



Consórcios Públicos e Desenvolvimento: o caso do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste de Santa Catarina

Eliane Salete Filippim

Universidade do Oeste de Santa Catarina

Evandro Antunes Moreira

Universidade do Oeste de Santa Catarina

Sirlei Favero Cetolin

Universidade do Oeste de Santa Catarina

Resumo

Este estudo aborda a experiência de associativismo de base territorial por meio dos consórcios públicos, tendo como objetivo geral Investigar a formação e a institucionalização deste tipo de consórcio. Os procedimentos metodológicos observados foram da pesquisa qualitativa, por meio do estudo de caso do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste de Santa Catarina – CIS-Amosc. Como principais resultados, foi possível observar que o CIS tem alcançado os objetivos da cooperação intermunicipal para a efetivação de parte da política de saúde, gerando economicidade e resolutividade. Contudo, apresenta oportunidades de melhoria como no campo da participação do cidadão usuário do serviço e numa maior integração com o Sistema Único de Saúde - SUS.

Palavras-chave: Desenvolvimento. Consórcio público. Saúde.

Public Consortium and Development: the case of the Health Inter-Municipal Consortium of the West of Santa Catarina

Abstract

This study approaches the experience of territorial based associations, by means of public consortiums, with the aim of investigating the formation and institutionalization of public consortium. The methodological proceedings observed were from the qualitative research, through the case study of the Health Inter-municipal Consortium of the West of Santa Catarina (HIC). As main results, it was possible to observe that HIC has reached the inter-municipal cooperation aims to the effectiveness of a part of the health policy, generating

economy and results. However, it presents opportunities of improvement in the field of the citizen-user's participation of the service and in a major integration with Public Health System (PHS).

Keywords: Development. Public consortium. Health.

Consortios Públicos Y Desarrollo: el caso del Consorcio Intermunicipal de Salud del Oeste de Santa Catarina

Resumen

Este estudio aborda la experiencia de asociativismo de base territorial a través de los consorcios públicos, teniendo como objetivo general Investigar la formación y la institucionalización de consorcio público. Los procedimientos metodológicos observados fueron de la investigación cualitativa, por medio del estudio del caso del Consorcio Intermunicipal de Salud del Oeste de Santa Catarina (CIS). Como principales resultados, fue posible observar que el CIS ha alcanzado los objetivos de la cooperación intermunicipal para la efectividad de parte de la política de salud, generando economicidad y resolutivez. Sin embargo, presenta oportunidades de mejora como en el campo de la participación del ciudadano usuario del servicio y en una mayor integración con el SUS (Sistema Único de Salud).

Palabras clave: Desarrollo. Consorcio público. La Salud.

1 INTRODUÇÃO

A gestão do desenvolvimento por meio da articulação de diversos atores presentes na sociedade pode ser útil para a resolução de problemas complexos de uma determinada comunidade regional. Se considerada a tendência para a revalorização do espaço territorial, conforme orienta a Política Nacional de Desenvolvimento Regional - PNDR (BRASIL, 2012), considera-se que os consórcios públicos podem se constituir numa das alternativas para o associativismo na gestão de políticas públicas no âmbito regional.

Os consórcios públicos no Brasil foram incentivados desde a Constituição de 1988, contudo, somente a partir da Lei nº 11.107/2005 e do Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007, adquiriram força para se consolidar como estratégia de cooperação, sobretudo no âmbito intermunicipal. A efervescência de consórcios públicos, sobretudo daqueles que buscam atender à política de saúde, conduziu este estudo, no intuito de, a partir da análise de um caso específico de um Consórcio Intermunicipal de Saúde - CIS, buscar compreender, para além das particularidades do caso, a dinâmica própria desta forma de associativismo.

Além desta expectativa investigativa, o estudo foi motivado por um intuito de contribuir com o debate acerca do tema dos consórcios públicos, uma vez que ainda não se identifica publicação volumosa sobre o tema em termos de artigos científicos. Essa percepção foi formada a partir de uma busca feita pelos pesquisadores nas bases de dados EBSCO (*EBSCO Information Services*), Spell (*Scientific Periodicals Electronic Library*) e Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), utilizando o termo de busca “consórcios públicos.” Nessa busca, foram encontrados 15 artigos publicados no período de 2005 a 2015. Observou-se que, entre os anos de 2012 a 2014, deu-se o maior número de publicações (três em cada ano). Identificou-se ainda que, nos artigos analisados, a política pública mais evidenciada quando do estudo dos consórcios foi a de saúde.

A partir deste interesse de pesquisa e considerando a estratégia de associativismo pela via dos consórcios públicos uma relevante possibilidade de articulação de atores envolvidos na gestão de políticas públicas que contribuem para o desenvolvimento

regional, traçou-se a questão central de pesquisa: como se formou e se institucionalizou o CIS-Amosc. Com relação ao objetivo geral, foi assim definido: Investigar a formação e a institucionalização de consórcio público. Já os objetivos específicos definidos para o estudo foram: a) observar as estratégias e o processo de implementação do CIS-Amosc; b) analisar instrumentos de cooperação presentes no consórcio estudado.

Escolheu-se como foco do estudo, o CIS-Amosc, que tem sede no Município de Chapecó. Esse consórcio foi fundado no ano de 1996 e sua principal finalidade é representar o conjunto de municípios que o integram em assuntos de saúde de interesse comum.

2 ASSOCIATIVISMO DE BASE TERRITORIAL

Um fator relevante para as estratégias de desenvolvimento regional é a crescente revalorização do espaço territorial, visto como lugar de integração entre atores sociais que propicia o favorecimento da emergência de dinâmicas coletivas de desenvolvimento. Neste estudo, aceita-se a definição dada por Tenório (2011, p. 75), quando afirma que

por território vamos entender aquele espaço, não necessariamente geográfico ou delimitado de forma político-administrativa, identificado pelo potencial de sua sustentabilidade por meio da ação integrada dos diferentes atores segundo uma identidade legitimada pelos mesmos.

Se assumida a centralidade do território e das relações concretas nele geradas, pode-se destacar também, a adoção de uma estratégia de associativismo de base territorial. Nesse contexto, como alternativa de construção dessa institucionalidade, surge a estratégia do associativismo entre municípios e/ou regiões, voltado para a solução de problemas comuns. Destarte, “O potencial estratégico do agente, individual ou coletivo, é, portanto, diretamente dependente da sua capacidade de apreensão e de interpretação dos possíveis efeitos de variáveis contextuais e, a partir disso, de instrumentalizar suas ações em direção aos fins visados” (PROCOPIUCK, 2015, p. 14).

O desafio para a governança de territórios que pretendem uma estratégia conjunta para o seu desenvolvimento reside na tipificação destas formas de articulação e de coordenação de maneira a tornar transparentes e participativas as ferramentas de tomada de decisão.

A questão do desenho institucional dessas esferas de articulação territorial tem recebido atenção crescente no que se refere ao seu papel na gestão de políticas públicas. Num cenário influenciado pelos pressupostos de uma gestão pública que requer a atuação do poder público local em redes, configurando novas formas de governança, o associativismo territorial consiste numa possibilidade, dentre outras, de salvaguardar condições para a implementação de políticas públicas, notadamente aquelas comprometidas com o desenvolvimento sustentável, como é o caso da política pública de saúde. Trata-se do fomento e da articulação de redes de cooperação, de base territorial, que fazem dialogar atores e instituições com distintos interesses, mas com pontos de convergência quanto à efetivação destas políticas.

Diante dessa perspectiva, surgiram estudos analisando casos de consorciamento e este artigo vai nesta esteira, buscando compreender o caso do CIS-Amosc.

