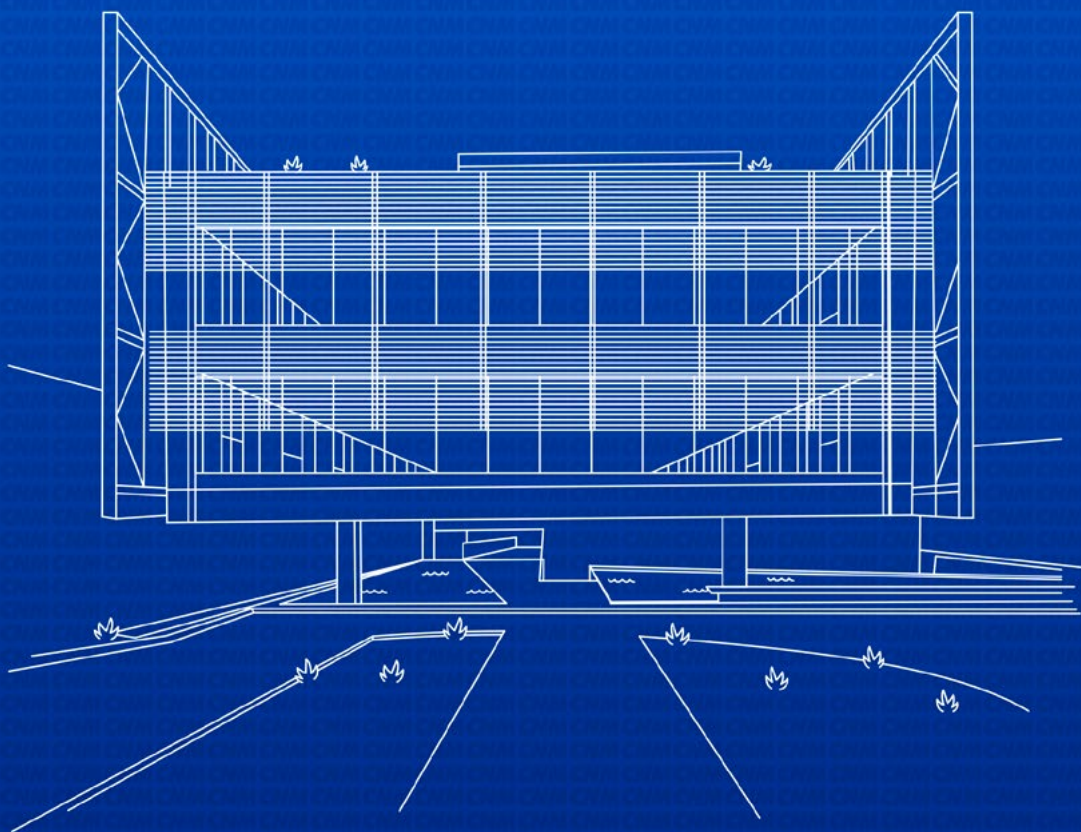


SAÚDE

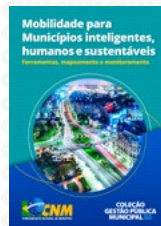
**Fortalecendo o municipalismo
com a regionalização da saúde por
consórcios intermunicipais**





COLEÇÃO GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL

EDIÇÃO
2022



Disponível para download:
www.CNM.org.br



Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte. Todavia, a reprodução não autorizada para fins comerciais desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação dos direitos autorais, conforme Lei 9.610/1998.

Impresso no Brasil. Disponível em: <<https://www.cnm.org.br>>

Catalogado na fonte pela Confederação Nacional de Municípios

H831s Hostins, Cleones

Saúde: Fortalecendo o municipalismo com a regionalização da saúde por consórcios intermunicipais / Cleones Hostins, Carla Estefanía Albert . -- Brasília: CNM, 2022.

43 p. : il. -- (Coleção Gestão Pública Municipal: XXIII Marcha a Brasília em Defesa dos Municípios – Edição 2022)

Disponível em: <https://www.cnm.org.br>
ISBN 978-65-88521-43-4

1. Município. 2. Regionalização. 3. Consórcios Intermunicipais. I. Albert, Carla Estefanía . II. Título.

CDD 363

Autores

Cleones Hostins
Carla Estefanía Albert

Revisão Técnica

Carla Estefanía Albert
Thalyta Cedro Alves de Jesus

Revisão Editorial

Maiara Siqueira de Souza

Revisão de textos

KM Publicações

Diagramação

Themaz Comunicação e Publicidade



Conselho Diretor

Presidente **Paulo Roberto Ziulkoski**
1º Vice-Presidente **Julvan Lacerda**
2º Vice-Presidente **Luiz Lázaro Sorvos**
3º Vice-Presidente **Rosiana Lima Beltrão Siqueira**
4º Vice-Presidente **Haroldo Naves Soares**
5º Vice-Presidente **Jair Aguiar Souto**
2º Secretário **Hudson Pereira de Brito**
3º Secretário **Manoel Alves da Silva Júnior**
1º Tesoureiro **Francisco Nélio Aguiar da Silva**
2º Tesoureiro **Erlânio Furtado Luna Xavier**
3º Tesoureiro **Francisco de Castro Menezes Júnior**

Conselho Fiscal

Titular **Silvany Yanina Mamlak**
Titular **Joner Chagas**
Titular **Diogo Borges de Araújo Costa**
1º Suplente **Carlos Sampaio Duarte**
2º Suplente **Wilson Tavares de Sousa Júnior**
3º Suplente **Eduardo Gonçalves Tabosa Júnior**

Conselho de Representantes Regionais

Suplente da região Nordeste **Paulo César Rodrigues de Moraes**
Titular da região Sul **Clenilton Carlos Pereira**
Titular da região Sudeste **Carlos Alberto Cruz Filho**
Suplente da região Sudeste **Gilson Daniel**
Titular da região Norte **Sebastião Bocalom Rodrigues**
Suplente da região Norte **Célio de Jesus Lang**
Titular da região Centro-Oeste **Valdir Couto de Souza**
Suplente da região Centro-Oeste **Rafael Machado**

CARTA DO PRESIDENTE

Prezado(a) municipalista,

Seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde, a Confederação Nacional de Municípios (CNM), no âmbito de sua competência e objetivando contribuir efetivamente para o funcionamento da regionalização em saúde e atenção integral à população, elaborou a atual publicação, no intuito de evidenciar a perspectiva dos ganhos e do fortalecimento do Sistema Único de Saúde com o consorciamento intermunicipal.

Para a Confederação, isso significa lançar um olhar para os Municípios e as regiões as quais pertencem, reconhecendo-os como espaço colegiado, interdependente e conectado, capaz de conduzir os processos inerentes **à governança do SUS**, ao reconhecimento territorial, planejamento e execução das Políticas de Saúde. Nesse sentido, certas ferramentas normativas e operativas tornam-se imprescindíveis e faz-se necessário lançar um olhar para os Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Desde a Constituição Federal de 1988, e a efetiva criação do Sistema Único de Saúde até os dias atuais, diversas lacunas ainda existem, entre elas o desafio da regionalização e consequentemente da integralidade no atendimento ao usuário. Desafio este que a cada ano recai incisivamente para os Municípios, que com muito custo precisam arcar e garantir o complemento dos serviços para atender sua população.

