

# CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE: A SITUAÇÃO DO VALE DO TAQUARI

Patrícia Lanzini Sanderson<sup>1</sup>

**RESUMO:** O presente artigo aborda os Consórcios Intermunicipais de Saúde como alternativa de gestão descentralizada da saúde, visando a investigar a possibilidade de sua implantação no Vale do Taquari - RS. A análise realizada passa pela questão doutrinária e por fundamentação teórica, trazendo experiências já realizadas nesse sentido. Discute também a questão da saúde no Brasil e na região, bem como a trajetória dos municípios do Vale que estão se organizando nesse sentido.

**PALAVRAS-CHAVE:** Consórcio Intermunicipal; Saúde; Vale do Taquari.

## INTER-MUNICIPAL HEALTH CONSORTIUM: THE SITUATION OF THE TAQUARI VALLEY

**ABSTRACT:** The present article presents the Inter-municipal Health Consortia as an administration alternative decentralized from the health, with the possibility to be introduced in the Taquari Valley. The analysis is based on a body of principles and theoretical support, bringing in experiences that have been already carried out in this sense. It also shows the health situation in Brazil and in the region, as well as the way the Valley's municipalities are organizing themselves.

**KEY WORDS:** Inter-municipal Consortium; Health; Taquari Valley.

### 1 INTRODUÇÃO

Os consórcios intermunicipais têm sido utilizados como ferramenta importante no âmbito da gestão pública, pois possibilitam a união de esforços entre os municípios diante de um mesmo objetivo.

A experiência desse tipo de associação no âmbito da saúde tem se mostrado como alternativa viável para a gestão e descentralização do Sistema Único de Saúde, possibilitando a ampliação dos serviços oferecidos dentro de uma mesma região.

---

<sup>1</sup> Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais, na Unisinos, e pós-graduanda em Gestão Pública Municipal, na Univates.

Em vista disso, o presente trabalho visa a abordar o tema de forma aplicada na nossa região, tendo como objeto de estudo o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Taquari que está sendo criado.

Para tanto, utilizou-se material bibliográfico como forma de fundamentação do tema, bem como levantamento situacional e outros documentos fornecidos pela 16ª Coordenadoria de Saúde, Ministério da Saúde, CISSMA, Secretaria Estadual de Saúde, dentre outras fontes.

Ao final, analisa-se a possibilidade e a viabilidade da implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde no Vale do Taquari.

## **2 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS**

Diante das novas diretrizes legais estabelecidas pela Legislação vigente, governar um município orientado para resultados tem sido o maior desafio para os gestores. Assim, ações descentralizadas com participação da comunidade, tanto na gestão como no controle social das ações do governo, devem ser observadas, já que as formas e modelos de gerenciamento até então vigentes não são mais capazes de atender as exigências locais.

Com o advento da Constituição Federal de 1988, consagrou-se o município como ente federativo autônomo, atribuindo-se-lhe inúmeras competências. O Município é pessoa jurídica de direito público interno, dotado de autonomia política e administrativa dentro da federação brasileira. Todavia, como consequência dessa autonomia, esse ente federado deve possuir estrutura sociopolítica própria e condições financeiras próprias e suficientes para atender suas demandas sociais.

Assim, municípios pequenos, como é o caso dos de nossa região, encontram-se impotentes frente às demandas sociais cada vez maiores e aos recursos financeiros cada vez mais escassos.

Na área da saúde, por exemplo, como consequência da implementação do SUS, o Ministério da Saúde, com a publicação da NOAS/96 e da NOAS/01, está gradativamente transferindo aos municípios toda a responsabilidade pela atenção ao usuário do sistema.

Diante desse quadro, cabe aos gestores locais trocar experiências e construir, mediante ações conjuntas regionalizadas, formas de aplicação de recursos que favoreçam o atendimento das necessidades da população.

O próprio texto constitucional, quando acrescido da Emenda 19, de 14/07/98, modificou o art. 241 da Constituição, que passou a vigorar nos seguintes termos:

*“Art. 241 – A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de Lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associativa de serviços públicos, bem como a transferência total ou*

*parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos”.*

Corroborando com esse entendimento, cabe colacionar os ensinamentos de Marsiglia (1996, p. 68-69) onde leciona:

(...) independente das formas de organização do aparato público local e do Estado em geral, definidas pelas leis mais ou menos institucionalizadas no tempo, o que determina a existência dos distintos modos de gestão é o marco de relações sociopolíticas que constroem cotidianamente os distintos gestores locais.(...) Neste sentido, se está operando na prática uma série de experiências em nível local, que estão sendo chamadas a converter-se em verdadeiros laboratórios de novas formas de gestão.

Dessa forma, somadas as necessidades locais à autonomia municipal e à vontade pública dos gestores, surgem os consórcios intermunicipais como alternativa de gestão pública conjunta para a solução de objetivo específico.