3 CONSÓRCIOS PÚBLICOS

A década de 1980, no Brasil, foi marcada por um extenso processo de democratização. Uma das principais mudanças diz respeito ao processo de descentralização político-administrativa, ou seja, uma maior autonomia conferida aos

municípios (LOSADA, 2013). Desde então, coube à União o financiamento e formulação de políticas nacionais e a coordenação das ações intergovernamentais. Dessa forma, os municípios brasileiros passaram a ter novos recursos e novas responsabilidades, porém, as demandas sociais aumentaram e a globalização impôs novos campos de ação para os municípios (PACHECO, 1999).

Para Arretche (2004), a autonomia política e fiscal dos governos estaduais e municipais permite que eles adotem uma agenda própria, independente da agenda do executivo federal. Conforme essa autora, as relações verticais na federação brasileira são caracterizadas pela independência, pois estados e municípios são entes federativos autônomos. Assim, as garantias constitucionais do Estado federativo permitem que os governos locais estabeleçam sua própria agenda na área social.

Pacheco (1999, p. 40) observou que, “essa agenda ambiciosa se forma num contexto de profundo questionamento do papel do Estado e de escassez de recursos públicos para responder ao conjunto das demandas sociais”. Como consequência, as políticas para melhorar a qualidade do serviço e a produtividade do setor público ganham relevância, uma vez que a execução delas exige a descentralização e a articulação de diferentes níveis de governo.

Com a autonomia outorgada aos entes federados, aumentou a possibilidade de construção de arranjos governamentais capazes de fomentar o desenvolvimento de ações cooperadas entre eles. Essa cooperação pode se dar por arranjos do tipo: a) verticais: consorciamento entre entes federados, mas não de mesma hierarquia, ou seja, cooperação entre município – estado, município – união e estado – união; b) horizontais: cooperação entre entes federados de mesma hierarquia, município – município, estado – estado; c) mistos: cooperação conjunta entre as duas anteriores, por exemplo, união – estado – município (PRATES, 2012).

A palavra consórcio, do latim *consortiu*, significa associação, união e comunhão de interesses (MICHAELIS, 2012). O intuito da criação de um consórcio público (CP) é a gestão associada (cooperada) de serviços públicos, podendo assim congrega-se, juntando forças, para a realização de objetivos que cada ente pertencente ao consórcio, isoladamente, não teria condições de sanar, dada a sua fragilidade financeira ou de recursos humanos (PRATES, 2012).

Nesse sentido, entende-se que a razão da criação de um consórcio público seja a gestão associada de serviços públicos, no qual “[...] dois ou mais entes federados poderão criar um convênio público para prestar um serviço de interesse comum. Para esse fim, os entes consorciados destinarão pessoal e bens essenciais à execução dos serviços transferidos” (ANGNES et al, 2013, p.1170).

O pressuposto básico da constituição dos consórcios, de acordo com Strelec (2011), é a existência de interesses comuns entre os entes participantes, devendo ser considerado também o princípio norteador que dará forma aos demais aspectos deste arranjo, tais como abrangência territorial, finalidade e personalidade jurídica. Na maior parte dos casos, as experiências de consórcios são formadas por meio da cooperação entre municípios que, para Strelec (2011), possuem maior homogeneidade demográfica, tratam de questões pontuais, atuam sobre determinada política pública e conseguem reduzir os custos de transação para a formação desta modalidade de associativismo.

Desse modo, os consórcios intermunicipais são arranjos horizontais que surgem da iniciativa autônoma dos municípios e resolvem atuar de forma cooperada em torno de uma questão comum (CALDAS, 2007). Especialmente para os municípios de pequeno porte, a formação dos consórcios públicos intermunicipais se tornou uma alternativa, especialmente para aqueles que atingiram o limite de endividamento previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF, como apontou Vilella (2005).

Além dessa saída para atender o princípio da legalidade na administração pública, entende-se que:

[...] do ponto de vista político, a formação de consórcios intermunicipais significa o surgimento de uma nova arena pública, em que as autoridades governamentais negociam os conflitos e os limites que cercam suas decisões sobre as regras que expressam uma intenção de influenciar, alterar e/ou regular o comportamento individual ou coletivo e o acesso de indivíduos e grupos sociais aos recursos distribuídos socialmente (DIEGUEZ, 2011, p.298).

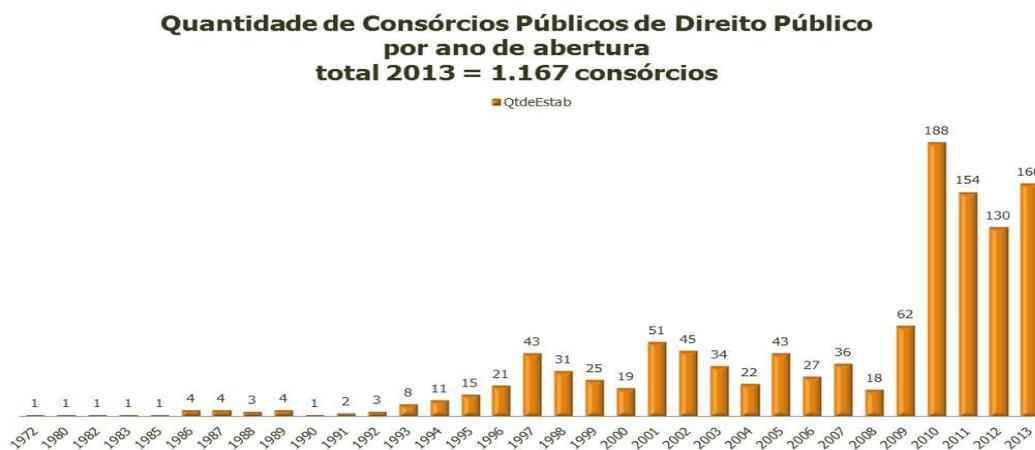
Com relação aos aspectos legais referentes à consolidação dos consórcios públicos, identifica-se que a ideia acerca desse tipo de política pública existe desde a primeira Constituição Federal de 1891. Naquela época, os consórcios se constituíam como contratos, que, caso fossem realizados entre municípios, necessitavam da aprovação do governo do estado e, se entre estados, da aprovação da união (PRATES, 2012).

A Constituição de 1988, conforme estudo de Dallabrida e Zimermann, (2009), faz referência direta ao tema no artigo 23, Parágrafo Único e no artigo 25, §3º: “Os Estados poderão, mediante lei complementar, instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamentos de municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum.” O Art. 241 estabelece que “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.”

Contudo, apesar do apontado pela Constituição de 1988, somente em 2005 foi sancionada a Lei dos Consórcios Públicos (Lei nº 11.107/2005). Diversas áreas de políticas públicas passam a contar com o apoio desta ferramenta associativa: os consórcios públicos.

A constituição de um consórcio foi regulada também pelo Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007, que estabelece a obrigatoriedade da criação de uma pessoa jurídica para que possa assumir direitos e obrigações, “constituída como associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos.” (Art. 2º, I). Observa-se o crescimento contínuo dos consórcios públicos desde o estabelecimento do marco regulatório (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Evolução histórica dos Consórcios Públicos



Fonte: Losada, 2013.

O número de consórcios públicos vem crescendo anualmente, tendo sido observada sua ocorrência em todas as regiões do País. A região na qual predomina esse tipo de associação, de acordo com Losada (2013), é a Sudeste, com um número expressivo de 407 consórcios público ativos, seguida pela região Nordeste, com 316, região Sul com 254, região Centro-oeste com 125 e a região Norte, com 65 consórcios públicos ativos até 2013.

Ainda segundo Losada (2013), dentre os diversos campos nos quais é possível a criação de consórcios públicos, o campo de Direitos e Assistência Social lidera, abrangendo 34% dos consórcios. O campo da saúde, que é foco deste estudo, está representada em 5% dos consórcios estabelecidos nesse universo. Depois vêm os consórcios nas áreas rurais, empresariais, de infraestrutura e de segurança, com 1% cada um.