Desejo que este material possa servir como ponto de partida à reflexão a respeito das potencialidades dos serviços de saúde municipais já instalados, assim como do fortalecimento da governança regional dos Municípios.

Paulo Ziulkoski

Presidente da CNM



SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	8
1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	10
1.1 Três décadas de SUS: alguns avanços	12
1.2 Organização do SUS	19
1.3 Redes de Atenção	21
1.4 Fortalecendo o municipalismo	22
1.5 A realidade local e a necessidade de articulação	23
1.6 União e regionalização	25
2 A REGIONALIZAÇÃO E OS CONSÓRCIOS	27
2.1 A organização na tomada de decisões consorciadas	29
2.2 Serviços ofertados	30
2.3 Inovação e desenvolvimento	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	38

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Constituição de 1988 reconhece a Saúde como um direito fundamental do ser humano. Nela também são anunciados os fundamentos que devem ser garantidos pelo Estado e pela sociedade no desenvolvimento de ações em saúde que visem à sua promoção, proteção e recuperação. A partir das Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, a gestão municipal é orientada a integrar e construir estratégias para organizar uma rede de ações e serviços públicos de saúde regional, entretanto, essa não é uma tarefa simples; sem dúvida, é um dos principais desafios a serem superados pelas prefeituras e prefeitos.

Considerando a amplitude da área da Saúde associada aos inúmeros fatores que influenciam na construção de uma boa gestão – como recursos financeiros, obras, programas federais, estratégias locais, capacitações, conselhos de saúde, entre outros –, a Confederação Nacional de Municípios (CNM) mantém uma equipe técnica acompanhando as políticas públicas de Saúde de interesse à gestão municipal e, com a produção de materiais técnicos e embasamento político, sempre está à disposição dos gestores auxiliando na qualificação da gestão do SUS, tanto no âmbito municipal quanto regional.

Nesse sentido, com o intuito de orientar você, gestor, e oferecer alternativas para contribuir com sua gestão, a área técnica da Saúde da CNM elaborou a presente cartilha como parte das atividades da *XXIII Marcha a Brasília em defesa dos Municípios*, com informações objetivas sobre o Sistema de Saúde com enfoque no fortalecimento do Municipalismo e regionalização da saúde por consórcio.

A seguir são apresentados alguns pontos que a gestão regional e municipal deve fortalecer para alcançar o processo de regionalização e buscar a integralidade no atendimento oferecido à população.

1. A saúde demanda o cuidado e a intervenção de várias profissões

Não se cuida das pessoas unicamente com estetoscópio e exames de raio-x. Por isso, recomenda-se que o prefeito e a prefeita olhem para todas as profissões e reconheçam o papel de cada uma na prevenção e no cuidado: farmacêuticos, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, odontólogos, assistentes sociais, médicos, sanitaristas, terapeutas ocupacionais, administradores, educadores físicos, agentes de saúde, pedagogos e outros. Para que a saúde se torne custo-efetiva e chegue à população, é necessária a atuação de várias profissões.

2. Estabeleça ações de Comunicação em Saúde

Cada Município, bairro e região são constituídos por diversas realidades e saberes. Cabe à gestão reconhecer essas situações e preparar uma ação comunicativa potente e capaz de responder às demandas locais.

3. Participe das Comissões Intergestora Regional e Bipartite

O SUS é administrado de forma tripartite, ou seja, a organização, a execução e o financiamento são de responsabilidade comum dos três níveis de governo – federal, estadual e municipal – com atribuições e competências comuns e específicas a cada um deles. Tenha pleno conhecimento das pactuações realizadas nas Comissões Intergestoras. Utilize esses espaços de articulação para ampliar e qualificar o atendimento para a sua população.

4. As decisões devem ter por base as Normativas

Não faça nada sem antes verificar as normativas (resoluções, portarias, decretos, leis complementares, leis federais etc.). Gestão pública não pode ter por base a opinião. A gestão deve ter segurança normativa. Lembre-se também que as normativas, especialmente as portarias, mudam constantemente.

5. Instrumentos de Planejamento e Execução Orçamentária

Plano Municipal de Saúde (PMS), Programação Anual da Saúde (PAS), Relatório Anual de Gestão (RAG), Relatório Demonstrativos do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

(Siops) constituem instrumentos obrigatórios e de extrema importância para o funcionamento das Secretarias Municipais de Saúde. O descumprimento pode levar à suspensão do FPM e ao condicionamento de recursos para a Saúde.

6. Participação Popular

É muito mais que uma diretriz do SUS, é uma necessidade para a gestão e a governança atual. Mantenha seu Conselho Municipal de Saúde atualizado, capacitado e instruído a fim de que você, gestor, possa estar sempre atento e alinhado às necessidades da sua população e para que a sua população esteja ao seu lado nos desafios diários.

1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a denominação do sistema público de saúde no Brasil, considerado por especialistas um dos maiores sistemas de saúde do mundo. Foi instituído pela Constituição Federal de 1988 em seu art. 196, como forma de efetivar o preceito constitucional do direito à saúde como um *“direito de todos”* e *“dever do Estado”* e está regulamentado por leis como a 8.080/1990 e a 8.142/1990 e a Lei Complementar 141/2012, que operacionalizam e organizam o sistema público da saúde.

O SUS foi criado com a função de estabelecer a universalização, a integralização e a humanização das políticas públicas de saúde à população brasileira, organizadas em um modelo federativo e descentralizado, com enfoque na gestão municipal – municipalização da saúde. E é dessa forma que ele é descrito pelo Ministério da Saúde: como um sistema ímpar no mundo, que garante acesso integral, universal e igualitário para toda a população brasileira, do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos.

Mesmo com o advento da Reforma Sanitária em meados dos anos 1970, o SUS somente foi regulamentado no final de 1990, com a publicação das Leis Orgânicas da Saúde – **8.080/1990** e **8.142/1990** –, nas quais se destacaram os princípios organizativos e operacionais do sistema, o que consequentemente possibilitou a ampliação do olhar para a coletividade e, com isso, também mudou o contexto das ações para as práticas e os serviços de saúde ofertados às populações das cidades.

Gestor, os princípios e as diretrizes que devem nortear suas ações estão descritos a seguir:

Universalização do direito à saúde

É a garantia de que todos os cidadãos do seu Município ou que nele estejam, sem privilégios ou barreiras, tenham acesso à atenção integral e gratuita, ainda que demande alto custo, com direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades vinculadas ao SUS, sejam elas públicas ou privadas (prestadores de serviços), garantida por uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) regionalizada, hierarquizada e com tecnologia adequada para cada nível de atenção. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades.

Equidade

O SUS deve disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, sem privilégios, distinção ou discriminação, buscando a redução das desigualdades regionais e sociais.

