

ANA VIRGÍNIA FIGUEIREDO ROCHA

**CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS: COMPLEMENTO PARA A
MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL**

SALVADOR

2004

ANA VIRGÍNIA FIGUEIREDO ROCHA

**CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS: COMPLEMENTO PARA A
MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao curso de mestrado em Economia da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestre em Economia.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida

Salvador

2004

Ana Virgínia Figueiredo Rocha

Consórcios Intermunicipais: complemento para a municipalização da saúde no Brasil

Aprovada em 2004

Orientador:

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida
Faculdade de Economia da UFBA

Sebastião Loureiro
Prof. Dr. do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA

Hamilton de Moura Ferreira Júnior
Prof. Dr. da Faculdade de Economia da UFBA

AGRADECIMENTOS

A diferença entre o ser humano e os demais animais não se restringe apenas à racionalidade. A capacidade de acumular conhecimento nos permite inovar, avançar e recuar, quando preciso. Nesse processo as trocas são imensas, não apenas os mais velhos ensinam aos mais novos, mas entre seres humanos o aprendizado é constante e segue vários fluxos em diversas direções.

Nessa minha caminhada até a conclusão desse mestrado, contei com o apoio de muitas pessoas; pretendo aqui citar as mais presentes e importantes.

Agradeço a meus pais (Abel e Eline), por tudo que deixaram de fazer para financiar os estudos de seus filhos e pelas palavras de incentivo em momentos de fraqueza e de desânimo; a minha irmã (Viviane) pela ajuda em conduzir-me por estradas já trilhadas, evitando que eu cometesse os mesmos erros e ajudando-me a desviar dos obstáculos já conhecidos; ao meu irmão (Bel) pela pureza e ingenuidade, virtudes tão raras nesses tempos de hoje; a meu companheiro (Fred) de tantos anos, pelo dia-a-dia, por aturar-me nos momentos de nervosismo, pelo silêncio nos momentos de extremo desespero em que as palavras são inúteis e pelas palavras certas nos momentos certos; a meu filho (Bruno) pelas sábias palavras (“mãe, você vai terminar essa missão impossível!”), pelas alegrias, pelo sonho realizado, pelo prazer em ensinar e aprender ao mesmo tempo; ao meu orientador (Professor Paulo Henrique) pelas ‘dicas’, que, mesmo duras, às vezes, sempre foram pertinentes, ajudando-me a voltar ao ‘chão’, visto que, normalmente, o estudante tende a idealizar que a sua dissertação será capaz de esgotar tudo sobre determinado assunto; aos meus colegas do mestrado, que compartilharam comigo de todas as dificuldades, em que, longe da situação ideal, a grande maioria se desdobra entre a atividade acadêmica e outras tantas pela sobrevivência financeira; a todos os professores e funcionários do mestrado pelo aprendizado e pela convivência; a todos os meus amigos, pela força e pelas palavras de incentivo, nos momentos em que considerei impossível terminar esse projeto, pensando, inclusive, em desistir; e finalmente, e principalmente, agradeço a Deus pela saúde e por todas as oportunidades que me foram dadas. Em um país onde muitos se encontram excluídos da possibilidade de uma vida digna, simplesmente porque não têm acesso a boas condições de educação e de saúde, ter oportunidades é o milagre!

RESUMO

Esta dissertação tem como pano de fundo a evolução da reforma sanitária no Brasil desde a década de 1970 até os dias de hoje, passando pela edição da Lei Orgânica da Saúde de 1990, que criou o Sistema Único de Saúde. Seu foco, contudo, é a “municipalização da saúde”. A partir do advento da Constituição Federal de 1988, os municípios brasileiros passaram a ter um papel fundamental na assistência à saúde. Essa descentralização, municipalização, concedeu maior poder aos municípios. Entretanto, diante das desigualdades regionais, os avanços do processo de municipalização não corresponderam ao círculo virtuoso esperado. Em algumas regiões, devido à escassez de recursos, a população continuou sem acesso aos serviços de saúde. Os consórcios de saúde surgem como alternativa de um arranjo institucional que utiliza parcerias entre municípios para oferecer serviços de saúde mais especializados, quando municípios isoladamente não apresentam condições de atender suas próprias demandas locais. A dissertação mostra ainda que os consórcios intermunicipais apresentam fragilidades que dificultam a sua sustentabilidade. A partir do estudo destas fragilidades e dos problemas mais frequentemente encontrados nos consórcios, pretende-se sinalizar as situações em que esses arranjos são favoráveis e sugerir outra alternativa para a regionalização da saúde em complemento à municipalização. Finalmente, discute-se o cartão nacional de saúde (Cartão SUS), novo instrumento para aperfeiçoar a prestação de saúde pública no Brasil, que pode ter impacto positivo na formação e consolidação de consórcios.

Palavras-Chave: saúde-municipalização, saúde-descentralização, consórcios intermunicipais de saúde, cartão SUS, saúde-regionalização.

ABSTRACT

This dissertation has as background the evolution of the sanitary reforms performed in Brazil since the seventies until nowadays, passing through the edition of the Organic Health Law in 1990 that created the Unique Health System (SUS). Its focus, however, is the “health municipalization. Since the promulgation of the Federal Constitution of 1988, the Brazilians municipalities have a fundamental role in health care. This decentralization, called municipalization, granted more power to the municipalities, however, due to regional inequalities, the advances of the municipalization process did not correspond to the expected virtuous circle. In some regions, due to the scarcity of resources, the population continues without access to health services. Health consortia appeared as an alternative and constitute an institutional arrangement that use partnerships with municipalities to offer more specialized health services since, isolated, the municipalities do not have conditions to attend local demands. The dissertation also shows that the intermunicipal consortia have fragilities that impair their sustainability. From the study of these fragilities and the problems more frequently found in the consortia, it is intended to show the situations in which the partnerships are favorable and suggest other alternative for health regionalization as a complement to municipalization. Finally, it is discussed the national health card (SUS-Card), a new instrument to improve public health care services in Brazil that can have a positive impact in the formation and consolidation of consortia.

Key words: health-municipalization, health-decentralization, intermunicipal health consortia, SUS-card, health-regionalization.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações de Integração Social
CA	Comunidade Autônoma (Espanha)
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória sobre as Movimentações Financeiras
CSLL	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
ECT	Economia dos Custos de Transação
FINSOCIAL	Fundo de Investimento Social
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
GM	Gabinete do Ministro
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
GPABA	Gestão Plena da Atenção Básica Avançada
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NEI	Nova Economia Institucional
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PIASS	Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIS	Plano de Integração Social
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPA	Plano de Pronta Ação
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAS	Terminal de Atendimento ao SUS
UCA	Unidade de Cobertura Ambulatorial

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	13
2.1	OS CONCEITOS DE ‘DESCENTRALIZAÇÃO’	14
2.2	A ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL ANTES DA REFORMA SANITÁRIA	15
2.3	MOVIMENTO MUNICIPALISTA BRASILEIRO DE 1970 A 1988	17
2.4	A DÉCADA DE 1990 E AS SUCESSIVAS NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS	22
2.4.1	Financiamento da saúde pública no Brasil	23
2.4.2	As Normas Operacionais Básicas	25
2.4.3	Dificuldades para a consolidação da municipalização	27
2.5	RESULTADOS DA DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE	30
3	CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE	37
3.1	DEFINIÇÃO E CRIAÇÃO DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE	38
3.2	EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS DE CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS	40
3.3	CARACTERÍSTICAS DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NO BRASIL	43
3.3.1	Forma Jurídica	44
3.3.2	Estrutura Administrativa	45
3.3.3	Financiamento	46
3.3.4	Recursos humanos envolvidos	46
3.3.5	Vantagens	47
3.4	PERFIL DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NO BRASIL	48
3.4.1	Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais	51
3.4.2	Consórcios Intermunicipais de Saúde no Paraná	55
3.4.3	Consórcios Intermunicipais de Saúde no Mato Grosso	55
3.4.4	Perspectivas	56
4	A REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	58
4.1	PROBLEMAS DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE	58
4.2	CONDUTAS DOS AGENTES NOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE	60
4.3	REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL	64
4.3.1	Controle Social	66
4.3.2	Gestor Estadual	69
4.4	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CARTÃO SUS)	72
4.4.1	Concepção do Cartão SUS	73
4.4.2	Principais Objetivos	74
4.4.3	Etapas para a implantação	75
4.4.4	Dificuldades para a implantação	76
4.5	ALTERNATIVAS PARA A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE	79
5	CONCLUSÕES	82
	REFERÊNCIAS	87

1 INTRODUÇÃO

A reforma sanitária no Brasil avançou gradativamente. Até a década de 1950, apenas os segurados previdenciários e seus dependentes usufruíam a assistência médica oficial. A população em geral encontrava-se excluída, sem acesso aos serviços de saúde.

Durante a década de 1970, enquanto o regime autoritário ainda governava o Brasil, já se faziam presentes alguns movimentos de sanitaristas clamando por mudanças na assistência à saúde.

No mesmo período, as crises do petróleo, implicando graves dificuldades econômicas nos países centrais, fortalecem o discurso neoliberal pela busca de um Estado-Mínimo, no qual o papel do Estado deveria limitar-se apenas às ações para as quais o mercado não fosse o melhor mecanismo de coordenação.

Nesse ambiente, a reforma sanitária ganha espaço. Mas, apesar da onda neoliberal, a Constituição de 1988 estabelece para o Estado Brasileiro um papel atuante na garantia do bem-estar social à sua população. Os Municípios seriam os grandes beneficiados com a elevação da receita disponível.

Na prática, entretanto, os municípios continuaram apresentando grande vulnerabilidade fiscal e o Estado de bem-estar social institucionalizado na Constituição não aconteceu. O processo de descentralização das funções públicas, principalmente daquelas voltadas às políticas sociais, exerceu forte impacto nas finanças dos municípios. Se por um lado aumentaram as fontes de recursos para esses entes federativos, por outro, também cresceram consideravelmente os seus gastos.

Os primeiros anos da década de 1990 foram marcados por discussões para regulamentar as premissas definidas na Constituição de 1988. Nesse contexto foram editadas as Normas Operacionais Básicas de 1991, 1993 e 1996. Essas normas representam instrumentos de regulação do processo de descentralização e tratam dos aspectos de divisão de responsabilidades, das relações entre gestores e dos critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios.

Diante das inúmeras dificuldades encontradas por muitos gestores municipais para oferecer serviços de saúde para a sua população, principalmente em municípios pequenos com recursos ínfimos, inicia-se uma época de busca de alternativas para contornar as ineficiências advindas com a descentralização da assistência à saúde. Apesar da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) já ter estabelecido os consórcios entre municípios como instrumento para a prestação de serviços de saúde, apenas em meados da década de 1990, em algumas regiões do Brasil, aparece a formação de consórcios intermunicipais de saúde.

Este trabalho analisará esses arranjos institucionais, verificando se eles equacionam definitivamente as dificuldades da descentralização da saúde e se representam a única alternativa encontrada pelos gestores municipais para atender às demandas de suas populações pelos serviços de saúde.

No **Capítulo 2**, será analisado o processo de descentralização. Como este termo pode apresentar diversos significados, estará delineado o contexto de descentralização no qual se enquadra a municipalização da saúde pública definida pela Constituição do Brasil de 1988.

A reforma sanitária brasileira não aconteceu subitamente, principalmente por que seus primeiros passos foram dados num período de autoritarismo conduzido pelo regime militar. Além disso, com as primeiras crises do petróleo (1973 e 1979), os países centrais questionavam o papel do Estado na promoção das políticas públicas. Assim, será apresentado sucintamente como os cenários nacional e mundial foram determinantes no modelo e na condução da reforma sanitária iniciada em fins de 1960, até a sua formalização na Constituição de 1988.

Durante a década de 1990, foram negociadas as regras para tornar aplicáveis as premissas determinadas pela Constituição Federal de 1988. Surgem, assim, as Normas Operacionais Básicas. Diante da complexidade do serviço a ser prestado, implicando muitos pontos para regular, e diante das desigualdades entre as regiões brasileiras, problemas não previstos nesses normativos foram surgindo, causando ineficiências no SUS como um todo. Esse ambiente favoreceu a formação dos consórcios intermunicipais de saúde.

Identificaram-se propostas de consórcios municipais, buscando evitar a pressão de gestores municipais para oferecer todos os níveis de atenção, com capacidade resolutiva que pudesse criar pólos regionais de cuidados diagnósticos e terapêuticos especializados (CORDEIRO, 2001, p. 324).

No **Capítulo 3** serão apresentados os consórcios intermunicipais de saúde com as suas principais características; as formas jurídicas e estruturas administrativas mais usuais; as principais formas de financiamento; o perfil dos profissionais de saúde dos consórcios e as vantagens deste arranjo na busca de uma maior eficiência na prestação da assistência pública à saúde em todos os níveis. Na intenção de enriquecer o debate, ainda nesse capítulo, serão apresentadas algumas experiências internacionais de arranjos semelhantes aos consórcios intermunicipais de saúde do Brasil.

Existem, atualmente, mais de cem consórcios intermunicipais de saúde em atividade no País. Teoricamente, este tipo de associação beneficiaria mais efetivamente os municípios mais pobres, com poucos meios, em regiões brasileiras mais carentes, que utilizariam a parceria para superar a escassez dos recursos. Entretanto, observa-se que esse tipo de arranjo está mais concentrado nas regiões Sudeste e Sul do Brasil; ou seja, as experiências mais bem sucedidas são observadas em regiões brasileiras com melhores índices sociais.

A análise será centrada na formação desses arranjos institucionais em três estados brasileiros (Minas Gerais, Paraná e Mato Grosso). Minas Gerais e Paraná foram escolhidos pela expressividade em municípios consorciados, em relação a todos os consórcios constituídos no Brasil, 50% e 13%, respectivamente; Mato Grosso, por estar fora do eixo Sudeste-Sul (tabela 7). Tratar-se-á de avaliar o que essas experiências têm em comum e as perspectivas para a sustentabilidade desses arranjos.

No **Capítulo 4** serão apresentados os problemas mais comuns encontrados num consórcio intermunicipal de saúde, relacionando-os com as suas causas mais prováveis.

Serão apresentados alguns mecanismos de regulação possíveis para a sustentabilidade dos consórcios intermunicipais de saúde, bem como para a de qualquer outro mecanismo utilizado para regionalizar a assistência à saúde no Brasil. Nesse contexto, será analisada a importância do gestor estadual no processo de regionalização da saúde, uma vez que, em princípio, este ente é o maior conhecedor das demandas regionais, dos recursos disponíveis e das vantagens

locais. Assim, ele poderá orientar e coordenar a formação de relações intergovernamentais, buscando unir esforços para que a assistência à saúde em todos os níveis fique acessível a todos.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001 (NOAS-SUS 01/2001) resgatou a importância do gestor estadual no processo de regionalização da saúde. Esse normativo determinou diversas ações a serem desenvolvidas pelo gestor estadual com o objetivo de disponibilizar ações de média e alta complexidade para todos, utilizando-se para isso das capacidades regionais.

O **capítulo 4** apresenta ainda informações sobre o Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), este novo instrumento que vem sendo implantado como ferramenta para auxiliar na consolidação da assistência à saúde coerente com o preceituado na Constituição Federal de 1988, como um direito de todos e um dever do Estado.

O Cartão SUS possibilita a vinculação dos procedimentos realizados no âmbito do SUS ao usuário, ao profissional de saúde que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados. Dentre os diversos ganhos que este instrumento poderá trazer para uma assistência à saúde mais eficiente em todos os níveis de atenção para todos os brasileiros, imagina-se que poderá auxiliar o processo de regionalização da saúde. Os municípios maiores poderão atender às populações dos municípios vizinhos sem ônus para os seus próprios cofres. Uma vez que o município de origem de qualquer cidadão é identificável, facilmente poderão ser efetuadas as compensações financeiras entre os municípios.

Por fim, depois de identificadas duas das possíveis soluções para a regionalização da saúde, que complementam a municipalização, serão apresentadas as situações mais favoráveis para a utilização de cada uma delas. A regionalização não significa um recuo da descentralização, ou uma recentralização de poderes, já que é vista como uma alternativa que completa o processo de municipalização. O objetivo da regionalização é viabilizar para toda a população o acesso a todos os níveis de atenção à saúde. Com a regionalização será possível unir as capacidades individuais de cada município em benefício de toda uma região, sem retirar a autonomia e a responsabilidade pela assistência à saúde do gestor municipal.

2 A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

No Brasil, até meados da década de 1950, prevaleciam os sistemas de saúde mantidos por empresas, restritos apenas aos seus trabalhadores. Ao longo do tempo, as intervenções governamentais criaram a Previdência Social, que passou a ser responsável pela assistência médica de determinadas categorias de trabalhadores urbanos. A população que não pertencia a essas categorias encontrava-se excluída de qualquer acesso à assistência de saúde pública.

O modelo de assistência à saúde predominante no Brasil até então não tinha qualquer caráter de universalidade e de equidade. A reforma sanitária que vem ocorrendo no Brasil foi idealizada por posições contrárias a esse modelo, todavia de certa forma também agradava às tendências neoliberais favoráveis à redução das responsabilidades do Estado.

Mundialmente, discutia-se a necessidade da redução do papel do Estado, atribuindo-lhe a responsabilidade pelos crescentes déficits, por orçamentos inacessíveis, com gastos incompatíveis com receitas; e pela ineficiência em ofertar serviços e produtos que exigem constantes investimentos tecnológicos, onerosos para o Estado, e que, por sua vez, são atrativos para o mercado, onde a competitividade estimularia naturalmente a busca pela eficiência. Assim, caso o Estado transferisse para o mercado a responsabilidade pela oferta desses determinados serviços e produtos, certamente, aumentaria a parcela de suas receitas para atender àquelas ações de sua responsabilidade precípua.

Neste processo fazia-se necessário mudar as formas de atuar, bem como os limites dos Estados-Nação.

Num país como o Brasil, em que o papel federativo da União ainda era muito concentrador, as dificuldades espaciais e as disparidades regionais impediam que a oferta de assistência de saúde pudesse ser universal, equânime e justa. Fazia-se necessário, pois, descentralizar as responsabilidades, para que os gestores municipais, mais próximos do cidadão, supostamente melhor conhecedores das necessidades da população, pudessem desempenhar com maior eficiência a prestação de serviços públicos de saúde.

Gradativamente, percebeu-se que não bastava transferir responsabilidades, era necessário que os municípios tivessem receitas compatíveis, para atender ao crescimento dos gastos. Além

disso, as enormes diferenças regionais não permitiram que a municipalização da saúde acontecesse de forma homogênea em todas as regiões brasileiras.

Esta situação foi melhor percebida nos primeiros anos da década de 1990. Até então, apenas as responsabilidades estavam transferidas para os municípios e, muitas vezes, estes não se encontravam capacitados para gerir plenamente as ações de saúde. Após a implementação das Normas Operacionais Básicas de 1993 (NOB-SUS 01/93), inicia-se definitivamente uma nova forma de assistência pública à saúde no Brasil.

2.1 OS CONCEITOS DE ‘DESCENTRALIZAÇÃO’

Este tema vem sendo analisado por muitos pesquisadores, tendo sido determinadas algumas tipologias diversas conforme o campo de estudo de cada um. Para uns, a descentralização pode adotar três dimensões, a saber: a administrativa, a política e a social (SOUZA, 2002; GUIMARÃES, 1997). Outros preferem classificá-la em dois tipos: descentralização intragovernamental - de “dentro para dentro” do próprio governo - e interinstitucional - de “dentro para fora” do órgão governamental que descentraliza (SILVA, 2001; MENDES, 1988).

Para os primeiros, na **dimensão administrativa** a descentralização refere-se à delegação, ou seja, transferência de competências e de funções entre unidades, entre esferas de governo ou entre órgãos, visando buscar maior eficácia na gestão pública, eliminação de intermediações burocráticas e aproximação da relação Estado-cidadão, que corresponderia à **desconcentração**, subtipo da descentralização intragovernamental, conforme a tipologia adotada pelo segundo grupo de pesquisadores. Seja qual for o nome adotado (descentralização administrativa ou desconcentração) trata-se apenas de um arranjo mais flexível no processo de implementação das políticas e ações de governo. Neste conceito não há delegação de poder, visto que não há a possibilidade de alterar o que foi decidido pelos órgãos centrais.

Na **dimensão social**, a descentralização traduz-se como participação social na gestão pública. Ou seja, transferência de poder para a sociedade civil. O segundo grupo de pesquisadores denominou este tipo de **delegação** (subtipo da descentralização interinstitucional). No Brasil, esta descentralização tem como atores as organizações não-governamentais e outras entidades.

Constitui a delegação uma das estratégias de ampliação da privatização do atual governo, que se substancia no plano diretor de reforma do aparelho de Estado do Ministério da Administração e Reforma do Estado – MARE (SILVA, 2001, p. 56).

Na **dimensão política**, a descentralização é uma estratégia para redistribuição do poder político do centro para os entes subnacionais, que representa uma maior democratização do poder, com uma multiplicação de agentes autônomos envolvidos a fim de melhorar a eficiência da gestão pública. Para o segundo grupo de pesquisadores, esse tipo é chamado de **descentralização territorial** ou **devolução**, em que há transferência do poder de agir e também do poder de decidir.

No Brasil, a reforma sanitária idealizada pelos seus mentores corresponde exatamente ao conceito de descentralização territorial (devolução) ou descentralização na dimensão política. “A municipalização é um conceito de prática político-administrativa sempre pertencente ao processo descentralizador e democratizante” (SANTOS, 1993, p. 44).

Apesar de não haver uma relação direta entre descentralização territorial e mais equidade e universalidade no acesso às políticas sociais, acredita-se que em estados federalistas, como o Brasil, descentralizar certamente será uma forma mais eficiente de prestar a assistência à saúde, desde que sejam consideradas as complexidades e diversidades regionais e que soluções sejam buscadas para contornar as dificuldades de cada local.

2.2 A ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL ANTES DA REFORMA SANITÁRIA

Embora desde a Constituição de 1934, em seu artigo 13, tenha sido introduzido o conceito de autonomia municipal junto com os princípios da eletividade dos prefeitos e vereadores, de tributos compartilhados e de competência tripartite, o município brasileiro viveu, até o final da década de 1980, momentos de maior e menor autonomia (BRASIL, 1934).

Provavelmente, foi no período de 1964 a 1980 que os municípios tiveram menor poder político, comparado com os demais entes da federação. Despojados de atribuições e de recursos, os municípios perderam drasticamente autonomia e espaço político.

A partir de 1964, o regime autoritário promoveu um profundo processo de concentração na esfera federal, tanto das receitas públicas, quanto das funções de Estado. A assistência à saúde tornou-se, primordialmente, responsabilidade da União, com os Estados e Municípios totalmente dependentes. Esta centralização incentivou durante décadas ações e serviços de assistência médica de base hospitalar, bastante dissociados de ações integradas de promoção, prevenção e proteção da saúde. Predominava a opção de compra de serviços da esfera privada para a provisão da assistência médico-hospitalar, ampliando a participação do segmento privado e o volume de repasses do Ministério da Saúde, sem um correspondente aumento dos serviços por parte dos prestadores públicos de saúde.

