

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ
INSTITUTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO E GESTÃO
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO, TECNOLOGIAS E SOCIEDADE

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DO SISTEMA DE
ARRANJO E COOPERAÇÃO DA MICRORREGIÃO DE ITAJUBÁ**

PRISCILA DOS SANTOS

ITAJUBÁ
2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ
INSTITUTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO E GESTÃO
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO, TECNOLOGIAS E SOCIEDADE

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DO SISTEMA DE
ARRANJO E COOPERAÇÃO DA MICRORREGIÃO DE ITAJUBÁ**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade.

Área de Concentração: Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade

Linha de Pesquisa: Tecnologias e Desenvolvimento

Orientador: Prof. Dr. Luiz Eugênio Veneziani Pasin

PRISCILA DOS SANTOS

ITAJUBÁ

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ
INSTITUTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO E GESTÃO
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO, TECNOLOGIAS E SOCIEDADE

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DO SISTEMA DE
ARRANJO E COOPERAÇÃO DA MICRORREGIÃO DE ITAJUBÁ**

Dissertação apresentada para a banca examinadora no dia 18 de Novembro
de 2016.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Luiz Eugênio Veneziani Pasin

Profa. Dra Adriana Prest Mattedi

Prof. Dr Edson Trajano Vieira

PRISCILA DOS SANTOS

ITAJUBÁ

2016

Santos, Priscila dos

Consórcios Intermunicipais de Saúde: Uma análise do sistema de arranjo e cooperação dos municípios da microrregião de Itajubá. / Priscila dos Santos; 2016.

Total de folhas: 148

Orientador Luiz Eugênio Veneziani Pasin

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Itajubá. UNIFEI, Itajubá, 2016.

1. Introdução 2. Descentralização Política e Consórcios de Saúde no Brasil. 3. Consórcios Intermunicipais de saúde do Estado de Minas Gerais 4. Método 5. Discussão e Análise dos Resultados 6.Considerações Finais 7. Referencial Bibliográfico.

CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DO SISTEMA DE ARRANJO E COOPERAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA MICRORREGIÃO DE ITAJUBÁ

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Título de Mestre em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade do Curso de Pós-Graduação da Universidade Federal de Itajubá e aprovada, em sua forma final, em 18 de Novembro de 2016.

Prof. Dr. Adilson Melo
Coordenador do Curso

Apresentada à Comissão Examinadora composta pelos professores:

Prof. Dr. Luiz Eugênio Veneziani Pasin
Universidade Federal de Itajubá

Profa. Dra. Adriana Prest Mattedi
Universidade Federal de Itajubá

Prof. Dr. Edson Trajano Vieira
Universidade de Taubaté

**A Deus, que em seu infinito
Amor me possibilitou a vida.**

AGRADECIMENTOS

Sou imensamente grata...

À minha família, em especial a minha filha Gabriela Santos Alves por sua companhia e por espalhar amor pelos meus dias.

Aos amigos, que eram muitos e se tornaram poucos, porém, os mais preciosos que uma acadêmica de mestrado pode ter.

Ao Prof. Dr. Luiz Eugênio Veneziani Pasin, não só pelo apoio e pelas preciosas contribuições, mas também pela confiança depositada.

À todos os professores que direta ou indiretamente contribuíram para a minha formação ao longo de todos esses anos;

À Banca Examinadora, meus agradecimentos e respeito.

À Universidade Federal de Itajubá e ao Programa de Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade, pelo ensino de excelente qualidade.

Enfim, agradeço a todos que têm me incentivado, que acreditam e torcem por mim.

Muito obrigada...

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original.”

(Albert Einstein)

RESUMO

Visando o desenvolvimento regional, os consórcios intermunicipais de saúde, considerados instrumentos de inovação da gestão do SUS, principalmente para os municípios de pequeno e médio porte populacional, possibilitam a realização de ações que sozinho o município não conseguiria resolver, como atendimento ambulatorial especializado e hospitalar. Esse arranjo institucional seria uma estratégia para superar as ineficiências e limitações dos municípios em implantar e gerenciar serviços de média complexidade. Por outro lado, formas cooperativas de relacionamento entre os municípios também implicam em alguns problemas e resultados negativos, como relações assimétricas e interesses divergentes entre os consorciados. O objetivo da pesquisa é analisar o sistema de arranjo e cooperação do Consórcio de Saúde dos Municípios da Microrregião de Itajubá. Para alcançar o objetivo proposto, faz-se necessário conhecer a implantação, manutenção, operacionalização e funcionamento do consórcio, no intuito de, evidenciar a percepção dos gestores municipais de saúde da Microrregião de Itajubá sobre os fatores que estimulam e desestimulam a cooperação entre os municípios, e de que forma esses fatores influenciam a gestão do consórcio. Os resultados, colhidos através das entrevistas e do questionário semiestruturado não-disfarçado aplicado para os Secretários Municipais de Saúde, indicam um consórcio instável do tipo *não-integrado*. Na prática, as obrigações financeiras com as despesas das atividades do consórcio estimulam a preferência dos entes por gastos locais a gastos com o consórcio, enfraquecendo a ação consorciada. Os resultados levantam questões sobre a formação de capital social entre os atores locais para melhorar o desempenho institucional, respeitando as particularidades da região. Deve-se repensar as regras de utilização do consórcio, com vistas à interação estratégica dos atores locais na formulação e implementação de políticas públicas para o desenvolvimento local, para que o CISMAS cumpra seus objetivos e finalidades.

Palavras-chave: Consórcios Intermunicipais de Saúde; Sistema de Arranjo; Cooperação; Desenvolvimento do território.

ABSTRACT

Aiming at regional development, intermunicipal health consortia, considered innovative instruments for SUS management, especially for small and medium-sized municipalities, make it possible to carry out actions that the municipality alone could not solve, such as specialized outpatient and hospital care. This institutional arrangement would be a strategy to overcome the inefficiencies and limitations of municipalities in implanting and managing services of medium complexity. On the other hand, cooperative forms of relationship between municipalities also imply some problems and negative results, such as asymmetric relations and divergent interests among the consortium members. The objective of the research is to analyze the system of arrangement and cooperation of the Health Consortium of the Municipalities of the Microregion of Itajubá. In order to achieve the proposed objective, it is necessary to know the implementation, maintenance, operation and operation of the consortium, in order to highlight the perception of the municipal health managers of the Microregion of Itajubá on the factors that stimulate and discourage cooperation between municipalities, and how these factors influence the management of the consortium. The results, collected through the interviews and the semi-structured non-disguised questionnaire applied to the Municipal Health Secretaries, indicate an unstable consortium of the non-integrated type. In practice, the financial obligations with the expenses of the activities of the consortium stimulate the preference of the entities for local expenses to expenses with the consortium, weakening the consortium action. The results raise questions about the formation of social capital among local actors to improve institutional performance, respecting the particularities of the region. The rules for the use of the consortium should be rethought, with a view to the strategic interaction of local actors in the formulation and implementation of public policies for local development, in order for CISMAS to fulfill its objectives and purposes.

Keywords: Intermunicipal Health Consortia; Arrangement System; Cooperation; Development of the territory.