Descentralização com direção única para o sistema

É a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo (União, Estados, Municípios e Distrito Federal). A descentralização tem como diretrizes:

- a regionalização e a hierarquização dos serviços – rumo à municipalização;
- a estruturação e a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS);
- a organização de um sistema de referência e contrarreferência;
- a maior resolutividade, atendendo melhor aos problemas de sua área;
- a maior transparência na gestão do sistema;
- a entrada da participação popular e o controle social.

Integralidade da atenção à saúde

O sistema de saúde deve ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social. E, a fim de atender às demandas, o Estado deve estabelecer um conjunto de ações e serviços, que se iniciam na prevenção de doenças até a assistência curativa, nos diversos níveis de complexidade, integrando ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Promover saúde significa oferecer um atendimento integral, priorizando atividades preventivas, em compasso com os serviços assistenciais.

Participação popular visando ao controle social

Garante a participação efetiva da população, por meio de suas entidades representativas – como conselhos e conferências de saúde –, participando do processo de formulação das políticas e diretrizes, visando à construção de uma sociedade justa, acompanhando a correta aplicação dos direitos e dos recursos financeiros da Seguridade Social baseada no interesse da coletividade.



SAIBA MAIS

Os princípios do SUS também se encontram presentes na definição do que pode ou não ser considerado uma despesa de saúde:

Art. 2º. Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Nesse sentido, para compreensão do processo histórico de construção e consolidação do SUS, o quadro abaixo apresenta a evolução do sistema de saúde brasileiro, considerando os momentos de destaque para a proteção social e do direito à saúde, caracterizando os marcos teóricos e conceituais que fundamentaram a reforma sanitária e deram origem ao SUS.

1.1 Três décadas de SUS: alguns avanços

A criação do Sistema Único de Saúde, consolidada pela Constituição de 1988, representa certamente uma das mais importantes conquistas para os trabalhadores (MARQUES; MENDES, 2012). Em 2022, o SUS celebrará seus 34 anos de criação, sob a ótica da proteção social e da mudança na concepção de saúde e doença. Permanecendo ainda a necessidade de superar inúmeros desafios. Algumas datas importantes são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – SUS: Datas e atos importantes

Ano	Marco
1923	Criação da Lei Eloy Chaves – primeiro modelo de previdência social, as Caixas de Aposentadoria e Pensão (Caps) surgiram com o estatuto legal a partir de iniciativas da organização dos trabalhadores das fábricas, visando a garantir pensão em caso de algum acidente ou afastamento do trabalho por doença e uma futura aposentadoria por meio das “caixas”.
1932	Criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), em resposta às lutas e às reivindicações dos trabalhadores no contexto de consolidação dos processos de industrialização e urbanização.
1965	Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que concretizou o componente assistencial com a opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, consolidando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, que teve uma forte influência no futuro SUS.
1977	Criação do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (Sinpas) e, dentro dele, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Este passou a ser o grande órgão governamental prestador da assistência médica, basicamente por meio da compra de serviços médico-hospitalares e especializados do setor privado.
1986	8ª Conferência Nacional de Saúde, que aprovou um relatório cujas bases constituíram o projeto de Reforma Sanitária Brasileira. O Inamps direcionou-se para uma cobertura mais universal dos serviços de saúde.
1987	Criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que tinha como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde e implementação de distritos sanitários.
1988	Criação definitiva do SUS, na Constituinte da República Federativa do Brasil de 1988.

Ano	Marco
1990	Efetivação e regulação do SUS, com promulgação da Lei 8.080, de 19 de setembro, que dispõe sobre a promoção da saúde e a organização dos serviços, e da Lei 8.142, de 28 de dezembro, referindo-se à participação da comunidade e ao repasse de recursos do governo federal para as demais instâncias.
1991	Normas Operacionais Básicas (NOBs) – NOB 1ª/1991, que criou nova política de financiamento do SUS. Processo de descentralização do atendimento à saúde. Organização dos Conselhos de Saúde.
1992	Realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde, cujos objetivos eram a descentralização, a municipalização e a participação popular por meio dos Conselhos de Saúde.
1993	Normas Operacionais Básicas (NOBs) – NOB 1ª/1993, que dispôs sobre procedimentos reguladores do processo de descentralização das ações e dos serviços, dando maior autonomia municipal e estadual. Definiu-se a transferência das verbas por meio do chamado fundo a fundo de saúde.
1996	Realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde, que preconizou o aprofundamento e o fortalecimento do controle social para democratização do SUS.
1996	Normas Operacionais Básicas (NOBs) – NOB 1ª/1996, que fortaleceu o papel dos Municípios, definindo estratégias para atenção básica, estabelecendo política de incentivos. Priorizou como modelo de atenção o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o Programa de Saúde da Família (PSF), além de outros programas para a área da saúde.
2000	Realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”.
	Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro, que vinculou recursos financeiros do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios, para assegurar o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde.

Ano	Marco
2001	Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) – Noas/SUS 1º/2001, que ampliou as responsabilidades dos Municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, à regionalização e à organização funcional do sistema.
2002	Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas) – Noas/SUS 1º/2002, implementou os processos de pactuação entre os três níveis de gestão, visando ao aprimoramento do Sistema Único de Saúde.
2003	Realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Saúde: um direito de todos e dever do Estado – A Saúde que temos, o SUS que queremos”, abordando o processo de intersetorialidade na gestão política.
2006	Foi instituído, pela Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro, o Pacto pela Saúde, que, assim como as normas operacionais anteriores, orientou a implantação do SUS, dando ênfase às necessidades de saúde da população e à busca pela equidade social.
2007	A Portaria 204, de 29 de janeiro, estabeleceu um novo modelo de financiamento e de transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento (atenção básica – PAB, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar – MAC), vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e investimentos na Rede de Serviços de Saúde, além do seu monitoramento e controle.
2011	Lei 12.401, de 28 de abril, que alterou a Lei 8.080/1990 e dispôs sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS.
	Decreto 7.508, de 28 de junho, que dispôs sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, além de reconhecer as Regiões de Saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), a Rename e a Renases.
	Lei 12.466, de 24 de agosto, que alterou a Lei 8.080/1990 e dispôs sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (CIT e CIB), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições.