A assistência médico-hospitalar individual era vinculada ao sistema previdenciário e aos prestadores de assistência médica, privados ou públicos não governamentais, contratados ou conveniados, enquanto a atribuição das funções de saúde pública coletiva (controle de doenças, vigilância sanitária e epidemiológica) era vinculada ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde. Essa fragmentação exigia uma política setorial integrada, o que, definitivamente, não ocorria.

Segundo Silva (2003, p. 72), neste período a assistência à saúde era prestada por seis segmentos:

- a) Previdenciário – envolvendo estabelecimentos próprios do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com postos de assistência médica e hospitais de médio e grande porte, e estabelecimentos privados;
- b) Médico-sanitário – vinculado ao Ministério da Saúde que mantinha uma rede própria de unidades ambulatoriais para cuidar especificamente de algumas ações (combate ao câncer e à tuberculose, atenção materno-infantil, etc.), além da rede da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fundação SESP), encarregada da prestação de serviços de assistência médica e de saneamento básico nas regiões mais distantes e pobres do país;
- c) Hospitais Universitários – vinculado ao Ministério da Educação, mantendo, além das atividades de ensino e pesquisa, serviços de magnitude e complexidade diferenciadas;

- d) Unidades das Forças Armadas – rede própria de hospitais e ambulatórios;
- e) Unidades Estaduais e Municipais – postos e centros de saúde;
- f) Unidades Privadas e autônomas voltadas para segmentos populacionais de maior poder aquisitivo.

2.3 MOVIMENTO MUNICIPALISTA BRASILEIRO DE 1970 A 1988

Algumas mudanças no intuito de atenuar as desigualdades ocorreram a partir da década de 1970, decorrentes da implantação das seguintes ações e/ou instituições:

- a) o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), que incorporou parcialmente a população rural;
- b) o Plano de Pronta Ação (PPA), que estendeu a toda a população, independentemente de vínculo previdenciário, o atendimento de urgência e emergência;
- c) o Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que expandiu a cobertura com atenção básica de saúde; e
- d) as Ações Integradas de Saúde (AIS), que ampliaram a cobertura dos serviços de assistência médico-hospitalar à população não-previdenciária.

Com o surgimento do PIASS, em 1976, o processo de descentralização da saúde passou a ter a participação do governo federal. Esse programa, concebido pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República, recebeu influência de técnicos que partilhavam idéias do incipiente movimento pela reforma sanitária. Tratava-se de um programa de medicina simplificada, tendo como principal objetivo expandir o número de postos de saúde para o atendimento das doenças mais comuns. Inicialmente, o programa foi implantado no Nordeste e depois se espalhou por todo o País. “A rede ambulatorial pública passou de 1.122 para 13.739 unidades em um período de dez anos” (MENDES **apud** SILVA, 2001, p. 59).

Nesse sentido, pode-se afirmar que, a partir dos anos de 1970, corriam, paralelamente, dois planejamentos de saúde que, contraditoriamente, se completavam: um cuidava de viabilizar o projeto hegemônico do modelo médico assistencial predominantemente ofertado por instituições privadas e, outro, o modelo de medicina simplificada para os marginalizados das periferias urbanas e das zonas rurais.

O modelo assistencialista apresentava as seguintes distorções: excesso de atividades no âmbito da medicina curativa; exclusão na cobertura assistencial de grande parte das pessoas não cobertas pela assistência previdenciária; falta de controle político das ações desenvolvidas pelo setor privado médico-hospitalar contratado, implicando ocorrências de fraudes, desvios, desperdícios e custos crescentes; e fraco impacto deste modelo nos indicadores de saúde. Os atores envolvidos neste modelo eram o Estado, como o grande financiador das ações desenvolvidas, o setor privado nacional, como maior prestador de assistência médico-hospitalar e o setor privado internacional, como fornecedor de insumos e medicamentos.

O sistema de saúde no Brasil, até o final dos anos de 1970, era caracterizado pela diferenciação e pela desigualdade no acesso. Apenas parte da população – segurados previdenciários e seus dependentes – usufruíam da assistência médica oficial.

Após o longo período autoritário, os anseios de participação e de expressão política construíram um consenso contra a centralização das decisões políticas que tinha marcado o Estado nos anos imediatamente anteriores à democratização. O movimento pela abertura política recolocou em cena a necessidade de um verdadeiro federalismo, com reformas sociais que afirmassem as identidades regionais e estaduais. Consolidaram-se as demandas por descentralização e por uma reforma tributária que garantisse mais recursos para estados e municípios.

Surge, no início dos anos de 1980, uma nova política de saúde, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, conhecido naquela época como Prev-Saúde. O cenário no Brasil era de “grave crise da Previdência Social, inflação galopante, recessão econômica e com mais de 40 milhões de brasileiros sem acesso aos serviços de saúde” (SILVA, *op. cit.*, p. 61).

Esse programa, elaborado conjuntamente entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social, previa a reorganização do sistema de saúde, com

regionalização, hierarquização, participação da comunidade e atenção integral. Ou seja, pelos idos de 1980 pretendia-se estabelecer para a assistência à saúde, basicamente, as mesmas premissas que vieram a ser adotadas para o Sistema Único de Saúde, cerca de uma década à frente.

Uma vez que o momento político no início da década de 1980 não era propício para a descentralização, com o autoritarismo ainda imposto pelo Governo central brasileiro, o Prev-Saúde não saiu do papel.

Paralelamente, o projeto neoliberal propagado e implantado nos países em desenvolvimento considerava que a crise econômica e social se devia ao intervencionismo estatal, que interferia nas decisões de mercado tutelando interesses particulares. Acusava o Estado de não conseguir eliminar a pobreza, criando uma dependência paternalista e prejudicando as composições ótimas de alocação de recursos. A solução para esses problemas seria a redução da intervenção do Estado na economia, através da privatização e da desregulação das atividades econômicas, assim como a limitação de suas funções relacionadas ao bem-estar social e a desagregação de grupos organizados a fim de favorecer a competição e o individualismo, motores da iniciativa e do estímulo a empresários e trabalhadores. O Estado deveria intervir apenas onde os agentes privados não pudessem ou não quisessem produzir e, na questão social, garantindo apenas o mínimo para aliviar a pobreza.

Segundo Nero (1995, p. 16), percebia-se que no Brasil, assim como em outros países periféricos, os serviços de saúde para a população estavam distorcidos por uma série de razões: não correspondiam às necessidades da população; a distribuição geográfica dos recursos era extremamente desigual; em algumas áreas existia excessivo uso de alta tecnologia médico-hospitalar para tratar os efeitos de moléstias preveníveis; ocorria o uso excessivo de medicamentos; muitas vezes, as internações, as referências a outros níveis e os exames realizados eram desnecessários; existia competição do setor privado com o setor público por exames auxiliares lucrativos e cirurgias eletivas; e a distribuição do financiamento proveniente da seguridade social era feita sem mecanismos apropriados de controle.

Para equacionar a situação precária da prestação de serviços públicos de saúde no Brasil, a reforma sanitária era imprescindível. Além disto, de certa forma ela também agradava as

tendências neoliberais que clamavam pela necessidade de consolidar a estrutura de Estado-mínimo.

Desta forma, a reforma sanitária brasileira teve no deslocamento de poder uma condição necessária para viabilizar os objetivos do SUS. Nesse processo existiam duas racionalidades impulsionadoras. Uma racionalidade sanitária, para a qual a descentralização era uma estratégia de democratizar a saúde, e uma racionalidade política, que utilizava a descentralização como estratégia para transferir responsabilidades para instâncias subnacionais, diminuindo assim a participação do Governo Federal e aumentando a dos estados e municípios.

A racionalidade sanitária era defendida por médicos, enfermeiros, donas de casa, trabalhadores de sindicatos, religiosos e funcionários de postos e secretarias de saúde, que desejavam um novo sistema público de saúde. Esse movimento orientava-se pela idéia de que todos têm direito á saúde e que o governo, juntamente com a sociedade, tem o dever de fazer o que for preciso para que esse objetivo seja alcançado.

E, por trás da racionalidade política encontravam-se os objetivos macroeconômicos impostos por instituições internacionais financiadoras dos países ricos, tais como o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial, impondo condições, tais como restrição orçamentária, redução dos gastos e dos investimentos em ações sociais, enfim, determinando que os Governos dos países periféricos estabelecessem o Estado-mínimo, liberando receitas da União para pagamentos de juros. Dentro desse escopo enquadra-se o processo de privatizações, transferindo para o segmento privado a responsabilidade pelas ações em que o mercado representa uma forma de coordenação mais eficiente; bem como transferindo responsabilidades pelos gastos sociais para instâncias subnacionais.

A partir da década de 1980 o processo da reforma sanitária brasileira, conforme apresentado por Cordeiro (**op. cit.**, p. 322), foi marcado pelos seguintes acontecimentos:

- a) Implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que atingem aproximadamente 664 municípios, correspondendo à cerca de 70% da população do país, no período 1982-1986;

- b) Expansão das AIS e implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) – estratégia-ponte para o SUS, envolvendo a totalidade das Secretarias Estaduais de Saúde e cerca de 2.500 municípios (1987-1990);
- c) Promulgação da Constituição Federal de 1988 e aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90).

As AIS representavam um reforço no processo de descentralização, ao propiciarem a assinatura de convênios entre União, Estados e Municípios, voltados para o desenvolvimento de ações de saúde pública e de assistência médica.

A proposta das Ações Integradas de Saúde surge no âmbito das medidas propostas pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), visando coordenar as instituições públicas federais, estaduais e municipais para uma ação comum, integralizando as ações preventivas e curativas, utilizando plenamente a capacidade instalada da rede pública, através de uma rede regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde (CORDEIRO, 1989, p. 15).

A prioridade dada a esse programa permitiu que as prefeituras municipais se estruturassem e expandissem a oferta de serviços, criando, assim, uma base material e administrativa para a municipalização da saúde.

Em 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), concebido por técnicos sanitaristas, como uma estratégia intermediária para o SUS.

Tratava-se, portanto, de implementar um conjunto de ações que prepararia a unificação do sistema, tendo como característica fundamental a reestruturação das funções do INAMPS, que se especializaria no planejamento, no acompanhamento e controle das ações de saúde (*ibid.*, p. 16).

Segundo Gerschman (1999, p.133), a Constituição de 1988 reconsiderou o papel de Estados e Municípios, perante a União, redefinindo o pacto federativo, que passou a ter, como eixo, a descentralização das definições políticas, dos recursos financeiros e dos serviços para as instâncias descentralizadas (Estados e Municípios), saindo do campo virtual e se colocando no plano da disputa de interesses dos atores políticos no âmbito local, estadual e federal, e redimindo, assim, o município brasileiro da condição de mera repartição local de um Estado central todo-poderoso, a que fora reduzido pela Constituição de 1967 e pela Emenda Constitucional de 1969.

Assim, as propostas do movimento sanitário foram incorporadas à nova Constituição, definindo-se como princípio da reestruturação do setor o Sistema Único de Saúde, com ênfase na municipalização dos serviços de saúde. Observa-se que quanto mais o poder se deslocou para os municípios, mais a reforma sanitária foi favorecida. Entretanto, os gestores locais esbarravam em dificuldades estruturais que não se resolviam com a simples ampliação da autonomia. Além disso, a descentralização da política de saúde teve que lidar com a desigualdade existente entre os municípios da federação, levando o processo de regulamentação do setor, através das normas operacionais básicas (NOBs), a ter difícil acolhida para a efetiva municipalização da saúde.

A história da reforma sanitária brasileira já apresentava evidências de que as diversidades e heterogeneidades de cada município eram fatores decisivos para explicar os avanços e recuos verificados com a municipalização da saúde.

2.4 A DÉCADA DE 1990 E AS SUCESSIVAS NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS

Alguns pesquisadores consideravam que o processo de municipalização no Brasil seria marcado por um círculo virtuoso, em que gradativamente ocorreriam avanços sucessivos. Entretanto, essa realidade não foi observada. A principal explicação foi a diversidade de realidades entre os municípios, decorrente de fatores econômicos (disponibilidade de recursos financeiros, diretamente relacionada com o PIB dos municípios), educacionais (qualidade dos recursos humanos prestadores de serviços de assistência à saúde) e histórico-culturais (participação ou não da sociedade no controle social).

O principal constrangimento relacionado com a descentralização e com a prestação de serviços sociais está nas disparidades inter e intra-regionais, o que desmonta a hipótese implícita na literatura de que um círculo virtuoso seria estabelecido por políticas descentralizadoras e que as virtudes da descentralização se distribuiriam equitativamente (SOUZA, 2002, p. 437).

Até o início dos anos de 1990, no Brasil, não se observou efetivamente a municipalização da política pública de saúde. Apenas no final dessa década, houve uma significativa mudança nas transferências diretas de recursos da esfera federal para a municipal. A tabela 1 revela a mudança na distribuição dos gastos públicos em Saúde entre os três entes da federação nos anos de 1989, 1992 e 1998.

Tabela 1 - Distribuição dos gastos em Saúde no Brasil por ente federativo (%).

Ano	União	Estados	Municípios
1989	82,4	8,4	9,2
1992	72,3	14,9	12,8
1998	55,4	0,4	44,2

Fonte: GERSCHMAN, *op. cit.*, p. 135

Tabela 2 – Brasil - Gastos do Ministério da Saúde 1993-1998

Ano	Gasto Total em R\$ milhões (Base - Dez/98)	Gasto <i>Per Capita</i> R\$	Participação no PIB (%)
1993	12.822	85,0	2,11
1994	13.021	85,2	2,15
1995	18.614	120,1	2,31
1996	16.154	102,8	1,85
1997	18.569	121,8	2,14
1998	17.541	109,5	1,94

Fonte: Ministério da Saúde *apud* SANTOS, 2001, p. 29

Paralelamente à nova distribuição dos gastos públicos em saúde, observou-se que a evolução desses gastos, durante a década de 1990, não foi regular. A tabela 2 apresenta esses dados. Verifica-se um crescimento de cerca de 45% dos gastos totais de 1993 a 1995; de 1995 a 1996 observa-se uma redução de 13%; de 1996 a 1997, um crescimento de 15% e, de 1997 a 1998, uma redução de 6%. Variações semelhantes também são observadas nos gastos *per capita*. Por sua vez, a participação dos gastos com saúde em relação ao PIB Brasileiro, apesar de apresentar uma tendência semelhante, praticamente não variou no período.

Nesse período, a saúde pública no Brasil apresentava-se em crise, visto que não existiam regras claras para o financiamento e para a atuação de cada ente federativo, definindo precisamente as responsabilidades de cada um. Sendo assim, as dificuldades para a implantação da municipalização da saúde eram imensas.

2.4.1 Financiamento da saúde pública no Brasil

Para que os municípios tenham condições de gerir plenamente seu sistema de saúde, é necessário que tenham recursos financeiros e humanos disponíveis para tal. Durante toda a década de 1990, os critérios de repasses dos recursos financeiros para subsidiar as ações de saúde não apresentaram consistência, nem regularidade.

Qualquer que seja o diagnóstico é, no entanto, crescente a percepção de que a área da saúde enfrenta problemas no seu esquema de financiamento, inviabilizando a realização de uma política mais efetiva. Em outras palavras, com o quadro deteriorado do financiamento da saúde, acrescido do agravamento das questões sociais no país – deterioração das condições de vida; desemprego; baixos salários; e concentração na distribuição de renda - aliadas ao aumento de população e ao surgimento de doenças velhas e novas epidemias, evidenciam, ainda mais, a crise da saúde (MENDES; MARQUES, 1999, p. 213-214).

A irregularidade estava associada à própria crise de financiamento do Estado. Não havia padrão na estrutura de financiamento, nem um percentual fixo definido para ser extraído de cada fonte. A introdução da CPMF (Contribuição Provisória sobre as Movimentações Financeiras) no financiamento desse setor não trouxe o impacto esperado, porque houve substituição das fontes que tradicionalmente custeavam a saúde, como a CSLL (Contribuição Social sobre o Lucro Líquido). Também não existia uma política regular e realista de saúde para o país.

Não havia, contudo, a delimitação de papéis e tarefas entre essas esferas, de modo a garantir a complementaridade dos esforços, nem tão pouco estavam definidas as fontes de receita e níveis de comprometimento de cada esfera de governo com o financiamento das ações. Essa situação ambígua ensejou, no início da década de 1990, uma grave crise de financiamento da saúde, atenuada nos anos seguintes mediante aumento do volume de recursos municipais aplicados no setor, a descentralização da execução das ações aos governos locais e a reformulação das fontes de financiamento federal (TEIXEIRA; TEIXEIRA, 2003, p. 384).

A Constituição de 1988 determinou, no art. 55 de suas disposições transitórias, que até a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), pelo menos 30% do total do orçamento da Seguridade Social (Previdência Social, Assistência Social, Sistema Único de Saúde e Seguro Desemprego), com exceção do estimado para atender o seguro-desemprego, seriam destinados ao setor saúde. Após a aprovação da Lei Orgânica do SUS, em 1990, contudo, os repasses da seguridade social para a saúde sofreram reduções sucessivas.

A rigor, durante anos, houve, praticamente, uma especialização das fontes da Seguridade Social: os orçamentos destinaram a maior parte dos recursos do Finsocial para a saúde; da Contribuição sobre o Lucro para a Assistência; e das contribuições de empregados e empregadores para a Previdência Social. Essa prática tornou-se, rapidamente, muito cara para a saúde (MENDES; MARQUES, *op. cit.*, p. 215).

Ainda segundo Mendes e Marques (p. 215), em 1991 o total transferido correspondeu a 33,1% da receita das contribuições; em 1992, diminuiu para apenas 20,9%, e, apesar da LDO ter

estabelecido para 1993 um percentual de 15,5% do total arrecadado, efetivamente foram transferidos apenas 4,6%. Para contornar a enorme crise da saúde pública, naquele ano, foram liberados recursos, sob a forma de empréstimo, do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

Os recursos da seguridade foram contingenciados (primeiro no período inflacionário, através dos atrasos na liberação; segundo, após a estabilização, pela criação do Fundo Social de Emergência e posterior Fundo de Estabilização Fiscal), tornando a seguridade uma variável de ajuste de estabilização econômica (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002, p. 497).

Os debates sobre as regras para o financiamento prosseguiram desde 1993, culminando, em 2000, com a edição da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro, em que ficou estabelecido o que cada ente da federação deveria aplicar em ações e serviços de saúde. Para os estados estabeleceu-se um mínimo de 12% de suas receitas próprias e para os municípios o percentual determinado foi de 15%. No caso da União, o limite mínimo de gastos estabelecido para 2000 foi o valor empenhado no ano de 1999 acrescido de 5% e, para os anos seguintes, o valor estabelecido para o ano anterior acrescido da variação nominal do PIB.

2.4.2 As Normas Operacionais Básicas

O intenso processo de descentralização nos anos de 1990 foi também marcado pela edição das Normas Operacionais Básicas (NOBs). Elas representaram instrumentos de regulação do processo de descentralização, definindo objetivos e diretrizes estratégicas e contribuindo para a normatização e a operacionalização das relações entre as esferas de governo, não previstas nas leis da Saúde. Desde 1991 as Normas Operacionais Básicas editadas foram:

- a) NOB-SUS 01/91 – com forte conteúdo desconcentrador, porém estabelecendo relações diretas entre o gestor federal e as secretarias municipais. Os pagamentos são feitos por produção de serviços e via convênios. Cria a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA). São envolvidos 1.074 municípios. Persiste o pagamento direto, do gestor federal, a hospitais e ambulatórios privados (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001, p. 274).
- b) NOB-SUS 01/93 – define critérios para habilitação dos municípios segundo o tipo de gestão (incipiente, parcial e semiplena). Inicia as transferências do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde (**ibid.**, p. 277).

- c) NOB-SUS 01/96 – redefina as condições de gestão para Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal, para os municípios, e Avançada e Plena do Sistema Estadual, para os estados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, NOB 01/96).

Uma vez que somente a partir da NOB 01/93 são estabelecidas as primeiras condições para a municipalização da saúde, serão apresentados, a seguir, os principais pontos das Normas de 1993 e 1996 voltados diretamente para a consolidação desse processo.

Destaca-se na Norma Operacional Básica de 1993 (NOB-SUS 01/93):

- a) a implementação, de fato, dos mecanismos de transferência “fundo a fundo” para os municípios na condição de Gestão Semiplena, sem romper totalmente com a lógica do “pós-pagamento”, que continuava a ser utilizado como base para o cálculo dos recursos transferidos;
- b) a habilitação dos municípios na condição de gestão semiplena, que passaram a contar com o recurso global da assistência ambulatorial e hospitalar, com plena autonomia para programar a execução destes recursos nas diferentes áreas assistenciais;

O grande impulso à habilitação ao SUS deu-se no próprio ano de 1994, quando foram enquadrados 2.397 municípios em um dos três tipos de gestão. Em 1995, cerca de 400 municípios foram integrados e, em 1996, mais 279 o fizeram. Em janeiro de 1997, cerca de 60% dos municípios brasileiros haviam aderido ao SUS e 144 municípios estavam enquadrados na condição semiplena (ARRETCHE; MARQUES, 2002, p. 467-468).

- c) criação das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) – instância deliberativa para negociações entre estado e municípios voltada para decisões de natureza alocativa, distributiva e operativa dos diversos serviços de saúde dentro de cada estado.

Destaca-se na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS 01/96):

- a) a reorganização do modelo assistencial, passando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica;

- b) a criação de novos mecanismos e incentivos financeiros de acordo com as novas condições de gestão, aumentando, assim, a transferência regular e automática, “fundo a fundo”, dos recursos federais;
- c) a subdivisão do Piso da Atenção Básica em uma parte fixa (na faixa de R\$ 10,00 a R\$ 18,00 *per capita*/ano) e partes variáveis para atender a diversos outros programas (Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família, Farmácia Básica, etc.).

Sob a égide da NOB 01/96 (até o início de 2000) mais de 4.950 municípios se habilitaram à Gestão Plena de Atenção Básica e 564 municípios à Gestão Plena de seus sistemas (UGÁ, 2003, p. 421-422).

Apesar dos avanços percebidos na prestação dos serviços de saúde pública no Brasil após as NOBs, alguns estudiosos (CARVALHO, 2001; GOULART, 2001) têm feito muitas críticas à edição destas normas. Alguns consideram, inclusive, que elas, em geral, vêm determinando medidas inconstitucionais.

Desde o princípio a terminologia ficou bem clara: Norma! E como tal tinha de valer para todos, sem exceção, como é conveniente nos bons regimes democráticos. Mas também, logo se viu que não seria possível tanta rigidez, criando-se a regra de que se houvesse consensos locais entre os gestores, a norma poderia ser atenuada ou até mudada (GOULART, 2001, p. 292).

As NOBs têm incorrido em dois erros crassos e maléficos ao Sistema Único de Saúde: 1) tentam inovar e criar normas além e acima do que está na CF e na LOS (Lei Orgânica da Saúde) e, geralmente, de caráter restritivo às maiores; 2) utilizam tempo e espaço para repetir o desnecessário (CARVALHO, 2001, p. 437).