LISTA DE TABELA

Tabela 1: Macrorregiões de Saúde do Estado de Minas Gerais	64
Tabela 2: Adscrição e população da macrorregião Sul e microrregiões de saúde.....	65
Tabela 3: Características demográficas da Microrregião de Itajubá.....	72
Tabela 4: PIB e PIB per capita da Microrregião de Itajubá.....	75
Tabela 5: IDHM da Microrregião de Itajubá.....	76
Tabela 6: Serviços de Saúde da Microrregião de Itajubá	76
Tabela 7: Estabelecimentos de Saúde SUS da microrregião de Itajubá	77
Tabela 8: Aspectos demográficos dos municípios da Microrregião de Itajubá - 2010.....	86
Tabela 9: Relatório CISMAS/SETS	88
Tabela 10: Perfil do usuário CISMAS/SETS	89
Tabela 11: IDSUS dos Municípios do CISMAS - 2014.....	90
Tabela 12: Vantagens do CISMAS	118
Tabela 13: Desvantagens do CISMAS	123
Tabela 14: Percepção dos gestores sobre a continuidade do CISMAS	125
Tabela 15: Equipamentos próprios do CISMAS (dados atualizados até 2007).....	127
Tabela 16: Procedimentos Assistenciais do CISMAS.....	127
Tabela 17: Comparativo Valores Exames e Consultas.....	128

LISTA DE QUADRO

Quadro 1: Algumas Definições de Capital Social	30
Quadro 2: Objetivos do Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais	63
Quadro 3: Programas de Assistência à Saúde de Itajubá.....	73
Quadro 4: Percurso histórico de formação e manutenção do CISMAS	85
Quadro 5: Competências da Organização Administrativa do CISMAS – Conselho de Prefeitos.....	107
Quadro 6: Competências da Organização Administrativa do CISMAS – Diretoria	108
Quadro 7: Competências da Organização Administrativa do CISMAS – Conselho Técnico.....	108
Quadro 8: Competências da Organização Administrativa do CISMAS – Secretária Executiva.....	109
Quadro 9: Competências da Organização Administrativa do CISMAS – Conselho Técnico.....	112

LISTA DE FIGURA

Figura 1: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para Redes de Atenção a Saúde	38
Figura 2: Funcionamento do Sistema de Gestão de Consórcios Intermunicipais de Saúde	51
Figura 3: Mapa da Microrregião de Itajubá.....	71
Figura 4: Sede do CISMAS	81
Figura 5: Consórcio de Saúde da Microrregião de Itajubá (CISMAS).....	87
Figura 6: Programa Rotas/SETS.....	88
Figura 7: Estrutura Organizacional do CISMAS.....	106

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1: Passageiros Transportados CISMAS/SETS	89
--	----

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS (TACD)	143
APÊNCIDE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO (TCLE).....	144
APÊNDICE C: QUESTIONÁRIO APLICADO NA MICROREGIÃO DE ITAJUBÁ	146

LISTA DE ABREVIATURAS

ABIN – Agência Brasileira de Informações

AMASP – Associação dos Municípios da Microrregião do Alto-Sapucaí

AMs – Associações Microrregionais

APS – Atenção Primária à Saúde

C – Colaborador

CAPs – Caixa de Aposentadoria e Pensões

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CF – Constituição Federal

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIR – Comissão Intergestores Regional

CIRA – Comissão Intergestores Regional Ampliada

CIS – Consórcios Intermunicipais de Saúde

CIS AF - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Alto São Francisco

CISA – Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Penápolis

CISAMESP – Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios Médio Sapucaí

CISMARG – Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Alto Rio Grande

CISMAS – Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Alto-Sapucaí

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSECS – Colegiados de Secretários Executivos de Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais

COSEMS – Colegiado de Secretários Municipais de Saúde

CPs - Consórcios Públicos

DEA – *Data Envelopment Analysis*

DST- Doença Sexualmente Transmissível

FPE – Fundo de Participação dos Estados

FPM – Fundo de Participação dos Municípios

G-CIS – Gestão de Consórcios Intermunicipais de Saúde

GPSM – Gestão Plena de Saúde Municipal
GRS – Gerências Regionais de Saúde
HE – Hospital Escola
IAPs- Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano
IDSUS – Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IPTU – Imposto Predial e Territorial Urbano
IPVA – Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores
IRRF/PJ – Imposto de Renda de Pessoa Jurídica/ Física
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
NOB – Norma Operacional Básica
PDR- Plano Diretor de Regionalização
PNUD – Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento
PPI – Programação Pactuada Integrada
PRODEMI – Programa de Desenvolvimento Microrregional
RAS- Rede de Atenção à Saúde
Rx – Raio X
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SE – Secretário Executivo
SES – Secretária Estadual de Saúde
SETS – Sistema Estadual de Transportes
SIAI – Sistema de Informatização e Assistência em Informática
SMS – Secretário Municipal de Saúde
SUDS – Sistema Unificado e Decentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TACD – Termo de Autorização para Coleta de Dados
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
1.1 Problema da Pesquisa.....	23
1.2 Objetivos.....	24
1.2.1 Objetivo Geral.....	24
1.2.2 Objetivos Específicos.....	24
1.3 Justificativa.....	24
1.4 Estrutura do Trabalho.....	26
2 DECENTRALIZAÇÃO POLÍTICA E SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	27
2.1 Estado Federativo e Descentralização Política no Brasil.....	27
2.2 Saúde Pública no Brasil: Uma análise histórica.....	33
2.3 Saúde e Desenvolvimento: Uma Perspectiva Territorial.....	39
2.3.1 Gestão Territorial do Consórcio.....	42
2.4 Consórcios Intermunicipais de Saúde.....	46
3 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS.....	56
3.1 Processos Histórico dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais.....	59
3.2 Plano Diretor de Regionalização – PDR da Saúde de Minas Gerais.....	62
4 MÉTODO.....	67
5 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	71
5.1 Microrregião de Itajubá.....	71
5.2 Consórcio de Saúde da Microrregião de Itajubá.....	79
5.2.1 Memória histórica de formação e manutenção do CISMAS.....	79
5.2.2 Tamanho e heterogeneidade do CISMAS.....	86
5.2.3 Protocolo de Intenções e Contrato de Rateio do CISMAS.....	93
5.2.4 Estrutura organizacional do CISMAS.....	107
5.2.5 Gestão do CISMAS.....	114
5.2.6 Procedimentos Assistenciais do CISMAS.....	127
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
7 REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO.....	136

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, 70% dos municípios possuem menos de 20 mil habitantes (IBGE, 2010) e isso influi diretamente na sua capacidade de investir na área da saúde. Para esses municípios de pequeno porte, a manutenção de um hospital, por mais básico que seja, requer investimento em equipamentos, profissionais e despesas de custeio, gerando aumento de custos operacionais, o que não seria possível ao município se atuasse isoladamente. No bojo desse processo de descentralização com transferência dos serviços de saúde para os municípios, um importante instrumento de política pública para o desenvolvimento local e formação do capital social, respeitando as características intrínsecas de cada territorialidade envolvida, são os Consórcios Públicos (CPs). A principal benesse que a ação consorciada pode oferecer aos entes municipais reside na obtenção de recursos financeiros e materiais para alavancar o desenvolvimento econômico e social das municipalidades, como forma de prover localmente bens e serviços públicos.

Segundo a Constituição, a saúde é direito de todos e dever do Estado e, por ser a saúde um dever do Estado, o processo de descentralização com a transferência dos serviços de saúde para os municípios colocou os seus responsáveis em maior proximidade com as realidades locais. De maneira geral, os governantes brasileiros têm se deparado com uma demanda crescente da sociedade sobre as instituições do Estado e, conseqüentemente, de suas políticas públicas. Assim, uma das grandes questões impostas à agenda do governo volta-se a sua eficiência e eficácia em atender as demandas provenientes dessa sociedade.

