V. E. Municípios cooperando com municípios: Relações Federativas e Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, nº 27, 2006.

OUVERNEY, A. M. A Construção da Municipalização da Saúde: Estratégias normativas. In: FLEURY, Sonia. **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro: Cebes / Editora FIOCRUZ, 2014.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: Contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: 2007.

PETERS, B. G; FONTAINE, G. **Introduction to the Handbook of Research Methods and Applications in Comparative Policy Analysis**. Edward Elgar publishing, 2020.

PINTO. G. E. Guerra Fiscal de Despesas na Pactuação Federativa do SUS: Um Ensaio sobre a Instabilidade de Regime Jurídico do Piso Federal em Saúde. SANTOS, A. de O.; LOPES, L. T. (orgs.) Coletânea Direito à Saúde. **Dilemas do Fenômeno da Judicialização da Saúde**. Brasília: CONASS, 2018.

PIRES, M. C.; BARBOSA M. E. **Consórcios Públicos**: Instrumento de federalismo cooperativo. Belo Horizonte: Fórum, 2008.

PIRES, R. C; GOMIDE, A. Governança e Capacidade Estatais a partir da Abordagem dos Arranjos e Instrumentos de Políticas Públicas. **Boletim de Análise Político-Institucional**. Brasília: IPEA, 2018.

ROCHA. C. V. A cooperação federativa e a política de saúde: O caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná. **Cad. Metrop.** São Paulo, v. 18, nº 36, p. 377-399, julho/2016.

RODRIGUES, J. N. et al. **50 Gurus Para o Século XXI**. 1ª. ed. Lisboa (PT): Centro Atlântico, 2005.

SALGADO, V. A. B. **Manual de Administração Pública Democrática: Conceitos e Formas de Organização.** Campinas (SP): Saberes Editora, 2. **Consórcios Públicos Intermunicipais no âmbito do SUS – Aspectos Básicos.** Brasília. Ministério da Saúde/OPAS, 2014.

SANTOS, L. **Direito da Saúde no Brasil.** Campinas: Saberes Editora, 2010.

SANTOS, L. **Responsabilidades Federativas e a Articulação Interfederativa no SUS.** http://idisa.org.br/site/documento_11423_0_2014---27-723---domingueira---associacao-moral-e-acao---4-5-2014.html

SANTOS, R. J. M. Consórcios Públicos de Saúde em Tempos de Pandemia do COVID-

19. In: SANTOS, A. de O.; LOPES, L. T. (orgs). **Planejamento e gestão.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. Coleção Covid-19, v. 2.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS. **Plano Estadual de Saúde** (PES 2016/2019).

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS. **Plano Estadual de Saúde** (PES) 2020/2023.

SILVA, F. S. (org.). **Redes de Atenção à Saúde:** Desafios da regionalização no SUS. 2ªed. Atual. e ampl. Campinas (SP): Editora Saberes, 2013.

TEIXEIRA, Luciana da Silva. **Ensaio sobre Consórcios Intermunicipais de Saúde:** Financiamento, comportamento estratégico, incentivos e economia política. Brasília: Câmara dos Deputados: Coordenação de Publicações, 2007.

TREVAS, V. C. Y. P. Consórcios Públicos e Federalismo Brasileiro. In: CHERUBINE, M.; TREVAS, V. **Consórcios Públicos e as Agendas do Estado brasileiro.** São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2013.

VENTURA, K. S.; SUQUISAQUI, A. B. V. **Aplicação de ferramentas SWOT e 5W2H para análise de consórcios intermunicipais de resíduos sólidos urbanos.** Artigos - Ambient. constr. 20 (1), Jan-Mar 2020 <https://doi.org/10.1590/s1678-86212020000100378>

YIN, Roberto K. Estudo de Caso: Planejamento e método. 3ª. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2013.

ZANELLA, L. C. H. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC. Brasília: CAPES: UAB,2009.



ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1 – RESOLUÇÃO ADMINISTRATIVA – RA N° 00117/2017 – Técnico Administrativa

Regulamenta o rito dos processos de Prestação de Contas de Consórcios Públicos no âmbito do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás.

O TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE GOIÁS,

no uso de suas atribuições legais e regimentais, em especial, o dispostona parte final do art. 80 da Constituição Estadual e,

Considerando a Lei Federal n°. 11.107/05, que dispõe sobre normas gerais para a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios participarem de Consórcios Públicos para a realização de objetivos de interesse comum, e o Decreto Federal n°. 6.017/2007, que regulamentou a citada lei;

Considerando a edição da Instrução Normativa IN n°. 07/17, que orienta os jurisdicionados acerca dos atos e da prestação de contas relativa à gestão orçamentária, financeira e contábil realizada por Consórcios Públicos para o exercício de 2017 e seguintes;

Considerando que a Administração Pública é regida por princípios constantes da Constituição Federal, precipuamente o princípio da eficiência, introduzido pela reforma administrativa e pelo modelo gerencial, estatuído no *caput* do art. 37;

Considerando a Portaria da Secretaria do Tesouro Nacional – STN n°. 72, de 01/02/2012, que trata da consolidação das contas dos

Consórcios Públicos, a ser observada na gestão orçamentária, financeira e contábil, em conformidade com os pressupostos da responsabilidade fiscal;

Considerando, por fim, a proposta apresentada pelo Conselheiro Francisco José Ramos, conforme Memorando nº. 18/2017-GAB/2ª Região/TCM, e as manifestações favoráveis da Divisão de Gestão Estratégica, conforme Despacho nº.07/2017, e da Assessoria Jurídica da Presidência, nos termos do Parecer Jur nº. 814/2017, contidas nos autos de nº. **11914/17**,

RESOLVE

Art. 1º – Regulamentar o rito dos Processos de Prestações de Contas de Consórcios Públicos no âmbito do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás, nos termos do Fluxograma, constante do Anexo I, e dos capítulos que se seguem.