Com o intuito de definir Consórcio Intermunicipal, compartilhamos do conceito elaborado pelo IBAM (1992, p. 129) que esclarece que:

Consórcio Intermunicipal é uma cooperação (pacto) entre dois ou mais municípios que se comprometem a executar em conjunto um determinado empreendimento. Trata-se portanto do ponto de vista doutrinário de uma modalidade de acordo firmado entre entidades da mesma natureza. Esta forma de associação permite aos governos municipais assegurar a prestação de serviços para as suas populações.

Nesse mesmo sentido, Mendes (1996, p. 284) afirma que:

O Consórcio Intermunicipal, mais do que figura reificada, mais do que nova burocracia, deve ser espaço democrático de negociação e concertação entre municípios, entre eles e o Estado e deles com as organizações não-governamentais, com o fim de garantir microrregionalmente o acesso das populações às atividades inerentes.

Aspecto positivo dos Consórcios no âmbito da autonomia e gestão municipal é o fato de que a relação de cooperação dá-se entre entes públicos com a mesma natureza jurídica, o que desde logo os diferencia dos convênios e contratos, o que se verá a seguir.

### **3 NATUREZA JURÍDICA E BASE LEGAL**

Sua natureza jurídica, na maioria das vezes, é a de uma associação civil sem fins lucrativos. Trata-se de pessoa jurídica com características peculiares já que, embora tenha natureza contratual de entidade privada, os serviços prestados e o seu financiamento são eminentemente públicos.

Em conseqüência, haja vista a participação contundente dos municípios, é necessário que o Consórcio obedeça a normas de ordem pública e privada. Salienta-se, por oportuno, que as normas de direito público sempre deverão prevalecer sobre as de direito privado.

A participação dos municípios no Consórcio dá-se mediante autorização legislativa concedida a cada um dos participantes. Nessa mesma Lei, necessário faz-se indicar a forma de participação, os valores destinados e a origem destes no orçamento municipal.

O princípio associativo e de cooperação entre entes federados é uma tendência mundial, haja vista a noção global de estado mínimo. Na Alemanha, que é uma República Federalista, o território é dividido em Estado Membro, Circunscrição e Município. O art. 35 de sua Constituição prevê que “todas as entidades da República prestar-se-ão mutuamente auxílio jurídico e administrativo”. Dessa forma, a Alemanha consagrou o princípio da Cooperação como mandamento constitucional, devendo ser observado por todos os entes federados que a compõem.

Já a Itália tem seu território dividido em Região, Província e Comune. A sua Constituição prevê que a cooperação dar-se-á com a delegação de funções administrativas às Províncias e aos Comunes. A doutrina jurídica italiana descreve os Consórcios como “movimento associativo com o fito de evitar a ininclusão de setores como o agrário, hidráulico, fundiário, portuário, florestal e sanitário, de estradas, para uso de águas e os consórcios administrativos.” Destaca-se que tal entendimento influenciou a doutrina brasileira acerca do assunto.

No Brasil, pela primeira vez em 1891, de maneira um tanto frágil, faz-se no texto constitucional menção à idéia de ações conjuntas entre estados, os quais poderiam “celebrar entre si ajustes e convenções sem caráter político”.

Em 1934, na Constituição Getulista, há a expressão “acordo entre respectivos governos” - Artigo 5º, § 1º, e art. 7º, § único. Já o artigo 29 da Constituição de 1937 prevê a possibilidade de ocorrência de agrupamento de municípios para a instalação, exploração e administração de serviços públicos comuns, com personalidade jurídica limitada.

Em 1946, com o advento da Lei Magna, percebe-se em seu artigo 18, § 3º, que se ampliam as formas de intercomunicação estaduais, como também um maior acesso e certa autonomia no que diz respeito à fisionomia dos Estados. Parágrafo confuso

Com a Constituição de 1967 – período de autocracia militar, surgiram os “Atos Institucionais”, nos quais se reformulou a estrutura das competências e se alargaram os meios de ação do poder executivo.

Na emenda de 1969, todo o previsto como acordo recebe o nome de convênio, porém omitindo as referências específicas que faz a anterior aos convênios municipais. Dados incompletos neste parágrafo

Atualmente, com a Emenda 19, de 14/07/98, o artigo 241 da Constituição Federal de 1988 autoriza os entes federados a organizar-se em consórcios “públicos e ou convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associativa de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos”.

Os Convênios e os Consórcios estão consagrados legalmente como formas de cooperação administrativa e de gestão dentro de um federalismo cooperativo como é o caso da república brasileira.

Também cabe destacar os artigos 23, § único, e 199, §1º da Constituição Federal de 1988, que estabelecem, em outras palavras, a possibilidade de cooperação entre estados e municípios, bem como na área da saúde a possibilidade de firmar convênios com a iniciativa privada de forma complementar para a promoção do SUS.