Ano	Marco
2012	Lei Complementar 141, de 13 de janeiro, que regulamentou o § 3º do art. 198 da Constituição para definir os mínimos a serem aplicados em saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios; estabeleceu os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde; as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas; tornou oficial e obrigatória a alimentação do Siops; definiu as despesas em saúde, entre outras medidas.
2015	Emenda Constitucional 86, de 17 de março, que estabeleceu a obrigatoriedade da execução orçamentária com o mínimo de 50% das emendas parlamentares indicadas para a saúde e definiu o mínimo de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) da União para a saúde.
2016	Novo Regime Fiscal, instituído pela Emenda Constitucional 95 – Emenda do Teto, de 15 de dezembro, para limitar as despesas primárias da União por 20 exercícios financeiros a contar de 2017 e estabeleceu como mínimo de recursos destinados à saúde 15% da RCL em 2017 e, a partir de 2018, o valor aplicado no ano anterior corrigido pelo IPCA.
2017	A Portaria 2.436, de 21 de setembro, aprovou a nova Política Nacional de Atenção Básica e estabeleceu a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS.
	Portarias de Consolidação do SUS, de 28 de setembro, no total de seis, compilando cerca de 11 mil normas infralegais sobre direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento; políticas nacionais; Redes de Atenção à Saúde; Sistemas e Subsistemas do SUS; as ações e os serviços de saúde; e o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde.
	Portaria 3.992, de 28 de dezembro, que dispôs sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde e consolidou em dois blocos de financiamento: Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

Ano	Marco
2019	Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria 2.979, de 12 de novembro, estabeleceu o novo modelo de financiamento federal da atenção primária à saúde.
	Programa Médicos pelo Brasil, instituído pela Lei 13.958, de 18 de dezembro, o qual deve substituir gradualmente o Programa Mais Médicos, e definiu a periodicidade legal do Revalida e a reinserção dos médicos intercambistas ao Programa de Provimento Médico.
	A Lei 13.958, de 18 de dezembro, instituiu o Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida), com realização semestral.
2020	Portaria 188, de 3 de fevereiro, que declarou Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (Espin) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV).
	Lei 13.979, de 6 de fevereiro, que dispôs sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.
	Lei Complementar 172, de 15 de abril, que dispôs sobre a transposição e a transferência de saldos financeiros constantes dos fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, provenientes de repasses federais, possibilitando a aplicação dos recursos de acordo com as necessidades do sistema de saúde local.
	Portaria 828, de 17 de abril de 2020, que altera a Portaria de Consolidação 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde.
	Lei Complementar 173, de 27 de maio, que estabeleceu o Programa Federativo de Enfrentamento ao Coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19), alterou a Lei Complementar 101, de 4 de maio de 2000 e, além de outras providências, transferiu R\$ 60 bilhões a Estados e Municípios para o enfrentamento da Covid-19.

Fonte: área técnica de Saúde/CNM.

Pelo SUS e suas ações estratégicas, como o Programa Nacional de Imunização (PNI), reconhecido internacionalmente e responsável por 98% do mercado de vacinas do país, os Municípios são os executores da vacinação. A vacinação contra a Covid-19 é um exemplo atual do poder de alcance do Sistema.

Inúmeros trabalhos de pesquisa e desenvolvimento de imunizantes vêm sendo executados e acompanhados pelo PNI, na busca de uma solução segura e eficaz para tamanho problema que assola o Brasil e o mundo.

O Brasil é, de acordo com a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), o segundo país do mundo em número absoluto de transplantes. É também, de acordo com o Ministério da Saúde, o maior sistema público de transplantes do mundo. Em 2019, cerca de 95% dos procedimentos realizados em todo o país foram financiados pelo Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, para colocar em prática seus princípios doutrinários e organizacionais, foi necessária a criação de estratégias para o atendimento da população de forma integral. Certamente, destaca-se a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), que tem as equipes Saúde da Família (eSF) e as equipes de Atenção Básica como estratégia primordial para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS). Essas equipes são instaladas em Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) e atuam como a principal porta de entrada do sistema e como o centro organizativo e de articulação entre os demais níveis de atenção à saúde.

É importante lembrar que de acordo com os pactos intergestores, realizados desde a NOB/SUS 1/1991, os Municípios assumiram a responsabilidade por esse nível de atenção à saúde.

Nessas três décadas de SUS, percebe-se uma evolução importante do sistema de saúde brasileiro, porém com um aumento excessivo na responsabilização do gestor municipal, tendo em vista que são criados inúmeros programas federais com ações definidas, remunerados por incentivos financeiros insuficientes para seu custeio e manutenção, com pouco ou sem flexibilidade alguma para definição de prioridades pelo gestor municipal – lembrando que é este quem possui o contato próximo e direto com o usuário.



ALERTA CNM – FIQUE ATENTO

Uma das maiores dúvidas de quem assume a gestão da Saúde refere-se à obrigatoriedade ou não de implantar todos os programas do governo federal ou mesmo do Estado. Nesse sentido, a CNM alerta:

- identificar os critérios de adesão estabelecidos em normas infralegais e se o Município se encaixa no perfil;
- antes de qualquer adesão, é necessário avaliar a contrapartida financeira e operacional que o Município se compromete;
- avaliar a necessidade da estratégia localmente, público-alvo, custeio mensal, recursos humanos e estrutura física, ou seja, avaliar o custo-benefício;
- entender que os incentivos financeiros repassados pela União para execução das ações são insuficientes, demandando sempre uma contrapartida municipal;
- assumir somente os serviços de saúde em que haja certeza de que se conseguirá manter e de que será fundamental para a população.

1.2 Organização do SUS

O Sistema Único de Saúde possui diretrizes constitucionais sobre sua organização e funcionamento, a destacar: “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de forma descentralizada” (art. 198 da CF/1988). A execução pode ser direta pela administração pública ou terceirizada, com a participação complementar da iniciativa privada.

No nível municipal, o SUS poderá organizar-se em distritos, de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde, conforme definido no art. 10 da Lei 8.080/1990. Essa lei também define que as políticas e os programas de saúde deverão manter uma articulação entre os Entes federados e devem ser pactuados nas Comissões Intergestores.

Já o Decreto 7.508/2011, em seu art. 3º, ratifica que o

SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

Ele também define como requisitos mínimos para a organização do sistema:

- Regiões de Saúde;
- Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- Porta de entrada do SUS;
- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); e
- Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases).

Partindo desse contexto, o Ministério da Saúde vem ao longo dos anos de construção do SUS implementando ações e serviços de saúde por meio de políticas, projetos e estratégias, caracterizados em sua maioria no modelo de adesão a programas de saúde remunerados por incentivos financeiros.

Programa é um instrumento para operacionalizar em determinado período as políticas de saúde por meio do planejamento, da execução e da avaliação de ações de promoção, prevenção, tratamento (cuidados) e recuperação da saúde. Nesse contexto, é de suma importância o delineamento prévio das diretrizes, a fim de que o programa possa ser desenvolvido de forma adequada.

Vale lembrar que os recursos oriundos desses programas, normalmente, além de defasados, são insuficientes, e o poder público municipal sempre acaba sendo penalizado por ter de custear a diferença dos valores.

Além da questão do financiamento, temos as especificidades de cada cidade, cada região do país. Municípios que pertencem ao mesmo Estado, mesma microrregião, podem apresentar características e condicionantes de saúde extremamente diferentes.

Nesse diapasão de instrumentos infralegais, vale ainda destacar e deve ser objeto de estudo dos gestores municipais a Portaria de Consolidação GM/MS 1, de 28 de setembro de 2017, que trata de pautas interessantes quanto à organização e ao funcionamento do SUS.

As especificidades dizem respeito às situações, às características e à história de vida das pessoas de uma comunidade, de uma cidade. Nesse sentido, apenas o mapeamento e o diagnóstico da situação de saúde, da vulnerabilidade e de outros fatores podem definir essas questões no planejamento.

Assim, o serviço de saúde que “dá conta” de certas questões em uma cidade pode não apresentar exato resultado na cidade do lado. Daí a importância de o gestor compreender que nem todo programa lançado pelo governo federal ou estadual deve ser contratualizado ou aderido.