CAPÍTULO I – DO CADASTRAMENTO

Art. 2º – Comunicada a este Tribunal a constituição de Consórcio Público, devidamente instruída na forma do artigo 1º, da Instrução Normativa IN nº. 07/17, o expediente será encaminhado à Superintendência de Gestão Técnica para cadastramento no Sistema conforme layout respectivo (item 1 do Anexo I).

CAPÍTULO II – DA VERIFICAÇÃO DOS ATOS CONSTITUTIVOS

Art. 3º – Cadastrado o Consórcio Público na forma do artigo anterior, seus atos constitutivos serão encaminhados à Secretaria de

Licitações e Contratos e/ou para a Secretaria de Fiscalização de Obras e Serviços de Engenharia para verificação de sua regularidade, compreendida a documentação descrita do artigo 1º da IN nº. 007/17 (item 1 do Anexo I).

CAPÍTULO III – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS ANUAIS

Art. 4º - Protocolada a Prestação de Contas Anual dos Consórcios Públicos, por meio de balanço físico, instruído na forma do art. 2º da IN nº. 07/17, esta será encaminhada à Secretaria de Contas Mensais de Gestão para análise e manifestação (item 2 do Anexo I).

CAPÍTULO VI – DAS LICITAÇÕES E CONTRATOS ADMINISTRATIVOS

Art. 5º – Os Editais de procedimentos licitatórios deflagrados por Consórcios Públicos, bem como, os Contratos deles decorrentes, serão analisados pela Secretaria de Licitações e Contratos e/ou pela Secretaria de Fiscalização de Obras e Serviços de Engenharia, na forma da Lei Orgânica, do Regimento Interno e das demais normativas desta Corte.

CAPÍTULO VII – DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 6º – Nos casos omissos, aplicam-se ao rito dos Processos de Prestações de Contas de Consórcios Públicos as disposições da Lei Orgânica, do Regimento Interno e das demais normativas desta Corte para casos análogos.

Art. 7º – Os processos em tramitação nesta Casa relativos ao exercício de 2016 e anteriores, referentes aos temas: Orçamento de Consórcio Público e Prestação de Contas Quadrimestral, deverão ser juntados ao processo de Prestação de Contas Anual para análise e julgamento único por este Tribunal.

Art. 8º – Os processos em tramitação nesta Casa relativos ao exercício de 2017, referentes aos temas: Orçamento de Consórcio Público e Prestação de Contas do 1º Quadrimestre de 2017, deverão ser devolvidos à origem, em razão do disposto no art. 2º, da IN nº. 07/2017 deste Tribunal.

Art. 9º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

**TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO
DE GOIÁS, 13 de setembro de 2017.**

Presidente: Joaquim Alves de Castro Neto

Relator: Francisco José Ramos.

Presentes os conselheiros: Cons. Daniel Augusto Goulart, Cons. Francisco José Ramos, Cons. Joaquim Alves de Castro Neto, Cons. Nilo Sérgio de Resende Neto, Cons. Valcenôr Braz de Queiroz, Cons. Sub. Irany de Carvalho Júnior, Cons. Sub. Maurício Oliveira Azevedo, Cons. Sub. Vasco Cícero Azevedo Jambo e o representante do Ministério Público de Contas, Procurador José Gustavo Athayde.

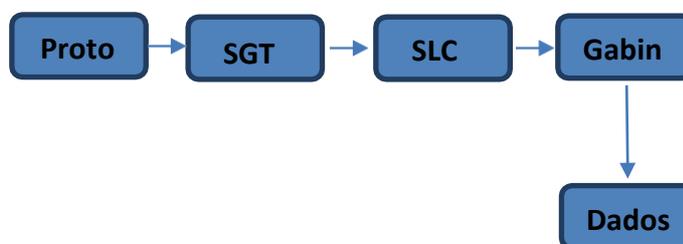
Votação:

Votaram(ou) com o Cons. Francisco José Ramos: Cons. Daniel Augusto Goulart, Cons. Joaquim Alves de Castro Neto, Cons. Nilo Sérgio de Resende Neto, Cons. Valcenôr Braz de Queiroz.