#### **4 ESPÉCIES DE CONSÓRCIOS ENTRE MUNICÍPIOS**

O direito administrativo brasileiro reconhece a existência de duas espécies de consórcios: o administrativo e o intermunicipal, e é neste ponto que se enquadram as maiores polêmicas referentes aos Consórcios, uma vez que há controvérsias legais e jurisprudenciais sobre esse tema.

Os municípios, a partir da manifestação de vontades e acordo quanto aos objetivos comuns buscados, podem optar por realizar um pacto entre si ou formar uma instituição que irá gerenciar o Consórcio.

Se decidirem por formar uma instituição, os mesmos podem optar por uma das seguintes formas legais:

- a) autarquia: sujeita exclusivamente ao poder público, criada e extinta por Lei, sujeita às normas públicas;
- b) paraestatal: podendo constituir-se em consórcio empresarial ou fundação;
- c) sociedade civil sem fins lucrativos: regida pelo CCB das fundações, mas diferindo delas por caracterizar melhor uma associação de pessoas e não de personificação do patrimônio.

O maior problema encontra-se no fato de que as associações civis, ainda que constituídas de acordo com as normas civis e, portanto, privadas, são fundadas, mantidas e geridas por recursos públicos, o que certamente leva à observância e ao atendimento das normas de direito público.

Cumpra analisar a posição de alguns Tribunais de Contas do país quanto à questão da espécie correta a ser adotada quando da formalização dos consórcios. O Tribunal de Contas de São Paulo, em 1992, era contra a criação de uma associação; o de Minas Gerais, em 1997, entendia que a natureza jurídica era complexa já que mesmo sendo entidade de direito privado tem procedimento e manutenção de recursos públicos.

Em 1996, o Tribunal de Contas do Rio Grande do Sul posicionou-se no sentido de que a única forma de evitar que essas associações civis não se transformem em empresa é submetê-las aos procedimentos e controles do Tribunal de Contas.

A escolha da forma e espécie de sociedade a ser criada para gerenciamento do Consórcio é de extrema importância, haja vista que a partir dela o pacto entre os municípios começa a ser efetivamente executado, sujeitando-se ao regime privado e ou público, autorizando, contratando obrigações, firmando convênios e exercendo seus direitos, em nome próprio, porém atendendo aos objetivos estatutários sobre os quais ela foi criada.

## **5 DIFERENÇA ENTRE CONVÊNIO, CONTRATO E CONSÓRCIO**

Segundo doutrina jurídica de Pedro Durão *in* Convênios e Consórcios Administrativos, aplicada ao caso, existem diferenças entre as três modalidades de pactos firmados no âmbito da administração pública: convênio, contrato e consórcio.

Convênio é a forma jurídica adequada para definir o acordo administrativo firmado **entre entes públicos** ou **entre estes com entes privados** para colaboração recíproca no alcance de objetivos comuns.

Já por contratos administrativos entende-se como sendo o acordo firmado entre um **ente público e um privado** para a execução de atividades administrativas. Nesse sentido, a Lei 8.666/93, em seu artigo 2º, § único, estabelece que “... considera-se contrato todo e qualquer ajuste entre órgãos ou entidades da Administração Pública e particulares, em que haja um acordo de vontades para a formação de vínculo e a estipulação de obrigações recíprocas, seja qual for a denominação utilizada.”

E, por sua vez, consórcio define-se como sendo o instrumento do acordo firmado entre entes de direito público pertencentes à mesma hierarquia. Esse é o grande diferencial entre consórcios e convênios, ainda que toda a legislação aplicada ao segundo deve ser seguida pelo primeiro.

Assim, não há como confundir esses tipos de pactuações, já que cada uma possui peculiaridades, efeitos e formas distintas.

## **6 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

Conforme Jaime Bech, *in*: Princípios Fundamentais da Atenção à Saúde (Estratégias de Organização da Atenção à Saúde, ano p. 11-20), Saúde é um bem estar social – bem de todos, direito concedido a todo e qualquer cidadão sem exceção.

Os avanços da ciência médica, impulsionados pelas tecnologias que os acompanharam, são responsáveis por 50% da melhoria da expectativa de vida da população. Já os outros 50%, conforme os especialistas, dependem do planejamento de ações e da organização de serviços de saúde à sociedade.

Pode-se dizer que há 100 anos inexistiam sistemas organizados de saúde pública. No século XIX os hospitais tinham acesso restrito e pertenciam a entidades de caridade que refugiavam deficientes, órfãos e doentes mentais.

A partir da revolução industrial, porém, surgiu a necessidade de conservar os operários, já que as mudanças sociais ocorridas naquele momento eram intensas e consideráveis. A construção do Canal do Panamá, a Guerra da Criméia e, antes disso, a Guerra Civil Americana, mostraram que a população precisava de água potável, combate aos mosquitos e infecções.