1.3 Redes de Atenção

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a totalidade do cuidado. A Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece as diretrizes para a organização da RAS.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), o objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

A Rede se caracteriza pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo como centro de comunicação a Atenção Primária à Saúde (APS). Esse nível de Atenção é responsável pela atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).



SAIBA MAIS

Níveis de Atenção

Fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos Entes de governança da RAS, estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde).

Segundo Decreto 7.508/2011, as Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores, como segue:

Art. 7º (...)

Parágrafo único. Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

I – seus limites geográficos;

II – população usuária das ações e serviços;

III – rol de ações e serviços que serão ofertados; e

IV – respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

Organizar e operar as ações e os serviços de saúde com o objetivo de promover a atenção integral à saúde da população do seu Município requer mapeamento das demandas e das capacidades disponíveis, debates com a sociedade e planejamento.



DICA CNM

O trabalho proposto para este material busca auxiliar os gestores na identificação e na complementação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a seguir o tema ficará evidente.

1.4 Fortalecendo o municipalismo

Para o processo de governança regional em Saúde, a utilização do consórcio se traduz como uma poderosa ferramenta. O que consequentemente atrai e amplia os ganhos na assistência à saúde do seu cidadão e fortalece o Sistema Único de Saúde desde a sua base.

O Brasil é um país de inúmeras realidades, vivências e possibilidades. São tantas que não existe um modelo único, ou uma receita ou caixa de soluções que se enquadre e resolva os problemas de todas as regiões e Municípios por igual.

Então conhecer ferramentas, compreender os processos de articulação e revisar constantemente boas práticas são elementos que possibilitam o sucesso nas empreitadas em busca de eficiência e sustentabilidade nos serviços de Saúde.

Por vezes, o prefeito ou a prefeita e até mesmo seu secretário e secretária municipal de Saúde se sentem sozinhos, isolados e carregados pela missão de unir equipes, transformar pessoas, resolver problemas estruturais em polí-

ticas públicas, além de sempre estar disponível para atender adequadamente a sua população e ainda garantir bons resultados financeiros, que permitam a manutenção e o custeio de suas instituições.

Entendendo que o SUS precisa ser único para ser fortalecido a cada dia, oferecer a eficiência que se espera e cumprir cada vez melhor o seu papel na vida dos cidadãos, é preciso suporte, a fim de que o processo seja pensado de forma única e estruturada, em verdadeiras Redes de Atenção à Saúde, com acesso aos serviços propostos, de forma que os gestores não se sintam forçados a estruturar em seus próprios Municípios sistemas de saúde, com custeio e operacionalização isolados, aumentando ainda mais o peso sobre suas gestões.

Mas como assegurar o acesso universal, igualitário e ordenado como o previsto nos princípios e nas diretrizes do SUS? Como garantir na Rede de Atenção à Saúde a integralidade do atendimento ao cidadão? Como ultrapassar barreiras municipais sem desrespeitar o Comando Único? Quais são as alternativas para suprir as deficiências nas pactuações existentes entre Entes e gestores?

Acreditamos na possibilidade urgente de união para o fortalecimento e atendimento das necessidades comuns e para o encontro das respostas às questões pautadas anteriormente.

1.5 A realidade local e a necessidade de articulação

É comum encontrarmos nos Municípios alguns dos seguintes pontos quando buscamos entender o cenário local:

- uma Rede de Atenção à Saúde sem todos os pontos de referência e contrarreferência identificados;
- um modelo de financiamento precário, baseado em valores defasados ou em metas inatingíveis;
- o errôneo direcionamento de recursos financeiros de transferências, por falta de identificação das prioridades, locais ou regionais;
- um gestor atordoado e sufocado por demandas urgentes que lhe tomam toda a atenção;
- estruturas privadas, na maior parte filantrópicas, esperando por apoio e suporte do poder público para seguir na sua função institucional e suplementar ao Sistema Único de Saúde;

- uma população, que, felizmente, cada dia está mais ciente de seus direitos e promovendo suas reivindicações; e
- atualmente, uma crise nos serviços de saúde e nas finanças envolvendo a pandemia do novo coronavírus.

Então, se esses elementos são comumente encontrados nos Municípios brasileiros, nos cabe encontrar alternativas que evidenciem resultados positivos para a solução de cada problema identificado.

Em termos de articulação regional, o art. 13 do Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, atribuiu às Comissões Intergestores (CIR, CIB e CIT) assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e aos serviços de saúde do SUS e, para tanto, devem se debruçar e preocupar-se em ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Criou-se, então, um espaço, além dos limites do Município, que deve unir os gestores que possuem as mesmas responsabilidades em seus territórios, a fim de que, de maneira comum e coletiva, encontrem de forma organizada e articulada alternativas para garantir a seus próprios cidadãos o atendimento integral em saúde.

Importante ressaltar que tudo o que o gestor municipal leva a diante, além de seu Município, deve estar alinhado com seu Plano Municipal de Saúde, e demais instrumentos de planejamento, aprovados pelo seu Conselho Municipal de Saúde. Ou seja, o gestor tem anuência da sua população para levar suas propostas e pactuar alternativas com os demais gestores da região, aliviando o peso de seus serviços e encontrando opções de novos serviços fora de seu território.



DICA CNM:

Conselho Municipal de Saúde e Comissões Intergestores são espaços de articulação previstos em lei que trazem segurança e estabilidade para as políticas públicas e para o próprio gestor municipal. Saiba mais: Conselho Municipal de Saúde – Lei 8.142/1990 – Participação da comunidade; e Comissão Intergestores Regional (CIR) e Bipartite (CIB) – Decreto 7.508/2011 – Articulação Interfederativa.

1.6 União e regionalização

O processo de regionalização permite aperfeiçoar o SUS e busca dar maior concretude ao preceito constitucional que estabelece que as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.

Com este processo, os gestores e os técnicos têm ferramentas para fazer uma gestão efetiva e condições de tomar decisões pautadas em planejamento. Todavia, os planos municipais devem ir ao encontro de um plano regional, o qual, por sua vez, deve estar alinhado com o plano estadual, visando a atender as diretrizes nacionais, resultando em um Sistema Único de Saúde, que é único de verdade.

Nesse sentido, para apoiar os gestores, já foram discutidas e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite normas que estabelecem diretrizes para os processos de:

- regionalização;
- Planejamento Regional Integrado (PRI); e
- Governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, na lógica de organização de macrorregiões de saúde.

Essas normas têm por objetivo orientar a organização regional dos serviços e das ações de saúde, levando em consideração a diversidade no processo de implementação das redes de atenção à saúde existentes.

O Planejamento Regional Integrado (PRI), por exemplo, é parte do planejamento ascendente (partindo do Município ao governo federal), que deve expressar as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção por meio da organização das RAS, considerando como premissas fundamentais a análise dos planos de saúde, a organização das redes de atenção à saúde, a definição dos territórios e os mecanismos de governança regional.