ANEXO I

1) ATOS DE CONSTITUIÇÃO DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS

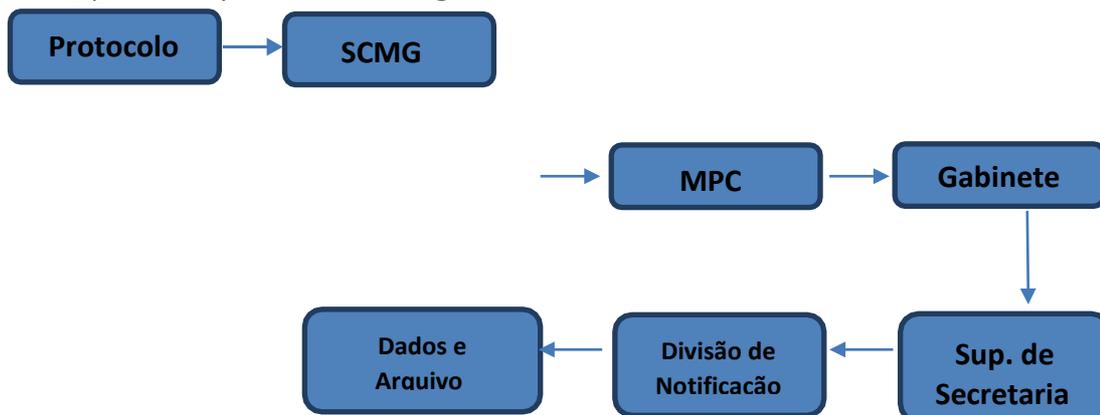
Deverá ser encaminhada a documentação elencada no Art. 1º, da IN 007/17 para sequência do seguinte fluxo:



Área do TCM	Ação
Protocolo do TCM	Recepcionar os documentos relacionados no artigo 1º, da IN 007/17; Protocolar processo e encaminhar para SGT.
Superintendência de Gestão Técnica -SGT	Efetuar o cadastro no SICOM (item 10.1), do Consórcio Público, informando os municípios participantes, mesa diretiva, objeto do consórcio e digitalizar o documento para disponibilização na rede interna do TCM. Encaminhar processo para Secretaria de Licitações e Contratos - SLC.
Secretaria de Licitações e Contratos - SLC e/ou Secretaria de Fiscalização de Obras e Serviços de Engenharia -SFOSEng	Efetuar análise processual (verificação da documentação referente aos atos constitutivos do consórcio), emitindo certificado/parecer a respeito da legalidade dos atos. Encaminhar processo para o Gabinete do Conselheiro Relator com a sugestão de arquivamento.
Gabinete do Conselheiro Relator	Efetuar análise processual e determinar o arquivamento do processo. Não há necessidade de encaminhar para julgamento.
Dados e Arquivo	Arquivar o processo, respeitando a tabela de temporalidade, editada pelo TCM. Devolver ao jurisdicionado.

2) DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DE GESTÃO ANUAL

Deverá ser encaminhada a documentação elencada no Art. 2º, da IN007/17, para sequência do seguinte fluxo:



Área do TCM	Ação
Protocolo do TCM	Recepcionar os documentos relacionados ao Orçamento do Consórcio, artigo 2º, da IN 007/17. Protocolar processo e encaminhar para SCMG.
Secretaria de Contas Mensais de Gestão – SCMG	Efetuar o cadastro no SICOM (item 10.3) do valor das receitas e despesas movimentadas pelo Consórcio Público durante o ano. Efetuar análise processual, conceder diligência, quando necessário e emitir certificado acerca da movimentação orçamentária e financeira ocorrida no ano, identificando os gestores e digitalizar relatório de atividades para disponibilização na rede interna do TCM. Encaminhar processo para o Ministério Público de Contas.
Ministério Público de Contas – MPC	Efetuar análise processual, emitindo parecer acerca da movimentação orçamentária e financeira ocorrida no ano. Encaminhar processo para o Gabinete do Conselheiro Relator.
Gabinete do Conselheiro Relator	Efetuar análise processual, elaborar voto para julgamento da Prestação de Contas e encaminhar para Superintendência de Secretaria.
Superintendência da Secretaria	Incluir processo na pauta de julgamento.
Divisão de Notificação	Comunicar ao responsável a decisão do TCM.
Dados e Arquivo	Devolver ao jurisdicionado.

ANEXO 2 – Diário Oficial do Estado de Goiás – Extrato do Estatuto do Consaúde/Entorno Norte.

1

22



Diário Oficial

GOIÂNIA, QUARTA-FEIRA, 10 DE JANEIRO DE 2018 ANO 181 -
DIÁRIO OFICIAL/GO Nº 22.725

Fazenda Nova

Estado de Goiás Município de Fazenda Nova AVISO DE EDITAL DE PREGÃO PRESENCIAL Nº 01/2018 O MUNICÍPIO DE FAZENDA NOVA, Estado de Goiás, torna pública, a realização de licitação na modalidade PREGÃO PRESENCIAL, tipo menor preço por item, que tem por objeto a contratação de empresa para realizar o Transporte Escolar, circunscrito no território do município de Fazenda Nova e Transporte Escolar Universitário, de natureza intermunicipal para, as cidades de Jussara e São Luís de Montes Belos, para o período de 2018, conforme condições de participação especificadas no edital e seus anexos, com a sessão designada para 22.01.2018, às 9:00 hs. Os interessados poderão adquirir o edital de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 11:00 hs e de 13:00 às 17:00 hs, na sala da Comissão Permanente de Licitações no prédio da Prefeitura, Av. Goiás nº 551, Centro, Fazenda Nova - GO ou pelo e-mail cpfazendanova@gmail.com. Informações pelo Telefone: (62) 3382-1231. Fazenda Nova - GO, 09 de Janeiro de 2018. Morgana Silva Tomiatto. Pregoeira.