Já no Século XX podem ser observado três tipos de reformas na Saúde:

1ª - entre 1940 e 1950 foram fundados sistemas nacionais de saúde - primeiro para os países mais ricos e depois para os demais;

2ª - já na década de 60 os países pobres vivenciaram uma grande crise, uma vez que o modelo hospitalocêntrico instalado excluía a população mais necessitada. Países que tinham organizado sistemas de maneira mais eficiente, como Cuba e Costa Rica, mostraram que saúde é muito mais do que “crescimento econômico” e que envolve cuidados organizados e integrados para a população. Essas ações são conhecidas na área de saúde como SILOS – Sistemas Locais de Saúde;

3ª - a terceira grande reforma ocorreu a partir dos anos 80 e surgiu com o objetivo de descentralizar o comando e o planejamento de ações em saúde. Assim tem-se que os princípios básicos da descentralização então implantada são:

- cuidados integrados a toda a população;
- reforço ao planejamento local;
- participação comunitária;
- qualidade na atenção integral ao cidadão.

No Brasil, isso refletiu-se mais contundente com o advento da Constituição Federal de 1988, conhecida como constituição cidadã, que instalou um novo conceito de saúde pública: após um período de inúmeras turbulências políticas e econômicas e por consequência sociais, o Brasil começou a entrar num processo de redemocratização que culminou na promulgação da Carta Magna.

Nesse ínterim, também o conceito de saúde pública foi revisado, tendo sido propostas a desmedicalização, a melhoria das condições de vida, a descentralização político-administrativa e a plural participação da sociedade na manifestação de suas necessidades e no controle e fiscalização dos gastos, o que gerou a criação dos conselhos de saúde.

O artigo 30 da Constituição Federal de 1988 estabelece a competência dos municípios em prestar, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população.

Já no Título VIII, Seção II, artigos 196 a 200, encontramos as normas basilares do Sistema Único de Saúde, instituído a partir de então no Brasil. Especificamente o artigo 198 da Constituição Federal 1988 merece destaque, pois nele

embasam-se todas as ações e serviços de saúde pública. Veja-se que desde 1988 já detectava-se a necessidade de regionalizar uma rede de serviços para que os princípios basilares do SUS fossem seguidos e respeitados. O inciso I do art. 198 da Constituição Federal de 1988 na verdade estabelece o início da pirâmide hierárquica da regionalização da saúde.

Em 1990, também como consequência da Constituição Federal, foi criado o Sistema Único de Saúde no Brasil, com a promulgação das Leis Federais 8.080/90 e 8.142/90. O artigo 10 da Lei 8080/90, em seu § 1º, faculta aos municípios a constituição de consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

Como consequência desse desenvolvimento, os municípios da região do Vale do Taquari estão se organizando com o intuito de formar um consórcio intermunicipal de saúde com o objetivo de ampliar os serviços de saúde pública oferecidos na região.

## **7 OBJETIVOS E MODELOS EXISTENTES**

Conforme visto anteriormente, no Brasil, independente do seu tamanho, todos os municípios precisam planejar e gerir o atendimento à saúde de sua população, porém tais ações dependem de financiamento público, o que isoladamente os municípios não têm condições de resolver.

A Saúde Pública no país está edificada sobre alguns princípios básicos, previstos no artigo 198 da Constituição Federal:

- descentralização com direção única em cada esfera de governo;
- atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- participação da comunidade.

A Lei 8080/90, ao regulamentar o Sistema Único de Saúde, observou as diretrizes acima e impôs os seguintes preceitos:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação às pessoas assistidas sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;



VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

O Vale do Taquari possui uma característica muito peculiar: dos 42 municípios pertencentes à 16ª Coordenadoria Regional de Saúde, 25 possuem menos de 5.000 habitantes. E destes, dezoito têm menos de 3.000 habitantes.

As normas de planejamento e gestão em saúde, no entanto, são as mesmas editadas para todo o país, tendo como parâmetros dados epidemiológicos e sazonais de cada região ou Estado e de acordo com a sua necessidade.

Surge daí a necessidade de união entre esses pequenos municípios, e os Consórcios de Saúde têm sido uma boa alternativa na solução dessas questões, uma vez que visam a utilizar os equipamentos e recursos humanos existentes em cada município de uma região determinada, melhorando e ampliando os serviços oferecidos aos cidadãos, evitando, assim, que os pacientes tenham que se deslocar para grandes centros para serem atendidos.

No Brasil, inúmeros são os exemplos de Consórcios de Saúde, e o primeiro de que se tem notícia surgiu em 1986, no município de Penápolis, após experiências testadas nas áreas de agricultura, infra-estrutura, desenvolvimento regional e meio ambiente.

No Rio Grande do Sul, a maior referência é o CISSMA – Consórcio Intermunicipal de Saúde de Santa Maria. Fundado em 1994, esse modelo permitiu aos seus 37 municípios consorciados realizarem ações conjuntas que permitiram melhorias na saúde local de sua população. Até 2003, 600 mil pessoas tiveram acesso a consultas, exames e sessões especializadas.