4 CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE

A descentralização da política de saúde no Brasil, iniciada nos anos 1990, conforme Neves (2001), levou a um significativo incremento das atividades e da participação dos municípios na provisão de serviços de saúde. Esse incremento da ação dos municípios voltada para as políticas públicas de saúde, para Amaral e Blatt (2011, p.800), “[...] acarretou nova realidade para muitos municípios, como inexistência de recursos humanos e financeiros, dificuldade de acesso ao uso de tecnologias e falta de estrutura física adequada”.

Com a Constituição de 1988, foi criado o SUS. Esse Sistema, de acordo com Neves (2001, p.14), “[...] amplia o conceito de saúde e o estabelece em novas bases, agora como um direito universal de cidadania e dever do Estado, sua provisão plena”. Esta nova conformação do sistema de saúde brasileiro, a partir da Constituição de 1988 e da legislação infraconstitucional, levaram a uma mudança nas relações entre as esferas de governo, obrigando a um efetivo exercício do pacto federativo (NEVES, 2001).

A Legislação referente aos Consórcios, Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005, oportunizou aos entes federados novas formas de associação em diversas e diferentes áreas de atuação: desenvolvimento regional, tratamento e destinação dos resíduos sólidos, abastecimento, alimentação escolar, tecnologias de informação, transporte, saúde, entre outras. Segundo o manual de orientação de consórcios públicos do governo do Estado do Ceará (2009 p.6) “[...] a área da saúde é o campo mais propício para a formação de Consórcios”.

Uma vez que os municípios estão mais próximos dos usuários, Muller e Greco (2010) observam que os cidadãos acabam por procurar as secretarias municipais de saúde para a resolutividade de seus problemas. Como os recursos são geralmente escassos diante da demanda, os consórcios tornaram-se uma maneira para atender aos cidadãos, racionalizando e otimizando recursos. Segundo Arretche (2004, p.23),

[...] a participação de estados e municípios no processo de formulação da política de saúde, por sua vez, está institucionalizada por meio de conselhos com representação de Estados e municípios. A institucionalização destes espaços de negociação supriu do Ministério da Saúde a possibilidade de estabelecer unilateralmente as regras de funcionamento do SUS. Tais conselhos funcionam como um mecanismo

de contrapeso à concentração de autoridade conferida ao Executivo Federal.

Na área da saúde, dispositivos da Lei Orgânica da Saúde – composta pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990 – fazem menção aos consórcios. Em seu artigo 10, a Lei nº 8.080 estabelece que os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam. Contudo, “[...] a criação do consórcio deve ser fruto de um acordo, formalizado entre os gestores municipais, observados os parâmetros legais, notadamente a atenção aos princípios e diretrizes do SUS” (HARMUCH E PIRES, 2008, p.18).

A Norma Operacional Básica do SUS-NOB-SUS 01/96, de novembro de 1996, mesmo não tratando especificamente de consórcio intermunicipal, definiu em seu objetivo as bases para a adoção deste instrumento: “promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal)”. A NOB ainda reforçou a ideia de consórcio, quando determina que “A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada [...]” que não precisam, obrigatoriamente, ser de propriedade da prefeitura respectiva, nem ter sede no território do município. Os estabelecimentos referidos podem estar situados em outro município, mas agregados mediante acordo que pode, perfeitamente, ser realizado por meio de um consórcio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

A partir do reconhecimento constitucional da saúde como um dever do Estado e um direito dos cidadãos, a política de saúde, representada pelo SUS foi estruturando-se em todo o território nacional por meio de uma ampla e diversificada rede de serviços de saúde sob a responsabilidade de municípios, estados e união. A referida estruturação está fundamentada na autonomia entre os entes federativos e constitui-se pela relação de complementaridades entre as esferas governamentais. Portanto, desde a sua origem, o SUS observa políticas de descentralização e regionalização que iniciaram com as NOBs, passando pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde - NOAS, Pacto pela Saúde em 2006, recentemente, o Contrato Organizativo da Ação Pública e da Saúde - COAP. Vale destacar que, a partir do arcabouço jurídico que sustenta a política de saúde brasileira, a regionalização constitui-se numa importante estratégia para orientar a organização da saúde de acordo com a Constituição de 1988. A saúde possui os princípios da universalidade, equidade e integralidade, e as diretrizes de descentralização/regionalização, hierarquização e participação social são fundamentais para que o acesso ao direito à saúde seja assegurado.

Contudo, um dos principais problemas enfrentados pelo SUS é “a dificuldade em promover a regionalização, isto é, a integração dos diferentes tipos de serviço existentes em uma região, de forma a possibilitar o acesso universal aos serviços” (OLIVEIRA, 2008, p.119). O autor cita que não é raro encontrar menções às ambulâncias de pequenos municípios que chegam diariamente aos grandes centros urbanos de suas regiões, levando pacientes para receberem atendimento e serviços que não são prestados nos seus municípios de origem.

Nesse sentido, a busca de parcerias para o processo de gestão e organização dos sistemas de saúde tem se elevado e os consórcios intermunicipais de saúde surgem nesta perspectiva, apresentando-se como uma prática de gestão inovadora no sistema de saúde no Brasil (HARMUCH e PIRES, 2008).

A implantação e operacionalização de serviços de saúde que contemplem integralmente as demandas de uma população representam, para a maioria dos municípios, encargos superiores à sua capacidade financeira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). Assim, os consórcios na área da saúde encontraram condições favoráveis para se desenvolver, sobretudo em municípios de pequeno porte, pois contribuem também para minimizar os *deficit* do processo de regionalização na atenção à média complexidade, na oferta de consultas médicas de especialidades, em diagnose e terapia (AMARAL e BLATT, 2011).

Deve-se considerar que a prestação de determinados serviços por municípios de pequeno porte, em especial os de média e alta complexidade, envolvem equipamentos caros e profissionais especializados para atender alguns casos graves por ano. Oliveira (2008, p.119 a 120) observa que,

[...] do ponto de vista do Estado, é muito mais racional para a Secretaria Estadual de Saúde investir no desenvolvimento dos serviços de uma região do que apenas de um município. O consorciamento é, de certa forma, uma garantia de que os recursos investidos serão utilizados e aproveitados por toda a região englobada pelo consórcio, e daí o maior interesse estadual em investir e colaborar.

O consorciamento ou “integração intermunicipal voluntária”, como definem Muller e Greco (2010 p.926), pode trazer economias de escala, o que possibilita maior oferta de serviços de saúde especializados, otimizando o uso dos recursos públicos, além dos resultados dessas associações gerarem impacto relevante nas condições de saúde, melhorando a distribuição dos recursos, trazendo a possibilidade de beneficiar maior número de pessoas, e, sobretudo, elevando o nível de satisfação do usuário.

Os primeiros consórcios de saúde no Brasil foram criados ainda na década de 1980, impulsionados pelo processo de descentralização, mas foi na década de 1990 que eles se multiplicaram por todo o País e, principalmente, pela região Sudeste (TEIXEIRA, 2007).

Quanto a sua natureza jurídica, os consórcios em saúde têm sido constituídos, na maioria das vezes, como organizações da sociedade civil sem fins lucrativos, salvo raras exceções, conseqüentemente, de interesse público. Necessitam ser aprovados pelas Câmaras Municipais dos municípios participantes e registrados em cartório. Os prefeitos integrantes do consórcio definem o município-sede da parceria e o valor da contribuição de cada município para a manutenção da rede de provimento (HARMUCH e PIRES, 2008).

A adesão ao consórcio possibilita, na maioria dos casos, a economia de recursos e a oferta mais regular de medicamentos. Além disso, os municípios de menor porte puderam usufruir do poder de compra e da infraestrutura administrativa dessa forma de organização, desobrigando a realização do processo de licitação de medicamentos em vários municípios da mesma região (AMARAL e BLATT, 2011, p.801).