Protocolo
55490

Formosa

Prefeitura Municipal De Formosa EXTRATO DE
CONTRATO

Contrato nº 2002/2017 - CPL. Contratada: Leandro Martins de Oliveira - PAVSANTOS CONSTRUTORA LTDA-EPP. Objeto: Contratação de empresa especializada para recapamento asfáltico com CBUQ em diversas ruas no Município de Formosa - GO. Modalidade: Concorrência Pública 005/2017. Prazo: 12 meses. Valor R\$5.088.891,07.

Protocolo
55556

Prefeitura Municipal De Formosa EXTRATO DE AVISO
EXTRATO DO ESTATUTO CONSAÚDE/ENTORNO NORTE.

FINALIDADE: Publicar o Estatuto do CONSÓRCIO PÚBLICO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DO ENTORNO NORTE, doravante

denominado - CONSAÚDE/Entorno Norte, na forma de associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica e interfederativa. O Consórcio Público será organizado por este Estatuto cujas disposições, sob pena de nulidade, deverão atender a todas as cláusulas do seu contrato constitutivo. BASE LEGAL: Este Estatuto obedece, integralmente, o artigo 241 da Constituição Federal, a Lei Federal nº 11.107, de 06 de abril de 2005 e ao Decreto Federal nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. SEDE ATUAL: O Consórcio Público tem sua sede atual à Praça Rui Barbosa, 208, Centro, Formosa-GO.

ÁREA DE ATUAÇÃO: A área de abrangência do Consórcio constitui-se pela soma dos territórios dos respectivos municípios consorciados. INTERESSADOS: os Municípios de ÁGUA FRIA,

ALTO PARAÍSO, CABECEIRAS, FORMOSA, FLORES DE

GOIÁS, SÃO JOÃO D'ALIANÇA E VILA BOA. PRAZO DE VIGÊNCIA: Indeterminado. ESTRUTURA ADMINISTRATIVA:

Conselho Administrativo, Diretoria Administrativa e de Gestão e Diretoria de Gestão Executiva.

SIGNATÁRIOS: os Municípios de ÁGUA FRIA DE GOIÁS, ALTO PARAÍSO, CABECEIRAS, FORMOSA, F. LORES, SÃO JOÃO

D'ALIANÇA E VILA BOA, representados pelos seus respectivos Prefeitos.

EXIGÊNCIAS: Uma vez firmado o presente Estatuto e devidamente publicado, os chefes do poder executivo dos municípios comprometem-se a encaminhá-lo ao Poder Legislativo correspondente ao Ente Federativo consorciado. ÍNTEGRA DO ESTATUTO: <http://www.formosa.go.gov.br> Formosa/GO, 09 de janeiro de 2018. Ernesto Guimarães Roller - Prefeito do Município de Formosa/GO

Goiatuba

PROCESSO SELETIVO NA ÁREA DE EDUCAÇÃO 001/2018

O FUNDO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DE GOIATUBA, Estado de

Goiás, no uso de suas atribuições, torna público para conhecimento de interessados, que realizar-se, do dia 10 de janeiro 2018 até 17 de janeiro de 2018, abertura do Processo Seletivo Simplificado 01/2018 para seleção de profissionais na área de educação, destinados ao atendimento aos alunos de creches e escolas municipais tanto da zona urbana quanto na zona rural. O presente edital estará à disposição dos interessados na sede do Fundo Municipal de Educação (SEMEC), pelo telefone: (64) 3495-0031 e pelo site: www.goiatuba.go.gov.br. Goiatuba, 08 de Janeiro de 2018.

MARCOS PIRES DE SOUSA

Gestor do Fundo Municipal de Educação

Protocolo 55423

Aviso de Licitação Fundação de Ensino Superior de Goiatuba Edital de Pregão Presencial Nº 01/2018 - A Fundação de Ensino Superior de Goiatuba, Estado de Goiás, torna público para conhecimento de interessados, que fará licitação na modalidade pregão (presencial), do tipo proposta de menor preço por item, no dia 24 de janeiro de 2018 às 09:00 horas, na sala de licitações da FESG, situado à Rodovia GO 320, Km 01 Jardim Santa Paula - Goiatuba - GO, tendo por objeto Aquisição de Combustível (Gasolina Comum e Diesel Comum), de acordo com as normas da Lei Federal nº 10.520/02, subsidiária a 8.666/93 e suas alterações posteriores e Lei Complementar 123/2006 e especificações do anexo I do edital normativo. O presente edital estará à disposição dos interessados no endereço acima mencionado, em horário de expediente, ou pelos fones (064) 3495 8108, site: www.unicerrado.edu.br. Goiatuba - Goiás, 09 de janeiro de 2018. Gilmar Vieira de Rezende - Presidentada FESG. Maria Helena M. Freitas - Pregoeira.