As vantagens na estruturação de consórcios intermunicipais de saúde são:

-racionalizar o uso dos recursos sejam de equipamentos, recursos, humanos, instalações hospitalares, evitando ociosidade do equipamento público para atendimento à saúde;

-estabelecer para o grupo de municípios consorciados as prioridades de investimento com a estipulação de ações planejadas de acordo com os recursos existentes, definindo o fluxo de pacientes e a capacidade de atendimento;

-buscar, com a elaboração de projetos, o planejamento de ações e serviços, bem como recursos materiais e humanos que ainda não existem na região, mas que são necessários para atender as necessidades de saúde dos cidadãos que são imprevisíveis e ilimitadas.

## **8 FUNDAMENTAÇÃO LEGAL**

Conforme referido anteriormente, os consórcios intermunicipais de saúde possuem fundamentação legal na Constituição Federal de 1988, Constituição Estadual de 1989, Lei Federal 8142/90 e 8080/91, bem como nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01) editadas pela Portaria do Ministério da Saúde nº 95, de 26/01/01. Além disso, cabe a observância da Lei das Licitações (Lei.8666/93), que deve prevalecer haja, vista o interesse público envolvido nos consórcios.

## **9 SITUAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO VALE DO TAQUARI: SERVIÇOS DE SAÚDE E NECESSIDADES REGIONAIS**

Os serviços de saúde são um conjunto de ações que servem para que o indivíduo possa gozar de bem estar físico, psicológico e social e subdividem-se em três categorias: atenção básica (baixa complexidade), média complexidade e alta complexidade.

A atenção básica é de responsabilidade dos municípios e compreende consultas em unidades básicas de saúde, serviços ambulatoriais, como vacinas, curativos, injeções, e os exames constantes no Anexo I da NOAS/01, considerados de baixa complexidade. Para o financiamento dessas ações, o município recebe via Ministério da Saúde o chamado PAB-Fixo (Programação da Atenção Básica), que corresponde a R\$ 13,00 por habitante/ano. O Programa de Saúde da Família também inclui-se nesta categoria, uma vez que abrange serviços de clínica médica geral, ginecologia, obstetrícia e pediatria.

Serviços de média complexidade também estão previstos na NOAS, e é do gestor estadual a obrigação de adotar critérios para a organização regionalizada desses serviços, já que eles compreendem conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que necessitam de profissionais especializados e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, onde não se justifica a sua oferta em todos os municípios do país não sendo os mesmos necessariamente vinculados à rede. parágrafo confuso

Quanto à alta complexidade em serviços de saúde, a responsabilidade é solidária entre Gestor Estadual e Federal e compreende as atividades de alto custo, como cirurgias e procedimentos em neurologia, cardiologia, traumatologia, nefrologia,

oftalmologia, litotripsia, bem como exames de alto custo, como tomografia, ressonância magnética, densitometria óssea e outros.

## **10 GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO VALE**

Conforme dados fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde, o Vale do Taquari pertence à Macrorregião dos Vales, que compreende, junto com a 16ª Coordenadoria Regional de Saúde de Lajeado, mais duas Regionais: a 8ª CRS, com sede em Cachoeira do Sul, e a 13ª CRS, com sede em Santa Cruz do Sul.

A 16ª Coordenadoria Regional de Saúde é responsável pelo planejamento, regulação, auditoria, ações e vigilância em saúde de seus 42 municípios. Abrange de 347.156 habitantes, conforme dados do IBGE/2003. Essa população apresenta três espécies de colonizações regionais distintas: a alemã, a italiana e a luza.

Conforme já referido, 60% dos municípios pertencentes à 16ª Coordenadoria Regional de Saúde possuem menos de 5.000 habitantes.

A rede hospitalar da região conta com 25 instituições, e o modelo assistencial é dividido em três microrregiões: microrregião de Estrela, de Lajeado e de Encantado.

Em 2003, iniciou-se um levantamento situacional sobre a saúde no Vale, dividido em duas etapas: uma com os municípios e outra com os hospitais.

Com a análise realizada com os municípios, estabeleceu-se o teto físico e financeiro. Conseguiu-se estabelecer o número de usuários que mensalmente saem da região em busca de tratamento nos grandes centros e os serviços comprados na região pelos municípios, sem análise criteriosa sobre a sua resolutividade frente aos limites financeiros. Como exemplo dessa situação destaca-se que um mesmo serviço – tomografia, por exemplo - é oferecido pelo mesmo prestador a vários municípios com diferentes preços.

Analisou-se também quais os municípios que mais enviaram pacientes à Porto Alegre, o que reflete a desestruturação da atenção básica. Conseguiu-se também com esse levantamento apurar a real necessidade da média complexidade tanto em consultas como em exames e o alto custo que estes serviços representam ao município. O que foi descoberto?