De qualquer forma, esses normativos vêm desempenhando seu papel regulatório, definindo premissas e critérios para a consolidação do SUS. Observa-se, também, que cada norma posterior tenta corrigir ‘erros’ da anterior e que, de certa forma, é esperado que ocorram avanços e recuos, uma vez que nem sempre há homogeneidade de pensamento nos mentores responsáveis pela elaboração desses documentos regulatórios.

2.4.3 Dificuldades para consolidação da municipalização

O processo de descentralização do setor de saúde foi influenciado pela reforma fiscal de 1988. A responsabilidade pela arrecadação dos tributos foi dividida por ente federativo. Os municípios ficaram responsáveis, basicamente, pela arrecadação dos impostos diretamente

ligados ao patrimônio dentro de sua área urbana (Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU) e aos serviços realizados dentro de sua área territorial (Imposto sobre Serviços - ISS), bem como das taxas específicas. Além destes tributos diretos, a Constituição Federal estabeleceu que uma parcela dos tributos arrecadados pelos outros dois entes federativos fosse repassada aos municípios. Parcelas de alguns impostos arrecadados pela União (Imposto de Renda - IR, Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI - e Imposto Territorial Rural - ITR) e pelos estados (Imposto sobre a Circulação de Mercadorias – ICMS - e Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores - IPVA) seriam repassados para os municípios de acordo com a população. Estes recursos constituiriam o Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Esse critério de repasse foi adotado pelos Constituintes com o objetivo de ajudar financeiramente os municípios.

A Constituição de 1988 definiu o mínimo de cargos para o Poder Legislativo dos Municípios, ficando formalmente estabelecida a criação de diversos postos públicos para o legislativo municipal, além de toda uma série de outros cargos, tais como secretários e assessores, para auxiliar o gestor municipal.

Essas duas medidas explicam, em grande parte, o crescimento do número de novos municípios no período posterior a 1988. “Somente entre 1988 e 1997, por exemplo, foram criados 1.328 novos municípios” (SOUZA, **op. cit.**, p. 432).

Muitos dos novos municípios brasileiros sobreviveriam basicamente com recursos repassados do FPM, pois não tinham condições econômicas de arrecadar seus próprios tributos, por incapacidade produtiva. Em muitos deles as fontes produtivas limitavam-se apenas a culturas agro-pecuárias de subsistência, inexistiam indústrias e os serviços prestados eram tão elementares que não agregariam muito valor ao seu Produto Interno.

Dessa forma, a descentralização tributária favoreceu alguns municípios de médio porte, mas não a maioria dos municípios brasileiros.

Como mostrou Bremaeker (1994), mais de 200 municípios no Nordeste não têm possibilidades de arrecadar recursos próprios. As razões para essa impossibilidade estão na inexistência de atividade econômica significativa e no tamanho da sua população pobre (**ibid.**, p. 432).

Com a descentralização, muitas ações sociais deveriam ser financiadas com os recursos disponíveis pelos municípios. Todavia, na medida em que estes recursos são limitados, a oferta de serviços para a sociedade local fica comprometida. Em um contexto de desigualdades econômico-financeiras entre as regiões e as localidades, observam-se, também, grandes diferenças na implementação do SUS no País.

A falta de recursos financeiros e humanos, bem como o surgimento de novas tecnologias e equipamentos, exigindo constantes investimentos, dificulta a implementação de políticas públicas de saúde que sejam universais e integrais. Estas dificuldades mostram-se ainda maiores quando se tratam de municípios pequenos espalhados pelo interior do Brasil.

O compromisso em relação à descentralização difere profundamente, seus resultados mostram-se altamente variáveis e as formas como as relações entre os diversos níveis de governos e de governança se estabelecem reforçam os aspectos contraditórios da descentralização especialmente em contextos de alta heterogeneidade (*ibid.*, p. 436).

Com efeito, as desigualdades regionais no Brasil são muito marcantes. Coexistem, de um lado, municípios como a Cidade de São Paulo, metrópole, cosmopolita, com vários milhões de habitantes, e, de outro lado, municípios de poucos milhares de habitantes, espalhados pelo Norte e Nordeste. Diante deste quadro era de se prever que o processo de municipalização da saúde não tivesse apresentado uma evolução homogênea.

Tabela 3 – Brasil - Distribuição por região das despesas com ações e serviços públicos de saúde financiados por recursos próprios de cada ente da federação em valores percentuais e *per capita* - 2001

Regiões da Federação	(%)			R\$ / hab.
	Federal	Estadual	Municipal	
Brasil	56,28	20,61	23,11	232,33
Norte	49,05	35,98	14,97	230,34
Nordeste	62,17	19,59	18,24	168,20
Sudeste	48,91	21,59	29,50	250,20
Sul	55,83	17,09	27,09	202,30
Centro-Oeste	55,69	26,38	17,93	229,94

Elaboração própria.

Fonte: Ministério da saúde/SIS-SIOPS (gastos estadual e municipal); SPO/FNS (gasto federal) **apud** Ugá, 2003 ¹

¹ Excluem nas três esferas de governo aposentadorias e pensões (inativos), clientelas fechadas e, no âmbito federal, o Fundo de Erradicação e Combate à Pobreza. O painel é composto de 4.398 municípios (79,1% do total), que abrigam 150,6 milhões de habitantes (88,4% do total).

A tabela 3 apresenta a distribuição das despesas com ações e serviços de saúde financiadas com recursos próprios por cada ente da federação no ano de 2001. Observa-se uma grande disparidade na distribuição dos gastos por esfera de Governo entre as regiões. Enquanto na região Sudeste os municípios já participavam com quase 30% para as despesas com saúde, na região Norte esta parcela era de apenas 15%.

Em termos de gastos *per capita*, também não se observam similaridades. Enquanto na região Sudeste a média alcançada em 2001 foi de R\$ 250,20/habitante (8% acima da média nacional), no Nordeste, este número caía para apenas R\$ 168,20/habitante (28% abaixo da média nacional). Porém, estes números não significam, obrigatoriamente, grandes iniquidades, uma vez que os custos da saúde em cada região também são diferentes. Os custos direta e indiretamente envolvidos com serviços de saúde (mão-de-obra, recursos tecnológicos, procedimentos realizados, etc.) são significativamente mais altos na região sudeste que nas regiões norte e nordeste, por exemplo.

2.5 RESULTADOS DA DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE

Os municípios utilizam recursos de diversas origens para custear seus gastos com saúde. Entretanto, sabe-se que nos municípios de pequeno porte os gastos com saúde são predominantemente custeados pelas transferências de recursos de outras esferas de governo, principalmente da União.

Após a NOB de 1996, as transferências são repassadas “fundo a fundo” para os municípios. Foram estabelecidos três grandes grupos de ações: **Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial de Média e Alta Complexidade e Ações Estratégicas.**

Para atender as ações de **Atenção Básica** os recursos são repassados em dois distintos grupos de Piso de Atenção Básica: o PAB Fixo e o PAB Variável. O PAB Fixo corresponde a um valor *per capita* e cada município recebe os recursos de acordo com o tamanho de sua população. Ainda no contexto da Atenção Básica, cada município estabelece as ações que prefere atuar e esses recursos são variáveis comparativamente entre os municípios. À medida que os municípios vão cumprindo determinadas condições de habilitação recebem recursos para atender a ações específicas, tais como o Programa de Farmácia Básica para fornecimento

de medicamentos; o Programa Saúde da Família (PSF) para a assistência médica familiar, por meio de agentes comunitários de saúde e de médico da família; ou ainda, o Programa de Epidemiologia e Controle de Doenças. Essas ações, dentre outras, correspondem ao PAB Variável.

Para a **Assistência Hospitalar e Ambulatorial de Média e Alta Complexidade** são destinados os recursos para Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, para cirurgias diversas e outras ações.

Para as **Ações Estratégicas** são dirigidos os recursos para atender a diversos tipos de serviços, tais como: combate à tuberculose, tratamento de queimados, acompanhamentos de pré-natal, campanhas de oftalmologia, etc.

Com a descentralização, uma elevação nos recursos destinados à saúde pública é esperada, independentemente do porte dos municípios. Assim, para ilustrar o problema e verificar alguns efeitos alcançados com a descentralização da saúde serão apresentadas as transferências de recursos para a saúde ocorridas no período de 1998 a 2003, para os municípios baianos, conforme os três níveis de serviços (Atenção Básica, Assistência Hospitalar e Ambulatorial de Média e Alta Complexidade e Ações Estratégicas).

A tabela 4 apresenta, por tamanho de município e em reais por habitantes, a evolução anual das transferências de recursos federais para os municípios baianos no período de 1998 a 2003.

Um fato relevante observado foi a existência de uma melhor distribuição para as ações voltadas para a atenção básica. As transferências *per capita* para todos os municípios cresceram no período, sendo que esse crescimento foi bem maior nos municípios de pequeno porte. Para os municípios com uma população inferior a 20.000 habitantes (61% do total), as transferências *per capita* para a atenção básica evoluíram significativamente em 178%, passando de R\$8,47/habitante para R\$23,59/habitante. Para municípios com uma população superior a 150.000 habitantes (apenas 7) essas transferências evoluíram num ritmo menos acentuado (cerca de 74%).

Quando se observa a distribuição de recursos para as ações mais especializadas, como aquelas voltadas para a assistência hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade, esta

mesma realidade não se verifica. Apenas em municípios com população acima de 30.000 habitantes observa-se alguma regularidade, mesmo que ainda pouco expressiva, na transferência de recursos federais para atender a este tipo de serviços. Na Bahia, observa-se que, a partir de 2000, apenas 10 municípios receberam recursos anuais acima de R\$ 10,00/habitante para atender aos serviços de saúde mais especializados. Nesses municípios, a população supera a faixa de 100.000 habitantes. Na faixa de 150.000 a 300.000 habitantes (apenas 5 municípios) o valor *per capita* foi superior a R\$ 50,00/habitante em 2001, 2002 e 2003 (tabela 4).

**Tabela 4 – Bahia: Evolução das transferências de recursos federais para a Saúde por tipo de ação e por tamanho do município.
Em R\$ constantes / habitante (1)**

População do Município (Nº habitantes)	Quantidade de Municípios	Ano	Atenção Básica	Assist. Hospitalar e Ambulatorial (MAC)	Ações Estratégicas
< 5.000	8	1998	9,28	0,00	0,00
		1999	17,58	0,00	0,00
		2000	22,00	0,00	0,00
		2001	25,55	0,00	0,00
		2002	29,10	0,00	0,00
		2003	27,07	0,00	0,00
5.000 - 10.000	62	1998	8,20	0,00	0,00
		1999	18,61	0,00	0,00
		2000	20,92	0,00	0,00
		2001	22,11	0,00	0,00
		2002	23,14	0,00	0,00
		2003	23,32	0,03	0,00
10.000 - 20.000	185	1998	7,93	0,00	0,00
		1999	17,60	0,00	0,00
		2000	18,88	0,24	0,00
		2001	20,26	0,29	0,03
		2002	19,89	0,25	0,03
		2003	20,38	0,30	0,01
20.000 - 30.000	79	1998	8,45	0,17	0,00
		1999	18,00	0,49	0,00
		2000	18,63	0,64	0,00
		2001	19,86	0,71	0,00
		2002	19,16	0,63	0,00
		2003	19,60	0,52	0,00
30.000 - 40.000	30	1998	8,56	1,71	0,00
		1999	17,12	2,24	0,00
		2000	18,72	2,40	0,00
		2001	20,03	2,64	0,01
		2002	18,92	2,34	0,06
		2003	19,39	2,33	0,13
40.000 - 50.000	15	1998	8,31	0,00	0,00
		1999	17,21	2,18	0,00
		2000	18,25	2,46	0,00
		2001	20,18	4,48	0,04
		2002	19,04	3,94	0,09
		2003	19,70	4,10	0,07
50.000 - 100.000	26	1998	9,84	1,81	0,00
		1999	16,25	3,58	0,00
		2000	17,14	5,97	0,00
		2001	19,35	9,36	0,17
		2002	18,38	9,34	0,32
		2003	19,15	9,99	0,27
100.000 - 150.000	5	1998	11,20	4,58	0,00
		1999	17,32	14,31	0,00
		2000	17,99	19,57	0,00
		2001	19,76	38,63	0,71
		2002	18,20	38,12	1,53
		2003	18,84	38,99	2,06
150.000 - 300.000	5	1998	11,14	0,00	0,00
		1999	16,80	8,73	0,00
		2000	18,93	25,35	0,00
		2001	19,97	54,08	1,46
		2002	19,16	62,22	3,94
		2003	21,03	67,97	3,21
> 300.000	2	1998	10,06	0,00	0,00
		1999	12,95	0,00	0,00
		2000	13,48	0,00	0,00
		2001	14,47	0,02	0,00
		2002	12,60	0,00	0,00
		2003	14,50	0,09	0,00
	417				

Elaboração Própria

Fonte: MS/DATASUS

(1) Ano base: 2000, tendo o IPCA como deflator.

Em 2003, a média brasileira de gastos com ações de assistência hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade foi de R\$ 49,10/habitante (tabela 5). Ou seja, em apenas cinco municípios baianos (com população acima de 100.000 habitantes), as transferências para essas ações superaram a média nacional.

A tabela 5 mostra as transferências federais para a saúde, por tipo de ação e por região brasileira, comparando com as médias para a Bahia. As transferências federais para a assistência à saúde pública para este estado, em termos *per capita*, para todos os três tipos de ações, são inferiores à média nacional, bem como à média de todas as regiões brasileiras, inclusive da região Nordeste. Apenas para o atendimento das ações de Atenção Básica, a média de transferências federais para a Bahia, em 2003, supera a média alcançada para as Regiões Sul e Sudeste.

Tabela 5 – Transferências federais para a Saúde por tipo de ação e por região brasileira. Em valores médios – Ano 2003

Região	Valores em Reais /Habitante			
	Atenção Básica	Assist. Hospitalar e Ambulatorial (MAC)	Ações Estratégicas	T O T A L
Norte	31,61	30,56	2,30	64,47
Nordeste	31,85	38,24	4,15	74,24
Centro-Oeste	28,55	64,35	8,93	101,83
Sudeste	22,56	55,84	8,81	87,21
Sul	24,59	52,78	10,69	88,07
Brasil	26,57	49,10	7,29	82,96
Bahia	25,65	25,54	2,15	53,34

Elaboração Própria

Fonte: MS/DATASUS

Observe-se que os dados aqui apresentados limitam-se às transferências federais. Em municípios de pequeno porte, muitas vezes, esses recursos representam a principal fonte para sobrevivência financeira.

Parte dos dados da tabela 4 foi consolidada na tabela 6, a seguir, comparando a variação, em termos percentuais, que ocorreu entre 1998 e 2003, para os serviços de atenção básica e de assistência hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade por tamanho da população.

Para esta análise foram excluídos os resultados com ações estratégicas devido à pequena expressividade, no período, dessas ações no contexto baiano.

Tabela 6 – Bahia - Variação das transferências do Governo Federal dos recursos para a saúde entre os anos de 1998 e 2003 por tipo de ação e tamanho dos municípios.

População do Município (Nº habitantes)	Atenção Básica		Assist. Hospitalar e Ambulatorial (MAC)	
	1998	2003	1999	2003
< 5.000	100	292		
5.000 - 10.000	100	284		
10.000 - 20.000 (*)	100	257	100	125
20.000 - 30.000	100	232	100	107
30.000 - 40.000	100	227	100	104
40.000 - 50.000	100	237	100	188
50.000 - 100.000	100	195	100	279
100.000 - 150.000	100	168	100	272
150.000 - 200.000	100	225	100	883
200.000 - 300.000	100	157	100	690
> 300.000 (*)	100	144	100	433
Média do Estado	100	201	100	410

Elaboração própria.

Fonte: MS/DATASUS.

(*) Neste segmento, apenas a partir de 2000 alguns municípios começaram a receber recursos para ações de Média e Alta Complexidade.

Conforme revela a tabela 6, houve crescimento no volume de recursos repassados para a saúde, em todos os municípios. Nas ações de Atenção Básica, o crescimento médio no Estado da Bahia, no período de 1998 a 2003, em valores corrigidos para 2000, foi de 201%, sendo que para os municípios com população inferior a 5.000 habitantes o crescimento verificado para o mesmo período foi de 292%, enquanto nos municípios mais populosos (acima de 300.000 habitantes) este crescimento foi de 144%.

A fim de atender aos princípios de universalização e equidade, basilares do SUS, é compreensível que os municípios menores tenham recebido mais recursos para atender às necessidades para a assistência à saúde pública. Daí, no período analisado, as ações de atenção básica concentraram-se, principalmente, nos municípios mais carentes. As transferências federais para determinados programas que compõem o PAB Variável, tais como Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Controle de Hanseníase, Controle de Tuberculose e Farmácia Básica, em termos *per capita* foram maiores para os municípios pequenos em comparação com os mais populosos.

Apesar das desigualdades existentes entre as regiões brasileiras, é possível afirmar que a municipalização da saúde no Brasil já promoveu uma melhoria de equidade, pelo menos no que se refere à atenção básica. Entretanto, para oferecer serviços de saúde mais especializados, os municípios de pequeno porte encontram dificuldades principalmente em função da pequena escala, elevando seus custos, daí a relevância em formar parcerias com municípios maiores.

Muito ainda precisa ser feito no sentido de promover políticas mais universais e equitativas. O processo de descentralização está fortemente influenciado por processos decisórios que comportam modalidades políticas clientelísticas e corporativistas. Para contornar essas dificuldades, é preciso intensificar medidas de regionalização dos serviços, buscando, assim, maior economia de escala e de escopo para que serviços mais especializados de média e alta complexidade também sejam prestados a todos os brasileiros, cumprindo assim as premissas do SUS de maior universalidade e equidade.

3 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE

Como exposto, a municipalização da saúde, que privilegia o conceito de autonomia, vem proporcionando ganhos para a população em termos de acesso e universalização dos serviços. No entanto, a autonomia, apesar de não ser uma consequência natural, favorece o isolamento, principalmente dos municípios com pequena expressão populacional e que dispõem de poucos recursos, representando um complicador importante para o bom funcionamento dessa forma de gestão, ainda mais num momento de acentuada crise do financiamento da saúde.

As necessidades e carência apresentadas pelos municípios de pequeno porte para a implementação de ações de saúde – otimização de estrutura física, falta de recursos materiais, apoio diagnóstico deficiente, acesso a novas tecnologias médicas, somadas à escassez de recursos humanos especializados, principalmente pela baixa remuneração – aliadas às deficiências peculiares ao interior do país, têm elevado a busca de parcerias para o processo de gestão e organização dos sistemas de saúde (LIMA, 2000, p. 987).

Uma alternativa que vem sendo adotada é associar a municipalização a algum tipo de regionalização, com a parceria entre os municípios, dividindo serviços e responsabilidades, a fim de unir esforços em prol de ganhos de eficiência e eficácia.

O avanço do processo de descentralização e o de municipalização da saúde reforçaram a necessidade de se organizar a gestão do sistema de serviços de saúde (microrregionalização) e de se buscar formas de associação que permitissem superar as deficiências de escala e de disponibilidade de recursos (consorciamento). A prestação de serviços de saúde por meio de consórcios deve, no entanto, estar inserta em um contexto regulatório e organizativo que estabeleça regras ao seu funcionamento e permita, assim, potencializar seus ganhos. Portanto, a existência desses dois mecanismos complementares sugere o estudo que investigue como ambos podem ser usados para aumentar a eficiência, no Brasil, dos gastos públicos com saúde. Mais especificamente é importante entender que problemas de incentivos podem ocorrer num processo de regionalização, e também como os dois processos, consórcio e regionalização, relacionam-se entre si (TEIXEIRA, 2002b, p. 16).

Para contornar as dificuldades decorrentes da inexistência de economia de escala, começam a surgir consórcios intermunicipais de saúde com o objetivo principal de promover a oferta de serviços que exigem custos mais elevados, inviáveis para os municípios menores que não dispõem de recursos financeiros e humanos.

Ao estruturar a atenção básica, administrações municipais com capacidades assimétricas depararam-se com demandas e problemas sanitários cuja solução extrapola a iniciativa isolada.[...] A associação com outros municípios surgiu como

meio de superar deficiências organizacionais, de escala ou de disponibilidade de recursos (GUIMARÃES, 2001, p. 82).

Esta nova forma de coordenação, uma vez que apresenta particularidades distintas das outras duas formas mais usuais - Mercado e Governo - requer diferentes mecanismos de incentivo e punição.

3.1 DEFINIÇÃO E CRIAÇÃO DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE

O consórcio intermunicipal de saúde é uma iniciativa autônoma de municípios localizados em áreas geográficas contíguas que se associam para gerir e para prover, conjuntamente, serviços especializados e de apoio diagnóstico de maior densidade tecnológica à população das municipalidades participantes. Essas associações constituem uma forma inovadora de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) que a cada dia torna-se mais comum em todo o Brasil.

Dois padrões específicos de oferta favorecem a formação dos consórcios intermunicipais. Um deles decorre da existência de um pólo na microrregião que atrai a migração de pacientes dos municípios vizinhos, o que faz gerar conflitos locais por escassez de oferta. Outra situação observada é a da baixa oferta de serviços de maior complexidade tecnológica ou de especialistas médicos em uma determinada microrregião (RIBEIRO; COSTA, 2000, p. 184).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), ao dispor sobre a organização, direção e gestão do SUS, trata dos consórcios municipais. No seu art. 10 está estabelecido: “os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e serviços de saúde que lhe correspondam”. No art. 18, inciso III, está expressa a competência municipal para “formar consórcios administrativos intermunicipais”.

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

Apesar de a Constituição de 1937 (artigo 29) já dispor sobre os consórcios administrativos intermunicipais, a criação de consórcios intermunicipais de saúde no Brasil remonta à década de 1980, com o início do processo de descentralização. Daquela época podemos citar o

Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis - SP (CISA), criado em 1986, e o Hemolagos - RJ, consórcio firmado entre municípios da Região dos Lagos destinado a coletar, processar e distribuir sangue e hemoderivados. Porém, apenas a partir de 1995 é que essas organizações conheceram maior impulso. “No período de 1985 a 1994 eram criados a cada ano 1 a 5 consórcios no país; em 1995, foram criados 35; 28 em 1996 e 12 em 1997” (LIMA, 1998 **apud** LIMA, 2000, p. 989).

A participação da esfera estadual na formação dos consórcios nem sempre se faz presente, mas em algumas experiências (Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis - SP – CISA, por exemplo), a Secretaria Estadual de Saúde (SES) apoiou a formação dos consórcios. Este auxílio conheceu diversas formas: repasse de recursos, transferência de equipamentos e de estrutura física, cessão de profissionais, assistência técnica, etc. Entretanto, nos anos de 1990, as SES passaram por momentos de fragilidade política e financeira, além de indefinição de papéis, implicando no surgimento de consórcios que foram criados sem incentivos do governo estadual.