Protocolo 55480

Inhumas

Pregão Presencial 001/2018

O Fundo de Assistência Social torna público que realizará na sala de reuniões do FUNPRESI (Rua Dep. Sebastião Guerra, Qd. 1 Lt. 11, Bairro Anhanguera, Inhumas), pregão presencial tipo menor preço global, objetivando a contratação de pessoa jurídica para o fornecimento de cestas básicas pelo prazo de 12 meses, no dia 24/01/2018 às 8:30 horas. Mais informações na sede da Prefeitura Municipal das 8:00 às 11:00 e das 14:00 às 17:00, pelo telefone (62) 3511-2121, no site www.inhumas.go.gov.br no campo licitação ou pelo e-mail licitacao@inhumas.go.gov.br

Protocolo 55496

Pregão Presencial 002/2018

O Município de Inhumas torna público que realizará na sala de reuniões do FUNPRESI (Rua Dep. Sebastião Guerra, Quadra 01, Lote 11, Bairro Anhanguera, Inhumas), pregão presencial tipo menor preço por item, visando à aquisição de Insumos para Parque Jardins, pelo prazo de 12 (doze) meses, no dia 24/01/2018 às 13h30min. Mais informações na sede da Prefeitura Municipal das 08h00min às 11h00min e das 14h00min às 17h00min, pelo telefone

(62) 3511-2121, no site www.inhumas.go.gov.br no campo licitação ou pelo e-mail licitacao@inhumas.go.gov.br.

Protocolo 55498

Chamada Pública 002/2017

O Município de Inhumas torna público que realizará na sala da Comissão Permanente de Licitação da Prefeitura Municipal de Inhumas/GO (Avenida Wilson Quirino de Andrade, nº. 450, Bairro Anhanguera), chamada pública objetivando a inscrição de profissionais formados em comunicação, publicidade, marketing ou que atuem em uma dessas áreas, para compor a Subcomissão Técnica a ser constituída para análise e julgamento das propostas técnicas a

ANEXO 3 - Convite SES/GO – Reunião Consórcio Público Intermunicipal de Saúde Região da Saúde Oeste II.

GABINETE DO SECRETÁRIO

Assessoria Técnica Intermunicipal e Intersetorial dos Consórcios Públicos de Saúde

Ofício Circular nº.

Goiânia, 14 de junho de 2013.

Ao Excelentíssimo Senhor Prefeito de...

Assunto: **Convite – Reunião Consórcio Público Intermunicipal de Saúde.**

Senhor Prefeito,

1. Convidamos Vossa Excelência e os Senhores Secretário de Saúde e Presidente da Câmara Legislativa de seu Município para participarem da reunião em São Luís de Montes Belos, com objetivo de prosseguir os trabalhos de **Implantação do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde - Região de Saúde Oeste II.**

2. Ressaltamos que é imprescindível a presença do Executivo e do Legislativo para legitimar os encaminhamentos listados a seguir, com fulcro na Lei 11.107/2005 e no Decreto 6017/2007:

- a. Ata de constituição do Consórcio;
- b. Ratificar o Protocolo de Intenções junto a cada uma das Câmaras Legislativas dos municípios que aderiram ao grupo;
- c. Autenticar cópias para cada município;
- d. Entregar o Projeto de Lei – Minuta – do Consórcio para cada município para transformar em Lei que ratifica o Protocolo de Intenções;
- e. Definir sede (com guarda provisória dos documentos);
- f. Definir nome do Consórcio;
- g. Registrar em Cartório; Presidente do Consórcio
- h. Aprovar Estatuto Eleger Diretoria Executiva
- i. Registrar CNPJ na Receita Federal para o consórcio se tornar apto a contratar.

3. Programação:

Data: 20/06/2013

Local: Câmara Municipal de São Luís de Montes Belos – Av. Rio da Prata nº 662 –

Setor Montes Belos – São Luís de Montes Belos - GO8h: Café da manhã

9h: Início dos Trabalhos – Assessor Técnico GAB/SES/GO – Luiz

Fernando Freesz12h: Intervalo para almoço

13h: Retorno dos Trabalhos

17h: Encerramento

4. Ressaltamos que o Consórcio Público Intermunicipal de Saúde contribuirá para a descentralização de serviços de saúde, oferecendo à população Goiana, usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) acesso aos serviços público mais próximo de seus domicílios.

Atenciosamente, Luiz Fernando Freesz
Assessor Técnico Consórcios Públicos de Saúde –
GAB/SES/GO

**Rua SC1 nº. 299 – Parque Santa Cruz – CEP 74860-270 –
Goiânia – GOfone: (62) 3201-3736**

goiasconsorcio@gmail.com

ANEXO 4 – Modelo de Lei

LEI N°....., de .../.../....

Autoriza o Poder Executivo Municipal a firmar Convênio com o Consórcio Intermunicipal de Saúde.....e dá outras providências.

A Câmara Municipal de Vereadores de....., Estado de....., aprovou e, eu....., Prefeito Municipal, sanciono a seguinte Lei:

Art.1º – Fica o Poder Executivo Municipal, Gestor Municipal do Sistema Único de Saúde(SUS), autorizado a firmar Convênio com o Consórcio Intermunicipais de Saúde

....., objetivando a operacionalização das ações de assistência farmacêutica, através da aquisição de medicamentos essenciais à população usuária do SUS, no valor de R\$... (valor por extenso) por ano.