Neste contexto, um dos maiores desafios da sociedade atual é interagir com o Estado para o estabelecimento de seus interesses e de suas necessidades. Para Fernandes (2002), a sinergia entre Estado e sociedade torna possível a mobilização dos indivíduos para a ação coletiva e podem produzir civismo ou capital social. A formação de capital social na área da saúde funcionaria como um elemento de impacto positivo, não somente pelo fato de preconizar a participação social como condição para o efetivo funcionamento dos modelos de atenção a saúde, mas por proporcionar relações de cooperação e confiança entre os atores sociais.

No que se refere a participação social, por meio de instâncias básicas para viabilização desses propósitos integradores entre Estado e sociedade, torna-se possível a reconstrução da malha territorial de acordo com os que nela vivem, tomando partido e influenciando a destinação dos recursos públicos que permitirá a satisfação das necessidades básicas do homem, que é acesso à

alimentação, saúde, educação, segurança e moradia. Esse tipo de desenvolvimento centrado no homem poderá produzir uma sociedade mais justa (SEN, 2000).

Para Bastos *et al* (2009), a organização da sociedade de maneira horizontal possibilita laços de confiança e solidariedade, considerados elementos importantes para o desempenho das instituições públicas, dentre as quais, a formação de grupos e associações estáveis fortalece o tecido social para lograr benefícios econômicos e sociais locais. Nesse processo dinâmico entre Estado e sociedade, a participação comunitária e as ações conjuntas tornam-se essenciais para a integração social e a constituição da sociedade integrada e, por consequência, a formação de capital social. Segundo Putnam (1993:1), “capital social refere-se a aspectos da organização social, tais como redes, normas e laços de confiança que facilitam a coordenação e cooperação para benefícios mútuos. Capital social aumenta os benefícios de investimento em capital físico e capital humano”.

Vale ressaltar que a celebração de CPs como advento da transferência de competências dos serviços de saúde aos municípios constituiu-se como importante instrumento de gestão com vista à realização de objetivos comuns. As ações conjuntas, através do consorciamento, representaram aos municípios a oportunidade para o desenvolvimento local e superação das dificuldades no atendimento às demandas locais por serviços públicos. Assim, os CPs foram constituídos para buscar por novas formas de financiamento, uma vez que os municípios são reconhecidos como entes da federação, porém a transferência de receitas é inferior às novas obrigações assumidas.

Para Barros (1995), os Consórcios Intermunicipais exercem o poder de integrar os municípios e isso contribui para uma política de desenvolvimento. Nessa perspectiva, superando a lógica competitiva, os municípios, com base nas suas próprias potencialidades, apoiam-se na função alocativa, como forma de prover localmente os bens e serviços públicos que os municípios não conseguiriam se atuassem de forma isolada. Além disso, a atuação conjunta de diversos entes públicos possibilita a ligação entre os elos gerencial, político e o social.

Nesse aspecto, a formação de CPs entre os municípios surge como um importante instrumento de política pública e melhorias nos sistema de saúde, saneamento, meio ambiente, entre outros, para alavancar o desenvolvimento econômico e social das municipalidades, com a finalidade de executar a gestão associada de serviços e oferecer serviços públicos mais eficientes a cidadãos mais participativos e exigentes. Na área da saúde, faz necessária a articulação das ações dos sistemas públicos das três esferas de governo entre si, bem como, a organização da sociedade civil, objetivando ampliar a capacidade gerencial dos Estados e Municípios, para atender às prioridades identificadas como forma de partilhar responsabilidades mútuas.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) funcionam como instrumentos de cooperação entre os municípios para desenvolver ações e serviços de saúde, tendo como pressuposto os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde) para o seu funcionamento. Os CIS permite aos governos locais uma sinergia entre Estado-Sociedade, buscando a organização da sociedade de maneira horizontal e a formação de lações de confiança entre os pares em prol do desenvolvimento local.

Os laços de confiança fortalecem o desempenho das instituições políticas e a formação de capital social. No consórcio, a ação conjunta para obtenção de objetivos comuns pode ser considerada como propulsora para acúmulo de capital social entre os governos locais. O capital social está fortemente relacionado com o desenvolvimento local, e, permite a cooperação dentro ou entre os diferentes grupos sociais.

Na busca de soluções de problemas comuns para os municípios, a associação entre os entes da mesma natureza possibilita aos prefeitos municipais oferecer a sua população um atendimento de maior complexidade. Através da cooperação intermunicipal, a prestação de serviços de forma consorciada contribui para resolução de problemas ou para alcançar projetos. É nessa perspectiva que o capital social adquire relevância para a compreensão do papel do Estado, que se amplia em termos de enfrentamento de desigualdades sociais, no que se refere a direitos civis, políticos e sociais, garantindo o uso de recursos individuais que tornaram possíveis a mobilização dos indivíduos para a ação coletiva.

Sabe-se que as redes de associações horizontais são fundamentais para o incremento do capital social, uma vez que as relações sociais dos indivíduos possibilita compreender a sociedade com relação às normas compartilhadas. A articulação de diferentes atores promove o desenvolvimento local e estimula o acúmulo de capital social para facilitar a gestão das políticas públicas. Vale lembrar que o desempenho institucional tem forte correlação positiva com o capital social de uma associação e facilita a cooperação mútua necessária para otimização dos recursos humanos e materiais disponíveis, tornando bem sucedida a implantação do SUS.

No Consórcio, os municípios, ao invés de fazer a gestão de forma individualizada, passam a fazer de forma socializada, articulando os gestores municipais de um determinado território para prover bens e serviços públicos dirigidos à promoção, proteção e recuperação da saúde da população, notadamente na área de consultas médicas de especialidades, exames de média complexidade e alta complexidade e terapias diversas, além disso, o consórcio tem o objetivo de

reforçar a gestão municipal para a superação de desafios locais, no processo de implementação do SUS.

É importante observar que esse arranjo é um instrumento de grande valia para maior rendimento de esforços e aproveitamento de recursos municipais, por aumentar a eficiência no uso dos recursos públicos e a qualidade dos serviços ofertados, por trazer significativas economias de escala, além de resolver o problema de excesso de capacidade ou falta de provimento do serviço de média complexidade.

A implantação e a operacionalização do sistema de arranjo são instituídas a partir do PDR (Plano Diretor de Regionalização), que possibilita constituir um espaço para debate público e partilhar decisões, num esforço de confiança e cooperação mútua na busca de soluções coletivas, como expressão do seu capital social. Na visão de Putman (1996:183), a criação de relações horizontais é fator determinante da presença de capital social, pois “quanto mais desenvolvidos forem os sistemas de participação cívica numa comunidade, maior será a possibilidade de que seus cidadãos sejam capazes de cooperar em benefício mútuo”.

Por fim, as pesquisas sobre os CIS têm se voltado para o funcionamento e manutenção das redes institucionais, regras de utilização dos consórcios, eficiência e eficácia dos consórcios na gestão dos serviços públicos, os benefícios dessas interações associativas, a sustentabilidade do arranjo, problemas sanitários que sozinhos os municípios não poderiam resolver, a prestação de serviço de forma regionalizada, a utilização dos recursos municipais disponíveis e a construção do capital social para o desenvolvimento local e regional do sistema de saúde (BRANDÃO, 2008; BOISIER, 1996; ROCHA & FARIA, 2004; RIBEIRO et al, 2013; HADDAD, 2009; LIMA, 2000; MAIA, 2011; BEDUSCHI & ABRAMOVAY, 2003; FERNANDES, 2002; BASTOS *et al*, 2009).

Contudo, deve-se destacar que a partir das experiências de consórcios em saúde para o desenvolvimento local, formas mais cooperativa de relacionamentos entre entes federativos implicam em problemas, tais como subordinação dos entes mais fracos aos mais fortes, desequilíbrio nas relações de poder e a indefinição das responsabilidades de cada ente consorciado. No tocante à questão sobre fatores que dificultam a cooperação, destaca-se a disponibilidade de tempo para a participação dos municípios no processo de tomada de decisão e a falta de recursos financeiros.