Ao se retirarem da função de prestação de serviços, as SES não tiveram estrutura de incentivos clara, inclusive capacitação para assumir atividades de coordenação do sistema, ficando um vazio na questão da referência regional (GUIMARÃES, **op. cit.**, p. 82).

Apesar de não ser necessariamente indispensável o apoio das SES, o que já pode se observar é que os consórcios que contam com apoio e incentivos do respectivo Governo Estadual têm mais chances de sustentabilidade.

Outro aspecto relevante é que o consórcio está estreitamente relacionado a cada um dos sistemas municipais, na medida em que desenvolve ações destinadas a atender necessidades das populações destes sistemas. Não pode, portanto, configurar uma nova instância no âmbito do estado, intermediária ao município. Na essência, um consórcio significa a união ou associação entre entes da mesma natureza. Essa relação deve pautar-se na igualdade entre os municípios, ou seja, preservando a decisão e a autonomia dos governos locais e não admitindo subordinação hierárquica a um dos parceiros.

3.2 EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS DE CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS

As experiências internacionais em termos de descentralização de ação governamental são bastante comuns. Em muitos países desenvolvidos (Espanha, Reino Unido e Suíça, por exemplo) e também em países periféricos como Chile e Colômbia (BOSSERT, 2003) e países africanos (BELL; ITHINDI; LOW, 2002) vêm sendo adotados processos de descentralização de poder para esferas locais.

Observa-se que alguns países adotam parcerias buscando, assim, aumentar a escala. Na Suíça, por exemplo, em função do grande número de *cantões* (estruturas similares aos municípios brasileiros) com populações ínfimas, o Governo vem estimulando cooperações e/ou “fusões”, uma vez que devido à pequena escala esses entes encontram dificuldades para atender a todas as suas funções junto à população. As alternativas que vêm sendo adotadas são a “fusão”, para os *cantões* mais pobres, e a cooperação, para os demais (STEINER, 2001).

Porém, no que se refere às parcerias intergovernamentais foi encontrada pouca similaridade entre os consórcios intermunicipais de saúde e outras experiências internacionais. Apenas na Espanha algumas semelhanças foram observadas.

Nesse país, após a queda do Governo de Franco, iniciou-se um processo de reestruturação do Estado. A Constituição Espanhola de 1978 tinha dois objetivos principais: “liberdade para o cidadão e autonomia para as regiões”. Foram criadas 17 Comunidades Autônomas (CAs) com seus parlamentos, governos e administração. Estas Comunidades ganharam mais poder que os municípios (FONT; SUÁREZ; PARRADO-DÍEZ, 1999, p. 3).

A Espanha é caracterizada por um grande número de pequenas cidades. Cerca de 85% delas tem menos de 5.000 habitantes. Entretanto, a população dessas localidades corresponde a apenas 16% de todo o país. A partir desse ponto, essas localidades serão denominadas **municípios**, apenas para facilitar a correlação com a realidade brasileira. A distribuição de municípios não é homogênea nas CAs. Geralmente, os menos populosos estão nas províncias situadas no centro do país, enquanto que as províncias situadas na costa são mais urbanas, com municípios mais populosos. A estrutura governamental espanhola é altamente assimétrica. Diante do grande número de municípios rurais, com poucos recursos financeiros

para prestar todos os serviços para a população, as autoridades locais buscam estabelecer parcerias.

Os municípios espanhóis utilizam-se de dois tipos de parcerias para distribuir seus serviços de forma mais eficiente, as parcerias verticais (*consortium*), compostas com organizações públicas de diferentes níveis de governo, e as horizontais (*mancomunidad*), compostas por municípios, preferencialmente pertencentes a uma mesma CA.

Esses dois arranjos apresentam as seguintes características (PETERS, 1998, p. 12-14 **apud ibid.**, p. 10):

- a) envolvem dois ou mais atores;
- b) cada participante encontra-se em posição de igualdade entre si, não havendo qualquer ator superior sobre os demais;
- c) cada participante transfere alguns recursos materiais e não materiais para a parceria;
- d) existe uma junta responsável pelas decisões e resultados das atividades da parceria.

As *mancomunidades* já existiam desde os tempos medievais. “No ano de 1409, a *Mancomunidad de Enirio-Aralar*, no país Basco, reuniu 13 municipalidades para gerir recursos florestais” (MATEO, 1987 **apud ibid.**, p. 10).

Na Espanha, dos 8.096 municípios, 5.857 estão associados através de *mancomunidades*. Em geral, são municípios com menos de 5.000 habitantes que se unem para enfrentar a fragmentação municipal e retomar escalas de produção mais eficientes (**ibid.**, p. 11).

Para compor a junta responsável pelas decisões das *mancomunidades*, cada município indica políticos para representá-los. O número de representantes é proporcional ao tamanho dos municípios. Dessa forma o grupo decisório das *mancomunidades* é geralmente muito grande e, muitas vezes, formado por políticos despreparados, causando lentidão e ineficiência na condução das ações para o bem da parceria. Algumas reformas vêm sendo implantadas, tais como: restringir o número de participantes do grupo decisório, reduzir as funções dos membros e flexibilizar a contratação de serviços do setor privado ou das organizações não governamentais (ONGs). Outro problema também presente nas *mancomunidades* é o risco de inadimplência dos participantes.

Em contraste com as *mancomunidades*, os *consortia* são geralmente organizações que se dedicam a apenas um serviço. São parcerias verticais formadas das mais diversas formas possíveis. Podem agregar municípios, governos regionais, Comunidades Autônomas, governo central, entidades do setor privado e ONGs. Além do grupo decisório composto por representantes de cada parceiro, é nomeado um gerente geral com conhecimento específico sobre o serviço a ser prestado.

Resumidamente verifica-se que as *mancomunidades* são parcerias horizontais exclusivamente entre municípios, com objetivos multifuncionais e com a presença de políticos como gestores da parceria; os *consortia* são parcerias verticais entre organizações de diversos níveis de governo, geralmente dedicando-se a apenas um objetivo, formados não apenas por gestores políticos, mas também por profissionais conhecedores do serviço prestado.

Dados empíricos mostram que apesar das diferenças entre essas duas formas de parcerias, as razões de escolha, entre uma ou outra, fundamentam-se mais em fatores históricos e geográficos que basicamente em fatores econômicos.

Geograficamente, as *mancomunidades* concentram-se em CAs com municípios mais rurais e menores; enquanto os *consortia* são mais comuns em CAs com cidades com populações médias acima de 50.000 habitantes.

Segundo Font, Suárez e Parrado-Diéz (1999, p. 14), as *mancomunidades* surgiram primeiro, existindo desde o século XV. No período 1975-1984, as *mancomunidades* declinam; voltam a se intensificar entre 1985 e 1992 e tornam a decrescer a partir daí. Por sua vez, os *consortia* surgem basicamente a partir de 1975, apresentando um crescimento anual sempre inferior ao das *mancomunidades* até 1993; a partir deste ano, contudo, são formados mais *consortia* que *mancomunidades*. Ainda assim, em 1998, existiam 882 *mancomunidades* e 497 *consortia*. Observa-se, porém, que as *mancomunidades* vêm sendo preteridas em relação aos *consortia* como opção de cooperação inter-regional. Ou seja, na Espanha ampliam-se as relações entre governos de níveis hierárquicos diferentes.

As explicações sobre as razões por essa preferência são contraditórias. Para alguns, os *consortia* são mais flexíveis, com menor ingerência política e, portanto, menos visíveis; por

sua vez, os defensores dos *consortia* consideram que o fato desses arranjos contarem com parceiros de níveis governamentais mais altos implica controle desses entes sobre a parceria.

As *mancomunidades* dedicam-se a uma ampla diversidade de serviços, cerca de cinquenta e sete tipos diferentes. Cada *mancomunidad*, normalmente, dedica-se à prestação de mais de uma ação. Os serviços mais comuns prestados pelas *mancomunidades* são: capacitação e tratamento de água (51%), distribuição de água (30%), atividades culturais (28%), combate a incêndios (25%), serviços sociais (25%), promoção do turismo (25%) e promoção da economia (25%) (**ibid.**, p. 11).

Apesar das semelhanças entre as *mancomunidades* e os consórcios administrativos brasileiros, visto que ambos são parcerias entre municípios que buscam economia de escala para fornecer serviços para a população, os arranjos espanhóis não se dedicam especificamente a prestar serviços de saúde.

3.3 CARACTERÍSTICAS DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NO BRASIL

Os consórcios são formados para resolver problemas ou alcançar objetivos comuns. Existem diversos tipos de consórcios espalhados pelo Brasil com características específicas. Mesmo quando algumas semelhanças se fazem presentes, “algumas particularidades são observadas em função da realidade local e do tipo de pactuação efetuado pelos gestores e lideranças locais” (RIBEIRO; COSTA, **op. cit.**, p. 17).

Ainda segundo Ribeiro e Costa (p. 16-17), as principais características dos Consórcios Intermunicipais de Saúde são as seguintes:

- a) formam sociedades civis de direito privado;
- b) ampliam e ordenam a oferta de serviços em municípios de pequeno e de médio porte;
- c) flexibilizam a remuneração dos profissionais com pagamento de incentivos;
- d) compram serviços e contratam profissionais segundo regras de mercado;

- e) facilitam a implementação do sistema de referências;²
- f) padronizam os procedimentos médicos;
- g) concentram as atividades de maior complexidade em um município-sede; e
- h) buscam melhorar o acesso e a qualidade do SUS.

3.3.1 Forma jurídica

Embora não seja uma exigência, a experiência tem mostrado que a maioria dos consórcios forma sociedades de direito privado sem fins lucrativos. Uma vez que os consórcios não nascem com personalidade jurídica, por se tratarem de acordos despersonalizados, alguns doutrinadores argumentam sobre a conveniência de se criar uma pessoa jurídica para assumir obrigações, tais como efetuar transações de compra e venda, receber recursos financeiros, contratar profissionais, etc. Outros temem que este instrumento de coordenação tenha o objetivo claro de terceirização dos serviços de saúde, uma vez que estão criando instituições mais flexíveis. Todavia, na medida em que os consórcios intermunicipais de saúde utilizam recursos estatais, a jurisprudência tem decidido que eles precisam atender a algumas formalidades nas compras de bens e serviços e nas contratações de profissionais, por exemplo, como se fossem entes públicos.

Seja quem for que administre o consórcio, ele estará gerindo dinheiro público e serviço público. Por isso mesmo, suas contratações de pessoal dependem de concurso público e os contratos de obras, serviços, compras e alienações dependem de licitação (PIETRO, 2000, p.289).

Existem outras formas adotadas por consórcios que não implicam a constituição de sociedade privada, como, por exemplo, a escolha de um município líder que assuma as obrigações em nome do consórcio.

De qualquer modo, a doutrina admite a hipótese de criação de uma pessoa jurídica, civil ou comercial, vinculada às finalidades do consórcio para realizar seus objetivos. E, muitas vezes, essa solução é recomendável, pois pode, realmente, auxiliar o desenvolvimento do consórcio, descentralizando ações e serviços públicos, mas, lembramos, não é a única e nem sempre poderá ser a melhor (SANTOS, 2000, p. 7).

² Unificação da porta de entrada, isto é, a consulta com especialistas é realizada somente após a indicação do clínico, reduzindo os custos de atendimento. Dependendo do tamanho, a região deve dispor de várias unidades de referência.

Em Minas Gerais, 97% dos consórcios constituíram personalidade jurídica (LIMA e PASTRANA, 2000a, p. 14).

De qualquer forma, uma vez que se decida pela formação de pessoa jurídica, faz-se necessário autorização legislativa através de Lei Municipal.

3.3.2 Estrutura administrativa

A gestão de um Consórcio é de inteira e irrestrita autonomia dos municípios componentes. Em geral, essa estrutura é composta basicamente de Conselho de Prefeitos, Conselho de Secretários Municipais de Saúde e Conselho Fiscal ou Curador. O órgão máximo de um Consórcio é o seu Conselho de Prefeitos que nomeia uma Comissão Executiva de Prefeitos com a função de encaminhar as deliberações, ou seja, efetivamente administrar a entidade. Esta Comissão nomeia uma coordenação executiva do serviço, normalmente composta de um coordenador geral, um técnico e um administrativo.

Até 1994, os consórcios existentes apresentavam uma estrutura muito próxima da aqui descrita. O diagnóstico encomendado pelo Ministério da Saúde e realizado numa parceria com a Organização Pan Americana da Saúde, em 2000, revela estruturas de consórcios mais variadas. Ainda assim, percebeu-se que a distribuição das funções entre os membros da estrutura dos consórcios apresentava certas semelhanças (LIMA; PASTRANA, 2000b).

Ainda segundo Lima e Pastrana (p. 23-24), os Conselhos de Prefeitos assumem um papel preponderante nas decisões relacionadas com financiamento, aplicação de recursos e investimentos; os Secretários Municipais de Saúde possuem um papel expressivo nas decisões relativas à definição de cobertura e referência, à ampliação de serviços e à contratação de serviços, ou seja, em áreas mais diretamente afetas a atenção à saúde da população, representando a instância de assessoria técnica; as Secretarias Executivas atuam mais em atividades administrativas, tais como programação de atividades, gerência de pessoal e aquisição de insumos; os Conselhos Fiscais têm uma atuação fiscalizatória e de acompanhamento das ações e da aplicação dos recursos, e, como tal, não podem ser integrados pelas mesmas pessoas que autorizam o repasse e a utilização dos recursos, nem também por pessoas que exercem a fiscalização externa, tais como integrantes do Poder Legislativo ou do Poder Judiciário.

3.3.3 Financiamento

A questão financeira sempre foi um item problemático nos consórcios. Grande parte do financiamento é realizado por meio de transferências diretas ou indiretas de recursos do SUS aos municípios e destes para os consórcios ou para o município líder. A forma específica de transferência depende da habilitação dos municípios às diferentes condições de gestão (Gestão Plena de Atenção Básica de Saúde e Gestão Plena do Sistema de Saúde). Em geral, o financiamento é realizado por meio de uma combinação de três fontes básicas:

- a) quotas dos municípios consorciados, por critérios populacionais e/ou utilização dos serviços;
- b) recursos provenientes diretamente do SUS e das secretarias estaduais de saúde, tais como equipamentos, materiais, repasse de medicamentos, cessão de recursos humanos e pagamentos de serviços de vigilância; e, ainda
- c) contribuição voluntária das prefeituras.

Os serviços consorciados podem estar cadastrados no SUS e recebem os recursos por produção, pela sistemática de remuneração do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Em alguns casos, o consórcio compra serviços na rede privada e paga com recursos municipais.

Respeitando a autonomia dos municípios, sob hipótese alguma os recursos federais são transferidos diretamente para os consórcios, a não ser nos casos dos recursos de convênios e para pagamentos por produção de serviços contratados, conforme já comentado.

Assim, o principal problema financeiro surge quando municípios deixam de repassar sua quota para o consórcio. Consórcios mais antigos utilizam sanções do tipo suspensão da prestação de serviços para a população dos municípios inadimplentes.

3.3.4 Recursos humanos envolvidos

A escassez de recursos humanos no interior do Brasil talvez seja uma das maiores dificuldades para a instituição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde entre os municípios pequenos.

Percebe-se que prevalece a contratação de profissionais pelo regime da CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas), que só é possível quando o regime jurídico da instituição é de direito privado. Ainda assim, como já comentado anteriormente, para essas contratações, mesmo no caso de profissionais celetistas, é necessária a realização de concurso público.

Os municípios também podem ceder seus servidores para prestar serviços nos consórcios, desde que a cessão seja em comum acordo entre as partes e devidamente oficializada. A cessão pode ser também de funcionários do Governo Estadual e até do Governo Federal. Nestes casos, geralmente, os consórcios pagam adicionais aos salários desses servidores, como forma de incentivos, uma vez que normalmente a remuneração paga aos funcionários contratados é superior aos dos servidores cedidos dos entes públicos.

Existem também experiências de consórcios que compram serviços profissionais especializados para o atendimento nos municípios.

Conforme o já citado diagnóstico encomendado pelo Ministério da Saúde, em 2000, do total de recursos humanos contratados pelos consórcios, 61% trabalhavam sob o regime celetista. Os vínculos estatutários estadual, municipal e federal respondiam por 12%, 4% e 2% dos casos, respectivamente. Ou seja, observava-se uma participação maior dos governos estaduais na composição da força de trabalho, sendo esta uma forma de cooperação adotada por alguns estados brasileiros para apoiar os consórcios (LIMA; PASTRANA, **op. cit.**, p. 24).

Outro dado relevante desse mesmo estudo é o peso da categoria médica dentre os contratados, cerca de 72%. Este dado não surpreende, uma vez que 96% dos consórcios têm como objetivo o atendimento de especialidades médicas.

3.3.5 Vantagens

A oferta de serviços de saúde também convive com os desafios inerentes a qualquer segmento da economia: “contornar a escassez de recursos para atender às ilimitadas necessidades”. Por se tratar de um bem ofertado pelo Estado é ainda mais relevante saber utilizar-se das vantagens de determinados arranjos para buscar a eficiência e a qualidade nos serviços prestados.

Em algumas regiões brasileiras, influenciadas por suas tradições culturais, sobretudo no Sul e no Sudeste, antes mesmo da decisão do Governo Federal de incentivar a formação de consórcios, determinados governos locais já buscavam algum tipo de associativismo. Apesar de motivadas pela democratização e pelo movimento municipalista, as iniciativas eram limitadas porque os recursos encontravam-se centralizados nas esferas estadual e federal.

Com a municipalização e diante das dificuldades para os municípios menores implementarem ações de saúde, as experiências de consorciamento multiplicaram-se e expandiram-se.

Além do ganho de escala já amplamente comentado, os consórcios têm o potencial de reduzir a capacidade ociosa. Em algumas regiões, há concentração de leitos hospitalares. Assim, por meio dos consórcios, os municípios maiores podem disponibilizar leitos hospitalares aos municípios menores, aumentando a eficiência e a efetividade nos sistemas de saúde regionais.

Outra vantagem dos consórcios é a implementação do sistema de referência. Assim, previamente, antes de uma consulta a qualquer especialista, é feito um exame clínico. Estas medidas tendem a reduzir os custos de atendimento.

Cabe ressaltar, ainda, que os consórcios induzem à padronização dos procedimentos médicos, uma vez que interligam diferentes unidades de saúde.

Enfim, percebe-se que os consórcios apresentam resultados positivos com a racionalização dos recursos e o planejamento regional, conduzindo, assim, a ganhos de eficiência e de qualidade.

3.4 PERFIL DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NO BRASIL

Apesar da iniciativa do Governo Federal de incentivar a formação dos consórcios, o Ministério da Saúde não dispõe de dados sistematicamente atualizados sobre esses arranjos em todo o território nacional. Os dados estão disponibilizados nas esferas estaduais, e, portanto, é difícil mensurar, precisamente, a quantidade dessas parcerias existentes em todo o Brasil. Uma vez que os consórcios não precisam de qualquer autorização do gestor federal para a sua formação, bastando apenas autorização do legislativo municipal, ainda assim,

apenas quando for constituída pessoa jurídica responsável pela parceria, torna-se difícil um controle sistemático da existência dessas entidades.

A evolução da distribuição dos consórcios no Brasil por unidade da Federação nos anos de 1997 a 2000 está apresentada no quadro 1, a seguir.

ESTADOS	1997*	1998**	1999***	2000****
REGIÃO NORTE	0	2	1	1
PARÁ	0	1	1	1
RONDÔNIA	0	1	0	0
REGIÃO NORDESTE	1	4	9	9
BAHIA	0	0	2	2
PARAÍBA	1	4	7	7
REGIÃO CENTRO-OESTE	5	12	10	8
GOIÁS	0	3	1	1
MATO GROSSO	5	9	9	7
REGIÃO SUDESTE	62	88	94	90
ESPÍRITO SANTO	0	7	7	10
MINAS GERAIS	54	71	72	70
RIO DE JANEIRO	0	1	4	4
SÃO PAULO	8	9	11	6
REGIÃO SUL	23	38	38	30
PARANÁ	16	20	20	18
SANTA CATARINA	5	9	9	9
RIO GRANDE DO SUL	2	9	9	3
TOTAL	91	144	152	138

Quadro 1 - Evolução da distribuição dos consórcios no Brasil por unidade (região) da federação de 1997 a 2000

* Lima, A. P., 1998.

** Ministério da Saúde, 1998.

*** Dados fornecidos pelos estados participantes na Oficina de Trabalho sobre a situação atual dos Consórcios Intermunicipais no Brasil, promovido pela SPS/MS, OPS Brasília, 29/10/99.

**** Dados obtidos na pesquisa "Perfil dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil", financiado pela OPAS/MS, julho/2000.

Percebe-se que em 1998 houve um crescimento de 58% na quantidade de consórcios existentes em relação a 1997. No ano seguinte, o crescimento foi de apenas 6%, havendo um decréscimo de 1999 para 2000 da ordem de 9% no número de consórcios existentes. Acreditando na confiabilidade desses dados, as explicações prováveis são:

- a) no biênio 1997-1998 estava em vigência a NOB 01/96, com os seus critérios de habilitação de municípios e já estava em vigor o critério de transferências de recursos “fundo a fundo”;

- b) em alguns estados, a formação de consórcios intermunicipais de saúde fazia parte de políticas de governo, o que favorecia a formação desses arranjos; e
- c) a partir de 1999, iniciou-se uma etapa em que alguns novos governos estaduais não reconheciam os consórcios como uma política de governo, ocorrendo, assim, a extinção de algumas parcerias.

Os consórcios são formados, basicamente, de duas formas. A primeira por iniciativa dos Governos Estaduais, tendo sido esta a situação que prevaleceu em Minas Gerais, no Paraná e no Mato Grosso no final da década de 1990. A segunda possibilidade parte de iniciativas dos próprios municípios, possivelmente motivada pelo perfil dos gestores municipais envolvidos. Consórcios formados apenas por iniciativa dos governos locais certamente terão mais dificuldades para a sua sustentação.

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, neste estado não há consórcio intermunicipal de saúde, sendo que os dois consórcios baianos identificados no quadro 1 participam de associação interestadual. Em 2003, três municípios baianos (Ibirapuã, Mucuri e Nova Viçosa) encontravam-se consorciados com mais outros sete, quatro do Espírito Santo e três de Minas Gerais, formando assim o CIS Entre Estados, tendo como município sede a cidade de Nanuque em Minas Gerais, com uma população coberta de 189.428 habitantes (COLEGIADO DOS SECRETÁRIOS EXECUTIVOS DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS - COSECS-MG, 2004).

Como revela a tabela 7, esse tipo de associação concentra-se fortemente nas regiões Sul e Sudeste. Segundo o Ministério da Saúde, numa pesquisa realizada junto às Secretarias Estaduais de Saúde, em 2000, cerca de 21% e 64% dos consórcios existentes no Brasil estavam localizados, respectivamente, nessas regiões brasileiras.

Analisando a situação em cada estado, no mesmo período, observa-se que aqueles com maior número de municípios consorciados eram Espírito Santo, Minas Gerais e Paraná, com 90%, 88%, e 72%, respectivamente; em termos de população beneficiada nesses mesmos três estados verifica-se que a cobertura atingia, respectivamente, 49%, 69% e 52%.