Com relação aos hospitais, cabe destacar que a região possui 25 hospitais, sendo um deles macrorregional com procedimentos de média e alta complexidade - Bruno Born de Lajeado; um hospital regional – Hospital Estrela; nove hospitais microrregionais e catorze unidades locais conhecidas como hospital de pequeno porte.

Com o levantamento também foi detectado que a região possui profissionais especializados em quase todas as áreas médicas e também aparelhagem para a realização de exames de média e alta complexidade.

O agravante dessa situação é que, se forem retirados os procedimentos de alta complexidade e os de internação por AIH que são financiados pelo sistema público, todos os outros procedimentos não são credenciados ao sistema.

Assim, com a implantação do consórcio, uma das condições para que os serviços e profissionais sejam conveniados é que eles sejam credenciados ao SUS.

## **11 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE**

A base do processo de regionalização da Saúde no Rio Grande do Sul é a descentralização do poder e dos recursos destinados à saúde. Se as legislações aplicáveis à matéria estabelecem igualdade de atendimento, a regionalização prevê a igualdade com equidade sem análise de critérios eleitoreiros e clientelistas, observando limites financeiros impostos inclusive pela LC 101/00.

O PDR – Plano Diretor de Regionalização tem como grandes objetivos:

- garantir o acesso da população às ações de atenção básica, com qualidade e resolutividade;
- descentralizar e aumentar a resolutividade do sistema de saúde especialmente nas ações de média e alta complexidade existentes na própria região;
- criar sistemas e protocolos de referência e contra-referência;
- reestruturar e redimensionar o sistema hospitalar na região.

Independente de seu tamanho, os municípios precisam planejar, regular e gerir o atendimento à saúde de sua população. Porém, tais ações planejadas dependem de financiamento público, o que isoladamente os municípios não têm condições de resolver. Isso ocorre porque os repasses do Ministério da Saúde para os municípios dependem do fluxo de caixa daquele, o que dificulta o planejamento das ações, além do que o SUS paga por serviços prestados.

Como forma de organização da gestão da saúde, o Estado do Rio Grande do Sul, com seus 496 municípios, está dividido em dezenove Coordenadorias Regionais, com o objetivo de encaminhar as demandas municipais na sua região. Essas são a instância competente para a pactuação e o planejamento da atenção à saúde, organizando sistemas locais e regionais de saúde segundo os princípios do SUS.

Os parâmetros para a gestão regionalizada são:

- a capacidade instalada;
- o fluxo de usuários;
- a produção de serviços;
- a demanda estimada.

## **12 CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO VALE DO TAQUARI**

Os consórcios intermunicipais de saúde consistem em uma alternativa para a gestão e a descentralização do SUS, ampliando os serviços oferecidos, de forma participativa, entre os municípios de uma determinada região.

A sua instalação no Vale do Taquari justifica-se diante das inúmeras dificuldades detectadas por meio de levantamento situacional realizado em conjunto pela Comissão de Intergestores Bipartite Regional-CIB, pela 16ª Coordenadoria Regional de Saúde e pela Associação dos Servidores e Dirigentes Municipais de Saúde - ASSEDISA-VRT cujo maior problema detectado na região são as consultas com especialistas, que atinge demanda de 3.000 por mês. Como o Vale não atende essa procura, os casos, hoje têm sido encaminhados para outros municípios, inclusive a capital.

A garantia de acesso humanizado aos exames e consultas de média e alta complexidade, cuja demanda na região é expressiva, será o grande objetivo do consórcio.

O vale do Taquari tem uma característica muito peculiar que é a de possuir, se não todos, a grande maioria dos serviços e exames de média e alta complexidade, todavia sem credenciamento do SUS.

Já credenciados, porém insuficientes para a demanda regional, estão os serviços a seguir descritos, que, com a implementação do Consórcio, passarão a ser readequados:

- Hemodiálise;
- Hemocentro;
- Hemodinâmica;
- Centro de Oncologia;
- Centro de Oftalmologia;
- Litotripsia;
- Endoscopia digestiva e pulmonar;
- FUNDEF (cirur. Lábio palatais);
- Neurocirurgia I;
- UTI adulto, neo-natal e pediátrica;
- Esterilização.

Outro ponto crucial será o planejamento e a regularização dos repasses feitos atualmente pelas Secretarias Municipais de Saúde às Instituições Hospitalares, mediante a readequação dos pactos, cujos valores hoje mostram-se exorbitantes e muitas vezes desproporcionais à resolutividade dos serviços contratados. Na nossa região é comum o gestor municipal conveniar com seu hospital local um valor “x”, e, quando o munícipe efetivamente precisa de um procedimento mais minucioso, a instituição nega-se a atender ou cobrar por fora pelo procedimento em questão, não mantendo um valor padrão. Além disso, esses valores variam de um município para outro, sem um critério previamente definido.