Foi formulado nas seguintes etapas:

- Elaboração da análise da situação de saúde:
 - » identificação das necessidades de saúde;
 - » identificação da capacidade instalada e dos vazios assistenciais;
 - » identificação dos fluxos de acesso.
- Definição de prioridades sanitárias: diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução (DOMI).
- Organização dos pontos de atenção da RAS.
- Elaboração da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS).
- Definição dos investimentos necessários.

Mesmo com a evidente necessidade de se discutir a regionalização e com todas as pautas já apresentadas, este ainda é um dos grandes desafios para o efetivo funcionamento do SUS.

2 A REGIONALIZAÇÃO E OS CONSÓRCIOS

Os consórcios públicos, já previstos no art. 241 da Constituição Federal de 1988, têm sido amplamente explorados na atualidade para operacionalização de ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) de caráter intermunicipal ou mesmo que necessitem de maior escala para garantir sua economicidade e viabilidade.

A própria Lei 8.080/1990 já previa a consorciação pública para realização de atividades comuns; o art. 10, por sua vez, é ainda mais explícito na questão dos consórcios públicos ao prever que *“os Municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam”*, e o inc. VII do art. 18 coloca como prerrogativa municipal a formação de consórcios públicos.

Há outras Leis na normatização do Sistema Único de Saúde que esclarecem e regulam as relações entre Entes federados e consórcios, como, por exemplo, o § 3º do art. 3º da Lei 8.142/1990, que possibilita aos Municípios a transferência de recursos para cobertura das ações e dos serviços de saúde (entenda-se como custeio das ações e serviços) provenientes do Fundo Nacional de Saúde para os Consórcios Públicos. Ainda a própria Lei de Consórcios, Lei Federal 11.107/2005, que prevê *“os consórcios públicos, na área da saúde, deverão obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulamentam o Sistema Único de Saúde”*.

De forma geral, além das necessidades urgentes específicas da Saúde, pode-se afirmar que a regionalização é a razão de existência de qualquer consórcio. É quando dois ou mais Municípios compreendem e identificam a possibilidade de fazerem juntos aquilo que sozinhos não conseguiriam ou com a qual não alcançariam os mesmos resultados. É evidenciar a soma de esforços em prol do mesmo objetivo.

Então, desenvolver territórios, regiões e impulsionar a melhoria na qualidade dos serviços públicos é motivo para a constituição de um consórcio, baseado na mesma ideia do SUS, de que por meio da regionalização é possível produzir mudanças e alcançar a integralidade nos atendimentos. Importante ressaltar que os consorciados compartilham entre si a gestão, a tomada de decisões e os resultados colhidos.

**NOTA:**

De acordo com o Observatório de Consórcios da CNM, existem atualmente no Brasil 332 Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Diversas experiências ao longo dos últimos 30 anos têm se mostrado altamente interessantes e capazes de solucionar problemas e preencher lacunas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), demonstrando-se que os consórcios intermunicipais de saúde são uma importante ferramenta de desenvolvimento regional para os Municípios envolvidos e para todo o funcionamento do SUS.

Dentro dos modelos existentes atualmente, encontram-se os consórcios finalitários – exclusivamente voltados para serviços de saúde e consórcios multifinalitários, que, além dos serviços de saúde, atendem a outras áreas da administração pública.

Encontramos, também, constituições diferentes: os consórcios inteiramente públicos, os constituídos como associações privadas, os que são constituídos somente por Municípios e outros com a participação do governo estadual, como Ente consorciado.

**SAIBA MAIS:**

Exemplos e modelos de consórcios de saúde:

Minas Gerais – Administração e gestão dos serviços de Samu e transporte eletivo de pacientes.

Goiás – Orientação e organização da implantação pela Secretaria de Estado da Saúde.

Ceará – Estado como membro consorciado e financiamento vinculado a impostos estaduais.

Paraná – Financiamento estadual para construção e manutenção das estruturas de atendimento consorciadas e linhas de cuidado executadas por consórcios.

Santa Catarina – Organização dos consórcios exclusivamente municipal.

2.1 A organização na tomada de decisões consorciadas

Uma das grandes vantagens no modelo consorciado é a utilização dos recursos humanos disponíveis entre os consorciados. A união de conhecimentos e saberes dos técnicos municipais é imprescindível para a execução das políticas públicas, pois refletem a realidade vivenciada na ponta, ou seja, em cada porta de entrada de serviços de saúde.

Com um custo zero, e com altíssima resolutividade, a união dos técnicos em grupos de trabalho, câmaras técnicas, colegiados e comissões permite ganhos regionais, incluindo o compartilhamento e o equilíbrio de conhecimentos e boas práticas entre os serviços. Exemplo muito efetivo é o do trabalho das câmaras técnicas de Assistência Farmacêutica, em que de forma regional é possível construir relações de medicamentos padronizados para os Municípios e que permitam ao consórcio executar suas licitações para compra destes, atendendo a toda a região.

Além do trabalho com recursos humanos dos Municípios consorciados, é possível que o consórcio tenha sua própria área de pesquisa, inovação e desenvolvimento de serviços, capaz de buscar e propor aos gestores consorciados novas soluções que atendam às demandas da região, como, por exemplo, a implantação de salas de situação e monitoramento de indicadores.

É importantíssimo que todos os assuntos tratados no consórcio sejam avaliados e validados pela Comissão Intergestores Regional (CIR), ou seja, pelos gestores de Saúde da região, garantindo, assim, que as decisões alcançarão os princípios e as diretrizes propostas no Sistema Único de Saúde.

É claro, seguindo a formalidade prevista em cada contrato de consórcio ou estatuto, as decisões devem ser validadas pelo Conselho Fiscal e/ou Assembleia de Prefeitos de cada estrutura, a fim de ter validade, pois como um órgão do Poder Executivo, o consórcio segue a hierarquia municipal e vincula-se ao prefeito e prefeita municipal.

Figura 1 – Fundamentação das decisões



Fonte: Área Técnica de Saúde/CNM.

Seguindo essas etapas, e percorrendo essas instâncias para avaliação, definição e aprovação, é muito provável que as decisões aplicadas estejam alinhadas aos Municípios consorciados, às suas necessidades e consequentemente tragam no futuro breve resultados que atendam à proposta de sua criação e não gerem desequilíbrio ao sistema ou aos serviços já implantados.

2.2 Serviços ofertados

Um consórcio de saúde pode ofertar inúmeros serviços e/ou produtos a seus consorciados. Esses serviços podem ser executados por conta própria, com mão de obra vinculada ao consórcio, ou contratados na iniciativa privada, de forma suplementar, como prevê a lei. Vejamos alguns dos exemplos mais comuns de serviços e produtos ofertados:

- **Oferta de serviços de saúde credenciados:** credenciamento de entidades públicas, filantrópicas e/ou privadas prestadoras de serviços de saúde para realização de consultas e procedimentos com finalidade diagnóstica ou cirúrgica, ambulatorial, de média ou alta complexidade;

- **Oferta de serviços de saúde próprios:** execução em instalações próprias de serviços de saúde para realização de consultas e procedimentos com finalidade diagnóstica ou cirúrgica, ambulatorial, de média ou alta complexidade, com pessoal concursado, terceirizado ou credenciado.
- **Compras compartilhadas:** buscando a economia em escala e escopo, o consórcio pode realizar processos licitatórios para atendimento das demandas dos consorciados, desde o fornecimento de equipamentos, insumos e medicamentos, além da realização de processos para contratação de serviços de suporte, tais como sistemas de informática e contratações de suporte para campanhas regionais. Importante destacar que além do processo licitatório (fases interna e externa), o consórcio pode assumir a responsabilidade pela gestão das atas de registro de preços, encaminhando os pedidos de cancelamento e reequilíbrio econômico-financeiro, formalizando novas atas ou aditivos às atas já firmadas.