Tabela 7 - Distribuição dos municípios consorciados por estados e região, e população coberta - Brasil 2000

Estados	Distribuição de Consórcios (%)	População Coberta / População do Estado (%)	Municípios consorciados / Total no Estado (%)
REGIÃO NORTE	0,71		
Pará	0,71	4,45	5,59
REGIÃO NORDESTE	7,09		
Bahia	1,42	2,03	3,61
Paraíba	4,96	17,56	26,91
Rio Grande do Norte	0,71	4,27	7,23
REGIÃO CENTRO-OESTE	6,38		
Goiás	0,71	3,73	4,96
Mato Grosso	5,67	1,84	45,24
REGIÃO SUDESTE	64,54		
Espírito Santo	7,09	49,43	89,61
Minas Gerais	49,65	68,84	87,69
Rio de Janeiro	2,84	12,36	50,55
São Paulo	4,96	3,59	11,47
REGIÃO SUL	21,28		
Paraná	12,77	51,73	72,43
Santa Catarina	6,38	36,21	47,44
Rio Grande do Sul	2,13	11,66	19,06
TOTAL	100,00		

Elaboração própria.

Fonte: IBGE Contagem Populacional de 1996

Pesquisa realizada junto às Secretarias Estaduais de Saúde Brasil - 2000

Esta é uma prática comum de associação para municípios pequenos, uma vez que aproximadamente 60% dos municípios consorciados possuem populações de menos de 10.000 habitantes e somente 5,5% populações maiores do que 50.000 habitantes. Não há nenhuma capital dos estados estudados que participe de consórcios (LIMA; PASTRANA, 2000b, p. 9).

Pela representatividade, serão apresentadas as experiências de Minas Gerais e do Paraná. Com o objetivo de analisar os consórcios de um estado fora das regiões Sudeste e Sul, acrescentou-se Mato Grosso. Avalia-se, em seguida, o que tiveram de comum os consórcios intermunicipais de saúde nesses três estados brasileiros.

3.4.1 Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais

Segundo a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES-MG), os consórcios são formados por prefeituras de uma mesma região, distantes no máximo 100 quilômetros, que se unem para definir e implantar o programa de saúde regional, garantindo o atendimento primário e especializado em um ou mais hospitais consorciados. A partir do potencial de cada

município, ele pode sediar uma especialidade, passando a atender toda a população da região que participa do consórcio. Para a manutenção da estrutura do consórcio, cada cidade contribui com um percentual do Fundo de Participação dos Municípios (FPM).

O pagamento das despesas com atendimento médico-hospitalar e ambulatorial continua sendo realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A Secretaria de Estado da Saúde participa com os projetos técnicos, concede assessoria para a operacionalização e viabiliza financiamentos para compra de equipamentos.

Os consórcios são administrados por três conselhos: o de prefeitos, que define as linhas gerais da associação e os investimentos; o de secretários municipais de saúde, que executa o programa; e o conselho fiscal ou curador, formado por membros da comunidade, que fiscaliza a aplicação dos recursos.

O atendimento aos usuários dos Consórcios Intermunicipais de Saúde obedece, em linhas gerais, às seguintes normas: quando o usuário está com algum problema, ele procura o posto de saúde da cidade onde mora; se precisar ser examinado por um especialista ou passar por exames mais sofisticados, o médico que o atendeu solicita à Secretaria Municipal de Saúde que marque uma consulta em algum dos serviços ou hospitais do consórcio; o pedido é enviado para a central de marcação de consultas do município-sede; no dia da consulta, todos os pacientes do município embarcam em uma perua ou ambulância da prefeitura local e são encaminhados ao hospital regional. Depois de atendidos, eles retornam à sua cidade, utilizando o mesmo transporte (Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais).

O quadro 2 apresenta a evolução no número de consórcios implantados em Minas Gerais no período de 1993 a 1999. Observa-se como foi marcante o intervalo de 1995 a 1997 na formação dos consórcios nesse Estado.

A implantação e funcionamento desses consórcios obedeceram a três momentos políticos distintos. O primeiro é marcado pelo incentivo à criação e repasse de recursos públicos estaduais para o funcionamento. No segundo, o governo estadual não reconhecia os consórcios de saúde dentro do sistema público de saúde do estado. O terceiro e atual momento caracteriza-se pela expectativa do posicionamento da nova administração da SES/MG (LIMA; PASTRANA, 2000a, p. 9).

Ano de Implantação	Nº de Consórcios Implantados	Nº de Municípios Consorciados
1993	2	48
1994	1	11
1995	28	368
1996	16	160
1997	18	144
1998	4	26
1999	1	19
TOTAL	70	776

Quadro 2 - Evolução dos Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado de Minas Gerais **apud** LIMA; PASTRANA, 2000a.

Quanto ao objetivo, os consórcios em Minas Gerais se concentram no atendimento de especialidades e serviços de apoio diagnóstico e na assistência técnica aos municípios. Estas atividades estão presentes em 96% e 89%, respectivamente, dos consórcios.

O Relatório de Pesquisa elaborado por Lima e Pastrana (2000a), **Perfil dos consórcios intermunicipais de saúde de Estado de Minas Gerais**, consolidou informações importantes para o conhecimento da realidade nacional dessas entidades. A pesquisa foi realizada no período de dezembro de 1999 a abril de 2000 em Minas Gerais, estado brasileiro com a maior concentração desses arranjos, com o objetivo de avaliar os Consórcios Intermunicipais de Saúde. A coleta de dados partiu de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas aplicadas individualmente. O questionário foi pré-testado nos consórcios de Divinópolis e Betim, sofrendo adequações necessárias aos objetivos da pesquisa. No intuito de compreender como os consórcios atuam no cotidiano, foi utilizada a técnica de observação participante por meio de diários de campo, a fim de registrar, como estas organizações se mantêm e se inserem no contexto da política de saúde (**ibid.**, p.7).

Conforme esse Relatório, os ganhos observados pelos os entrevistados foram melhoria no acesso, ampliação da oferta, organização da referência, articulação política, planejamento integrado, disponibilização de infra-estrutura adequada na aquisição de equipamentos e insumos.

Atualmente, em Minas Gerais existem 64 consórcios com personalidade jurídica, beneficiando cerca de 11 milhões de pessoas, distribuídas em 703 municípios. Em termos percentuais esses dados significam que 82% dos municípios mineiros se encontram

associados em parcerias, correspondendo a 61% de toda a população do estado (COSECS-MG, **op. cit.**).

As tabelas 8 e 9, a seguir, revelam algumas características dos consórcios de saúde existentes em Minas Gerais. A tabela 8 indica que em termos de quantidade de associados, a maioria dos consórcios mineiros, aproximadamente 69%, é composta com 6 a 15 municípios.

Tabela 8 – Distribuição dos Consórcios em relação à quantidade de municípios associados

Municípios / Consórcios	Número de Consórcios	Distribuição (%)
< 5	7	11
6 - 10	30	47
11 - 15	14	22
16 - 20	8	13
21 - 25	4	6
> 25	1	2

Elaboração própria
Fonte: COSECS-MG, **op. cit.**.

A Tabela 9 revela que os consórcios mineiros se concentram na faixa populacional de 100.000 a 200.000 habitantes (42%) e de 50.000 a 100.000 (25%).

Ainda segundo o COSECS-MG, outra particularidade observada nos consórcios de saúde atualmente existentes em Minas Gerais é que cerca de 15 municípios integram simultaneamente dois consórcios.

Tabela 9 – Distribuição dos Consórcios em relação à população coberta

População / Consórcio (Habitantes)	Número de Consórcios	Distribuição (%)
< 50.000	4	6
50.000 - 100.000	16	25
100.000 - 200.000	27	42
200.000 - 300.000	8	13
300.000 - 400.000	5	8
> 400.000	4	6

Elaboração própria.
Fonte: COSECS-MG, **op. cit.**.

3.4.2 Consórcios Intermunicipais de Saúde no Paraná

Atualmente, existem 22 Consórcios Intermunicipais de Saúde no Paraná, sendo que em termos de abrangência, três são micro-regionais, dezoito regionais e um para todo o estado, o Consórcio Paraná Saúde. Todos têm convênio de cooperação técnico-financeira com a SESA/ISEP - Secretaria de Saúde do Paraná/Instituto de Saúde do Paraná (Secretaria de Saúde do Paraná).

O Consórcio Paraná Saúde é formado por 377 municípios e conta com as parcerias entre os governos estadual e federal, bem como entre os governos do Estado e dos Municípios, visando estabelecer um mecanismo de financiamento tripartite para a aquisição de medicamentos, insumos, bens e serviços na área de saúde. Essa parceria ampliou a oferta e reduziu o custo das aquisições.

No Paraná, os consórcios têm sido administrados de forma mais ou menos idêntica, conforme a estrutura apresentada no item 3.3.2, ou seja, com um Conselho de Prefeitos, uma Comissão Executiva de Prefeitos e uma Coordenação Executiva do Serviço, o Centro Regional de Especialidade.

O Estado do Paraná tem apoiado os consórcios nos aspectos de infra-estrutura, de investimentos e de compra de equipamentos. Assim, a “posição do Governo Estadual do Paraná foi de promover uma coordenação ativa de regionalização, utilizando os consórcios como instrumento de gestão e espaço de parceria intergovernamental” (GUIMARÃES, **op. cit.**, p. 98).

A nova administração, ao analisar a situação dos consórcios, fixou duas premissas que ficaram claramente definidas. A primeira, a expansão, o aperfeiçoamento e a consolidação dos Consórcios era parte integrante da política estadual de saúde da nova gestão. A segunda, os Consórcios são associações autônomas dos municípios e como tal não devem ser tuteladas pelo estado (BERTONE, 1996, p. 37).

3.4.3 Consórcios Intermunicipais de Saúde no Mato Grosso

No Mato Grosso, a implantação dos consórcios intermunicipais de saúde foi amplamente apoiada e influenciada pela SES/MT (Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso). Em

1995, a SES/MT estabeleceu a meta de incentivar a constituição de 11 consórcios (GUIMARÃES, **op. cit.**, p. 134).

A vinculação da regionalização com o consórcio de saúde ocorreu porque a SES/MT concluiu que tal instrumento seria potencialmente valioso para fortalecer a construção de parcerias e promover a cooperação intergovernamental na solução de problemas de uma região. Ao mesmo tempo, os consórcios poderiam articular serviços municipais e romper com a *atomização* de sistemas locais, resultante do processo de descentralização sem a coordenação ativa da esfera estadual (**ibid.**, p. 134).

Em 2000, encontravam-se implantados nove consórcios, com mais um em processo de negociação. A população média dos municípios-sede variava de 15.000 a 142.000 habitantes. (**ibid.**, p. 141).

As atividades desenvolvidas pelos consórcios concentram-se em prestação de serviços especializados (Laboratório de Patologia Clínica, Raio X, Ultra-sonografia e Coleta e transfusão de sangue) e em algumas especialidades médicas, tais como Ortopedia, Cirurgia-Geral, Pediatria e Clínica Médica.

Os principais resultados alcançados foram: aumento da resolutividade, redução de encaminhamentos para a capital, Cuiabá, e ampliação de unidades de referências.³

3.4.4 Perspectivas

Verificou-se que em todos os três estados analisados no item anterior, os consórcios intermunicipais de saúde tiveram o apoio dos respectivos Governos Estaduais.

Apesar das vantagens desta forma de associativismo, diversos estudos (Teixeira e al, 2002a; Teixeira e al, 2002b; Teixeira e al, 2002c; Ribeiro, 1994; Lima e Pastrana, 2000; Guimarães, 2001) sobre os consórcios brasileiros têm demonstrado que este arranjo institucional apresenta dificuldades para se sustentar no longo prazo. Essa opção encontra algumas dificuldades de natureza política e operacional, uma vez que apresenta riscos tanto para os municípios-sede, aqueles onde os serviços são prestados, como para os municípios menores, aqueles que utilizam as instalações do município-sede para atender aos seus cidadãos. Para os primeiros, os riscos decorrem da possibilidade dos demais parceiros adotarem atitudes oportunistas (*free*

rider), deixando de cumprir com as obrigações financeiras, aumentando os custos para os municípios-sede, uma vez que estarão arcando com a prestação de serviços para populações de municípios inadimplentes. Para os segundos, existem os riscos dos municípios-sede priorizarem determinados serviços para a sua população em detrimento de todos os beneficiados da região. Daí a importância do estabelecimento de mecanismos de incentivo e de punição entre os consorciados.

Diante da fragilidade das finanças municipais e da complexidade do processo político de construção de parcerias, a manutenção desse equilíbrio pode ser inviabilizada. No capítulo 4 serão analisadas, com mais detalhes, as dificuldades para a formação e a manutenção dos consórcios sob o aspecto regulatório e serão apresentados outros instrumentos que podem ser utilizados para complementar a municipalização da saúde, de modo a avançar no processo da regionalização de alguns serviços, sem que se perca a autonomia dos municípios no papel de gestores responsáveis por oferecer serviços de saúde para as suas respectivas populações.

³ Resolutividade é um conceito que determina se o atendimento recebido ajudou a resolver o problema de saúde.

4 A REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Os consórcios intermunicipais de saúde são arranjos institucionais com o objetivo de unir capacidades de agentes autônomos, os municípios, buscando, através de economia de escala, melhores condições de oferecer serviços mais especializados de saúde.

Como qualquer arranjo institucional, os consórcios intermunicipais de saúde enfrentam problemas de gestão. Os agentes dispõem de racionalidade limitada, podem deparar-se com situações de práticas oportunistas, convivem com assimetrias de informação. Existem, enfim, custos de transação envolvidos nesse tipo de coordenação, que precisam ser considerados para avaliar se esse arranjo é o mais eficiente diante dos resultados esperados.

Essas entidades surgiram para prestar determinados serviços de saúde regionalmente. Diante dos problemas verificados, há que se pensar em soluções para viabilizá-los, assim como em novas alternativas para a regionalização.

Buscando atualizar o debate, apresentar-se-á adiante o Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), instrumento para um novo modelo de gestão da saúde, ferramenta que, talvez, seja útil no processo de regionalização. Esse instrumento foi anunciado desde a NOB 01/96, mas apenas em 1999 começou a ser implantado.

4.1 PROBLEMAS DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE

Um grande problema dos consórcios, talvez o maior, é o componente político, marcadamente presente nesse arranjo institucional. Esse ingrediente, em algumas situações, pode conduzir a incertezas quanto ao cumprimento dos contratos e, conseqüentemente, favorecer a baixa sustentabilidade dessas associações.

É fato notório que os municípios convivem com escassez de recursos financeiros. O gestor municipal precisa definir as prioridades. Algumas vezes, diante de interesses político-eleitorais, os prefeitos optam por direcionar os recursos disponíveis para a execução de obras, muitas vezes de ‘fachada’, mas com retornos políticos mais imediatos, em detrimento de manter sua quota nos consórcios. Essas dificuldades podem reduzir o interesse do prefeito de um determinado município em honrar seus compromissos para com a entidade, o que

evidencia uma certa instabilidade nesses arranjos. Assim, apesar dos benefícios aos usuários dos serviços e do aumento da resolutividade da rede de saúde, podem ocorrer situações em que os municípios decidam abandonar as parcerias.

Para contornar essa dificuldade, alguns consórcios suspendem a prestação de serviços para a população dos municípios que se encontram inadimplentes. Entretanto, a Constituição Brasileira de 1988 garante a universalização do acesso aos serviços essenciais à vida. Assim, a atitude de suspender o atendimento à população do município em débito com suas obrigações financeiras junto aos consórcios, como forma de punição, fere os princípios normativos constitucionais.

Outro aspecto importante para a sustentabilidade dessas instituições, no longo prazo, é a necessidade de confiança mútua entre os gestores. Infelizmente, muitas vezes esta variável exige que os interesses políticos entre eles não sejam conflitantes. A manutenção de um consórcio não pode estar vinculada em hipótese alguma aos interesses apenas dos gestores municipais que se consorciam. A permanência de um prefeito por mais de uma gestão eleitoral não pode ser uma condição para a sustentabilidade de um consórcio. É necessário, então, que existam ‘cláusulas’ estabelecidas no consórcio, como em qualquer contrato, que permitam que a sua continuidade não esteja vinculada, exclusivamente, aos interesses individuais dos gestores dos municípios consorciados.

Estudo recente - **Efeito da heterogeneidade entre municípios sobre a formação de consórcio intermunicipal de saúde**, realizado por Teixeira e outros (2002c), analisou como a heterogeneidade entre os municípios (renda, poder de barganha e preferências por bens públicos) interfere na decisão de formação de consórcios. Para verificar as inter-relações envolvidas foi utilizado um modelo de equilíbrio geral com microfundamentos políticos. Os resultados encontrados foram:

- a) Municípios com homogeneidade de rendas e de preferências serão motivados a se associarem; os ganhos de escala são suficientes para garantir a formação dos consórcios;

- b) Municípios com rendas médias heterogêneas, mas com preferências iguais, se associarão desde que ambos atribuam importância suficiente à provisão de bens públicos;⁴

Vale observar que, nesse caso, o município mais rico ficará atraído não pelo interesse no aumento de gastos em saúde, mas sim pela possibilidade de dividir com outro município o gasto com a provisão do bem público – reduzindo seu dispêndio *per capita* em saúde, ao mesmo tempo em que tem mais flexibilidade para realocação de seus recursos entre consumo privado e público, devido ao ganho de produção de saúde associado ao consorciamento. Já o município mais pobre vê no consórcio uma oportunidade de aumentar sua produção de serviços de saúde (TEIXEIRA, 2003b, p. 20).

- c) Municípios com heterogeneidade tanto nas rendas como nas preferências quanto à provisão de bens públicos, provavelmente não se associarão, a menos que os ganhos para todos sejam suficientemente elevados.

O corolário é, portanto, que novos mecanismos de incentivo e de punição, que respeitem os princípios constitucionais, devem ser introduzidos para garantir a formação e a manutenção dessas parcerias.

A formação e a sustentabilidade dos consórcios intermunicipais de saúde dependem crucialmente de dois fatores. Em primeiro lugar dos mecanismos de punição, os quais podem ser impostos aos membros inadimplentes do consórcio e, em segundo, dos ganhos para cada município, chamados de ganhos tecnológicos (TEIXEIRA, 2002b, p. 2).⁵

4.2 CONDUITAS DOS AGENTES NOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE

A Nova Economia Institucional identificou diversas condutas presentes nas relações entre os agentes que integram qualquer arranjo institucional. Essas condutas explicam porque existem dificuldades nas relações e porque, para contorná-las, as instituições criam mecanismos regulatórios.

⁴ Bem público é aquele para o qual o consumo por parte de uma pessoa não reduz a disponibilidade do mesmo para outras pessoas. Ninguém deve ser excluído da possibilidade de desfrutá-lo. Por exemplo: fornecimento de iluminação pública, de limpeza pública, etc.

⁵ Ganhos tecnológicos representam quaisquer incentivos que motivem os consorciados a se manterem associados, tais como: aumento da oferta de serviços, diminuição na espera por atendimento, acesso a outras especialidades médicas, redução de custos, etc.

Qualquer arranjo institucional eficiente do ponto de vista sócio-econômico precisa estabelecer competências, limites, sanções e punições. Os agentes dispõem de racionalidade limitada e sofrem assimetrias de informação. Assim, as instituições precisam dispor de mecanismos de incentivo, para permanecerem em operação, e também de sanções e punições para que atitudes oportunistas sejam coibidas entre os agentes.

Na análise dos problemas mais freqüentes existentes nos consórcios foram percebidas algumas dessas condutas.

a) Práticas oportunistas

Num consórcio intermunicipal de saúde, quando um município deixa de repassar a sua quota de recursos para o consórcio, de certa forma está tendo uma atitude oportunista. Esta atitude, também denominada *free rider* (efeito carona), ocorre quando a população do município inadimplente continua utilizando-se dos serviços do consórcio, apesar daquele encontrar-se em débito com a entidade.

b) Divergência de interesses

Interesses políticos podem induzir o gestor municipal a descumprir suas obrigações com o consórcio, pois os gestores municipais não têm necessariamente os mesmos interesses.

Dependendo da percepção que o gestor municipal tenha do seu eleitorado, ele poderá deixar de cumprir sua parte no consórcio para utilizar os recursos em outra atividade que trará mais resultados na satisfação do eleitorado. Por exemplo, se o eleitor médio no seu município considera como prioridade que o prefeito desenvolva ações voltadas para a saúde, as quais têm grandes impactos a médio e longo prazo, mas menor retorno esperado no curto prazo, certamente, estará satisfeito com a decisão do prefeito em priorizar recursos para os consórcios de saúde. Por outro lado, se o ambiente econômico é desfavorável, o eleitorado poderá preferir que o gestor municipal dê prioridade às ações com resultados de curto prazo, tais como medidas assistencialistas (doações de cesta básica) ou execução de obras (gerando empregos).

Os políticos (prefeitos) têm como um de seus maiores objetivos maximizar sua sobrevivência político-eleitoral. Para tanto, tomam decisões de forma que seja maximizado seu apoio popular (TEIXEIRA, 2002a, p. 2).

A divergência de interesses também se torna um complicador a mais no momento de decidir participar de um consórcio intermunicipal de saúde. Quando existe homogeneidade de rendas e de preferências pela provisão da saúde pela via pública é esperado que, em princípio, haverá interesse em consorciar-se. Entretanto, quando não existe esta homogeneidade, o município mais rico será motivado a consorciar-se a um mais pobre apenas se tiver ganhos tecnológicos.

O poder de barganha também é diferente entre os consorciados, sendo essa mais uma variável que traz vulnerabilidade aos consórcios intermunicipais de saúde.

c) Assimetrias de informação

As assimetrias de informação também estão presentes nas relações existentes num consórcio intermunicipal de saúde, tanto internamente, como externamente. A real situação financeira de um município não necessariamente é do conhecimento de todos os consorciados. Atualmente, como prática democrática, existem instrumentos que garantem maior transparência para a situação financeira dos municípios; entretanto, esses instrumentos são disponibilizados, na melhor das hipóteses, apenas *a posteriori*, nas prestações de contas. No momento da formação dos consórcios não existem garantias confiáveis de que, individualmente, os consorciados cumprirão suas obrigações junto ao consórcio; assim, o comprometimento assumido pelo gestor não é uma informação plenamente confiável. A necessidade de confiança mútua na presença de assimetrias de informação denota a grande fragilidade presente nas relações existentes num consórcio intermunicipal de saúde.