É importante frisar que, desde o início da constituição do consórcio até sua formalização e implementação de suas ações, deve ser estabelecida e observada uma perfeita consonância com os princípios e as diretrizes do SUS. Essas diretrizes são especificadas pelo Ministério da Saúde, em 1997, no documento “O consórcio e a gestão municipal em saúde” (p.21-22), onde fica claro que com a constituição do CIS é preciso garantir a “descentralização com direção única em cada esfera de governo”; o “atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” e; a “participação da comunidade”.

O Ministério da Saúde (1997) ainda define que “em linhas gerais, os recursos para o financiamento das atividades do consórcio [...] devem ser, conforme estabelece o artigo 195 da Constituição, oriundos da Seguridade Social.” Assim, o Ministério da Saúde (1997, p.28) aponta que esse financiamento é originado: “[...] do Tesouro municipal; da Secretaria de Saúde do Estado; do Ministério da Saúde e de doações, aplicações, convênios e acordos decorrentes de parcerias com instituições públicas e privadas”.

De acordo com Teixeira (2007, p.38), o financiamento para os consórcios se dá pelos “[...] recursos provenientes diretamente do SUS, resultantes de transferências federais para os municípios participantes; recursos das Secretarias Estaduais de Saúde; e quotas dos municípios consorciados”. Com a Lei dos Consórcios, essas parcerias também podem gerar receita própria, por meio da emissão de documentos de cobrança, bem como podem exercer atividades de arrecadação de tarifas e outros preços públicos pela prestação de serviços ou pelo uso ou outorga de uso de bens públicos administrados pelo consórcio.

Em relação aos recursos federais, “[...] a Lei nº 8.142/90 não prevê transferências fundo a fundo para consórcios, mas sim para municípios, estados e Distrito Federal” (TEIXEIRA, 2007, p.39) e, “o município que integra o consórcio não perde a sua condição de gestor único naquela esfera de governo”. Ainda, de acordo com a autora, “A direção única continua a ser a de cada município, não sendo transferida para o consórcio, que não surge como uma instância intermediária do SUS, mas constituindo apenas um instrumento gerencial da Administração.”

A literatura consultada para este estudo apresenta que a implantação de um consórcio intermunicipal de saúde proporciona uma melhoria no desempenho do setor público, notadamente no que se refere à prestação de serviços aos cidadãos.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa teve caráter qualitativo e, em relação aos objetivos, configurou-se como descritiva e interpretativa. A parte descritiva serviu para oferecer uma visão contextual do consórcio estudado. Além disso, o caráter descritivo considera o significado que os atores dão aos fatos em análise (GODOY, 1995).

O estudo fez uso da descrição e análise de um caso único que trata de um consórcio intermunicipal de saúde, o caso do CIS-Amosc, que tem sede em Chapecó (SC). Esse caso foi escolhido, dada sua experiência e consolidação como associativismo de base territorial para a solução de problemas comuns num dado território, visto que foi criado em 1996. Esse caso também é singular dada a atuação de seus atores, visando a solução de problemas específicos do território do Oeste e

Meio Oeste de Santa Catarina, uma vez que, no dizer de Procopiuck (2015, p. 14) “Em termos relacionais, os indivíduos, agindo estrategicamente, são inseparáveis dos contextos transacionais em que estão implexos.”

Casos descritivos não buscam a formulação de hipóteses (GODOY, 2006, p. 124) e não têm a pretensão de generalização de seus achados. Contudo, devem permitir a geração de conhecimento que pode ser aplicado para o aprofundamento do campo de estudos e para inspirar diretrizes e ações na realidade empírica. A parte explicativa deste estudo de caso visou a compreensão dele a partir da literatura examinada, bem como das interlocuções com os sujeitos de pesquisa ouvidos no processo de coleta e na análise de dados, uma vez que todos os dados coletados exigiram transcrição e interpretação, o que é característico da pesquisa qualitativa.

Quanto aos procedimentos metodológicos utilizados para a coleta de dados, foram utilizadas múltiplas fontes, como revisão bibliográfica, pesquisa documental em legislação específica (especialmente a Lei 11.107/2005 e Decerto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007) e nos documentos específicos do CIS-Amosc e pela realização de entrevistas com membros do consórcio e de municípios usuários.

Foram realizadas sei entrevistas, sendo três delas com gestores e duas com membros usuários do consórcio, ligados a municípios consorciados. A entrevista foi do tipo semiestruturada, teve duração média de uma hora e foi realizada no local de trabalho do entrevistado. Os entrevistados autorizaram a gravação e a divulgação de seus nomes na pesquisa, contudo os pesquisadores optaram por mantê-los sem identificação.

Quadro 1. Nomenclatura dos entrevistados

Nomenclatura	Entrevistado
G1	Gestor do CIS-Amosc
G2	Gestor do CIS-Amosc
G3	Técnico do CIS-Amosc
M1	Representante de Município Membro CIS-Amosc
M2	Representante de Município Membro CIS-Amosc

Fonte: os Autores (2015)

Todos os dados coletados foram analisados em relação à revisão bibliográfica e comparados entre si. A análise se deu de forma descritiva e interpretativa, a partir de categorias de análise sintetizados no Quadro 2. Essas categorias foram elaboradas a partir da observação de outros estudos realizados sobre consórcios públicos e da revisão de literatura.

Quadro 2. Categorias de Análise

Categorias de análise	Descritores
Formação	- contexto da implementação do consórcio; - etapas e processos de formação e institucionalização; - área territorial; - política (s) pública que atende; - equipe gestora; - equipe técnica (funcionários, seleção/quadro, salários),
Liderança	- Papel da liderança; - formas do exercício da liderança;
Mecanismos de Financiamento	- Fontes de financiamento; - Formas de indução (se houve/há, dos outros entes federados);
Redes e relações	- Formas de interação/cooperação entre: municípios, estados e união, organizações da sociedade civil e outros atores (empresas, sindicatos, instituições de pesquisa...);
Resultados	- Atividades realizadas, programas, projetos e ações mais relevantes na história do consórcio.
Mecanismos de controle e participação	- Transparência e prestação de contas; - Participação social; - Mecanismos de comunicação.

Fonte: elaborado a partir de Fillipim (2014).

6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste bloco, os dados foram apresentados seguindo as categorias expostas no Quadro 2.

6.1 O Contexto da formação do consórcio

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina (CIS-Amosc), doravante tratado por CIS, foi fundado no mês de julho de 1996, iniciando suas atividades em novembro do mesmo ano. Sua sede está localizada no prédio da Amosc, na cidade de Chapecó, Estado de Santa Catarina. Para obter maiores informações sobre o funcionamento de um consórcio na área da saúde, segundo o entrevistado G1, uma comitiva da região da Amosc foi visitar um consórcio em Paranavaí (PR).

Sobre o contexto de sua criação, assim se expressou o entrevistado G1: “São duas realidades distintas: antes do consórcio e depois do consórcio.” De acordo com este entrevistado, o consórcio foi criado ao se observar uma necessidade dos municípios associados à Amosc em oferecer ao cidadão demandante consultas com especialidades médicas. Os municípios estavam conseguindo atender consultas de atenção básica, mas não as que necessitavam de especialistas. Relatou o G1 que antes do CIS

[...] o cidadão ia lá ao município quando precisava de uma especialidade médica. O secretário tinha que ligar para médico e negociar primeiro o preço e depois negociar a agenda. Então o preço que se praticava era o preço de mercado. Cada um negociava um preço, pra Chapecó era um preço, pra Cordilheira Alta era outro [...].