DICA CNM:

Economia comprovada entre 10,5% e 43,29% variando de acordo com o item, tamanho do Município e quantidade adquirida (SCHEEFFER, Fernando et al).

- **Regulação de clínica em saúde:** oferecer aos consorciados a opção de operacionalizar suas Centrais de Regulação Municipais de forma consorciada, garantindo a transparência e a economia aos Municípios e seus usuários.
- **Educação permanente em saúde:** com foco no fortalecimento da gestão e governança dos Municípios para qualificação dos investimentos nas ações e nos serviços de saúde municipais e regionais, oferecer ações de qualificação e educação permanente da atenção primária à saúde; consolidação do pacto interfederativo; gestão participativa; pla-

nejamento regional integrado; apoio aos processos de monitoramento de indicadores, resultados financeiros; planejamento em saúde, entre outros temas específicos, pactuados com os gestores consorciados.

- **Assessoria técnica em saúde às gestões municipais:** o objetivo é apoiar diretamente a Comissão Intergestores Regional (CIR) – colegiado de secretários de saúde, bem como as equipes técnicas municipais na organização de ações e serviços relativos ao Sistema Único de Saúde (SUS), atuando de maneira planejada e articulada dentro de cada Município e de forma integrada com a região de atuação.
- **Captação de recursos:** a busca por recursos para o custeio de média a alta complexidade precisa ser constante, há ainda o agravante da pandemia do novo coronavírus, em que os Municípios dispensaram recursos financeiros próprios para fortalecer o combate à pandemia, seja com reforços nos recursos humanos, compras de EPIs, aquisição de testes de detecção de Covid-19, ou trabalhando em conjunto com seus prestadores de serviços locais. Ao longo de 2020 e 2021, em virtude do cenário posto, a suspensão dos serviços médicos, públicos e privados, incluindo as cirurgias eletivas, ampliaram as filas de espera, agravando ainda mais a situação de quem aguarda por uma consulta especializada, um diagnóstico ou a realização de uma cirurgia. O consórcio pode então utilizar seus recursos, inclusive político, somando toda a região, para captar emendas e projetos para custear serviços de média e alta complexidade para os Municípios consorciados.
- **Tecnologias e inovação:** o consórcio deve se colocar como uma plataforma de busca de novos modelos de administração e soluções para ampliar a eficiência dos serviços de saúde de seus consorciados. Seja com ferramentas tecnológicas ou analógicas, dependendo das demandas e das realidades de cada região.

Com essa busca via consórcio por novos sistemas e produtos, é possível conferir agilidade e segurança aos processos e, consequentemente, abrir caminhos mais eficientes na prestação dos serviços municipais.

Além desses serviços, existem consórcios que executam atividades relacionadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Administração de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), entre outras.



DICA CNM:

Definição de Tabela Diferenciada para serviços, seja no âmbito municipal ou consorciado, deve respeitar a Portaria MS 1.606/2001.

2.3 Inovação e desenvolvimento

As instituições consorciadas são muito anteriores à sua própria regulamentação legal (Lei 11.107/2005), porém ainda cabe serem observadas como uma ação inovadora, em especial com o pensamento de atuar além de um prestador de serviços de saúde, ou um órgão executor de serviços, e assim passam a ocupar o papel complementar de oferecer ferramentas, informações e também serviços.

Uma estrutura consorciada, adequada e conectada a seus consorciados é capaz de ofertar aos Municípios, seja de forma individual ou coletiva:

- **informações:** para o planejamento municipal e regional, com dados epidemiológicos, informações do mercado privado de saúde, dados para composição de orçamentos e estimativas para garantir a sustentabilidade operacional e financeira de novos serviços;
- **ferramentas:** para utilização das gestões municipais, de forma integrada e eficiente, como sistemas e fluxos para a articulação das redes de atenção à saúde. Permite a gestão das informações e dos conhecimentos acumulados na região;
- **segurança:** na tomada de decisões fora dos limites municipais, ou seja, quando o gestor precisa compreender além do seu campo de visão, ou nos processos burocráticos e formais de compras e contratações;

- **eficiência:** nas compras e nas contratações públicas executadas de forma coletiva e compartilhada;
- **articulação:** um espaço comum, sem distinções de tamanho de Município ou força dos agentes comandantes, pois todos têm um voto com o mesmo peso;
- **economia:** seja em escala ou escopo, a compra consorciada demonstra economia que varia de 10,5% a 43,29%, dependendo do item e do Município participante;
- **sustentabilidade:** possibilidade de uma análise ampla, considerando critérios operacionais e financeiros sobre novos serviços.

É extremamente relevante e importante a junção dessas propostas com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), pois além do ODS 3 – Saúde e Bem-Estar, o qual visa: *“assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”* – os demais objetivos podem ser incorporados.

Se até o momento evidenciamos o poder de desenvolvimento municipal e regional por meio de consórcios, então sugerimos que, atrelando esse poder às metas previstas no ODS, é possível fazer parte de um movimento de desenvolvimento global e ainda contribuir extraordinariamente com o desenvolvimento local.

Um exemplo muito claro pode ser a meta 3.4, vejamos: *“Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar”*, ou seja, é uma busca de todas as gestões, que contribui com um resultado esperado em nível mundial.

A ideia é ter um pensamento global: estratégia de sustentabilidade com potencial de superar os limites municipais e regionais, pautada em 5 áreas importantes ou 5Ps: pessoas, prosperidade, paz, parcerias, planeta.

 Saiba mais em: <https://ods.cnm.org.br/>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde prevê a “*descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo*” no inc. IX do art. 7º da Lei 8.080/1990, sendo que essa direção nos Municípios é exercida “*pela respectiva secretaria da saúde ou órgão equivalente*”, segundo inc. III do art. 9º da mesma lei; já o § 1º do art. 10º desta deixa claro que “*aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única*”.

A direção única ou comando único, previsto no SUS, delimita a exclusividade ao gestor do território, a relação entre a gestão do Sistema Único de Saúde e a rede de estabelecimentos públicos e privados de Saúde. Esse processo envolve secretário municipal de Saúde nos Municípios e no DF, secretário de Estado da Saúde dentro do Estado e ministro da Saúde dentro de todo o país. Tal exclusividade garante ao gestor os aspectos de contratualização e pactuação com esses estabelecimentos, o que impacta diretamente no registro dos serviços executados.