Do ponto de vista da relação externa, também há assimetria de informações entre o consórcio e os fornecedores, prestadores de serviços de um modo geral; entre o consórcio e a população; e entre o consórcio e os gestores de outros entes hierarquicamente superiores.

d) Risco moral

O risco moral poderá se fazer presente, pois diante das divergências de interesses e das assimetrias de informação entre os consorciados, aquele agente que dispõe de uma informação

privilegiada poderá tentar agir de forma oportunista e tirar algum proveito individual em detrimento do coletivo, prejudicando, assim, a eficiência.

e) Repartição do risco

Esta característica decorre também da divergência de interesses. O risco, no caso, pode ser relacionado com a aceitação político-eleitoral. Gestores preocupados apenas em desenvolver ações eleitoreiras, que percebem que o eleitor-médio tem uma percepção voltada para ações de resposta imediata, muito provavelmente darão prioridade a dedicar mais recursos financeiros ou técnicos para essas ações, ficando preteridas as ações voltadas para a saúde. Mais uma vez essas atitudes distintas conduzem às fragilidades para a sustentação deste arranjo institucional, que pela sua especificidade não dispõe de mecanismos punitivos mais evidentes, típicos da firma capitalista.

Para amenizar a ocorrência dessas condutas é conveniente estabelecer a figura do Supervisor. Grosseiramente, pode-se identificar como Supervisor, o controle social desempenhado pelas diversas estruturas democráticas criadas: Conselhos de Saúde (Municipais e Estadual), Comissões Intergestores Bipartite e os próprios Conselhos Fiscais dos consórcios, parte integrante em praticamente todos os consórcios intermunicipais de saúde existentes atualmente no Brasil, conforme apresentado no item 3.3.2 (Estrutura Administrativa).

Porém, não basta a existência formal dessas estruturas democráticas, é necessário que as suas atitudes sejam efetivas; o controle social precisa ser desempenhado plenamente. Há uma enorme variedade de estágios democráticos em que se encontram as diversas regiões brasileiras. Dessa forma, o que se observa é que em muitos municípios brasileiros os conselhos municipais embora estejam formalmente constituídos, na prática não desempenham o seu papel regulatório. Os conselhos devem ser instituições de controle social, pois são constituídos com representantes dos poderes locais (executivo e legislativo) e da sociedade civil diretamente interessada. Entretanto, muitos conselhos sofrem a ingerência total do poder executivo municipal e não são autônomos para fiscalizar os atos praticados por este gestor.

O controle social constitui-se num dos mais importantes mecanismos de regulação, seja nas relações envolvidas nos consórcios intermunicipais de saúde, seja naquelas existentes em

qualquer outro arranjo utilizado, ou que venha a ser utilizado, como agente condutor da regionalização da assistência à saúde. Este ponto estará melhor detalhado no item 4.3.1.

4.3 REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

A Constituição Brasileira de 1988 estabeleceu que a saúde é um direito de todos. O Mercado não se constitui no arranjo mais eficiente para o fornecimento deste serviço, a saúde, principalmente, em países como o Brasil, onde existem milhões de pessoas com baixo poder aquisitivo que demandam pela assistência pública. Para regular as condutas praticadas pelos prestadores de serviços de saúde privada, o Estado Brasileiro criou as agências reguladoras. Para os ofertantes de saúde pública a regulação deve ser praticada pelo próprio Governo, em todos os três níveis – Federal, Estadual e Municipal, e pela própria sociedade.

No fornecimento de bens públicos, em razão das especificidades destes bens, a regulação é extremamente necessária, visto que o interesse coletivo deve ser superior ao interesse individual. Assim, para evitar as condutas oportunistas de alguns agentes, para contornar as assimetrias de informação entre os agentes e para que seja alcançada a eficiência social, o Estado, juntamente com a sociedade, precisa definir condutas e limites no fornecimento do bem público.

Bens públicos possuem duas características principais: não-exclusividade e não-rivalidade. A primeira significa que a propriedade do bem não pode ser atribuída como um direito exclusivo de um único agente econômico. A não-rivalidade quer dizer que a agregação de novos consumidores não altera o custo dos bens consumidos (FERRAZ; PAULA; KUPFER, 2002, p. 551).

O campo da regulação é muito amplo. O objetivo central da regulação de atividades econômicas não é promover a concorrência como um fim em si mesmo, mas aumentar o nível de eficiência econômica dos mercados correspondentes.

O conceito de eficiência econômica pode assumir quatro significados: produtiva, distributiva, alocativa e seletiva. As eficiências produtiva e seletiva estão extremamente correlacionadas com bens coordenados pelo mercado em que prevalece a busca pela maximização dos lucros. Na prestação do bem público saúde, além dessas duas eficiências, é relevante perseguir uma eficiência distributiva em que o bem-estar é distribuído entre os agentes. Mais que isso, é importante que haja eficiência alocativa (eficiência social ou de Pareto), vale dizer, uma

situação na qual não é possível melhorar a situação de um agente sem piorar a situação de qualquer outro.

Com a municipalização da saúde já se percebe uma elevação na eficiência produtiva e distributiva da atenção básica. Entretanto, é evidente, também, que existe ineficiência no nível da assistência hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade. Para essas ações a ineficiência ocorre em todos os quatro conceitos citados. Os serviços são prestados com custos elevados (ineficiência produtiva); estão concentrados em algumas regiões, beneficiando poucos (ineficiência distributiva); pode-se melhorar a situação de uma pessoa sem piorar a de qualquer outra (ineficiência alocativa); e existem procedimentos médicos que apresentam melhores resultados, tanto pela resolutividade, como pelos menores custos (ineficiência seletiva). Apenas com a regionalização regulada esse quadro poderá ser melhorado.

Diante da dificuldade de definir critérios mais objetivos de incentivos e de punições, percebe-se que para equacionar as dificuldades dos consórcios é necessário o estabelecimento de outros mecanismos regulatórios.

O fornecimento de bens públicos dá margem a um tipo de comportamento oportunista conhecido como o problema do 'carona' (*free rider*): a possibilidade de usar sem pagar. O mercado tende a falhar no fornecimento de bens públicos, pois os incentivos para o ofertante são insuficientes. Como solução, esses bens devem ser ofertados diretamente pelo Estado ou através de concessões (**ibid.**, p. 551-552).

O agente que dispõe das melhores condições para regular sobre a prestação dos serviços de atenção à saúde de uma forma regionalmente eficiente é o gestor estadual. Ele conhece, ou deveria conhecer, os ofertantes, as demandas locais, as condições existentes, tais como infraestrutura, equipamentos, recursos humanos, em cada sub-região dentro da esfera estadual.

Além do gestor estadual, outro agente que precisa atuar como regulador na prestação da assistência à saúde é a própria sociedade, por meio de diversas instituições existentes.

A seguir se analisará como esses dois agentes, sociedade e gestor estadual, precisam desempenhar efetivamente seus papéis como reguladores na prestação dos serviços de atenção à saúde.

4.3.1 Controle Social

A cultura política brasileira, em muitas regiões, ainda convive com o clientelismo. As decisões dos dirigentes políticos na maioria das vezes são tomadas para atender aos interesses de quem tem mais influência e, muitas vezes, esses mesmos políticos, numa atitude populista, transformam direitos em doações e favores.

Nesse ambiente, é necessário que se instale uma nova cultura política/democrática, marcada pela presença de pólos de representação que tenham a capacidade de se contrapor àqueles que detêm o poder.

O controle social é, na história de democratização das políticas de saúde, um dos campos que construiu visibilidade aos movimentos de saúde, quer pela denúncia das “ausências e omissões” dos serviços instalados, quer pela luta no sentido de construir um espaço regular para o exercício do controle nos serviços e nas burocracias da gestão da saúde (SPOSATI; LOBO, 1991, p. 64).

Para a manutenção dos consórcios de saúde, verifica-se que é preciso que o interesse público prevaleça. Os interesses políticos dos gestores municipais não podem predominar na formação dos consórcios, sob o risco de não permitir a sua sustentabilidade. É necessário que as comunidades diretamente envolvidas atuem como fiscais destes consórcios e que os Conselhos Municipais de Saúde, as Comissões Intergestores Bipartites e Tripartites, os Conselhos Estaduais de Saúde e as comunidades locais atuem efetivamente no controle dessas parcerias. Em outras palavras, é preciso que o controle social efetivamente aconteça.

Os conselhos de saúde foram instituídos pela Constituição Federal de 1988 e regulamentados por leis ordinárias. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, estabeleceu as instâncias colegiadas e participativas no campo da saúde: a **Conferência de Saúde**, instância nacional que se reúne de quatro em quatro anos para avaliar e propor readequações na política de saúde; o **Conselho de Saúde**, órgão gestor de caráter permanente; o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (**CONASS**) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (**CONASEMS**).

Também foram criadas outras estruturas de controle social: as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) formadas por representantes das três esferas de governo, União, Estados e Municípios; e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) formadas por representantes das

duas esferas de governo, Estado e Municípios; ambas atuando como fóruns de negociações com propósitos integradores e harmonizadores entre as esferas de governo envolvidas.

No caso do SUS é notável o progressivo aumento de oferta de serviços em termos nacionais ao longo dos anos 90, assim como a tendência que a política apresenta no sentido de compensar paulatinamente as desigualdades regionais. Esta tendência decorre não apenas dos objetivos propalados da política, mas dos arranjos institucionais, como a Comissão Intergestores Tripartite formada por representantes dos governos federal, estaduais e municipais, que definem regras de partilha e transferência de recursos federais para o setor (RIBEIRO; COSTA, 2000, p. 182-183).

As Normas Operacionais da Saúde estabeleceram que estas comissões devem elaborar planejamentos integrados. Surgindo, assim, a Programação Pactuada Integrada (PPI) “instrumento de negociação entre gestores do SUS, definindo-se metas, responsabilidades, referências intermunicipais e definindo os tetos orçamentários” (Cordeiro, 2001, p. 325).

Nesse campo, percebem-se avanços na democratização brasileira. Numa parte significativa dos municípios brasileiros, desde os mais ricos, localizados nas regiões Sudeste e Sul, até naqueles mais pobres, localizados em rincões, já existem diversos conselhos institucionalmente constituídos. Essa realidade é evidente uma vez que se trata, inclusive, de exigência legal estabelecida pelas sucessivas NOBs, pois, para que os municípios tenham o direito a receber determinados recursos financeiros, essas normas estabeleceram graus de habilitação. Essas habilitações estão vinculadas à existência formal de determinadas instâncias de controle, por exemplo, os Conselhos Municipais de Saúde. O porte de cada conselho varia segundo o tamanho da população local, mas todos eles devem ter a mesma composição paritária: metade dos assentos corresponde a representantes da comunidade setorial, dos profissionais, dos prestadores públicos e privados e dos trabalhadores da saúde; a outra metade deve compreender representantes de usuários dos serviços do SUS.

No Brasil, a democratização política e a descentralização das políticas sociais abriram espaço para incontáveis experiências de participação popular em arenas públicas de decisão política. O setor saúde se destaca não só no país, mas também na América Latina, pelo surgimento de mais de 5.000 conselhos de saúde, dos quais, por força da lei, os representantes da sociedade civil organizada participam de forma paritária com representantes da autoridade setorial e prestadores profissionais e institucionais de serviços (LABRA; FIGUEIREDO, 2002, p. 538).

Entretanto, na prática, o que se percebe é que alguns desses conselhos não desempenham efetivamente seu papel regulatório.

No caso da hegemonia política, a situação mais comumente encontrada é a conhecida prefeiturização do conselho, em que a dominação política exercida pelo executivo decorre de relações patrimonialistas ou de algum tipo de liderança carismática (RIBEIRO, 1997, p. 88).

Numerosos estudos têm sido feitos sobre os Conselhos de Saúde. Os problemas mais freqüentes apresentados são:

- a) falta de tradição de participação e de cultura cívica da população brasileira;
- b) centralização na pessoa do Secretário de Saúde, como representante do Poder Executivo, da formulação de propostas e da presidência do colegiado, impondo suas idéias, manipulando as reuniões e, muitas vezes, não acatando as decisões deliberadas pelo colegiado;
- c) composição dos conselhos com pessoas direta ou indiretamente ligadas ao gestor municipal, implicando perda da autonomia de deliberação;
- d) complexidade dos assuntos tratados, implicando, às vezes, um total desconhecimento pelos membros dos conselhos, compostos, muitas vezes, por pessoas leigas;
- e) conselhos formalmente constituídos, mas que existem apenas de ‘fachada’.

Essas dificuldades poderão ser superadas no médio e longo prazo, por meio de programas de capacitação para conselheiros de saúde, pelo constante aprendizado e pela continuidade desse processo. Quanto mais pessoas estiverem envolvidas e efetivamente participando desses fóruns, maior será a percepção por toda a sociedade do poder que tem. A cidadania é o caminho mais eficiente para reduzir as desigualdades. Claro que um Estado Democrático precisa ter instâncias de controle, mas de nada adiantará se o controle social não for desempenhado por todos, pelo cidadão comum, inclusive.

Essa formação denominada de *educação política*, que não se constitui pronta e acabada, implica rejeitar aquela argumentação contrária que exagera as condições de apatia e despreparo absoluto do povo, considerando-o ineducável (KRÜGER, 2000, p. 141).

Esse processo de educação política é longo, mas é viável. A multiplicação desses espaços de discussão é relevante; porém, o mais importante será conseguido apenas com a elevação do

nível educacional da população brasileira. Somente assim, poder-se-á, num futuro, desempenhar efetivamente o controle social.

4.3.2 Gestor Estadual

Com a edição das primeiras normas operacionais (1991 a 1996), o papel do gestor estadual não ficou muito bem definido. Esse período, inclusive, coincide com uma grande formação de consórcios intermunicipais de saúde por todo o Brasil, conforme já comentado exaustivamente, como forma de contornar as dificuldades decorrentes da municipalização da saúde. Embora os consórcios não possam, nem devam, substituir a função dos gestores estaduais, de certa forma eles surgem para cobrir uma lacuna deixada por este ente. Com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001), publicada em janeiro de 2001 (Portaria nº 95, de 26/01/2001), revisada e reeditada em 2002 (Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002), o Gestor Federal visou equacionar essa questão.

A NOAS-SUS 01/2001 teve como objetivo geral promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações de saúde em todos os níveis de atenção, com forte fundamento na regionalização dos serviços, através da integração entre sistemas municipais e por meio da definição do papel do gestor estadual como coordenador e mediador. Finalmente, ficou definido para o gestor estadual um papel relevante no processo de regionalização da atenção à saúde.

Assim, esse normativo estabeleceu três grupos de estratégias: regionalização e organização da assistência; fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e revisão dos critérios de habilitação dos municípios e estados. Dentro do contexto da regionalização, foram previstas como premissas a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), a ampliação da Atenção Básica, a qualificação das microrregiões na assistência à saúde, a organização da Média Complexidade e a política para a Alta Complexidade.

Conforme a NOAS-SUS 01/2001, as principais metas dos PDRs são:

- a) organização do território estadual em regiões de saúde, identificando as prioridades de intervenção;
- b) elaboração de proposta de investimentos de acordo com as prioridades;

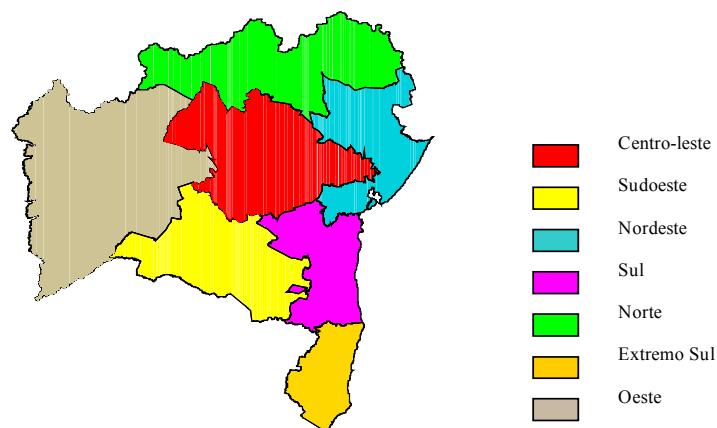
- c) identificação dos municípios de referência;
- d) organização de fluxos de referência e garantia do acesso da população aos serviços;
- e) estruturação de redes de referência especializadas.

Os PDRs devem ser aprovados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e no Conselho Estadual de Saúde (CES).

Como não poderia deixar de ser, os níveis de progressos na elaboração dos PDRs são diferentes entre os diversos estados brasileiros. Alguns estados brasileiros encontram-se mais avançados que outros na democratização da saúde.

Plano Diretor de Regionalização (PDR) – o caso da Bahia

O PDR da Bahia, elaborado recentemente, em janeiro de 2004 (SEAB, 2004), apresenta as seguintes características: o Estado foi subdividido em **07 macrorregiões** de saúde, que correspondem a grandes áreas com características físicas e socioeconômicas peculiares, em **32 microrregiões e 126 Módulos Assistenciais**, como se observa no quadro 3 e nos mapas 1 e 2, apresentados a seguir:



Mapa 1 – Macrorregiões da Bahia

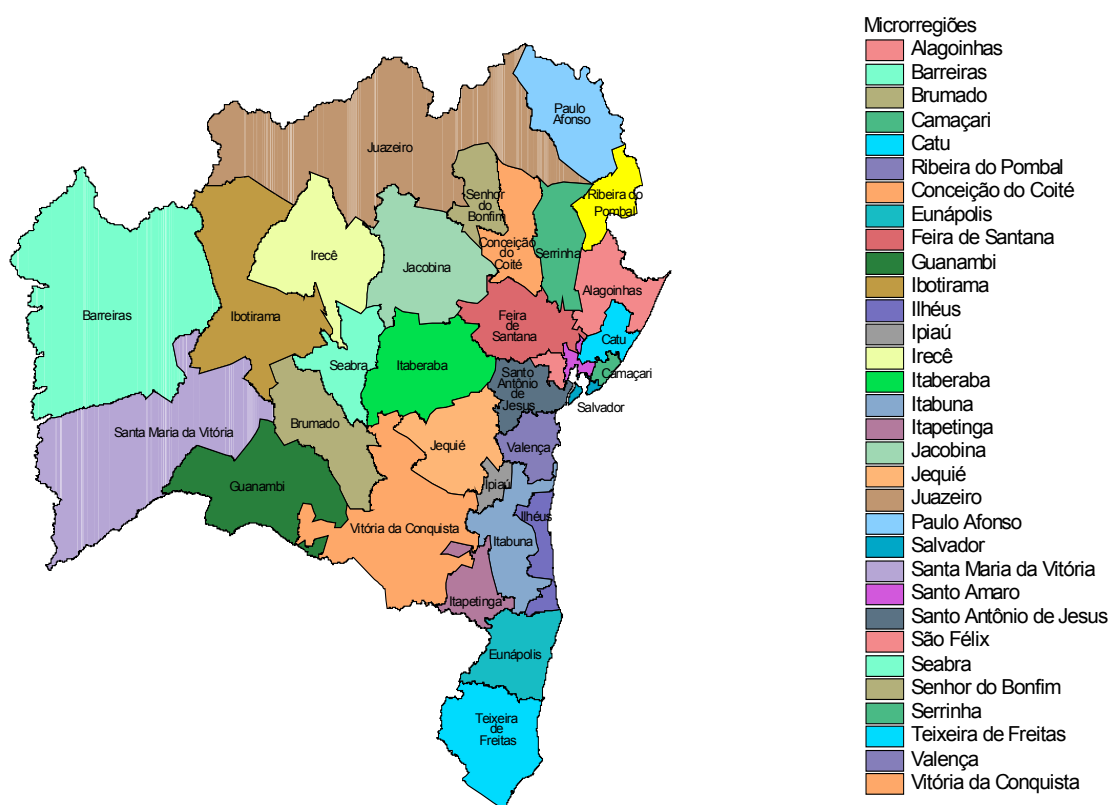
As macrorregiões são compostas por um conjunto de municípios que se localizam no raio de influência de uma cidade que é o centro polarizador das atividades da macrorregião; em geral,

essa cidade pólo já dispõe de serviços de saúde de alta complexidade, ou será alvo de investimentos.

	MACRORREGIÕES	MICRORREGIÕES	MÓDULOS	MUNICÍPIOS
1	Nordeste	10	41	101
2	Sul	6	22	78
3	Extremo Sul	2	7	21
4	Sudoeste	3	16	65
5	Oeste	3	10	36
6	Norte	3	10	27
7	Centro Leste	5	20	89
TOTAL		32	126	417

Quadro 3 – Distribuição do PDR na Bahia

Fonte: SESAB (PDR jan 2004)



Mapa 2 – Microrregiões da Bahia

Fonte: SESAB (PDR jan 2004)

Cada macrorregião foi subdividida em microrregiões, que contam com atenção básica ampliada e com a atenção de média complexidade. Por sua vez, cada microrregião é

constituída por diversos Módulos Assistenciais, considerados como o primeiro nível de referência, podendo corresponder a apenas um município que esteja habilitado em uma das formas de gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA), ou Plena do Sistema Municipal (GPSM) ou incluir vários municípios de pequeno porte.

Quanto às demais premissas definidas pela NOAS 01/2001, no contexto da regionalização, merecem destaque alguns pontos: a atenção básica continua como uma obrigação de cada município, sendo financiada, preferencialmente, pelo critério *per capita*; as ações de média complexidade no primeiro nível de referência devem ser prestadas em municípios o mais próximo possível de cada cidadão; as demais ações de média complexidade devem ser oferecidas regionalmente dentro de cada estado e no caso das ações de alta complexidade, o gestor estadual fica responsável pela macrogestão dos serviços, definindo as prioridades assistenciais e a programação dessas ações.

Analisando as premissas e metas estabelecidas na NOAS 01/2001, percebe-se que foram institucionalizadas as condições necessárias para uma regionalização da saúde independente dos consórcios intermunicipais de saúde. Finalmente, o processo de regionalização, sob a coordenação, principalmente, do gestor estadual, ganha um espaço importante para a universalização e a integralidade da saúde no Brasil.

Entretanto, visto que em alguns estados esse processo de regionalização encontra-se mais atrasado, é necessário que haja uma regulação do ente hierárquico superior, a União, acompanhada por controles sociais tanto de esferas inferiores (Conselhos Municipais de Saúde) como de instâncias de mesmo nível com a CIB e o Conselho Estadual de Saúde. Ou seja, para que se alcance plenamente o que foi estabelecido para o Sistema Único de Saúde é necessária uma atuação séria e comprometida dos diversos agentes envolvidos: os governos, cumprindo suas obrigações, e a sociedade civil, desempenhando seu papel no controle social.

4.4 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CARTÃO – SUS)

O Cartão Nacional de Saúde foi enunciado pela NOB 01/1996 como forma de identificar a clientela do SUS, explicitando ao mesmo tempo sua vinculação ao município residente. Ou seja, o Cartão Nacional de Saúde é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos realizados no âmbito do SUS ao usuário, ao profissional de saúde que os

realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados. Além dos usuários, os profissionais de saúde também receberão cartões magnéticos, permitindo a identificação perante o sistema.

4.4.1 Concepção do Cartão SUS

O Cartão do Usuário terá uma numeração nacional, baseada no número PIS/PASEP (Plano de Integração Social / Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público), de modo a identificar o cidadão no sistema local e, ao mesmo tempo, possibilitar a geração de informações em âmbitos federal, estadual e regional. O cadastramento de usuários do SUS tem o objetivo de identificar os números PIS/PASEP para as pessoas que já o possuem, ou gerar números para aqueles que ainda não o têm.