Art. 2º – Os recursos municipais para pagamento dos valores previstos no convênio advirão do orçamento geral do município na dotação, elemento e fonte próprios.

Art. 3º – Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação. Art. 4º – Revogam-se as disposições em contrário.

Gabinete do Prefeito Municipal de
Estado de, em dede

Nome e assinatura

ANEXO 5 – Modelo de Convênio

MODELO DE CONVÊNIO (PAPEL TIMBRADO DA PREFEITURA)

CONVÊNIO N.º...../2021 QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE... E O **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE** , COM VISTAS À OPERACIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO SUS NO MUNICÍPIO.

Por este instrumento, de um lado, a **Prefeitura Municipal de** , pessoa jurídica de direito público, inscrito no CGC/MF n.º....., com sede à Rua nestacidade de(PR), neste ato representada pelo Prefeito Municipal, Sr....., portador da cédula de identidade RG n.º..... (PR) e do CPF n.º....., residente e domiciliado em..... e, de outro lado, o **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE**, CNPJ N.º doravante simplesmente **CONSÓRCIO**, neste ato representado pelo seu Presidente....., portador da Cédula de Identidade/RG n.º , do CPF N.º, residente e domiciliado na Rua, CEP:, com base no previsto no artigo... do estatuto do Consórcio, e nas Leis n.º 8.080/90 e 8.142/90, firmam o presente Convênio de acordo com os termos e condições a seguir estabelecidos:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO – O presente Termo tem por objetivo operacionalizar ações de Assistência Farmacêutica, através da aquisição e distribuição de medicamentos essenciais, à população usuária do SUS (Sistema Único de Saúde).

CLÁUSULA SEGUNDA: DO COMPROMISSO DAS PARTES -
Comprometem-se os

signatários:

I – PREFEITURA MUNICIPAL:

- a) repassar ao Consórcio, recursos financeiros no **valor global (total)** de R\$....., os quais serão divididos em repasses anuais (por ano) de R\$O valor total anual será repassado **em quatro parcelas** de R\$....., as quais deverão ser depositadas em conta corrente específica do Banco....., até o dia 5 (cinco) dos meses..... , sendo a primeira parcela em...../2021 e a última em2025, totalizando , conforme plano de aplicação anexo, podendo ser alterado no Termo Aditivo; estruturar a Assistência Farmacêutica no município;
- b) garantir que a dispensação farmacêutica seja realizada sob responsabilidade técnica do Profissional Farmacêutico;
- c) manter dados consistentes sobre o consumo de medicamentos e demanda (atendida e não atendida) de cada produto;
- d) efetuar a programação de medicamentos, utilizando-se do perfil epidemiológico, consumo histórico e oferta de serviços;
- e) quantificar os medicamentos, definindo um ponto de reposição, considerando o Consumo Médio Mensal e o tempo médio para aquisição/ressuprimento;
- f) monitorar a qualidade dos medicamentos recebidos, subsidiando a Diretoria do Consórcio, para que essa reavalie os requisitos de qualidade para aquisição e proceda à validação de fornecedores;
- g) receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos;
- h) organizar a distribuição dos medicamentos, exclusivamente na rede SUS, garantindo prescrição e utilização adequada desses;
- i) promover o uso racional dos medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;
- j) disponibilizar e capacitar os recursos humanos em saúde, necessários a uma Assistência Farmacêutica de qualidade.

II - AO CONSÓRCIO:

- a) Conselho Estadual de Saúde, integrantes da Relação de Medicamentos Essenciais para a Atenção Básica e constantes do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica;
- b) adquirir os medicamentos de acordo com a programação do município, elaborada com o recurso financeiro disponível, conforme plano de aplicação anexo;
- c) incentivar os municípios a participarem da formulação da Política de Assistência Farmacêutica do Estado e a organizarem sua estrutura no município;
- d) manter um sistema de comunicação com os municípios, para que esses obtenham informações atualizadas das programações, aquisições e movimentação financeira de seus recursos;
- e) manter o cronograma de programação e aquisição, tentando evitar a descontinuidade no fornecimento;
- f) efetuar as aquisições de medicamentos dentro de requisitos técnicos, legais e de qualidade, estabelecidos para esses produtos;
- g) monitorar as entregas dos produtos até o seu destino final, intermediando possíveis transtornos durante seu percurso;
- h) intermediar junto ao Fornecedor a substituição dos produtos, quando comprovado desvio da qualidade, seguir o elenco proposto na pactuação aprovada pela Comissão de Intergestores Bipartite e originada no processo de fabricação ou transporte.

CLÁUSULA TERCEIRA: DOS RECURSOS – O valor referente ao recurso financeiro destinado à execução do presente convênio correrá à conta da Dotação Orçamentária n.º

....., elemento de despesa

-, Fonte:

CLÁUSULA QUARTA: DO ACOMPANHAMENTO – O acompanhamento do presente convênio será realizado a cada período de vigência, com base em avaliações de cumprimento de seu objeto.

CLÁUSULA QUINTA: DA DENÚNCIA E RESCISÃO – O presente termo de

convênio poderá ser rescindido sem comunicação prévia, caso ocorra descumprimento das obrigações ora estipuladas, sujeitando-se a parte inadimplente a eventuais perdas e danos, respondendo ainda por todo e qualquer ônus decorrente de procedimentos judiciais que se fizerem necessários, entretanto podendo ser resolvido por mútuo consenso, com antecedência mínima de noventa dias.