No entanto, a formação e a manutenção dos CPs dependem da confiança mútua entre os gestores, de instituições bem estabelecidas e incorporadas à dinâmica do arranjo institucional, da superação das bandeiras partidárias, da formulação e execução das políticas regionais e da

fiscalização tributária conjunta. Em contraposição ao princípio do benefício em toda associação entre agentes (pessoas, empresas, cidades), a cooperação pode comportar riscos e resultados negativos, como comportamento oportunista, relações assimétricas e conflitos de interesses entre os pares.

1.1 PROBLEMA DA PESQUISA

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Alto-Sapucaí (CISMAS) foi criado em 1996 com a associação de quinze municípios conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR) da microrregião de Itajubá. A formação do consórcio tem como premissa, estruturar o Sistema Único de Saúde (SUS) ofertando serviços de média e alta complexidade aos municípios, além de transportar os pacientes para outros municípios para a realização de exames e consultas, visando redução de gastos municipais com transporte de usuários dos serviços de saúde e um atendimento digno e humanizado a estes.

No consórcio, durante seu percurso histórico de formação e manutenção, dos 15 municípios associados, dois desses municípios, em um mesmo período, decidiram abandonar a ação consorciada. Vale ressaltar que, no mesmo ano, os dois municípios resolveram aderir à ação consorciada novamente. No entanto, um dos municípios que resolveu abandonar e aderir ao consórcio novamente optou por deixar o sistema de arranjo e cooperação permanentemente, mas, encontra-se usufruindo do SETs (Serviço de Transporte em Saúde) gerenciado pelo CISMAS.

Em outro momento, Fonseca e Ferreira (2009), ao analisar a microrregião de Itajubá em relação à otimização dos serviços no setor de saúde, caracterizaram o desperdício e a operação do sistema de saúde, em níveis inferiores a um terço do aproveitamento máximo potencial do Estado de Minas Gerais, tornando a microrregião ineficiente na utilização de recursos no setor de saúde com o desempenho muito reduzido. Em linhas gerais, segundo os autores, a microrregião de Itajubá apresenta o menor escore de eficiência e desempenho na utilização dos recursos no setor da saúde do Estado de Minas Gerais.

Diante do exposto, cabe uma série de reflexões sobre os objetivos e finalidades do CISMAS, bem como quais são as entraves na consecução dos objetivos e finalidades propostas pelo consórcio. Vale ressaltar que a presença de comportamento oportunista, em que um determinado município se beneficia da ação consorciada, porém, não contribui com as despesas de custeio do consórcio, enfraquece a cooperação e a formação de capital social, conseqüentemente, influencia o desempenho da instituição.

Com base nas informações referentes ao percurso histórico e de manutenção do CISMAS, levantou-se os seguintes problemas de pesquisa: Quais os fatores que estimulam e desestimulam a cooperação entre os municípios da microrregião de Itajubá? Como esses fatores influenciam na gestão do consórcio e na formação de capital social entre os atores?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar o sistema de arranjo e cooperação do consórcio de saúde dos municípios da Microrregião de Itajubá.

1.2.2 Objetivos Específicos

No sentido de alcançar o objetivo geral, alguns objetivos específicos são definidos para o trabalho:

- a) Conhecer a implantação, manutenção, operacionalização e funcionamento do consórcio de saúde da Microrregião de Itajubá.
- b) Analisar a percepção dos gestores municipais de saúde da Microrregião de Itajubá sobre os fatores que estimulam e desestimulam a cooperação entre os municípios.
- c) Evidenciar como esses fatores influenciam na gestão do consórcio de saúde da Microrregião de Itajubá.

1.3 JUSTIFICATIVA

No SUS, o conceito de rede integrada, regionalizada e hierarquizada existe para a obtenção de resultados mais eficientes na gestão de recursos públicos. A formação de consórcios na área da saúde tem sido considerada um instrumento eficaz de atuação dos governos locais para maior eficiência e eficácia no uso dos recursos públicos, incrementando a qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) são parcerias entre os municípios para a realização de ações conjuntas, visando proporcionar a ambos, o que individualmente não teriam possibilidade de realizar. Esse sistema de arranjo e cooperação poderá possibilitar aos governos locais, a geração de sinergia entre Estado e sociedade, com relações de confiança que melhoram a otimização de recursos humanos e materiais disponíveis. Em outras palavras, essa sinergia é capaz de produzir capital social e, conseqüentemente, aumentar o desempenho das instituições.

No Brasil, de um total de 5.564 municípios brasileiros, 81,5% declaram fazer parte de alguma modalidade de Consórcio Público Municipal. No país, há forte concentração dos consórcios públicos nas regiões Sul e Sudeste, predominando a formação de consórcios de saúde (80,5%) destinados à resolução de problemas na área (PRATES, 2010). O Estado de Minas Gerais é o Estado com maior número de consórcios e possui o melhor IDSUS (Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde) de acesso e efetividade ambulatorial e hospitalar (PRATES, 2012). Entretanto, no Estado, a microrregião de Itajubá foi considerada como ineficiente na otimização de recursos humanos e matérias disponíveis no setor de saúde, ou seja, o desperdício e a operacionalização do sistema de saúde da microrregião encontra-se em níveis inferiores a um terço do aproveitamento máximo potencial, caracterizando a microrregião de Itajubá com o desempenho muito reduzido (FONSECA & FERREIRA, 2009).

Na prática, a prestação de serviços de saúde à sociedade está abaixo da capacidade potencial relativa do Estado, e esses resultados apontam para lacunas gerenciais, ou seja, a capacidade e até mesmo a habilidade de agentes ou mecanismos de fazer o uso mais adequado do que se tem a disposição a fim de alcançar o resultado pretendido.

Dessa forma, uma investigação *in loco* do consórcio, tendo como foco de análise a percepção dos gestores municipais de saúde em relação aos fatores que estimulam e desestimulam a cooperação entre os municípios, e como esses fatores influenciam na gestão do consórcio, possibilita conhecer a operacionalização do sistema de arranjo e cooperação do CISMAS no que se refere a laços de confiança para aumentar a eficiência na otimização dos recursos humanos e materiais disponíveis.

Por fim, busca-se com este trabalho colaborar na evolução das produções de cunho acadêmico relacionadas aos Consórcios Intermunicipais de Saúde e a produção de capital social, no intuito de facilitar a gestão das políticas públicas e contribuir para o processo de transformação social de uma determinada comunidade.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

De acordo com os objetivos propostos, o trabalho foi estruturado em seis capítulos. O primeiro capítulo é introdutório. Nele são apresentados a contextualização do tema e o problema de pesquisa, juntamente com os objetivos geral e específico, a justificativa do estudo e a estrutura do trabalho.

O segundo capítulo diz respeito à fundamentação teórica. Em um primeiro momento dedicado ao estudo do processo de descentralização e a formação de Consórcios Públicos no Brasil. Após percorrer sobre o Estado Federativo, transferências de competências no setor da saúde e a questão da saúde pública no Brasil, é abordado o tema desenvolvimento em uma perspectiva territorial. Tenta-se mostrar como a produção de lações de confiança e fidelidade mútua facilita a cooperação aumentando o desempenho das instituições e a formação de capital social.

O terceiro capítulo dedica-se aos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Estado de Minas Gerais. Traz uma abordagem histórica sobre o papel do Estado no Sistema Único de Saúde, uma contextualização do processo de formação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais e faz um recorte sobre a microrregião de Itajubá. A ideia de sinergia entre Estado e sociedade é trazida para a agenda de discussão sobre o conceito de capital social.