Na tarja do cartão encontram-se as informações de identificação: número do cartão, nome do usuário, sexo, data de nascimento, município e unidade da federação de residência. Cada vez que ele for utilizado as informações decorrentes do atendimento serão armazenadas em bancos de dados residentes no servidor, podendo ser consultadas sempre que necessário. Segundo o Ministério da Saúde (2000, p. 564), além do cartão do usuário e do cartão do profissional de saúde, o sistema será composto por cinco níveis:

- a) **Nível de atendimento:** composto pelos Terminais de Atendimento SUS (TAS) instalados nas unidades de saúde espalhadas por todo o Brasil;
- b) **Nível Municipal:** composto pelos servidores municipais responsáveis pelo processamento e armazenamento dos dados de todos os atendimentos realizados no município;
- c) **Nível concentrador:** composto por servidores conectados à rede *on line* em tempo real e responsável pelo armazenamento dos dados de atendimentos de todos os municípios a ele conectados para fins de uma maior segurança dos dados e possibilidade de acesso dos níveis estadual e federal;
- d) **Nível estadual:** composto por servidores conectados á rede permanente e responsável pelo armazenamento das informações totalizadas dos atendimentos realizados no estado;

e) **Nível federal:** composto por servidores conectados à rede permanente e responsável pelo armazenamento das informações totalizadas dos atendimentos realizados no País.

A concepção deste importante projeto requer algumas particularidades importantes: o porte do cartão não pode ser entendido como condição para o acesso dos usuários aos serviços de saúde (respeito ao princípio da universalidade do direito à saúde) e o acesso às informações do sistema deve respeitar os aspectos de ética profissional e o direito à privacidade, à confidencialidade e à intimidade dos cidadãos.

4.4.2 Principais Objetivos

Com a utilização do cartão SUS o usuário estará identificado. O acompanhamento da sua evolução permitirá avaliar os efeitos da atenção individualizada. O sistema será útil para efeitos de planejamento de ações de vigilância epidemiológica e oferecerá, também, recursos para a auditoria. Essa ferramenta trará benefícios para os usuários, os profissionais de saúde e os gestores. Os principais objetivos para cada um desses agentes serão:

Usuários: construir uma base de dados cadastrais do usuário, contendo informações sobre o seu histórico clínico; possibilitar a imediata identificação do usuário, agilizando o atendimento e facilitando a marcação de consultas e de exames e o referenciamento a outras Unidades de Saúde.

Profissionais de saúde: possibilitar a construção de um sistema de avaliação dos procedimentos e demais atos realizados pelos profissionais com vistas a aperfeiçoar sua atuação; construir um sistema de informação que subsidie a organização e a gestão do SUS, com impactos na melhoria das condições de trabalho dos profissionais, e subsidiar a elaboração de protocolos clínicos, por meio de associação e correlação de diagnósticos e procedimentos.

Gestores: instrumentalizar os processos relativos às compensações financeiras entre os municípios e estados pelo atendimento de pacientes externos à sua base residencial (Câmara de Compensações); facilitar a integração dos diversos sistemas de informações em saúde existentes, tanto entre municípios, entre municípios e estados, entre os estados e o Ministério da Saúde e dentro dos próprios municípios; auxiliar o funcionamento dos consórcios

intermunicipais de saúde e criar condições para prover maior equidade na distribuição de recursos.

4.4.3 Etapas para a implantação

Inicialmente, diante da complexidade desse programa, foi desenvolvido um projeto Piloto, que contemplava a distribuição de cartões para a população de 44 municípios, sendo sete capitais, espalhados por onze estados brasileiros, alcançando cerca de 13 milhões de usuários do SUS. Foram adquiridos equipamentos para os três níveis de governo - federal, estadual e municipal; comprados e desenvolvidos softwares (o aplicativo do terminal de atendimento, os aplicativos de gestão municipal, regional, estadual e federal e os gerenciadores de rede) e produzidos, inicialmente, cerca de 14 milhões de cartões magnéticos para distribuição entre usuários e profissionais do SUS nos municípios do projeto piloto. O Projeto Piloto já foi concluído, funcionando em 44 municípios brasileiros, e cerca de quinze milhões de pessoas já possuem o cartão SUS. A expectativa do Governo Federal é que este benefício esteja totalmente concedido até 2007 (Ministério da Saúde, 2004d).

Paralelamente ao Projeto Piloto, está em andamento o cadastramento dos usuários do SUS em todos os municípios do país. A Portaria GM/MS/017/2001, publicada em 04 de janeiro de 2001 e republicada em 13 de fevereiro de 2001, instituiu o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde. Para a execução do cadastramento, os municípios, inicialmente, precisavam aderir formalmente e, depois desta manifestação, receberiam recursos financeiros para executar o cadastramento. A equipe de trabalho para o cadastramento precisa ser treinada, podendo ser composta por servidores municipais, agentes comunitários de saúde ou contratados especificamente para este fim, sendo que essa decisão deve ser local. Ressalte-se que essa atividade de cadastramento passa a ser permanente, uma vez que essa informação precisará estar sempre atualizada.

Conforme dados apresentados na tabela 10, cerca de 25% da população brasileira já se encontra cadastrada como usuária do SUS, em um total de 844 municípios, ou seja, 15% do total dos municípios que formalizaram o termo de adesão ao cadastramento. Ressalte-se que a adesão foi de 99% do total de 5.561 municípios. A Paraíba é o estado mais adiantado no cadastramento, com cerca de 50% da população total já cadastrada. O estado em que o

cadastramento encontra-se mais atrasado é o Rio de Janeiro, com apenas 5%. A expectativa do Governo Federal é concluir todo o cadastramento até 2005 (Ministério da Saúde, 2004d).

Tabela 10 – Brasil - População Cadastrada com Cartão SUS por Estados.
Agosto/2002

Estado	População Total	Cadastrados	%
AC	557.226	57.303	10,28
AL	2.819.172	980.591	34,78
AM	2.813.085	314.618	11,18
AP	475.843	67.808	14,25
BA	13.066.910	5.150.683	39,42
CE	7.418.476	1.378.375	18,58
ES	3.094.390	707.568	22,87
GO	4.996.439	1.422.645	28,47
MA	5.642.960	1.298.634	23,01
MG	17.866.402	5.514.137	30,86
MS	2.074.877	784.972	37,83
MT	2.502.260	539.906	21,58
PA	6.189.550	1.643.014	26,54
PB	3.439.344	1.722.458	50,08
PE	7.911.937	2.065.334	26,10
PI	2.841.202	1.010.764	35,58
PR	9.558.454	3.507.608	36,70
RJ	14.367.083	669.709	4,66
RN	2.771.538	927.379	33,46
RO	1.377.792	230.371	16,72
RR	324.152	41.218	12,72
RS	10.183.172	1.680.849	16,51
SC	5.349.580	2.339.514	43,73
SE	1.781.714	863.977	48,49
SP	36.969.476	6.812.610	18,43
TO	1.155.913	549.968	47,58
Total	167.548.947	42.282.013	25,24

Fonte: Ministério da Saúde, 2004c.

4.4.4 Dificuldades para implantação

Trata-se de um projeto bastante complexo sob vários aspectos: o tamanho do país; a diversidade de realidades; a complexidade das informações manuseadas (variedades de doenças, de exames, de diagnósticos, de procedimentos); a grande variedade de sistemas de informações que precisam se interligar; o perfil da informação, que exige cuidados na divulgação, uma vez que informações relativas à saúde de qualquer cidadão são protegidas

pela confidencialidade. Enfim, o banco de dados por trás desse sistema precisa ser muito bem planejado sob o risco de vir a transformar-se numa enorme estrutura sem qualquer efetividade.

Um projeto dessa magnitude não pode ser construído sem uma perspectiva de longo prazo. Assim, ele necessita ser implementado em sucessivos ciclos, considerando fase de revisão, planejamento, implantação e análise de resultados (CUNHA, 2002, p. 871).

Segundo Cunha (**op. cit.**, p. 876-878), as principais dificuldades para a completa implantação do Cartão SUS são:

- a) **Técnicas:** dificuldade de acesso e baixa qualidade das linhas telefônicas; inexistência ou insuficiência de recursos humanos com capacitação na área de informática; indefinições quanto aos padrões de informática e política de acesso, envolvendo outros segmentos e não apenas o da saúde.
- b) **Conceituais:** indefinições quanto ao conjunto mínimo de dados que deveriam ser capturados, dificultando a construção de consensos em relação às principais prioridades do sistema; indefinições quanto às formas de acesso às informações do Cartão SUS; indefinições do conteúdo e das intervenções em saúde; demandas diferenciadas entre as esferas de governo, dentre outros.
- c) **Operacionais:** complexidade do trabalho integrado entre as áreas de saúde e de informática; diferentes frentes de trabalho (cadastro, cartões, senhas, treinamentos, instalação de equipamentos, etc.); precariedade das atuais unidades de saúde onde o sistema está sendo implantado - infra-estrutura e acesso a linhas telefônicas; grande número de pessoas sem documento de identificação; resistências corporativas (prestadores privados de serviços de saúde e corporação médica) e dificuldades para interligar todos os diversos sistemas de informação existentes;
- d) **Gestão:** necessidade de negociação permanente, internamente (com setores do Ministério da Saúde) ou externamente (estados, municípios, entidades de profissionais, etc.) e de construção de salvaguardas, no momento da elaboração dos contratos, para que não sejam

criadas reservas de mercado com fornecedores, que possam vir a restringir a concorrência no futuro.

e) **Continuidade:** a incerteza quanto à continuidade deste projeto pelo Governo Federal representa uma grande vulnerabilidade desse sistema.

A experiência observada em grandes projetos que utilizam tecnologia de informática e de telecomunicações mostra que o sucesso de tais iniciativas é dependente da consistência e da continuidade do suporte político (*ibid.*, p. 878).

Além disso, como já dito antes, o acesso às informações de saúde requer cuidados maiores do que os necessários para qualquer outro tipo de dados. Devem ser garantidos a confidencialidade, a integralidade e a segurança no registro, a transmissão, o armazenamento e a utilização dos dados individuais existentes no serviço de saúde. Para tanto, o sistema deverá dispor de salvaguardas definidas pelos profissionais, dirigentes, juristas e demais profissionais envolvidos nessas discussões. Algumas medidas importantes precisam ser tomadas: somente pessoas autorizadas podem ter acesso aos dados, ainda assim, apenas quando necessário para o exercício de suas funções; devem ser implementados sistemas que permitam identificar quem teve acesso, quando e qual foi a informação utilizada; não deve ocorrer o intercâmbio de dados para fins comerciais e a permissão de acesso dos dados para instituições de pesquisa deve ser apenas no formato consolidado, sem identificações.

Uma vez que este projeto é de longo prazo, dentre as dificuldades apresentadas, a mais vulnerável é justamente a garantia de sustentabilidade do sistema como um todo, já que todas as outras são e serão gradativamente superadas com definições, treinamentos, negociações e investimentos. Por outro lado, é preciso que haja o interesse político de sucessivos governantes em nível federal para dar continuidade à implantação desse sistema.

A garantia pela continuidade de interesse político, por sua vez, requer que outras ações sejam preparadas. Uma dessas seria buscar o envolvimento e o apoio dos dirigentes das esferas de governo estaduais e municipais. Em tese, o apoio e o envolvimento estão acontecendo, uma vez que a adesão ao cadastramento ocorreu em 99% dos municípios brasileiros, e mesmo com a mudança de governo em 2002, o projeto piloto foi totalmente concluído em 2003. O atual governo federal vem sinalizando com medidas de continuidade do projeto, tendo sido destinados recursos de R\$ 20 milhões em 2003, com uma previsão de R\$ 30 milhões para

2004, para que estados e municípios desenvolvam ações para a implementação do cartão SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004d).

4.5 ALTERNATIVAS PARA A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

Os ganhos alcançados com os consórcios intermunicipais na assistência à saúde são significativos. Entretanto, diante das fragilidades apontadas, percebe-se que esse arranjo não se apresenta como a melhor alternativa a ser adotada por qualquer município brasileiro. Existem situações que favorecem a formação de consórcios intermunicipais de saúde:

- a) Entre municípios pequenos onde já existam equipamentos de saúde ociosos. Por exemplo, onde existam hospitais construídos com objetivos eleitoreiros num passado recente e que se encontram fechados. Nesse caso, os municípios podem consorciar-se e buscar junto ao gestor estadual as condições para colocar estes leitos hospitalares acessíveis para a população da região. Este mesmo raciocínio poderá ser feito para equipamentos ociosos adquiridos por meio de diversos convênios e/ou programas federais ou estaduais e que por diversos motivos encontram-se sem uso.

- b) Municípios pequenos com um município de médio porte habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal. Se o município de médio porte já dispõe de recursos ociosos em relação à sua população - quantidade de leitos hospitalares acima do necessário, disponibilidade de equipamentos com uma baixa taxa de utilização ou disponibilidade de profissionais da área de saúde acima da faixa recomendada – será eficiente disponibilizar esses recursos para atender à população de municípios vizinhos, desde que o município-sede tenha ganhos. Os municípios menores ganham porque passam a ter acesso a leitos hospitalares, a exames mais especializados e a profissionais de saúde. Para o município de médio porte os incentivos poderão ser, por exemplo, novos serviços de saúde, profissionais mais qualificados, melhorias na qualidade dos serviços prestados, mais leitos hospitalares e redução no tempo para ser atendido.

Esses são apenas dois exemplos em que os consórcios intermunicipais podem ser arranjos eficientes para regionalizar determinadas ações de saúde, podendo o gestor estadual, nesses casos, concentrar-se em outras regiões mais críticas. De qualquer forma, esses consórcios só terão garantia de sustentabilidade se o gestor estadual e a sociedade civil se fizerem agentes

atuantes. A sociedade civil por meio do controle social precisa acompanhar as ações dos consórcios, cobrando atitudes, denunciando irregularidades e apontando soluções.

O gestor estadual dispõe das melhores condições para regular a formação dos consórcios intermunicipais de saúde. Ele conhece a capacidade de cada município, as demandas, a disponibilidade de infra-estrutura (leitos hospitalares e equipamentos) e de profissionais da área de saúde, podendo propor os melhores arranjos regionais.

Já foi citado que os consórcios precisam estabelecer incentivos e punições para garantir a sua sustentabilidade. Alguns incentivos oferecidos já foram citados no item b anterior. Estes ganhos podem ser definidos entre os consorciados como também pelo gestor estadual. Quanto às punições, é mais fácil para o gestor estadual estabelecer alguns mecanismos punitivos, tais como associar a condição de liberação de recursos ao cumprimento do pactuado nos consórcios. A opção de suspensão do atendimento à população do município inadimplente não deve ser utilizada, pois conflita com o princípio da universalidade do acesso aos serviços de saúde estabelecido na Constituição Federal de 1988.

Independente dos consórcios, a outra alternativa para a regionalização da saúde depende de uma ação atuante do gestor estadual. A NOAS 01/2001 iniciou este processo ao estabelecer critérios mais claros sobre o papel do gestor estadual no processo de regionalização da saúde. Porém, estes critérios precisam ser efetivamente implantados. Sabe-se que os interesses políticos muitas vezes penalizam as ações voltadas para a saúde da população. Dessa forma, para que a assistência à saúde venha a cumprir plenamente o que determina a Constituição Federal, os organismos de controle precisam se fazer atuantes e participativos. Para alguns, estas palavras podem parecer vazias e demagógicas; entretanto, acredita-se que o processo democrático poderá ser consolidado na sociedade brasileira. A caminhada é longa, mas é viável. Uma prática de controle social já esta sendo formada pelos milhares de conselhos espalhados pelo país e alguns significativos resultados já acontecem.

Para qualquer dessas alternativas adotadas, regionalização regulada pelo gestor estadual ou por consórcios intermunicipais de saúde, o Cartão SUS certamente será uma ferramenta eficaz. Ele isoladamente não será responsável pela regionalização dos serviços de saúde. Porém, em razão das vantagens desse instrumento – identificação do usuário vinculando-o ao

seu problema e ao seu município de residência – as ações de saúde poderão ser mais bem planejadas de acordo com as particularidades de cada região.

5 CONCLUSÕES

A assistência à saúde no Brasil vem sofrendo profundas alterações de meados do século passado até os dias de hoje. Partiu de um modelo assistencialista, voltado principalmente para o atendimento hospitalar, sem quaisquer ações de promoção, prevenção e precaução da saúde, e excludente, no qual a população de um modo geral não tinha acesso aos serviços de saúde; para um modelo que busca a universalização, a equidade e a integralidade, sendo esses os princípios basilares do Sistema Único de Saúde (SUS), criado após a Constituição Federal de 1988.

A partir da década de 1960, começam a aparecer alguns serviços previdenciários ligados a um sistema oficial de assistência à saúde, aos quais apenas os trabalhadores e seus dependentes tinham algum acesso. O sistema de saúde era centralizado e fragmentado. As decisões e a origem dos recursos voltados para as ações de saúde eram exclusivas da União. A assistência ambulatorial e hospitalar era vinculada ao sistema previdenciário e aos prestadores de assistência médica, privados ou públicos não governamentais, contratados ou conveniados, enquanto a atribuição das funções de saúde pública coletiva (controle de doenças, vigilância sanitária e epidemiológica) era vinculada ao Governo Federal.

Alguns técnicos sanitaristas começam a discutir o sistema de assistência à saúde no Brasil. Surgem os primeiros debates sobre a reforma sanitária. Os anseios desse movimento eram por uma assistência mais universal, mais justa e que não privilegiasse apenas ações de assistência hospitalar.

Nesse mesmo período, avança a proposta neoliberal de desonerar o Estado. Com as crises econômicas da década de 1970, inicialmente nos países centrais, acirra-se o debate sobre o papel dos Estados na economia. As privatizações passam a ser estimuladas, reduzindo-se, também, as funções do Estado relacionadas ao bem-estar social. Essa tendência de instituir Estado-mínimo chegou também aos países periféricos.

Nesse cenário, a reforma da saúde pública evoluiu gradativamente. Nos anos de 1980, algumas ações são desenvolvidas já com características similares ao que se consolidaria nas determinações da Constituição Federal de 1988 e subseqüentemente na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (Lei nº 8.080/90).

A Constituição de 1988 aumentou a participação do município nas receitas tributárias, quando definiu que esse ente deveria arrecadar parte dos tributos, mas aumentou também as responsabilidades pela prestação de serviços a sua população. Diante das novas atribuições os municípios tornam-se os maiores responsáveis pela assistência à saúde. Ficou, então, definitivamente instituída a descentralização da saúde.

Para que as diretrizes estabelecidas nestes normativos macros tornem-se operacionalizáveis, são editadas as Normas Operacionais Básicas. As primeiras NOBs (NOB-SUS 01/91 e 01/93) ainda mantêm os pagamentos por produção e o atendimento à saúde ainda permanece com o foco na assistência hospitalar. Nesse contexto, observa-se que os municípios de pequeno porte não dispõem de condições de atender a sua população. “Queremos um modelo de atenção que consiga tratar a doença pensando na saúde. Com clareza, objetividade e factibilidade. Não podemos construir saúde atuando no âmbito da doença” (SILVA, 1996, p. 83).

Nesse ambiente, fortalece-se o interesse pela formação de consórcios intermunicipais de saúde. Observa-se, inclusive, que nos estados brasileiros onde os Governos Estaduais participaram ativamente nesse processo a formação desses arranjos cresceu. O apoio foi verificado de diversas formas: cessão de profissionais de saúde, transferência de equipamentos, investimentos em instalações, fornecimento de insumos e treinamento de profissionais.

Com base nos resultados do Relatório de Pesquisa (item 3.4.1), observou-se que nos municípios consorciados o atendimento público à saúde teve ganhos de eficiência. Nesses municípios verificou-se melhoria no acesso, na ampliação da oferta, na organização da referência, na articulação política, no planejamento integrado, na infra-estrutura, nos equipamentos e nos insumos e na redução de encaminhamento de pacientes para as capitais dos respectivos estados.

Entretanto, pela especificidade desse arranjo institucional surgem algumas dificuldades. Os consórcios não podem substituir os entes federativos existentes, municípios e estados; nem se constitui num novo ente, intermediário entre esses dois. Para que os consórcios possam contrair obrigações e operar comercialmente, comprando insumos e equipamentos, contratando profissionais e demais funcionários, eles precisam criar uma personalidade

jurídica ou autorizar um dos municípios consorciados a atuar em nome do consórcio. Essa situação traz riscos e dificuldades, pois surge mais uma instância a ser fiscalizada e controlada. Qualquer das opções escolhidas exige que os controles internos e externos aos consórcios se façam atuantes para que os recursos públicos e coletivos sejam utilizados exclusivamente em benefício dos consorciados.

Outra dificuldade dos consórcios ocorre exatamente no estabelecimento de incentivos e punições para manter a atratividade e a sustentabilidade desse tipo de associação. O estabelecimento de incentivos não se constitui o principal problema. Os consórcios podem definir ganhos individuais e/ou coletivos para que os municípios permaneçam consorciados. Por exemplo: ampliação na oferta de novos serviços para todos os consorciados; aumento no número de leitos hospitalares; treinamento e capacitação para os profissionais do município-sede; contratação de novos profissionais; redução no tempo para ser atendido; aumento na quantidade de unidades de atendimento, facilitando o acesso da população pela oferta de unidades mais próximas do seu município-residente; redução do fluxo de pacientes, em busca de serviços mais especializados, para as capitais ou cidades pólos e redução em internamentos desnecessários, decorrente de uma melhoria nos atendimentos ambulatoriais e clínicos iniciais.

O estabelecimento de punições, entretanto, não apresenta as mesmas possibilidades. As receitas originárias dos municípios e as transferências por meio do FPM não têm vinculação direta com as despesas. Alguns recursos para a assistência à saúde são repassados “fundo a fundo”. Ou seja, os consórcios não recebem recursos diretamente da esfera federal, a não ser no caso de recursos decorrentes de convênios diretos entre os consórcios e a União e repasses através dos sistemas SIA/SUS e SIH/SUS. Dessa forma, os consórcios dispõem de pouca flexibilidade para utilizar diretamente os recursos municipais voltados para ações de saúde. Por outro lado, consórcios intermunicipais de saúde não podem suspender o atendimento da população de determinado município inadimplente, uma vez que a Constituição Federal de 1988 estabeleceu que “saúde é um direito de todos e um dever do Estado”.

Essas restrições operacionais dificultam o estabelecimento de punições aos municípios que deixam de cumprir suas parcelas de atribuições nos consórcios intermunicipais de saúde.

As experiências bem sucedidas apontam algumas situações necessárias para que os consórcios intermunicipais de saúde representem a melhor alternativa para a regionalização de determinados serviços de saúde. Entende-se que os consórcios serão um arranjo eficiente se contarem com as seguintes particularidades: a comunidade diretamente envolvida com os consórcios precisa ser participativa e atuante; a parceria não pode simplesmente depender de que determinados gestores municipais continuem no poder local; os municípios precisam de incentivos para continuar consorciados e, principalmente, é importante a participação do gestor estadual no apoio, na colaboração e na definição de alguns mecanismos de punição para coibir as inadimplências.