Em complemento a essa atividade, o consórcio objetiva a criação de um banco de dados regional no qual serão cadastrados currículos de profissionais da saúde,

nas mais diversas especialidades, o que facilitará a busca pelos municípios consorciados. Essa ação tem como base a grande dificuldade dos gestores em encontrar profissionais ligados à área da saúde que queiram instalar-se em seus municípios, sejam eles médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, dentre outros.

Quanto ao problema dos encaminhamentos feitos hoje pelos profissionais da área de saúde pública, mais precisamente pelos envolvidos na assistência básica dos municípios, o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Taquari viabilizará conhecimentos técnicos e capacitações para estes profissionais, promovendo cursos, palestras, treinamentos, seja com os técnicos da 16ª CRS ou com profissionais da Secretaria Estadual da Saúde, já que grande parte dos encaminhamentos feitos para especialistas ou são desnecessários ou feitos sem respaldo em laudos mais detalhados para o profissional que irá atender o usuário.

### **13 BREVE HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DO CONSISA - VRT (CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO VALE DO RIO TAQUARI)**

A idéia da implantação de um consórcio no Vale do Taquari surgiu após um levantamento situacional realizado pela 16ª CRS e CIB-Regional o qual siscitou em um diagnóstico da atual situação da saúde pública na Região, tanto em nível financeiro como de RH, sendo possível detectar quais são os problemas, os valores, a aparelhagem e o quadro de pessoal que cada município possui.

A Região do Vale do Taquari dispõe de um potencial técnico e financeiro diferenciado, se comparada a outras regiões do Estado, podendo suprir todas as demandas que atualmente são encaminhadas para as instituições hospitalares e outros prestadores da capital, o que vem sendo pejorativamente chamado de ambulancioterapia, situação esta que o Governo do Estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde, juntamente com os municípios estão tentando reverter.

A regionalização é um processo longo e minucioso, no qual os problemas devem ser trabalhados pontualmente, e na localidade em que ocorrem.

No Vale do Taquari, a regionalização já começou, e o primeiro ponto atacado foi a questão dos valores de complementação de AIHs, principalmente com relação aos procedimentos de parto e cesárea pagos pelas Secretarias Municipais de Saúde às instituições hospitalares, padronizando uma tabela que os Secretários Municipais já devem estar praticando.

A instalação e a regularização dos serviços do Centro Oftalmológico de Encantado e o credenciamento da UTI Pediátrica e Neonatal de Estrela também fazem parte das atividades positivas e implementadas no Vale dentro do processo de regionalização.

Assim, a idéia de criação do CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO VALE DO TAQUARI – CONSISA-VRT objetiva efetivar e pontuar os demais problemas da saúde pública na Região, processo no qual os municípios, de forma

cooperada, terceirizarão a solução dos problemas já identificados anteriormente e classificados como finalidades estatutárias do Consórcio.

Cabe salientar que os COMUDES o que significa esta sigla? escolheram como prioridades o Consórcio Intermunicipal de Saúde e o Prosan, sendo que a Consulta Popular também o detectou como prioritário para a área da saúde no Vale do Taquari, fazendo com que os recursos sejam implantados nestas áreas.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Taquari (CONSISA-VRT), trata-se de pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, regido pelas normas e princípios de Direito Público, bem como pelas demais Legislações em Saúde pertinentes, e pelo seu Estatuto. Tem sua sede no município de Lajeado - RS.

O objetivo do CONSISA-VRT é consorciar todos os municípios do Vale, atingindo cerca de 340.000 habitantes, realizando ações conjuntas de promoção, prevenção e recuperação da saúde

A área de atuação do CONSISA-VRT será determinada de acordo com a necessidade dos serviços, podendo o mesmo contratar serviços fora da Região e do Estado, caso houver demanda e deliberação neste sentido.

O acesso dos usuários ao CONSISA-VRT, bem como a seus serviços especializados de saúde, dar-se-á a partir do encaminhamento do que? das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios consorciados.

Diante do interesse dos Secretários Municipais de Saúde e dos Prefeitos Municipais, iniciou-se a estruturação de um estatuto, documento primordial da associação civil a ser criada, com as finalidades estatutárias do CONSISA-VRT, que são:

I - ser instância de regionalização das ações e serviços de saúde coerente com os princípios e diretrizes do SUS;

II - viabilizar investimentos de maior complexidades, que aumentem resolutividade de ações e serviços em saúde, preferencialmente na área de abrangência do CONSISA-VRT, priorizando dentro do possível a capacidade instalada e a sua resolutividade;

III - garantir o controle popular no setor de saúde da região pela população dos municípios consorciados;

IV - representar o conjunto dos municípios que o integram em assuntos de interesse comum, perante quaisquer outras entidades públicas ou privadas, através de sua Diretoria Executiva e/ou Assessoria Técnica;

V - racionalizar os investimentos de compras, bem como de uso dos serviços de saúde, na sua região de abrangência;

VI - planejar, adotar e executar programas e medidas destinadas a promover a saúde dos habitantes dos municípios consorciados, implantando e implementando serviços.