O quarto capítulo apresenta a descrição da metodologia apresentada para a realização da pesquisa. É este capítulo que dá confiabilidade ao trabalho. São apresentados o universo de estudo, o método e técnica de pesquisa e os procedimentos de coleta de dados.

O quinto capítulo aborda a discussão e análise dos resultados coletados. Apresenta-se os indicadores da Microrregião de Itajubá e dados sobre o Consórcio de Saúde formado pelos municípios dessa microrregião. Sobre consórcio de saúde, denominado CISMAS, será apresentado o percurso histórico de formação e manutenção do sistema de arranjo e cooperação; o tamanho e heterogeneidade entre os municípios; as figuras contratuais; o modelo de gestão; os procedimentos assistenciais prestados e a estrutura organizacional. Neste capítulo, são analisados os fatores que estimulam e desestimulam a cooperação entre os atores locais e como esses fatores influenciam na gestão do consórcio e na formação do capital social. Por fim, o sexto capítulo apresenta as considerações finais.

2 DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA E SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

2.1 Estado Federativo e Descentralização Política no Brasil

O federalismo refere-se a uma forma de Estado chamado federação ou Estado Federal, que consiste na união de Estados-membros. O Estado Federal tem o poder supremo de autodeterminação e os Estados-membros decidem com autonomia sobre suas competências traçadas pela Constituição Federal. É a Constituição Federal quem vai assegurar o tipo de federalismo que vai instituir a federação. Em relação ao tipo de federalismo, a repartição de competências condiciona a fisionomia do Estado Federal, ou seja, quando há fortalecimento do poder central, têm-se o federalismo centrípeto; quando há o fortalecimento dos poderes estaduais, têm-se o federalismo centrífugo e se há equilíbrio entre as forças contraditórias do centralismo e do localismo, têm-se o federalismo de cooperação (BRANT, 2004).

No Brasil, foi a Constituição de 1988 que restaurou o federalismo como princípio constitucional de estruturação do Estado e a democracia como regime político que melhor assegura os direitos humanos fundamentais. Para Brant (2004), o sistema constitucional implantado no Brasil, enfraqueceu a força do poder central e reacendeu os poderes regionais e locais com a repartição de competências entre a União, os Estados-membros e os municípios, instaurando um processo de significativa descentralização política, administrativa e financeira.

Em relação à repartição de competências, segundo Batista (2011a), a esfera municipal torna responsável pela cobrança de Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), a organização política de Educação Infantil (creche e pré-escola), assim como a organização do sistema de coleta e disposição final de resíduos líquidos e sólidos, entre outras políticas públicas. A esfera estadual é responsável pela cobrança de Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), o Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), bem como a estruturação da Política de Segurança Pública mediante a organização da Política Civil e Militar, entre outras políticas públicas. A esfera nacional tem como atribuições a cobrança de Imposto sobre Produto Industrializado (IPI), o Imposto de Renda de Pessoa Física/Jurídica (IRRF/PJ), além de organizar e manter em funcionamento as Forças Armadas (Exército, Marinha e Aeronáutica), a Polícia Federal, a Agência Brasileira de Informações (ABIN), entre outras políticas públicas. Vale ressaltar que cada ente da Federação tem fonte própria de recursos, sendo que os Estados e Municípios têm

participação nos impostos recolhidos pelo governo central, que são repassados automaticamente por meio do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e do Fundo de Participação dos Municípios (FPM).

Diante dessas observações, é importante fazer uma breve análise do processo de descentralização na formulação da República Federativa do Brasil. Esse processo teve origem a partir dos efeitos da crise mundial de 1929 e das mudanças políticas ocorridas em 1930. Nessa época, a sociedade brasileira buscava superar um sistema político oligárquico e excludente e assume o desafio de superar sua condição de país subdesenvolvido e ingressar em um processo de transformação. Esse longo e contraditório processo histórico configurou um ciclo de desenvolvimento denominado nacional-desenvolvimentista, conduzido inicialmente por um regime autoritário, em um período liberal-democrático conduzido por um Estado de exceção. A transição política para um Estado democrático de direito se processa com um pacto político neoliberal e conservador, estruturado pelo *Consenso de Washington* (CARLOS & TREVAS, 2013).

Ainda quanto ao regime político, na Era Vargas (1930 – 1945), o desenvolvimento e a criação de direitos sociais foram capitaneados pelo Estado, através dos decretos-lei. A partir de 1937, uma nova realidade pautada na centralização, agora sob o predomínio do Estado nacional e do capitalismo industrial, confinou política e institucionalmente os estados e municípios, enfraquecendo sua autonomia (FONSECA, 2013). Dessa forma, as relações intergovernamentais a partir da década de 30 são conhecidas como consequência clara do capitalismo moderno e caracterizavam um Estado unitário que concentrava esforços para manter o controle e garantir os contratos e as propriedades. Porém, ao voltar-se para si mesmo, o Estado perdeu a noção de servir a sociedade (KLERING *et al.*, 2010).

No início dos anos 50, como resposta às mudanças estruturais na economia do pós-guerra, a Teoria Neoclássica da Administração com ênfase nos objetivos e resultados ganhou forças e estabeleceu como funções da administração: planejar, organizar, dirigir e controlar. Os economistas neoclássicos admitiram o Estado como essencial para o desenvolvimento econômico por utilizar recursos de gestão de forma eficiente e eficaz para atingir metas e crescer. A esse processo de reconstrução econômica e política, composto por conjunto de mudanças nas instituições públicas, os administradores chamam de Reforma do Estado no Brasil (BATISTA 2011a; BATISTA, 2011b).

De certa forma, a reformulação do aparelho estatal justifica-se pelo esgotamento fiscal do antigo modelo de desenvolvimento econômico-social montado no pós-guerra. O Estado teve parte do seu poder econômico dilapidado com as transformações estruturais do sistema produtivo

capitalista. Com a redefinição do papel do Estado fundamentada no neoliberalismo, o aparelho estatal mostrou-se capaz de liderar a economia para uma nova etapa do crescimento pautado na eficiência dos serviços públicos (CARINHATO, 2008).

Dentro do contexto de redefinição do papel do Estado brasileiro com estrutura mais descentralizada, foi implantado o modelo de gestão da chamada *New Public Management*, conhecido como Modelo Gerencial de administração Pública. Com a implantação das práticas gerenciais no âmbito da administração pública, a noção de cidadão-cliente, a profissionalização dos servidores públicos e o redesenho de uma estrutura descentralizada, fortalece a função de Estado promotor e regulador pelo desenvolvimento econômico e social pela via de produção de bens e serviços, o que traria uma estrutura menos burocrática a máquina pública (SIMÃO & SILVA, 2014).

Para os autores Simão e Silva (2014), o Modelo Gerencial de gestão pública descentralizou o poder. No entanto, os movimentos sociais clamavam pela participação dos atores sociais na definição da agenda política. Mediante esse modelo de gestão pública com maior participação nas decisões governamentais, conhecido como Modelo de Gestão Pública Societal, o Estado passa a ser considerado parte da sociedade no que se refere à formulação e implementação das políticas públicas. Nesse aspecto, nota-se a importância do cidadão na ação do Estado Societal, onde ao mesmo tempo ele é executor e o beneficiário de um grande número de políticas públicas.

Em meados de 1990, o Estado torna-se gestor e repassador de recursos, e novas formas de associativismo civil emergem na cena política, criando um novo espaço público, no qual irão situar-se redes e articulações entre a sociedade civil e os representantes do poder público para gestão da coisa pública (GOHN, 2003).