A municipalização já vem demonstrando ser uma forma eficiente para a assistência às ações de atenção básica, independente do tamanho do município. Entretanto, quando os serviços apresentam custos fixos elevados que exigem escala e escopo, certamente a melhor opção é a formação de parcerias. Em algumas situações específicas, os consórcios podem ser a alternativa mais eficiente. Entretanto, não pode ser a única, uma vez que os interesses individuais dos prefeitos nem sempre correspondem aos interesses coletivos da população coberta por essas parcerias. Isto significa dizer que existem custos de coordenação presentes nesses arranjos que poderão inviabilizá-los, o que implica, ainda uma vez, destacar a importância da atuação da esfera estadual.

As informações regionais importantes no momento de estabelecer parcerias estão acessíveis na esfera estadual. É este ente que dispõe das melhores condições de coordenar a definição de macros e micros regiões para o oferecimento de serviços de saúde mais especializados que só serão eficientes se contarem com escalas maiores. Certamente que o gestor estadual também funciona sob determinados leques de interesses. Nesse momento é que não se pode prescindir de uma atuação eficiente do controle social, em todas as instâncias envolvidas – Conselhos Municipais de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Comissões Intergestores Bipartite e Programação Pactuada Integrada (conforme citado no item 4.3.1.).

Os interesses coletivos serão respeitados se a coletividade participar do controle. A cultura participativa não se adquire de uma hora para outra. É um processo longo e os grandes resultados apenas serão percebidos no médio e longo prazos. Mas não é porque irá demorar que se deve imaginar que esse estágio nunca será alcançado.

Há uma boa expectativa de que o Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS) venha a ser uma ferramenta eficiente para a assistência à saúde, desde que ele consiga agregar a demanda de boa parte da sociedade pela sua continuidade. Ainda em fase de implantação, o Cartão SUS, pela sua complexidade, exigirá muito investimento; precisará, então, ser bem planejado, para tornar-se operacionalizável o mais rápido possível.

Entende-se que o Cartão SUS será um instrumento para auxiliar na regionalização da saúde. Ele não irá substituir as funções de coordenação e de planejamento dos gestores. No entanto, não foi possível analisar mais detalhadamente o papel dessa ferramenta nesse processo de regionalização da saúde. Uma vez que ele já se encontra implantado em algumas cidades brasileiras seria interessante verificar se, com a sua utilização, os consórcios intermunicipais de saúde deixarão de ser um arranjo necessário. Desde que a oferta de serviços seja bem planejada, pelo simples uso do cartão o cidadão poderá ser atendido em qualquer outro município e, através das compensações financeiras, cada município arcará com os custos relativos a sua população.

Ainda não se pode definir até que ponto será necessária a formação de parcerias, com todos os seus custos de coordenação, após a consolidação do Cartão SUS. Sabe-se, todavia, que diante de todas as dificuldades conceituais, operacionais, de gestão e, principalmente, de continuidade, a implantação do Cartão SUS ainda irá demorar.

Diante dessa realidade, quaisquer ações que signifiquem avanços no processo de regionalização, completando eficientemente a municipalização dos serviços de saúde, são extremamente relevantes e necessários. O Cartão SUS indica ser uma excelente ferramenta para uma assistência de saúde pública de forma eficiente, eficaz e efetiva. Contudo, pela complexidade, sua plena operacionalização não acontecerá no curto prazo. A população não pode esperar. Assim, os consórcios intermunicipais, criados para a prestação de serviços de saúde, devem ser incentivados; sendo uma opção criativa e eficiente, mas não a única, para atender aos objetivos da regionalização da saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Mônica Viegas; LISBOA, Marcos de Barros. Velhos Dilemas no Provimento de Bens e Serviços de Saúde: uma comparação dos casos canadense, inglês e americano. **Nova Economia**, Belo Horizonte, v.10, n.2, p. 73-116, dez 2000.

ARRETCHE, Marta. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 331-345, abr-jun 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 11 nov 2003.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 455-479, jul-set 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 11 mar 2004.

BAHIA, Lúgia. Um Panorama do Mercado de Planos e Seguros de Saúde no Brasil: entre o mutualismo e o securitarismo. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DE SAÚDE, V, 1999. **Anais ...**. ABRES, 1999. p. 77-107.

BAHIA, **Constituição do Estado da Bahia**, promulgada em 05 de outubro de 1989. Capítulo XI Da Saúde. Salvador. Disponível em: <http://www.ba.gov.br/legislaçoesestaduais> Acesso em: 26 mar 2004.

BARROS, Elizabeth. Implementação do SUS: recentralizar será o caminho? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 307b-310a, dez 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 27 nov 2003.

BELL, Ruth; ITHINDI; Taathi; LOW; Annie. Improving equity in the provision of primary health care: lessons from decentralized planning and management in Namibia. **Bulletin of World Health Organization**, Genebra, v.80, n.8, p. 675-681, ago 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org> Acesso em: 07 abr 2004.

BERTONE A.A. Consórcios Intermunicipais de Saúde – Uma Estratégia Rumo à Regionalização. **Revista Divulgação Em Saúde Para Debate**, n. 16, p. 36-39, dez 1996.

BODSTEIN, Regina. Desafios na implementação do SUS nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 314b-317a, dez 2001 Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 27 nov 2003.

BOSSERT, Thomas J. e al. Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. **Bulletin of World Health Organization**, Genebra, v.81, n.2, p. 95-100, fev 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org> Acesso em: 07 abr 2004.

BRASIL. Constituição (1934). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br> Acesso em 17 mar 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br> Acesso em: 17 mar 2003.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.128, n.182, pp. 18055-18059, 20 set 1990a. Seção I, pt.1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br> Acesso em: 17 mar 2003.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, 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. Brasília, 31 dez 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br> Acesso em: 17 mar 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Emenda Constitucional nº 29**, de 13 de setembro de 2000. Altera os art. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, 15 dez 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br> Acesso em: 10 fev 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Um balanço do processo de municipalização dos serviços de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Londrina, n.28, p. 24-28, mar 1990.

CARVALHO, A I e al. Os caminhos da descentralização no setor saúde brasileiro. **Saúde em Debate**, Londrina, n.38, p. 49-54, mar 1993.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 435-444, dez 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 27 nov 2004.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Pensando mecanismos que facilitem o controle social como estratégia para a melhoria dos serviços públicos de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n.53, p. 30-36, set-dez 1999.

COLEGIADO DOS SECRETÁRIOS EXECUTIVOS DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS (COSECS). **Mapas dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais – 2003**. Minas Gerais: COSECS, 2004. CD-ROM.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS) **NOB/96 – Vigilância Sanitária – Consórcio Intermunicipal de Saúde – Recursos Humanos para a Saúde**. Relatório Final – Oficina de Trabalho. Ouro Preto-MG, 22-23 ago 1996, Brasília, 1996.

CORDEIRO, Hésio. A municipalização da saúde na estratégia para o Sistema Único de Saúde. O Município e o Sistema Único de Saúde. In: SEMINÁRIO SOBRE A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE, 18 a 20 jul 1989. **Anais ...** IBAM/CEPESC, 1989. p. 15-18a.

_____. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 319-328, dez 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 27 nov 2003.

CORDONI JÚNIOR, Luiz. Política de saúde nos anos 90 e reforma sanitária – considerações sobre o artigo “Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas”. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 306a-307a, dez 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 27 nov 2003.

CUNHA, Rosani Evangelista da. Os caminhos da municipalização da saúde no Brasil. **Espaço para a saúde**, Curitiba, v.3, n.3, p. 7-9, mar 1994.

_____. Cartão Nacional de Saúde – os desafios da concepção e implantação de um sistema nacional de captura de informações de atendimento em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.4, p. 869-878, set-dez 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 11 mar 2004.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Descentralização versus municipalização. **Saúde em Debate**, Londrina, n.35, p. 39-42, jul 1992.

DIAS, Leniel Bairral. O processo de municipalização. O Município e o Sistema Único de Saúde. In: SEMINÁRIO SOBRE A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE, 18 a 20 jul 1989. **Anais ...** IBAM/CEPESC, 1989. p. 18b-19a.

DIAZ, Maria Dolores Montoya; CAMPINO, Antônio Carlos Coelho. Mensuração de Desigualdades na Área da Saúde no Brasil: novas dimensões sobre qualidade e resolutividade.

In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DE SAÚDE, V, 1999. **Anais ...** ABRES, 1999. p. 19-41.

ELIAS, Paulo Eduardo. Afinal, de qual descentralização falamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 310b-313a, dez 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 27 nov 2003.

FAVERET, Ana Cecília de Sá Campello. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 371-378, abr-jun 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 11 mar 2004.

FERRAZ, João Carlos; de PAULA, Germano Mendes; KUPFER, David. Política Industrial. In: KUPFER, David; HASENCKEVER, Lia (Org.). **Economia Industrial** – Fundamentos teóricos e práticos no Brasil. Rio de Janeiro: Campus, 2002, p. 545-567.

FONT, Javier; SUÁREZ, Rafael Gutiérrez; PARRADO-DÍEZ, Salvador. **Intergovernmental partnerships at the local in Spain: Mancomunidades and Consortia** in a comparative perspective. OECD, 1999, 33p. Disponível em: <http://www.oecd.org/dataoecd/11/14/1902663.pdf> Acesso em: 13 abr 2004.

FRAGA, Orlando. A Experiência do Sistema de Saúde em Barra Mansa. O Município e o Sistema Único de Saúde. In: SEMINÁRIO SOBRE A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE, 18 a 20 jul 1989. **Anais ...** IBAM/CEPESC, 1989. p. 19a-20b.

GERSCHMAN, Silvia. A descentralização da Política de Saúde no Final dos Anos 90. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DE SAÚDE, V, 1999. **Anais ...** ABRES, 1999, p. 131-146.

GONTIJO, Liliane Tannus; DONNINI, Osvaldo; RIBEIRO, José Mendes; da CUNHA, João Paulo Pinto. Penápolis – Relato de Experiência. **Espaço para Saúde**, Curitiba, v.3, n.3, p. 11-13, mar 1994.

GOULART, Flávio A de Andrade. Modelo Assistencial em saúde: uma questão de política. O Município e o Sistema Único de Saúde. In: SEMINÁRIO SOBRE A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE, 18 a 20 jul 1989. **Anais ...** IBAM/CEPESC, 1989. p. 20b-22a.

_____ Risco ou oportunidade? O momento presente da municipalização da saúde no Brasil. **Espaço para a saúde**, Curitiba, v.3, n.3, p. 4-6, mar 1994.

Municipalização: Veredas. Caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil. ABRASCO/CONASEMS, Rio de Janeiro, 1996.

 Esculpindo o SUS a golpes de portaria...- considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 292-298a, dez 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 27 nov 2003.

GUIMARÃES, Luisa. **Arquitetura da cooperação intergovernamental:** Os consórcios em saúde do Mato Grosso. 2001. 208p. Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, julho 2001.

GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. **Estado, municípios e processo decisório:** Estudo da descentralização da saúde no Estado da Bahia 1993-1997. 1997. p. 1-40. Projeto de pesquisa apresentado ao Núcleo de Pós Graduação de Administração da UFBA, para exame de qualificação no curso de doutorado em Administração Pública, Salvador, 1997.

HORTALE, Virgínia Alonso. A descentralização e a autonomia na perspectiva das organizações. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.23, n.53, p. 20-29, set-dez 1999.

KRÜGER, Tânia Regina. O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do Conselho de Saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, Rio de Janeiro, n.22, p. 119-144, dez 2000. Disponível em: <http://www.scielo.org> Acesso em: 07 abr 2004.

LABRA, Maria Eliana; de FIGUIEREDO, Jorge St. Aubyn. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 537-547, jul-set 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 11 mar 2004.

LEVCOVITZ, Eduardo; de LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 269-291, dez 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 27 nov 2003.

LIMA, Ana Paula Gil de. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 985-996, out-dez 2000.

LIMA, Ana Paula Gil de; PASTRANA, Rosa. **Perfil dos consórcios intermunicipais de saúde de Estado de Minas Gerais.** Relatório de Pesquisa. Ministério da Saúde / Organização Pan Americana da Saúde, mai 2000a, 26p. Disponível em: <http://www.opas.org.br> Acesso em: 01 abr 2004.

_____. **Diagnóstico da Situação Atual dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil.** Relatório de Pesquisa. Ministério da Saúde / Organização Pan Americana da Saúde, out 2000b, 38p. Disponível em: <http://www.opas.org.br> Acesso em: 01 abr 2004.

LUCCHESI, Patrícia T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 439-448, abr-jun 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 11 mar 2004.

MARTINS JÚNIOR, Fernando; SILVA, Alexandre Mont'Alverne; SOLLA, Jorge; dos SANTOS, Nelson Rodrigues. O impacto potencial da atual estrutura de financiamento da gestão descentralizada do SUS na redução de desigualdades regionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 645-648, abr-jun 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 11 mar 2004.

MEDICI, André Cezar. Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde. In: PIOLA, Sérgio Francisco e VIANNA, Solon Magalhães (Org.). **Economia da Saúde – Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde**. Brasília: IPEA, 1995, p. 23-68.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. Financiamento: A doença crônica da saúde pública brasileira. In: FINANCIAMENTO DO SETOR DE SAÚDE, 1999. **Anais...** Associação Brasileira de Economia da Saúde, 1999, p. 213-238.

MENDES, Eugênio. Vilaça. O planejamento da saúde no Brasil: origens, evolução, análise crítica e perspectivas. In: SEMINÁRIO NOVOS HORIZONTES, 1987, Belo Horizonte. **Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde**, n.8. Brasília: OPS/Oficina Regional de Brasília/OMS, 1988, 30p.

_____. O consenso do discurso e o dissenso da prática social. In: Conferência Municipal de Saúde de São Paulo, II, 1991, São Paulo. **Notas sobre a municipalização da saúde no Brasil**. Mini-Plenária “Reorganização das ações e do trabalho em saúde”, mai 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **O processo de municipalização da saúde nos estados**. Estudo realizado junto aos gestores estaduais do SUS. Brasília, jun 1993. 10p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS 96**. Controle, regulação e avaliação. Brasília. Ministério da Saúde, 1997a. 34p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE E DE AVALIAÇÃO. **O Consórcio e a gestão municipal em saúde**. Brasília, 1997b, 32p. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 01 abr 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Evolução da distribuição dos consórcios no Brasil por unidade da federação – 1997-1998-1999-2000**. Brasília, jul 2000a. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servicos>. Acesso em: 01 abr 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DE INVESTIMENTO. O Cartão Nacional de Saúde. Instrumento para um novo modelo de atenção. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.5, p. 561-564, out 2000b. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 01 abr 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DE INVESTIMENTO. **Consórcios Intermunicipais de Saúde**. Brasília, out 2000c. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servicos/paginas>. Acesso em: 01 abr 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. SECRETARIA DE GESTÃO DE INVESTIMENTO EM SAÚDE. **Portaria nº 39**, de 19 de abril de 2001. Regulamenta a operacionalização e remuneração do Cadastramento de Usuários do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2001a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 09 fev 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DE INVESTIMENTO EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GERENCIAMENTO DE INVESTIMENTO. **Cartão Nacional de Saúde. Cadastramento de Usuários do SUS**. Brasília, jun 2001b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 09 fev 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001**. Controle, regulação e avaliação. Brasília, 2001c. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 11 mar 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude/area>. Acesso em: 17 mar 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartão Nacional de Saúde**. Instrumento para um novo modelo de gestão da saúde. 2004a. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/cartao>. Acesso em: 09 fev 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde**. 2004b. Disponível em: <http://www.fns.saude.gov.br/saude/documentos>. Acesso em: 06 mar 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartão Nacional de Saúde**. Centenas de Municípios concluem cadastramento. 2004c. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/cartao/menu/quadro.htm>. Acesso em: 15 abr 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartão Nacional de Saúde**. Perfil Digital da Saúde. 2004d. Disponível em: <http://www.portalweb01.saude.gov.br/saude/visualizartexto.cfm?idtxt=19752>. Acesso em: 20 abr 2004.

MOYSÉS, Neusa Maria Nogueira; PASTRANA, Rosa Maria Souza de. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas – notas para o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 313a-314a, dez 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 27 nov 2003.

MÜLLER NETO, Júlio S. **O município e o financiamento da saúde**. O Município e o Sistema Único de Saúde. In: SEMINÁRIO SOBRE A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE, 18 a 20 jul 1989. **Anais ...**. IBAM/CEPESC, 1989. p. 25b-29.

NERO, Carlos R. Del. O que é Economia da Saúde. In: PIOLA, Sérgio Francisco e VIANNA, Solon Magalhães (Org.). **Economia da Saúde – Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde**. Brasília: IPEA, 1995, p. 5-22.

PIETRO, Maria Sylvia Zanella de. **Direito Administrativo**. Consórcio Administrativo. São Paulo: Ed. Atlas, 2000, p 288-290.

PIMENTA, Aparecida Linhares. **A Experiência do Sistema de Saúde em Bauru**. O Município e o Sistema Único de Saúde. In: SEMINÁRIO SOBRE A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE, 18 a 20 jul 1989. **Anais ...**. IBAM/CEPESC, 1989. p. 22a-25b.

RIBEIRO, José Mendes. Os Consórcios Intermunicipais no SUS: Parceria e Cooperação Técnica. **Espaço para a Saúde**, Curitiba, v.3, n.3, p 41-42, mar 1994.

_____ Conselhos de Saúde, Comissões Intergestores e Grupos de Interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p 81-92, jan-mar 1997.

RIBEIRO, José Mendes; COSTA, Nilson do Rosário. **Consórcios municipais no SUS**. IPEA, Brasília, set 1999, 38p. Texto de Discussão, 669. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em: 20 mai 2003.

_____ Regionalização da assistência à saúde no Brasil: Consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). **Planejamento e Políticas Públicas**, Rio de Janeiro, n.22, p. 173-220, dez 2000.

SANTOS, Andréia Costa. **Caracterização do Mercado de Saúde: O caso da Bahia**. 2001. 66p. Dissertação (Mestrado em Economia) - Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

SANTOS, Lenir. **Consórcio Administrativo Intermunicipal**. Aspectos Gerais. Suas especificidades em relação ao Sistema Único de Saúde. Estudo encomendado pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, fev 2000. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 01 abr 2004.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Municipalização: do chavão a uma luta grande e conseqüente dos serviços de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Londrina, n.38, p. 44-48, mar 1993.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. **Plano Diretor de Regionalização da Assistência à Saúde** – Desenho territorial. Bahia, janeiro de 2004. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/planejamento/PDR2004>. Acesso em: 19 abr 2004.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Consórcios de Saúde**. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/consorcios_saude.htm Acesso em: 14 jul 2003.

_____ **Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais**. Disponível em: http://www.cisamesp.com.br/cosecs/mp_todos_consorcios_separados.htm Acesso em: 22 jul 2004

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ. **Consórcios de Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br>. Acesso em: 14 jul 2003.

SILVA, Geovani Gurgel Aciole da; EGYDIO, Maria Vitória Real Mendes; de SOUZA, Martha Coelho. Algumas considerações sobre o controle social no SUS: usuários ou consumidores? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.23, n.53, p. 37-42, set-dez 1999.

SILVA, Lígia Maria Vieira da. Organização do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 298b-300a, dez 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 27 nov 2003.

SILVA, Pedro Luiz Barros. Serviços de Saúde - o dilema do SUS na nova década. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.17, n.1, p. 69-85, jan-mar 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 11 mar 2004.

SILVA, Silvio Fernandes da. **A Construção do SUS a partir do município** – Etapas para a Municipalização Plena da Saúde. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 9-87. Saúde em Debate.

_____ **Municipalização da saúde e poder local.** Sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001, 292p. Saúde em Debate 141.

SOUSA, Maria da Conceição S; RAMOS, Francisco S. Eficiência técnica e retornos de escala na produção de serviços públicos municipais: o caso do Nordeste e do Sudeste brasileiros. **Revista Brasileira de Economia**, Rio de Janeiro, v. 53, n.4, p. 434-461, out-dez 1999.

SOUZA, Celina. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 431-442, jul-set 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 11 mar 2004.

SOUZA, Renilson Rehem de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 451-455, dez 2001. Disponível em: <http://www.opas.org.br> Acesso em: 01 abr 2004.

SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle social e políticas de saúde. **Cadernos do CEAS - Centro de Estudo e Ação Social**, Salvador, n.139, p. 64-80, mai-jun 1992.

STEINER, Reto. **Intermunicipal Cooperation and Municipal Mergers in Switzerland** – Local authorities in search of the optimum organizational size for the fulfillment of tasks. Switzerland: University of Berne, abr 2001, 34p. Disponível em: <http://www.gemeindereformen.unibe.ch> Acesso em: 07 abr 2004.

TEIXEIRA, Hugo Vocurca; TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do SIOPS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 379-391, abr-jun 2003.

TEIXEIRA, Luciana; MAC DOWELL, Maria Cristina; BUGARIN, Maurício. **Consórcios Intermunicipais de Saúde: Uma análise à luz da teoria dos jogos.** IPEA. Brasília, jul 2002a, 25p. Texto de Discussão, 893. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em: 10 abr 2003.

Consórcios Intermunicipais de Saúde: Uma abordagem da Teoria de Contratos. IPEA. Brasília, jul 2002b, 18p. Texto de Discussão, 894. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em: 05 jun 2003.

Efeito da heterogeneidade entre municípios sobre a formação de consórcio intermunicipal de saúde. Sociedade Brasileira de Econometria. Rio de Janeiro, 2002c, 20p. Disponível em: <http://www.sbe.org.br/ebe24/082.pdf> Acesso em: 07 abr 2004.

Intermunicipal Health Care Consortia in Brazil: Strategic Behavior, Incentives and Sustainability. Universidade de Brasília. Brasília, [2003a], 26p. Disponível em: <http://www.unb.br/in/eco/mesp/professores/bugarin> Acesso em: 07 abr 2004.

Economia Política da Formação de Consórcios Intermunicipais de Saúde: Efeitos da heterogeneidade de renda e preferências entre municípios. UNB Departamento de Economia. Brasília, jul 2003b, 31p. Texto de Discussão, 301. Disponível em: <http://www.unb.br/face/eco/cpe/TD/301jul03L.Teixeira.pdf> Acesso em: 22 jul 2004.

UGÁ, Maria Alicia; PIOLA, Sérgio Francisco; PORTO, Sílvia Marta; VIANNA, Solon Magalhães. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 417-437, abr-jun 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 11 mar 2004

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; OLIVEIRA, Roberta Gondim de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 493-507, jul-set 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 11 mar 2004

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; de LIMA, Luciana Dias. Política de Saúde e Equidade. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.17, n.1, p. 58-68, jan-mar 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 10 dez 2003.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Descentralização: uma política (ainda) em debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 302a-306a, dez 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 27 nov 2003.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila e al. Mudanças significativas no processo de descentralização: do sistema de saúde no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, n.18 (suplemento). Rio de Janeiro, p. 139-151, dez 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br> Acesso em: 01 abr 2004.

VIANNA, Solon Magalhães. **Evolução e Perspectivas da Pesquisa em Economia da Saúde no Brasil**. Brasília: IPEA, nov 1998, 107p.