CLÁUSULA SEXTA – Ficam sem efeito quaisquer disposições estabelecidas em convênios ou consequentes termos aditivos, anteriores ao presente, que contrariem direta ou indiretamente o disposto nas cláusulas deste Instrumento.

CLÁUSULA SÉTIMA: DA VIGÊNCIA – Este Termo de Convênio entrará em vigor a partir da data de sua assinatura e terá vigência de quatro anos.

CLÁUSULA OITAVA: DAS ALTERAÇÕES – Quaisquer alterações dos termos e condições do presente convênio deverão ser objeto de termos aditivos firmados a qualquer tempo e farão parte integrante, para todos os efeitos e direitos.

CLÁUSULA NONA: DO FORO – As partes elegem o Foro da Comarca de Curitiba para dirimir as dúvidas fundadas neste Instrumento e que não puderem ser resolvidas de comum acordo. E assim, por estarem de pleno acordo e ajustados depois de lido e achado conforme, o presente Instrumento vai, a seguir, assinado em três vias pelos representantes dos respectivos signatários na presença de duas testemunhas abaixo firmadas, para publicação e execução.

....., de de 20

**Prefeito Municipal / Presidente do
Conselho Deliberativo do
CONSÓRCIO....**

TESTEMUNHAS:

1 -.....

2 -.....

ANEXO 6 – Termo de Autorização para Coleta de Dados

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Ilmo. (a) Sr.(a) xxxxxx

Eu, **Evanilde Fernandes Costa Gomides**, matriculada no Mestrado Profissional em Administração Pública do Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa –IDP, em Brasília (DF), sob a orientação do Professor Doutor Alexandre Ávila Gomide, solicito de V. S^a. autorização para coleta de dados no Consórcio _____, com a finalidade de realizar a pesquisa de iniciação científica: **ESTRATÉGIAS E DESAFIOS DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO COMPARATIVO DOS CIS NO ESTADO DO PARANÁ E O PROCESSO DE CONSÓRCIAMENTO NO ESTADO DE GOIÁS**, com os seguintes objetivos: conhecer as estruturas dos consórcios e seu funcionamento; avaliar os principais avanços e retrocessos; elaborar e propor ações que impulsionem a constituição, a sustentabilidade e a expansão dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de Goiás, de forma regionalizada, assim fortalecendo a gestão descentralizada.

A coleta de dados ocorrerá mediante a utilização de documentos pertinentes ao período de criação do consórcio até a data atual, dentro da própria instalação, analisando a dinâmica do consórcio, bem como, de entrevistas semiestruturadas, em datas e horários pré-determinadas, com sugestão para os dias _____ de 2021.

Igualmente, assumo o compromisso de utilizar os dados obtidos somente para fins científicos e disponibilizar os resultados para o consórcio e/ou para a Regional de Saúde.

Agradecemos antecipadamente e esperamos contar com a sua colaboração.

Goiânia, ____ de ____ de 2021.

Evanilde Fernandes Costa Gomides

Mestranda

ANEXO 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO (TCLE)

TÍTULO DO PROJETO: ESTRATÉGIAS E DESAFIOS DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE : UM ESTUDO DE CASO COMPARATIVO DOS CIS NO ESTADO DO PARANÁ E O PROCESSO DE CONSORCIAMENTO NO ESTADO DE GOIÁS

MESTRANDA RESPONSÁVEL PELO PROJETO: **Evanilde Fernandes Costa Gomides.**

PROFESSOR ORIENTADOR: **Alexandre Ávila Gomide**

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações que você precisa saber sobre esta pesquisa que estamos fazendo. Sua participação neste estudo é muito importante para nós, mas, se você não quiser ou não puder participar, ou se quiser desistir depois que assinar, isso não vai trazer nenhum problema para você.

Eu _____, residente na____, RG____, profissão____, concordo de livre e espontânea vontade em participar do estudo - **Estratégias e Desafios dos Consórcios Intermunicipais de Saúde: um estudo de caso comparativo dos CIS no Estado do Paraná e o processo de consorciamento no Estado de Goiás.**

Declaro que foram dadas todas as informações necessárias e que foram esclarecidas todas as dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente de que:

1. O estudo é importante porque os consórcios intermunicipais de saúde

- são considerados ferramentas de gestão para o desenvolvimento do território;
2. O estudo vai ser feito para pesquisar e identificar fatores que estimulam e/ou desestimulam a expansão e a cooperação dos consórcios intermunicipais no Estado de Goiás;
 3. Os resultados deste estudo poderão contribuir para identificar assimetrias existentes nos consórcios e, a partir daí, propor soluções de ampliação, como também, sua viabilidade e sustentabilidade;
 4. Para a entrevista que será gravada, serão utilizados um Roteiro Semiestruturado para analisar a percepção dos gestores de saúde sobre o sistema de arranjo e cooperação do Consórcio em sua Região de Saúde.
 5. O Roteiro Semiestruturado será aplicado apenas para este estudo e não causará problemas, a não ser, dispor de tempo para responder as questões;
 6. Para que o desconforto seja menor, serão adotadas as seguintes medidas:
 7. Os dados coletados nas entrevistas ficarão sob guarda do pesquisador responsável, não sendo permitido que outras pessoas, além da equipe, tenham acesso a ele;
 8. A coleta de dados será agendada previamente com o sujeito da pesquisa, adequando-a aos horários disponíveis de cada um;
 9. Os dados serão coletados em sala individual, estando presentes no momento apenas o pesquisador e o sujeito da pesquisa.
 10. A minha participação neste estudo não gera despesas.
 11. A autora poderá apresentar ou publicar os resultados desse estudo, mas as informações sobre minha pessoa não vão aparecer de forma alguma.
 12. Tenho a liberdade de desistir ou de parar de colaborar neste estudo no momento em que desejar, sem ter que explicar o motivo.

..... de de

Assinatura

ANEXO 8 – Roteiro da Entrevista Semiestruturada

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Pesquisa Acadêmica: Estratégias e Desafios dos Consórcios Intermunicipais de Saúde: Um Estudo de Caso Comparativo dos CIS no Estado do Paraná e o Processo de Consorciamento no Estado de Goiás

Mestrado Profissional em Administração Pública pelo Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa – IDP.

Mestranda: Evanilde Fernandes Costa Gomides

Roteiro da Entrevista estruturado em quatro eixos: Caracterização e Estrutura dos Consórcios; Motivações e Resultados do Consorciamento; Político Administrativo e Controle; Financeiro Orçamentário/Sustentabilidade dos Consórcios.

Roteiro de Entrevista Semiestruturada com o Consórcio_____

Entrevistado:

Data:

Horário:

Local:

Eixo: Caracterização e Estrutura do Consórcio

1. Razão Social do Consórcio Público:
2. CNPJ:
3. Endereço:
4. Municípios participantes:
5. Tipo de Consórcio:

6. Município sede do Consórcio:
7. O Consórcio tem sede própria?

Eixo: Motivações e Resultados do Consorciamento

- 1) O que incentivou a formação do Consórcio Público? Conte como foi o histórico da implantação do Consórcio?
- 2) Quais eram os principais atores sociais e políticos para a constituição do Consórcio? Como foi o processo de atração desse município?
- 3) Houve articulação da Secretaria de Estado da Saúde para constituição do Consórcio Intermunicipal da Saúde na sua Região?
- 4) Quando ocorreu a assinatura do Protocolo de Intenções?
- 5) Quando foi o início das atividades do Consórcio?
- 6) Quais as principais dificuldades encontradas para a constituição do consórcio?
- 7) Algum município já foi desligado do consórcio? Informar o motivo apresentado e o ato (lei, decisão etc.).
- 8) Quais os desafios encontrados pelo Consórcio para o cumprimento dos objetivos previstos?
- 9) Quais as oportunidades que o Consórcio enxerga para a gestão dos serviços de saúde na Região?
- 10) Quais são os obstáculos encontrados na provisão dos serviços ofertados pelo Consórcio?

Eixo Político Administrativo e Controle

- 1) Quantos funcionários atuam no Consórcio?
- 2) Quais as funções desempenhadas por esses funcionários?
- 3) Como ocorreu o ingresso dos funcionários aos quadros do Consórcio?
- 4) O Consórcio desenvolve seu Planejamento Estratégico, estabelecendo objetivos e metas?
- 5) O Consórcio possui Convênio, Termo de Cooperação ou Contrato de Programa pactuado com a União?

- 6) O Consórcio possui Convênio, Termo de Cooperação ou Contrato de Programa pactuado com o Estado?
- 7) O Consórcio possui Convênio, Termo de Cooperação ou Contrato de Programa pactuado com algum Município?
- 8) Quais os mecanismos de Controle Interno do Consórcio?
- 9) Existe Conselho Fiscal no Consórcio? Se sim, qual a origem dos membros?
- 10) O Consórcio presta contas ao Tribunal de Contas do Estado?
- 11) O Consórcio possui relação estabelecida com o Conselho Municipal de Saúde e/ou estadual?
- 12) O Consórcio possui relação estabelecida com a Comissão Intergestores Regional (CIR)?
- 13) O Consórcio possui relação estabelecida com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB)?
- 14) O Consórcio possui relação estabelecida com alguma Ouvidoria do SUS ou canal de participação semelhante?
- 15) De que forma o Consórcio torna públicas as informações relativas a receitas e despesas, compras, contratações e prestações de contas?

Eixo Financeiro Orçamentário/Sustentabilidade do Consórcio

- 1) Quais fontes orçamentárias asseguram os recursos do Consórcio?
- 2) Os municípios estão adimplentes com o Rateio Administrativo? Há regularidade dos repasses?
- 3) Os municípios estão adimplentes com o Contrato de Programa? Há regularidade dos repasses?
- 4) Há apoio (repasso) financeiro da União e do Estado ao Consórcio?
- 5) O consórcio contou ou conta com outros recursos que não sejam aqueles disponibilizados pelos entes integrante



idp

Bo
pro
cit
ref
Nos
são

idp

A ESCOLHA QUE
TRANSFORMA
O SEU CONHECIMENTO