É importante ressaltar que o conceito de eficiência na gestão pública vem atrelado ao de eficácia, na qual, a ação eficiente produz o efeito desejado para que o resultado possa ser obtido e torna-se eficaz se atinge o resultado esperado de fato (BATISTA, 2011c). Assim, o Estado descentralizado deu força às teses municipalistas, pois, teria maior possibilidade de adaptar suas políticas aos diferentes anseios e necessidades da população, de responder às demandas da sociedade na sua diversidade e complexidade, dando a elas eficiência e eficácia, na busca pela articulação das partes do território e da conciliação de interesses entre estes (BATISTA, 2011a).

Sendo assim, o Estado descentralizado pode ser identificado como uma solução para unir ou manter juntos, aqueles que almejam sua autonomia política e econômica (LINHARES, 2011). No entanto, existem diferentes olhares por parte das formas de atuação das políticas públicas criadas

pelo Estado, principalmente naquelas que existe a obrigatoriedade da existência de organizações de carácter associativo. No âmbito público, o conceito de capital social nos permite estudar as relações sociais que ocorrem dentro da sociedade e entre esta e o Estado.

De modo resumido, o conceito de capital social e sua aplicação na implementação e operacionalização das políticas públicas, está atrelado há uma sociedade dotada de redes de confiança e solidariedade horizontais, capaz de cooperar para produzir instituições sólidas e para realizar uma boa governança. Com relação ao capital social, Simão e Silva (2014) abordam este conceito pelo viés da teoria das redes sociais (Quadro 1).

Quadro 1: Algumas Definições de Capital Social

Definições de Capital Social	
Granovetter (1985)	Existe uma sociabilidade intragradual que através dos laços fortes e de um “fechamento” das relações sociais, caracterizaria capital social. Este constituirá um recurso essencial para a ação coletiva local.
Bourdieu (1986)	É o agregado dos recursos reais ou potenciais que estão ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos socializadas de conhecimento mútuo e reconhecimento. A participação nessa rede fornece aos membros uma “credencial” que lhes dá direito a um crédito junto a seus pares.
Coleman (1988)	Refere-se a uma variedade de entidades que têm duas características em comum: todas consistem em algum aspecto de uma estrutura social e facilitam certas ações de indivíduos que estão nesta estrutura. Além disso, defende o capital social como meio para aquisição de outras formas de capital, tais como o humano e físico.
Evans (1996)	São interações complexas entre as identidades sociais, normas informais, redes formais, estruturas organizacionais e engajamento cívico entre cidadãos comuns que são envolvidos criando sinergia e gerando confiança. Estes podem ser promovidas e instigadas por órgãos públicos e utilizada para fins de desenvolvimento.
Lin (2001)	Recurso incorporado numa estrutura social sendo acessível ou e que pode ser mobilizado mediante uma ação intencional.
Fukuyama (2002)	É a simples existência de certo conjunto de valores informais ou normas partilhadas entre os membros de um grupo ou comunidade que permita a cooperação entre eles.
Putnam (2006)	Diz respeito às características da organização social, tais como confiança, normas e sistemas, que contribuem para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando assim as ações coordenadas. O capital social é composto por normas sociais e de estruturas que garantem que pessoas evitem comportamentos de maximização da utilidade em detrimento dos objetivos coletivos.

Fonte: Simão & Silva (2014, p. 29)

Como se observa no Quadro 1, o conceito de capital social refere-se a laços de cooperação para a ação coletiva local, facilitando assim as ações coordenadas em detrimento dos objetivos coletivos. Com relação às definições apresentadas, o capital social se transforma em um recurso que gera sinergia para fins de desenvolvimento em prol de uma causa, que facilita os atores atingirem seus objetivos. Essa rede de laços, através das associações civis, permite ao Estado fortalecer e

incentivar a governança local e a formação do espírito cívico, como fator de transformação da relação entre Estado e sociedade.

Sendo assim, em um contexto de redefinição do Estado, com participação dos atores sociais na implementação e formulação de políticas públicas, o termo capital social é um incentivo governamental para o desenvolvimento local, destacando a criação de instâncias locais de participação coletiva, para formar laços de cooperação e promover conexão com a sociedade civil. Vale ressaltar que na área da saúde, o projeto de Reforma Sanitária foi um marco dessa nova formulação de participação da sociedade civil nos assuntos do Estado.

Sobre o processo de descentralização das políticas públicas, na área da saúde, Viana *et al* (2008) identificaram quatro ciclos. O primeiro ciclo é nacional e a descentralização torna-se bandeira do movimento liderado pelos governos estaduais e municipais em prol de maior autonomia decisória e financeira. A descentralização foi proposta como mecanismo de aceleração da redemocratização do país. Na saúde, esse período é caracterizado pelos distritos locais de saúde. O segundo ciclo, que se inicia na primeira metade da década de 1990, se caracteriza pelo fortalecimento da gestão municipal com a institucionalização das Comissões Intergestores. O terceiro ciclo da descentralização da política de saúde inicia um processo redistributivo por meio de transferências *per capita* e por programas. Além disso, novos agentes, como os consórcios intermunicipais ganham importância na conformação de sistemas loco-regionais de saúde. O quarto ciclo se inicia na virada dos anos 2000 e enfatizou o processo de regionalização do SUS como estratégia fundamental para ampliação do acesso aos serviços de saúde e na distribuição e organização dos serviços no território.

Para Gadelha *et al* (2009), alguns aspectos da trajetória da descentralização da saúde como organização e serviços no território merecem ser ressaltados: 1) A estratégia de descentralização não se configurou em um projeto de Estado pensada no contexto político de desenvolvimento para o país, adequando-se ao contexto político de enxugamento do Estado e de estabilização macroeconômica; 2) O território não se apresentou como objeto principal de análise e planejamento na formulação de políticas públicas neste período; 3) A estratégia de descentralização dissociou-se do projeto de regionalização e as experiências de organização territorial foram escassas; 4) A descentralização na saúde permitiu a instituição e expansão do SUS e, de outro, provocou a criação de milhares de sistemas locais isolados; 5) O território em saúde tem sido tratado no âmbito da política pública de forma restrita aos aspectos de fluxos e organizações.

2.2 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UMA ANÁLISE HISTÓRICA

Ao observar a área de saúde no Brasil, em específico o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), percebe-se que os direitos à saúde são constitucionalmente garantidos, mas de fato, a realidade do sistema de saúde nacional é bem diferente da idealizada na Carta Magna. Para Brant (2004), o sistema de saúde brasileiro teve início com o sanitarismo campanhista, passou pelo modelo médico-assistencialista privatista e chegou, nos anos 80, ao modelo neoliberal, ao qual se contrapôs o movimento de reforma sanitária.

De acordo com Brant (2004), o modelo sanitarista campanhista preocupava-se com a economia brasileira baseada no modelo agroexportador de café, com visão militarista de combate a doenças de massa. Já o modelo de assistência médica da Previdência Social se formou com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), estruturando os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) por categorias profissionais e pelos próprios trabalhadores.

Foi em meados dos anos 60, que o Estado assumiu seu papel de regulador, retirando os trabalhadores do controle da Previdência Social, substituindo o IAPs pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Na época, os governadores e prefeitos tinham escassa autonomia fiscal e o poder político no plano local estava sujeito ao controle do governo federal. Tal formato institucional era compatível com o tipo de Estado vigente, com centralização financeira e administrativas implementadas por agências do governo federal (ARRETCHE, 1999). Esse modelo assistencial adotado passou a ser orientado para a lucratividade do setor de saúde, capitalização da medicina e privilégio do setor privado segundo interesses específicos, conformando um sistema de saúde hospitalocêntrico (BRANT, 2004).