Essa declaração corrobora o que afirmam Muller e Greco (2010), pois como os municípios estão mais próximos dos cidadãos, estes procuraram com frequência as secretarias municipais de saúde. Diante da demanda, os consórcios tornaram-se uma maneira para atender estas necessidades, ao tempo que se racionaliza o uso dos escassos recursos públicos.

A criação do CIS se deu, de acordo com o entrevistado C1, para atender consultas e exames de especialidades, disciplinando a oferta, uma vez que a demanda por este serviço era grande. Segundo o G1, “[...] o cidadão precisando de uma ressonância, de um raio x, de um cardiologista, ele quer ser atendido; ele não quer saber quem é que tem que dar esse serviço.”

Na visão da entrevistada G1, uma das dificuldades na implantação do CIS foi a resistência dos prestadores de serviços:

[...] o corporativismo era muito forte. Teve que quebrar algumas barreiras. Mas esse enfrentamento os secretários fizeram: nós queremos ter a garantia de acesso aos serviços nessas condições que nós estabelecemos. Começamos a credenciar os serviços onde eles estivessem. A vantagem é que antes era mais caro pegar um ônibus, colocar os pacientes e levar para longe do que trazer aqui.

O trânsito intenso de ambulâncias de pequenos municípios que se dirigiam diariamente aos grandes centros urbanos levando pacientes para atendimento para o qual não havia oferta em seus municípios de origem foi apontado por Oliveira (2008). Esse autor observou também a dificuldade que havia no âmbito do SUS em operacionalizar a integração dos diferentes tipos de serviço existentes em uma região. É possível que os consórcios públicos de saúde tenham contribuído para amenizar essa dificuldade.

Na época da criação do CIS, ainda não havia a lei que regulamenta os consórcios públicos (Lei 11.107/2005). De acordo com o entrevistado G1, o CIS se adaptou à Lei dos Consórcios Públicos plenamente em 2008 e “seguiu o trâmite da lei, o protocolo de intenções, a ratificação nas câmaras. Foi tranquilo o processo.” Essa adesão à forma de consórcio público se deu, principalmente, de acordo com o entrevistado G1, pois “existe uma regrinha no decreto regulamentando que o governo federal só apoiaria os consórcios financeiramente que fossem públicos, então nós fizemos a adesão”.

O CIS começou com os 20 municípios que eram filiados à Amosc, depois, em etapa seguinte, sete municípios da Associação dos Municípios do Noroeste de Santa Catarina - Amnoroste aderiram. Em seguida aderiram 14 municípios da Associação dos Municípios do Alto Irani - Amai, e 10 da Associação dos Municípios do Alto Uruguai Catarinense - Amauc, de acordo com o entrevistado G1.

O CIS-Amosc atente, em 2015, uma região com cerca de 500 mil habitantes, englobando 51 municípios. Atualmente, é composto por 21 municípios pertencentes à Amosc, 06 municípios da Amnoroste, 15 da Amai e 09 da Amauc.

A área de atuação do consórcio é formada pelos territórios dos municípios que o integram, constituindo-se numa unidade territorial sem limites intermunicipais para as finalidades a que se propõe (CIS-Amosc, 2009). Esse arranjo tem as características apontadas por Strelec (2011), pois possui certa

homogeneidade demográfica, trata de questões pontuais, atua sobre determinada política pública (saúde) e consegue reduzir os custos de transação.

O CIS-Amosc é constituído por municípios de pequeno e médio porte, cuja representação se dá por meio do prefeito municipal, de acordo com as Leis Municipais aprovadas pelas respectivas Câmaras de Vereadores (CIS-Amosc, 2009). Os municípios que estão consorciados ao CIS (junho/2015) são: Abelardo Luz (população de 17.651), Águas de Chapecó (6.346), Águas Frias (2.419), Alto Bela Vista (1.997), Arabutã (4.273), Arvoredo (2.276), Bom Jesus (2.771), Campo Erê (9.098), Caxambu do Sul (4.118), Chapecó (202.009), Cordilheira Alta (4.114), Coronel Freitas (10.236), Coronel Martins (2.527), Entre Rios (3.135), Faxinal dos Guedes (10.784), Formosa do Sul (2.589), Galvão (3.297), Guatambu (4.743), Ipira (4.675), Ipuacú (7.193), Irani (10.033), Irati (2.046), Itá (6.383), Jardinópolis (1.697), Jupiá (2.150), Lajeado Grande (1.479), Marema (2.046), Nova Erechim (4.654), Nova Itaberaba (4.338), Novo Horizonte (2.643), Ouro Verde (2.272), Paial (1.668), Passos Maia (4.351), Peritiba (2.931), Pinhalzinho (18.284), Planalto Alegre (2.782), Ponte Serrada (11.405), Quilombo (10.201), Santiago do Sul (1.389), São Bernardino (2.593), São Carlos (10.849), São Domingos (9.523), São Lourenço do Oeste (23.017), Seara (17.395), Serra Alta (3.317), Sul Brasil (2.661), União do Oeste (2.751), Vargeão (3.590), Xanxerê (47.679), Xavantina (4.095), Xaxim (27.336). Totalizando uma população de 553.809 pessoas (IBGE, 2015).

O acesso aos serviços disponibilizados pelo consórcio ocorre por meio das Secretarias de Saúde dos municípios integrados e a contratação é por meio do credenciamento de profissionais e laboratórios, atendendo à política pública da saúde conforme normas do SUS (CIS-Amosc, 2009).

No início do consórcio, de acordo com o entrevistado G1, diversas dificuldades surgiram. Segundo ele, a mais acentuada foi em relação aos prestadores de serviços (médicos, clínicas, laboratórios), uma vez que, na sua visão, G1, “[...] é um casta fechadíssima que você não tem acesso. Eles que boicotam. Então foi uma queda de braço”.

Quanto a sua natureza jurídica, seguindo Harmuch e Pires (2008), o CIS foi constituído sendo de interesse público. A adesão de cada um dos municípios foi aprovada pelas respectivas Câmaras Municipais. Os prefeitos integrantes do consórcio definiram o município-sede e o valor da contribuição de cada município. O estatuto do CIS dispõe sobre a natureza jurídica do consórcio, no Art. 1º do Capítulo I, expondo que o CIS-Amosc

constitui-se sob a forma de associação pública com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, regendo-se pelos dispositivos da Constituição da República Federativa do Brasil, Lei Federal 11.107/05, Decreto Federal 6.017/07, Lei Federal 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), Lei Federal 8.142/90, pelo Protocolo de Intenções e pela regulamentação que vier a ser adotada pelos seus órgãos competentes, tendo sido transformado em consórcio público em 28/03/2008.

Na área da saúde, dispositivos da Lei Orgânica da Saúde – composta pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990 – fazem menção aos consórcios. Em seu artigo 10, a Lei nº 8.080 estabelece que os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes

correspondam, desde que sejam seguidos os princípios e diretrizes do SUS. (HARMUCH E PIRES, 2008).

Com relação à Diretoria Executiva e Conselho Fiscal do CIS-Amosc, estão compostos por Presidente, primeiro e segundo vice-presidentes, primeiro e segundo secretários, Conselho Fiscal (de cinco municípios), Conselho Fiscal Suplente (mais cinco municípios), Diretor Executivo e Gerente de Programa. Observa-se na análise dos documentos fornecidos pelo CIS, que a composição procurou obedecer a critérios de diversidade de municípios, bem como de siglas partidárias de seus prefeitos representantes (CIS-Amosc, 2015).

Identificou-se, na fala dos entrevistados, que a liderança maior do CIS é atribuída aos prefeitos dos municípios consorciados. De acordo com o entrevistado G1 “Os prefeitos são grandes animadores do processo.” Apontaram também o papel dos secretários municipais de saúde que, segundo os entrevistados, valorizam o CIS como instrumento que contribui para a gestão da saúde municipal.