Com o surgimento e com o fortalecimento dos consórcios intermunicipais de saúde como uma estratégia importante para o desenvolvimento dos Municípios e das regiões de Saúde, encontramos a oportunidade de efetivar o planejamento e implementar a gestão compartilhada de políticas públicas, que representam papel fundamental para o país.

Ocorre que os instrumentos criados com base na Constituição Federal e da Lei 8.080/1990, como o próprio SCNES e SIA/SUS ou SIH/SUS, estão desatualizados e não permitem a identificação desses necessários arranjos regionais, pois os consórcios não se enquadram como Ente federado e não possuem *status* de gestor, tendo em vista serem parte de vários Entes e participarem de várias gestões.

Essa falta de atualização para enquadrar a nova realidade do desenvolvimento regional em saúde não permite o envio correto das informações de diversos Municípios de forma que o identifique e obriga a concentração e a consolidação de toda a informação somente com o gestor SUS, o qual detém o contrato de gestão SUS com o consórcio, nos moldes da Lei 8.080/1990, que por regra é o Município-sede ou o próprio Estado.

Essa falta de ferramentas cria várias lacunas na série histórica dos Municípios, torna invisíveis os investimentos e os atendimentos feitos com recursos municipais via consórcio, impede o avanço de um Planejamento Regional Integrado baseado em dados oficiais do DataSus e frustra os gestores locais na busca por recursos financeiros.

Ao mesmo tempo em que enfrentam os desafios da produção e do financiamento, os Municípios devem atuar na construção da governança no SUS. Essa articulação deve resultar em um modelo chamado de governança colaborativa. Princípios importantes para essa construção são: interdependência, compartilhamento de risco, conjugação de recursos e objetivos convergentes. Este é um modelo que se aproxima da realidade dos arranjos cooperativos existentes na região de saúde e evidentes dentro do ambiente consorciado.

Ainda, Korz e Schmitt (2020), ao analisarem o contexto de trabalho via consórcio de saúde, constataram que:

a ação compartilhada nos Consórcios Públicos fortalece a integração entre entes locais, inovando a gestão, promovendo no desenvolvimento regional de forma integrada além de possibilitar o planejamento de ações de interesse comum entre os entes consorciados, gerando maior eficiência e transparência na execução dos serviços públicos ofertados.

A ação conjunta, via consórcio público intermunicipal, fortalece a integração entre governos locais, inovando a gestão, promovendo o desenvolvimento regional e possibilitando o planejamento de ações de interesse comum entre os Entes consorciados. Além disso, gera maior eficiência e transparência na execução dos serviços públicos, otimizando os recursos disponíveis, de forma a reduzir os efeitos do subfinanciamento da saúde pública (SCHEEFFER, Fernando et al.).

A ação consorciada fortalece o municipalismo como instrumento estratégico no desenvolvimento econômico e social de forma integrada e sustentável para as políticas públicas, em especial as voltadas para a saúde.

A proposta do consorciamento é criar um espaço seguro e estável para o fortalecimento e desenvolvimento da região, sempre em sincronia com os territórios envolvidos e gerando equilíbrio e qualificação nos serviços públicos municipais.

A Confederação Nacional de Municípios (CNM) está atuando fortemente nessas pautas, buscando interlocução nas regiões de Saúde e cobrando, do Ministério da Saúde, a atualização e a adequação à realidade municipal e consorciada dos instrumentos de coleta de dados e informações, permitindo o reconhecimento da série histórica executada na base de quem a custeou, e para fins epidemiológicos, que seja identificada por Município de origem do usuário.

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Constituição Federal*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 2 dez. 2021.

BRASIL. *Resolução 22/2017*. Aprovar o Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os Estados e Municípios. Disponível em: <https://digisusgmp.saude.gov.br/storage/conteudo/jljoriPgg54Pi7umoX4gdnoat4pVPeTgW1vSnE7F.pdf>. Acesso em: 2 de dez. de 2021.

BRASIL. *Nova Política de Financiamento do SUS para 1991*. Norma Operacional Básica 01/ 91. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf. Acesso em: 7 dez. 2021.

BRASIL. *Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. *Lei 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. *Lei Complementar 141/2012*. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 7 abr. 2020.

BRASIL. *Portaria de Consolidação GM/MS 01, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Decreto 7.508/2011*. Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 29 jul. 2020.

BRASIL. *Pacto pela Saúde de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL, *Lei 11.107, de 6 de abril de 2005*. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11107.htm>. Acesso em: 29 de outubro de 2018.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. *Consórcios Públicos Intermunicipais: Uma Alternativa à Gestão Pública* – Brasília: CNM, 2016. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca_antiga/Cons%C3%B3rcios%20p%C3%ABlicos%20intermunicipais%20-%20Uma%20alternativa%20%C3%A0%20gest%C3%A3o%20p%C3%ABlica.pdf>. Acesso em: 18 de outubro de 2018.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. *Nova Administração Pública: Gestão Municipal e Tendências Contemporâneas*. Coletânea Gestão Pública Municipal. Brasília: 2008. Disponível em <<https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/06NovaAdministracaoPublica.pdf>>. Acesso em: 5 de novembro de 2018.

JULIAO, Karine Sousa; OLIVIERI, Cecília. *Cooperação intergovernamental na política de saúde: a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará, Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, e00037519, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000305001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 out. 2020.

KORZ, Valdete; SCHMITT, Vanessa Fernanda. *Consórcio Público de Saúde e a Gestão de Economicidade para o Ente Consorciado*. 2020. 25 f. Monografia (Especialização) – Curso de Gestão Pública Municipal, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, Blumenau, 2020.

LUI, Lizandro, SCHABBACH, Letícia Maria, NORA, Carlise Rigon Dalla. Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil: O papel dos consórcios intermunicipais. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2019/Jun). [Citado em 21/10/2020]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/regionalizacao-da-saude-e-cooperacao-federativa-no-brasil-o-papel-dos-consorcios-intermunicipais/17244?id=17244>. Acesso em: 12 jan. 2022.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira de 1985 a 2008. *Economia e Sociedade*. v. 21, n. 2, p. 345-362, 2012.

BRASIL. *Portaria de Consolidação 06/2017*. Consolidação das normas sobre o Financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 7 abr. 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS. *Consórcios Públicos de Saúde*. 2019. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/prestacao-de-contas/consorcios-publicos-em-saude>. Acesso em: 21 out. 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. *Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS)*. 2019. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/1557-consorcios-intermunicipais-de-saude-cis>. Acesso em: 20 out. 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. *Terceira fase do Transporte em Saúde é lançada*. 2018. Disponível em: <https://saude.mg.gov.br/component/gmg/story/792-terceira-fase-do-transporte-em-saude-e-lancada-sesmg>. Acesso em: 21 out. 2020.

SCHEEFFER, Fernando et al. *Consórcios Públicos Intermunicipais: A Compra Compartilhada como Ferramenta de Gestão da Saúde Pública no Município de Balneário Camboriú/SC*. 2019. Disponível em: http://admpg.com.br/2019/trabalhosaprovados/arquivos/06262019_220624_5d141a14f0265.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.



www.cnm.org.br