Em 1974, a área de trabalho foi separada da área previdenciária com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). No próximo ano, foi institucionalizado o modelo-assistencial privatista, e definiu as competências das instituições públicas e privadas. Foi nesse contexto que nasceu o Instituto Nacional de Assistência Médica Social (INAMPS), dividindo a população brasileira em dois grandes grupos: previdenciários e não-previdenciários. Esse modelo excluiu grande parte da população e ampliou as desigualdades sociais (BRANT, 2004).

As ações desenvolvidas pelo INAMPS beneficiavam apenas os trabalhadores da economia formal. Não havia, portanto, caráter universal na atuação desta autarquia. Toda essa situação começou a gerar um movimento na direção de uma reforma sanitária e de uma transformação de paradigmas do sistema de saúde. Esse processo evoluiu com a instituição do Sistema Unificado e

Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado por meio da celebração de convênios com o INAMPS e os Governos Estaduais. Esse processo culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a consagração de seus princípios e diretrizes na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2003).

Antes da promulgação da Constituição, a saúde era entendida como ausência de doenças, como um estado de bem-estar físico e mental. Um novo conceito de saúde foi elaborado e expresso no texto constitucional em seu artigo 196, que estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Com a Constituição, o direito ao acesso gratuito a saúde foi universalizado. Para isso, o Estado ficou comprometido não apenas em regulamentar, fiscalizar e planejar ações e serviços de saúde, mas também prestar demais serviços que fossem necessários, devendo sua execução ser feita direta ou através de terceiros, ou também por pessoa física ou jurídica de direito privado. Neste contexto, os municípios tornaram-se novos e importantes atores, desenvolvendo modelos de gestão compatíveis com suas responsabilidades, com ênfase na atenção básica (BRASIL, 2003).

O SUS é definido pelo artigo 198 da Constituição Federal como as ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada, de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da sociedade. A Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. O SUS conta com a participação do Conselho de Saúde e da Conferência de Saúde. As Conferências têm como objetivo avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas nos níveis correspondentes, já os Conselhos estabelecem uma gestão participativa, envolvendo governo, usuário e prestadores de serviços (instituições públicas, privadas e profissionais).

A Lei 8.080/90 é a primeira Lei Orgânica do SUS e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, obedecendo ainda os seguintes princípios: universalidade, integralidade, equidade e igualdade. Essa lei define o modelo operacional do SUS, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público.

Vale ressaltar que a constituição do SUS foi decorrente do processo de descentralização, notadamente de responsabilização das agências subnacionais pela provisão dos serviços e organização dos sistemas municipais de saúde. A ideia da descentralização era de unificar o discurso de diferentes atores políticos interessados em ampliar sua participação nas arenas decisórias e no bolo tributário (VIANA *et al*, 2008).

O SUS, na lógica da descentralização, se estrutura pelos princípios e diretrizes, que tornam-se utópicos para instituir novos paradigmas da saúde, pois a própria concepção de saúde e os objetivos das suas ações são divergentes. Numa perspectiva histórica, o sistema de saúde brasileiro tem avançado de um caráter individual e curativo para iniciativas de caráter coletivo, que são formas distintas de conceber e de organizar ações e os serviços de saúde para a constituição de um sistema integrado. Esses modelos de atenção estão relacionados às condições socioeconômicas e políticas do país sob a forma que a sociedade se organiza. De acordo com Batista (2011c), é nesse momento que entra em cena o município na construção do SUS, pelo fato de que, quanto mais perto estiver o usuário da decisão do gestor, haverá mais chance de acerto ou maior capacidade de controle por parte da sociedade no acesso às ações e serviços de saúde.

Nesse contexto de sistema integrado, o papel do Estado se amplia para estabelecer as necessidades e interesses da sociedade organizada, para construção e pactuação de interesses comuns, em termos de participação da comunidade na gestão do SUS e na inclusão de diferentes atores sociais. Sendo assim, é nesta perspectiva de controle social sobre o SUS no Brasil que o conceito de capital social ganha relevância.

Para Bastos *et al* (2009), a interação entre Estado e sociedade é importante para criar redes de cooperação entre grupos da sociedade para uma governança democrática. Entretanto, as desigualdades, a heterogeneidade e a estrutura social no Brasil, dificultam o acesso a bens de consumo coletivo de responsabilidade estadual. No que diz respeito, ao advento do SUS, o Estado torna-se uma importante esfera de promoção da cidadania e o fato de a eficiência do SUS estar diretamente ligada à qualidade da sociedade, ao acúmulo de capital social de uma determinada comunidade, verifica-se por parte do Estado, que o aumento da sua eficiência poderá desencadear uma diminuição das desigualdades sociais com melhor distribuição de serviços públicos, possibilitando aos governos atenderem e realizarem as demandas da população.

Pode-se observar que o modelo adotado pelo SUS constitui um paradigma de política pública, onde os governos locais são responsáveis pela execução das políticas públicas, porém, essas são regulamentadas de modo centralizado (LINHARES, 2011). Assim, o Estado deve

incentivar o acúmulo de capital social como forma de melhorar a eficiência do SUS, pois, quanto maior forem as relações sociais que os cidadãos estabelecem entre si, maior será o estoque de capital social disponível na dinâmica da relação Estado e sociedade.

Para Brant (2004), a instituição do SUS continua segmentada em vários sistemas e a competição entre empresas e entre serviços privados conduz a multiplicação de recursos de alta tecnologia que induz a uma demanda desnecessária e baixa utilização dos recursos. Dessa forma, cabe ao Estado uma mudança de paradigma, buscando um SUS para além de um lugar de excluídos, os quais, por falta de opção, têm que aceitar um atendimento na maioria das vezes ineficiente e de baixa resolutividade. Em relação aos princípios do SUS, um dos grandes desafios por parte do Estado é o de constituir um conjunto de ações e práticas que permitam incluir parcelas da população, de forma a garantir a toda população o atendimento mais abrangente de suas necessidades.

É nessa perspectiva que a transação política para um Estado de regime democrático se processa juntamente com a afirmação da participação social como fundamento da estruturação do próprio Estado. Esse processo histórico define agendas e impõe desafios para o desenvolvimento em curso, estabelecendo uma organização administrativa entre os entes da federação: União, Estado e Municípios (CARLOS & TREVAS, 2013).

De acordo com Gohn (2003), a participação social cria sujeitos ativos com capacidade de intervir no econômico e no controle da aplicação dos recursos públicos, como forma de melhorar a qualidade de vida e democratizar a gestão dos serviços públicos. Esse processo tem sido denominado de “criação e gestão do capital social”, que consiste em um processo de interação entre os indivíduos para obter resultados e benefícios.

De acordo com as teorias do capital social, a formação de redes de cooperação pautadas na confiança, normas e sistemas, contribuem para aumentar a participação social, facilitando ações coordenadas e maior desempenho institucional (PUTNAM, 1996). Vários aspectos podem ser identificados como protagonistas desse cenário, principalmente a reestruturação do aparelho estatal em seus aspectos econômicos e financeiros, na construção do capital social e na formação de laços de confiança para maior eficiência do SUS.

Ao olhar por esse prisma de repartição de competências entre as esferas e a sociedade civil, vale ressaltar o papel dos municípios, como instâncias privilegiadas para abertura de canais de participação e formação de redes de cooperação. Além disso, ao consolidar o processo de descentralização político-administrativo do Estado brasileiro por meio de gestão conjunta e

atribuições compartilhadas somada a ampliação da capacidade da Federação de dar efetividade às políticas públicas por diferentes entes governamentais, o município é hoje um grande prestador de serviços públicos em função da descentralização (BATISTA, 2011b). A federação é, portanto, uma forma de organização político-administrativa do Estado, preservando a unidade nacional e as autonomias regionais, em que os entes governamentais se organizam pela divisão de poder e tarefas visando manter a estabilidade social e a convivência entre as instâncias (BATISTA, 2011a).