Na visão da entrevistada G2,

[...] quem decide são os prefeitos e os secretários. Tem um colegiado de secretários; temos uma comissão menor que é representativa: são dois representantes de cada uma das associações que fazem parte do consórcio. A gente discute nesse pequeno grupo quando tem alguma coisa pra deliberar depois leva para o grande grupo que são os 51 secretários municipais de saúde e eles, deliberando como positivo, leva para a assembleia de prefeitos que batem realmente o martelo.

Com relação à **Equipe Gestora** do CIS, foi formada por indicação e por concurso público. De acordo com o entrevistado G3, são três concursados (nos cargos de Auxiliares Administrativos) e o cargo de gerente do programa é comissionado. Nas entrevistas, não foi possível identificar a oferta sistemática de formação à equipe que atua no CIS. Sempre que fazem algum curso de capacitação é de caráter pontual.

Em 2014, o CIS passou a fazer também a compra de medicamentos conjunta para os municípios associados e mesmo com este aumento no volume de trabalho a equipe não foi ampliada. Nesse sentido, assim se expressou o entrevistado G3 “acredito que é no futuro próximo tenha que abrir concurso.”

A **política pública** atendida pelo CIS é de saúde, especialmente focado em oferecer consultas e exames de média e alta complexidade. De acordo com os entrevistados, a demanda por consultas é crescente. O entrevistado G1 reputa este crescimento ao seguinte: “O cidadão está tendo mais acesso aos serviços de saúde. Mas a atenção básica não está dando conta da demanda. Então, hoje está fácil para o profissional médico encaminhar para um especialista e daí ele encaminha...”

Algumas cirurgias também são feitas pela via do CIS. As mais demandadas, segundo depoentes, são na área da ortopedia. Em 2014, o CIS passou também a realizar a compra conjunta de medicamentos para os municípios consorciados que demandam este serviço, o que tem contribuído para barganhar por melhores preços junto aos fornecedores, de acordo com a entrevistada G2. Essa compra de medicamentos é feita por pregão eletrônico e se dá da seguinte forma, de acordo com o G3: “[...] a gente lança o edital, abre o pregão, faz o registro da ata de preços. Depois, a parte de notas o fornecedor faz diretamente com o município”.

No seu depoimento, a entrevistada M1, que é uma secretária municipal de saúde de município consorciado, declarou:

vejo a sistematização do consórcio como um grande avanço. É importante também observar o aumento no número de prestadores que passaram a atender pelo plano, isso é claro como consequência de uma busca ativa dos mesmos e da melhora dos valores da tabela.

Já a entrevistada M2, que também é secretária municipal de saúde de município consorciado, assim se expressou:

na verdade o consórcio tem sido a única possibilidade que temos encontrado para comprar serviços que deveriam estar à disposição do cidadão no SUS, mas isso não ocorre. Então o Oeste de SC encontrou no consórcio uma possibilidade de amenizar a angústia das pessoas que dependem do SUS. Ao mesmo tempo em que o consórcio é eficiente também desonera da responsabilidade os dois entes (estado e União) o que exige investimentos em saúde percentuais muito acima do que constitucionalmente é dever dos municípios.

No cenário em questão, é relevante o fortalecimento da função assumida pelos consórcios, principalmente, pelo papel que assumiram no contexto da saúde demonstrando que a articulação dos municípios que formam a Amosc de alguma forma possibilita o acesso ao direito à saúde da população regional.

6.2 Mecanismos de financiamento

O CIS está de acordo com o que afirmou Teixeira (2007), de que o financiamento dos consórcios se dá por meio de recursos do SUS e de quotas dos municípios consorciados. O volume de recursos investidos pelo CIS, em 2014, foi de 11 milhões de reais, sendo que as **fontes de financiamento**, de acordo com os entrevistados, são exclusivamente advindas dos municípios consorciados. De acordo com o G1, “Nós temos firmado com o município um contrato de rateio, ele define quanto que quer usar no consórcio, ele usa o serviço e depois ele nos paga”. A parte dos custos administrativos do consórcio é feita por rateio igualitário para todos os municípios consorciados, já a parte dos serviços de saúde oferecidos pelo consórcio é paga pelos municípios conforme o seu uso.

Observou-se que os municípios precisam ainda buscar algumas especialidades fora do consórcio visto que, conforme explanou o entrevistado G1 “Tem especialidades que nós temos no edital aberto, mas o profissional não vem, porque acha que o preço é pouco.” Salienta-se que o CIS remunera R\$ 50,00 (cinquenta reais) por consulta de especialista, a média de uma consulta particular de especialista na região é de R\$ 300,00 (trezentos reais), enquanto que, na tabela do SUS, o valor praticado é de R\$ 11,00 (onze reais). Seguindo observação de Amaral e Blatt (2011), os municípios de menor porte puderam usufruir do poder de compra e da infraestrutura administrativa do consórcio.

A entrevistada G2 declarou que o CIS só conta com “recurso do fundo municipal de saúde.” Ainda, de acordo com esta entrevistada, outra fonte que aporta recursos, mas de maneira inconstante, é o Estado de Santa Catarina:

o Estado teve aquela questão dos trinta centavos por habitante de cada município para ser utilizado na média e alta complexidade. O município poderia contratualizar com as empresas ou passar para o consórcio esse valor e abater do valor que ele repassa mensalmente para consórcio. A grande maioria optou para passar para o consórcio. Só que o estado começou a repassar no início do ano. Veio até junho de 2014, em 2015 de janeiro a junho veio.

Quando questionados se o CIS conta com algum recurso do SUS, o G1 assim se pronunciou: “Nós não consórcio recebemos nada, talvez o município receba. Ou ele usa o dinheiro que vem daquelas pactuações e dos programas tem.”

Os entrevistados não apontaram nenhuma **forma de indução** à formação do CIS de outros entes federados (estado ou união). Antes apontaram que percebem uma discrepância, sintetizada pelo entrevistado G1: “é da competência do município fazer a atenção básica, o estado fazer a média, a União fazer a alta complexidade”. No caso do CIS está atendendo competências do Estado de Santa Catarina e da União, visto que os municípios se ressentem da falta deste atendimento aos seus cidadãos.

6.3 Redes e relações

Sobre as **formas de interação/cooperação** do CIS com outras organizações, a entrevistada G2 se posicionou apontando dificuldades em relação à relação com o Estado de Santa Catarina: “A gente não sabe por que o estado também não entende o consórcio como uma ferramenta boa.” Na visão desta entrevistada,

[...] o Estado de Santa Catarina tem o discurso de que o consórcio hoje é um concorrente do SUS. A gente não consegue trabalhar com tabela do SUS. A consulta SUS remunera 11 reais, nós remuneramos 50 reais; ninguém vem trabalhar por 11 reais. Então eles entendem que a gente está burlando o sistema, que a gente deveria pagar 11 reais por que somos credenciados ao SUS, mas essa tabela está extremamente defasada. Seguimos todas as normativas de auditoria, tudo DENASUS e no final do mês a gente gera BPA, o boletim de procedimentos ambulatoriais, presta contas pra secretaria municipal de saúde de Chapecó e eles informam o ministério que, através do consórcio está se realizando aquilo ali de procedimentos, só que até hoje o ministério aceita, mas não retorna, não legítima.

De acordo com o entrevistado G1, o Estado de Santa Catarina recentemente “sinalizou com a proposta de estrutura mínima para os consórcios, sinalizando com as policlínicas de referência regional. Ele quer colocar uma policlínica em cada região que tenha consórcio e o consórcio faria a gestão desse espaço”.

Com relação a parcerias do CIS com outras entidades, a G2 informou que a equipe do CIS participa de eventos relacionados à saúde promovidos pela Secretarias de Desenvolvimento Regional-SDRs, estruturas do governo de SC.