Em 05 de agosto de 2004, os Municípios que manifestaram interesse em participar do CONSISA-VRT assinaram um protocolo de intenções, o que evidenciou a vontade deles de firmar o Consórcio. A Ata lavrada na Assembléia conjunta da AMVATE ASSEDISA serviu como primeiro documento formal e inicial de aprovação e instalação do CONSISA-VRT.

Posteriormente, elaborou-se o estatuto, que foi devidamente registrado no Cartório de Títulos e Documentos de Lajeado, e hoje o CONSISA-VRT já existe como pessoa jurídica, possuindo inclusive inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas, e está instalado no centro de Lajeado, na rua Júlio de Castilhos, 100, salas 701 e 703.

A próxima etapa será a elaboração de um regimento interno e o início das tratativas com as instituições regionais, para posteriormente conveniá-las. Os trabalhos não se desenvolveram com a velocidade que deveriam em vista da troca dos gestores municipais ocorrida no último ano, com as eleições de 03 de outubro de 2004.

#### **14 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A idéia principal do presente artigo foi apresentar os consórcios intermunicipais de saúde como alternativa viável de gestão para os municípios de nossa região, já que a legislação brasileira vem destacando a descentralização da saúde como meta principal a ser alcançada, sobrecarregando os municípios que acabam por assumir cada vez mais competências.

Surge daí a necessidade de união de esforços para que, com um mesmo objetivo, a população de uma região inteira passe a ter acesso a serviços de saúde com qualidade e resolutividade.

Uma vez evidenciadas as necessidades regionais pelos órgãos gestores, somadas ao interesse dos municípios na solução conjunta de seus problemas de saúde, surge a idéia do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Taquari como alternativa de gestão.

Inúmeras são as vantagens desse tipo de organização, bem como as dificuldades encontradas para sua implantação, oriundas de fatores externos, como o caso da troca de gestores que acabou por atrasar o processo no Vale do Taquari, que foi efetivamente acolhido em agosto de 2004.

Mesmo assim, salienta-se que, na região, a implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde é um processo sem volta e um grande marco na história da gestão pública da saúde, facilitando as tratativas com as instituições, possibilitando acima de tudo acesso humanizado e integral dos serviços de saúde da população do Vale do Taquari, dentro dos princípios do SUS e com a resolutividade pretendida, o que hoje infelizmente não se verifica na maioria dos casos oriundos do sistema público de saúde.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



BARROS, Ubiratan Laranjeiras. **Consórcios Intermunicipais: Ferramenta para o desenvolvimento Regional**. São Paulo: Alfa-Ômega, 1995.

BERTONE, Arnaldo Agenor. Consórcios Intermunicipais de Saúde: Uma estratégia rumo à regionalização. **Divulgação em saúde para debate**, n.16, p.36-39, dez. 1996.

CONSTITUIÇÃO: Estado do Rio Grande do Sul. 11ª edição. Porto Alegre: CORAG, 2003.

CONSTITUIÇÃO: República Federativa do Brasil. 13. ed. Porto Alegre: CORAG, 2003.

DURÃO, Pedro. **Convênios & Consórcios Administrativos – Gestão Teoria e Prática**. Curitiba: Juruá Editora, 2004.

FACHINETTO, Neidemar; MISOCZKY, Maria Ceci; TERRA, Osmar Gasparini. **Municipalização da Saúde: A experiência de Santa Rosa**. Porto Alegre: Da casa, 1996.

FONTES, Ângela. **Consórcios Intermunicipais: Um instrumento para o planejamento local**. V.38, n. 198, p.46-56, jan, mar.1991.

JUNQUEIRA, Ana Thereza Machado. Consórcio Intermunicipal: um instrumento de ação. **Revista CEPAM**, v.1, n.2, p. 29-35, abr, jun. 1990.

LEGISLAÇÃO FEDERAL E ESTADUAL DO SUS: **SUS é legal**. Estado do Rio Grande do Sul: Secretaria da Saúde, 2000.

MEIRELLES, Helly Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. São Paulo: Malheiros, 1993.

MISOCZKY, Maria Ceci A.; BECH, Jaime. **Estratégias de Organização da Atenção à Saúde**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2002.

MISOCZKY, Maria Ceci A.; BASTOS, Francisco Avela **Avançando na Implantação do SUS: Consórcios Intermunicipais de Saúde**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 1998.

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE. Estado do Rio Grande do Sul: Secretaria da Saúde, 2002.

RIBEIRO, José Mendes. Experiências em Consórcios Intermunicipais de Saúde no âmbito do SUS. In: Seminário sobre Consórcios Intermunicipais de Saúde, I, 1994.