6.4 Resultados

Em termos de serviços prestados, o CIS teve, em 2014, como resultado 200 profissionais credenciados, 20 especialidades, 25 tipos de exames e procedimentos, quase 30 mil consultas e 307 mil exames (entrevistado G1).

A entrevistada M1 relatou, que, na sua visão, “O consórcio é definitivamente muito presente e tem auxiliado na condução dos tratamentos de inúmeros usuários dentro dos municípios. Cada vez mais vemos os gestores utilizando o consórcio.”

Outro resultado qualitativo foi apontado pela M2 ao afirmar que “O consórcio tem uma enorme credibilidade na região junto aos profissionais e por isso consegue comprar diversos serviços.”

Dentre as atividades realizadas pelo consórcio, destacam-se aquelas elencadas no Quadro 3.

Quadro 3. Atividades mais relevantes do CIS

Ano	Atividade
1996	Fundação do consórcio;
2008	Transição de associação privada para consórcio público;
2014	Início dos serviços cirúrgicos;
2014	Início da compra conjunta de medicamentos por pregão eletrônico.

Fonte: CIS-Amosc (2015)

6.5 Mecanismos de controle e participação

Quanto à prestação de contas o CIS presta contas diretamente aos municípios. Adota um sistema de controle chamado GEMUS, fornecido por uma empresa terceirizada. De acordo com o entrevistado G3, o controle do serviço realizado se dá da seguinte maneira: a) o cidadão que tem a demanda procura a secretaria municipal de saúde de seu município; b) a secretaria acessa o sistema do CIS e procura na lista de credenciados o prestador do serviço demandado; c) a secretaria municipal agenda o atendimento do cidadão com o prestador; d) o paciente/cidadão vai até o prestador de serviços com uma guia impressa que tem códigos que o prestador vai lançar no sistema quando realizar o serviço; e) o CIS, depois que foi realizado o serviço, gera o faturamento e faz o pagamento ao prestador; f) acumulados todos os serviços prestados, o municípios remunera o CIS conforme seu uso dos serviços. Todo esse processo, de acordo com o G3, passa por “uma auditoria, porque depois o prestador do serviço tem que nos mandar tudo no papel, que é confrontado com o que está no sistema, é auditado para ver se está tudo correto.”

Além desse controle, de acordo com o G1, “o orçamento do consórcio é aprovado pela assembleia dos prefeitos e a partir desse ano nós (CIS) vamos passar a ser auditados pelo Tribunal de Contas do estado. Até então a gente prestava contas para o município e o tribunal auditava o município, agora eles passam a auditar o consórcio.” Contudo, o mesmo entrevistado apontou que “Nós já seguimos a contabilidade pública desde que criamos o consórcio. Então para nós isso não tem problema nenhum.”

Quando perguntado para a M1 se identifica mecanismos de controle social/participação social no CIS, ela assim respondeu: “Não, pois, não há divulgação dos gastos, nem de quais serviços e quais usuários são contemplados.”

Quanto à **questão participação** social, não se evidenciou nenhuma forma direta da participação do cidadão durante a pesquisa. De acordo com a entrevistada G2,

é meio complicado. Alguns sabem da existência do consórcio, até a gente atende bastante telefonema deles e eles têm a guia do consórcio na mão com o nome do profissional, mas antes de ligar para profissional eles ligam aqui ou se é de outro município as vezes ele vem consultar aqui no consórcio.

Outro aspecto observado pela entrevistada G2 é a necessidade de fazer uma pesquisa com o usuário cidadão para saber o índice de resolutividade dos serviços prestados pelos contratados pelo CIS, pois

[...] o volume de serviços é uma coisa impressionante, mas não necessariamente é uma coisa 100% produtiva, porque pode ser que aumentou a doença e daí não é uma coisa a ser comemorada. Mas precisamos saber se aquele procedimento resolveu o problema do paciente.

Da mesma forma, não se identificou nenhum mecanismo de comunicação direta do CIS com o usuário/cidadão além da página na internet do CIS-Amosc. Segundo o G2, “quem faz essa parte da comunicação é o município, alguns fazem bem feito, outros não. Acham que não tem importância, porque o importante é prestar o serviço.”

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, investigou-se a formação e a institucionalização dos consórcios públicos a partir de revisão bibliográfica, consulta à legislação pertinente, entrevistas com gestores e com usuários, análise de documentos específicos do CIS-Amosc.

O CIS-Amosc foi criado para atender à necessidade dos cidadãos dos municípios pertencentes à Amosc e demais associações de municípios filiadas ao CIS. Os serviços prestados concentram-se principalmente na área de consultas de média e alta complexidade a nível ambulatorial. Atualmente, é constituído por 51 municípios da Amosc, Amnoroeste, Amai e Amauc, cuja representação ocorre por meio do prefeito municipal. Nos aspectos legais, constatou-se que a principal lei que regulamenta os consórcios públicos é a Lei nº 11.107/2005, que foi implementada nove anos após a fundação do CIS-Amosc, em 1996, e o Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Na legislação da saúde, a Lei nº 8080/90 e Lei nº 8142/90 fazem menção expressa aos consórcios, facilitando seu estabelecimento. As mudanças na estrutura legal do consórcio ocorreram no ano de 2008.

O acesso aos serviços disponibilizados pelo consórcio ocorre por meio das Secretarias de Saúde dos municípios integrados e a contratação é por meio do credenciamento de profissionais e laboratórios, atendendo à política pública da saúde conforme normas do SUS (CIS-Amosc, 2009).

Com relação à organização formal, chama a atenção a inexistência de um espaço único destinado aos atendimentos, sendo que existem mais de 200 profissionais credenciados que atendem em suas clínicas e consultórios particulares.

O estabelecimento do SUS, em especial por meio do princípio da universalidade, criou um desafio para a construção de um sistema de saúde que realmente pudesse atender às suas demandas. Percebe-se que o Estado não desenvolve ações suficientes para amenizar os problemas enfrentados na área da saúde pública. O Ministério da Saúde, no ano de 1997, chegou a revelar-se favorável à implementação dos consórcios, mas não prosseguiu com uma política explícita de fomento aos consórcios intermunicipais de saúde.

As entrevistas realizadas possibilitaram identificar alguns obstáculos, como a inexistência de financiamento adequado para manutenção e modernização dos serviços e a carência de uma estrutura que contemple adequadamente a participação popular.

O CIS-Amosc, ao longo dos anos, promoveu algumas modificações nos seus objetivos, destacando-se um deslocamento de foco para os serviços secundários, como a compra de medicamentos de forma conjunta o que representou economia de cerca de 40% quando comparado à compra de medicamentos de forma individualizada por cada município.

Ao constatar o desenvolvimento de serviços coletivos que permitem o rateio das despesas e o conjunto dos gastos, que são concentrados na sua atividade fim, pôde-se refletir acerca da importância deste tipo de atividade cooperada perante os municípios de pequeno porte. Diante desse quadro, coloca-se a necessidade de ampliar este debate como objetivo de alcançar melhores formas de financiamento e recursos para manter um funcionamento adequado e capaz de atender com responsabilidade a população que depende deste mecanismo.

Para continuidade do estudo deste tema, apresentam-se perspectivas em ouvir usuários finais do CIS, em estabelecer a relação deste consórcio com o SUS, bem como em aprofundar o papel destes consórcios públicos para o desenvolvimento regional.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Silvânia Maria Sehnem do; BLATT, Carine Raquel. Consórcio intermunicipal para aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e custo. **Saúde Pública**, Florianópolis, v. 4, n. 45, p.799-801, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v45n4/2196.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2014.

ANGNES, Juliane Sachser et al. Consórcio Intermunicipal da Fronteira (CIF): descrevendo as principais ações voltadas ao desenvolvimento regional a partir da perspectiva do poder público municipal. **Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 47, p.1165-1188, out. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v47n5/a05v47n5.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2014.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 2, n. 18, p.17-26, 2004. Disponível em:

<<http://www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/Marta/ArretcheSPP2004.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 01 nov. 2014.

BRASIL. Decreto nº 6017, de 17 de janeiro de 2007. Regulamenta a Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. **Decreto Nº 6.017, de 17 de Janeiro de 2007**. Brasília, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm>. Acesso em: 20 out. 14.

BRASIL. Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. **Lei Nº 11.107, de 6 de Abril de 2005**. Brasília, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11107.htm>. Acesso em: 20 out. 2014.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Brasília, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 28 out. 2014.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Lei Nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990**. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 29 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Disponível em: <<http://www.integracao.gov.br/desenvolvimento-regional>>. Acesso em 10 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica nº 96, de 06 de janeiro de 1996. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde- SUS**. Brasília, DF, Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em: 20 out. 2014.

CALDAS, Eduardo de Lima. **Formação de agendas governamentais locais: o caso dos consórcios intermunicipais**. 2007. 227 p. Tese (Doutorado) - Curso de Ciência Política, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/.../8/.../TESE_EDUARDO_LIMA_CALDAS.pdf>. Acesso em: 13 out. 2014.

CIS-AMOSC. Consórcio Intermunicipal do Oeste de Santa Catarina. 2015. Disponível em : <http://amosc.org.br/estruturaorganizacional/hotsite/index/codHotsite/3126>. Acesso em 15 out. 2014.

CIS-AMOSC. **Estatuto do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste de Santa Catarina – CIS-AMOSC, adequado á lei federal nº 11.107/2005 e ao decreto federal nº 6.017/2007, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos.** Chapecó, 2009. 14 p. Disponível em: <http://amosc.org.br/uploads/1536/arquivos/321454_Estatuto_CIS_AMOSC_1_Alteracao.pdf>. Acesso em: 12 out. 2014.

DALLABRIDA, Valdir Roque; ZIMERMANN, Viro José. Descentralização na Gestão Pública e estruturas subnacionais de gestão do desenvolvimento: papel dos consórcios intermunicipais. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, Taubaté, v. 5, n. 3, p.03-28, dez. 2009. Disponível em: <<http://rbgdr.net/032009/artigo1.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2014.

DIEGUEZ, Rodrigo Chaloub. 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, p.291-319, jul. 2011. Disponível em: <http://centrocelsofurtado.com.br/arquivos/image/201111011227580.CD9_artigo_12.pdf>. Acesso em: 23 out. 2014.

GODOY, Arlida Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas**. [online]. 1995, vol.35, n.2, pp. 57-63. ISSN 0034-7590.

GODOY, Arlida Schmidt. BANDEIRA-DE-MELO, R.; SILVA, A. B. **Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos.** São Paulo: Editora Saraiva, 2006.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Consórcios Públicos em Saúde no Ceará: Estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde.** Ceará: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2009. Manual de orientação. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/53-manual-consorcios-publicos-em-saude-no-ceara?download=96:manual-consorcios-publicos-em-saude-no-ceara>>. Acesso em: 10 out. 2014.

HARMUCH, Eliane de Cácia; PIRES, Ariel José. Políticas públicas de saúde: consórcios intermunicipais de saúde. **Revista Eletrônica Lato Sensu**, [s.l.], ed.4, p.01-21, 2008. Disponível em: <http://www.nesc.ufg.br/up/19/o/CIS_e_politicas_publicas.pdf>. Acesso em: 28 out. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 10 fev. 2015.

LOSADA, Paula Ravanelli. **Consórcios Públicos e o Federalismo Brasileiro.** Brasília, DF: Secretaria de Relações Interinstitucionais, 2013. 22 slides, color.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O consórcio e a gestão municipal em saúde.** Brasília: Editoração Eletrônica Sérgio Lima Ferreira, 1997. 32 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_14.pdf>. Acesso em: 26 out. 2014.

MULLER, Erildo Vicente; GRECO, Marisabel. Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do Paraná. **Ciência e Saúde Coletiva**, Ponta Grossa, v. 3, n. 15, p.925-930, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a36.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2014.

NEVES, Luiz Antonio da Silva. **Consórcio intermunicipal de saúde da região de Penápolis (SP): elementos da cooperação política**. 2001. 128 p. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/4945/2/253.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2014.

OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Municípios cooperando com municípios: relações federativas e consórcios intermunicipais de saúde no Estado de São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p.107-122, jun. 2008. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_o8.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2014.

PACHECO, Regina Silvia Viotto Monteiro. Administração Pública Gerencial: Desafios e Oportunidades para os Municípios Brasileiros. **Gestão Estratégica do Município**. São Paulo, 1999, p. 39-49.

PRATES, Ângelo Marcos Queiróz. Os consórcios públicos municipais no Brasil e a experiência européia: alguns apontamentos para o desenvolvimento local. In: III Congresso CONSAD de Gestão Pública, 01., 2012, Brasília. **Congresso**. Brasília, 2012. p. 01 - 32. Disponível em: <http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material_CONSAD/paineis_III_congresso_consad/painel_1/os_consorcios_publicos_municipais_no_brasil_e_a_experiencia_europeia_alguns_apontamentos_para_o_desenvolvimento_local.pdf>. Acesso em: 28 out. 2014.

PROCOPIUCK, Mario. Estratégias em redes de políticas e em arranjos de governança multinível: um olhar sob a perspectiva da teoria da prática. **Redes**, Santa Cruz do Sul, v. 20, nº 1, p. 10 - 35, jan./abr. 2015.

STRELEC, Thamara Caroline. **Desafios da Adaptação Institucional: um estudo do impacto da “Lei de Consórcios Públicos” no estado de São Paulo**. 2011. 201 p. Dissertação (Mestrado) - Curso de Administração Pública e Governo, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8395/62090100018.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 28 out. 2014.

TEIXEIRA, Luciana da Silva. **Ensaio sobre consórcios intermunicipais de saúde: financiamento, comportamento estratégico, incentivos e economia política**. 2007. 128 p. Tese (Doutorado) - Curso de Economia, Universidade de Brasília, Brasília, 2003. Disponível em: <<http://bd.camara.gov.br/bd/>>. Acesso em: 31 out. 2014.

TENÓRIO, Fernando Guilherme. Descentralização Político-administrativa, gestão social e participação cidadã. In: DALLABRIDA. V. R. (Org.). **Governança territorial e desenvolvimento: Descentralização político-administrativa, estruturas subnacionais**

de gestão do desenvolvimento e capacidades estatais. Rio de Janeiro: Garamond. 2011.

VILELLA, Janaina. **Pequenas cidades formam consórcios**. 2005. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/451256/complemento_1.htm?sequence=2>. Acesso em: 19 out. 2014.

WEISZFLOG, Walter (Ed.). **Michaelis**. [S.l.]: Editora Melhoramentos Ltda., 2012. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=cons%F3rcio>>. Acesso em: 03 nov. 2014.

Eliane Salete Filippim. Doutora, Professora e Pesquisadora do Doutorado em Administração da Unoesc. Pós-doutora em Administração Pública e Governo pela FGV/EAESP. Rua Paulo Germano Liedke, 272, Bairro Flor da Serra, Joaçaba, SC. CEP 89.600-000. eliane.filippim@unoesc.edu.br

Evandro Antunes Moreira. Graduando em Administração. Rodovia Amaro Antonio Vieira, 2008, Bairro Itacorubi, Florianópolis, SC. CEP: 88034-101. evandroantunesmoreira@gmail.com

Sirlei Favero Cetolin. Doutora, Professora e Pesquisadora do Mestrado em Biociências e Saúde da Unoesc. Rua Columbia, 330, Bairro São Luiz, São Miguel do Oeste, SC. CEP 89.900-000. sirlei.cetolin@unoesc.br

Submetido em: 26/06/2015

Aprovado em: 21/03/2018