Neste sentido, a esfera municipal, dentro do processo de descentralização das políticas públicas de saúde, passa por um processo de transformação social de busca pelo poder local, para a maximização das suas fortalezas e para minimização das suas debilidades, como forma de apresentar resultados favoráveis em relação à eficiência e a qualidade dos serviços (PESTANA & MENDES, 2004).

Assim, o processo de descentralização como distribuição do poder e organização do Estado privilegiou a autonomia das instâncias subnacionais (municípios) como gestoras das políticas públicas. A esfera municipal adquiriu um papel importante no processo de reforma do Estado, com competências e responsabilidades e passou a ser vislumbrada como instrumento de eficácia e eficiência das funções administrativas locais, pelo fato das agências subnacionais terem maior proximidade com os problemas sociais (ROCHA & FARIA, 2004). Para Mello (1991), autonomia municipal é a forma mais universal de descentralização, visto que, a descentralização é uma política indispensável para o desenvolvimento.

No Brasil, a luta pela autonomia municipal criou instrumentos de intervenção que estão próximos dos beneficiários efetivos das políticas públicas, ou seja, a educação, assistência social e a saúde. Para as políticas públicas como as de saúde, cabe aos gestores o compartilhamento das responsabilidades entre as três esferas da federação, para definição da forma de atuação (BATISTA, 2011c).

Em relação às políticas públicas de saúde, os Conselhos Gestores, foram criados com novo padrão de relação entre Estado e Sociedade, que comporta a interação da esfera social pública. Os conselhos fortalecem a representação da sociedade civil e construção do capital social, bem como possibilita o acesso à população nas decisões políticas e amplia os atributos e significados relacionados ao poder local. Sabemos que a existência de conselhos municipais está prevista no SUS, e atuam na formulação de estratégias e no controle da política de saúde, inclusive nos seus aspectos econômico e financeiro (GOHN, 2003).

Marcadante (2002, p. 42) aponta que “ora os Conselhos Municipais de Saúde são órgãos de interação governo-sociedade (atuam mais como porta-voz dos anseios da comunidade), ora os Conselhos Municipais de Saúde são órgãos de co-gestão, sendo co-responsáveis pelas ações das secretarias municipais de saúde”. Desse modo, os Conselhos Municipais de Saúde tornam-se instrumentos democráticos nas diversas instâncias de governo, instituindo a participação da sociedade civil como exercício do controle social do SUS.

De acordo com a Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, a participação da comunidade se dá através dos Conselhos de Saúde e na Conferência de Saúde. Os Conselhos de Saúde são órgãos permanentes e deliberativos, formados por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que formulam e controlam a execução de estratégias que guiam o SUS, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. As Conferências de Saúde, com representantes dos vários segmentos sociais, devem acontecer a cada quatro anos, para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação de política de saúde nos níveis correspondentes. De acordo com essa lei, o Conselho de Saúde consolida o controle social, princípio imprescindível para consolidação do SUS. Para tanto, a participação da população é uma forma de intervir na gestão pública, colocando as ações do Estado na direção dos interesses da comunidade.

Cabe lembrar que o Pacto da Saúde, em 2006, elegeu a regionalização como mecanismo de descentralização, integralidade e hierarquização da saúde. Nesse momento, a regionalização define, *a priori*, módulos assistenciais específicos de organização regional do sistema a partir do seu funcionamento no território (VIANA *et al*, 2008). O processo de regionalização dos serviços públicos, segundo Ministério da Saúde (2002a), estabelece o processo de hierarquização dos serviços em territórios sanitários para que estes sejam prestados com eficiência, eficácia e qualidade; para contemplar uma lógica de planejamento integrado para garantir o acesso dos cidadãos a partir do território.

Como essa nova forma de organização social, do Estado ou da sociedade, as redes têm sido propostas para administrar políticas e projetos para garantir o acesso dos cidadãos a partir do território. A implementação das Redes de Atenção a Saúde (RAS), consideradas arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, contribuiu para o avanço e efetivação do SUS. Nas RASs, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia, respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas. É o que se vê na Figura 1, onde todos os pontos de atenção à saúde são

importantes para garantir o acesso dos cidadãos no nível de atenção básica, média complexidade e alta complexidade.

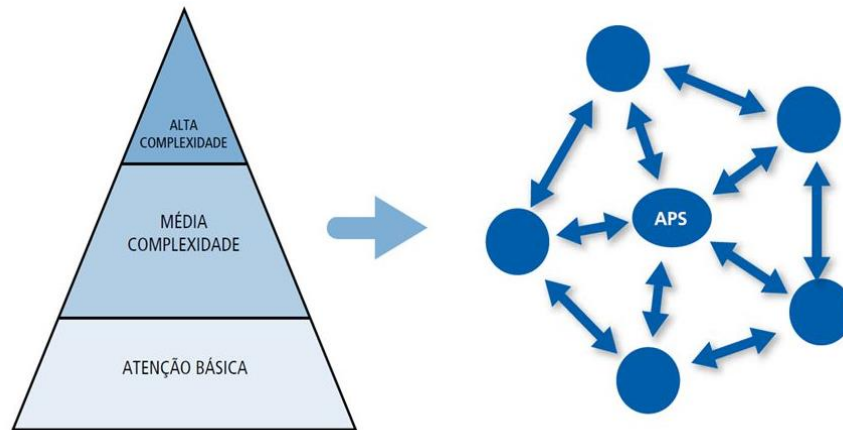


Figura 1: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para Redes de Atenção a Saúde
Fonte: Mendes (2011)

Para Mendes (2011), a RASs assume responsabilidades econômicas e sanitárias com sua população adscrita e, vinculada a Atenção Primária à Saúde (APS), cria o primeiro contato com indivíduos, famílias e comunidade de modo a torná-los socialmente mais relevantes, construindo uma nova liderança inclusiva, participativa e negociadora, visto que, uma APS de qualidade, como parte integrante da RASs, melhoram resultados sanitários e econômicos dos sistemas de saúde.

Esse movimento de implantação da RASs é uma nova forma de organizar os sistemas de atenção à saúde a partir de uma perspectiva territorial definida pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção. Na realidade, a proposta da RASs é integrar sistemas de saúde para obtenção de melhores resultados sanitários, com base na cooperação mais que na competição.

2.3 SAÚDE E DESENVOLVIMENTO: UMA PERSPECTIVA TERRITORIAL

O setor de saúde tem papel central nas concepções de desenvolvimento e deve ocupar papel de destaque nas estratégias nacionais. No entanto, a relação entre saúde e desenvolvimento é complexa e geram conflitos distributivos, formas diversas de organização e pactuação, disputas pelo orçamento público e relações diversas entre o Estado e o setor privado. No entanto, as ações de saúde podem gerar sinergias necessárias ao processo de desenvolvimento, seja pelo investimento ou pelo impacto que exercem no contexto que determina os investimentos locais, regionais e nacionais (GADELHA *et al* 2009).

Boisier (1999) discute o processo de desenvolvimento pela perspectiva dos capitais possíveis de serem encontrados em um território organizado. As formas de capital apontadas são: o capital econômico, enfatizando a importância da articulação entre os governos territoriais e os agentes financeiros. O capital institucional, ou seja, instituições públicas e privadas existentes no mesmo território e sua capacidade de atuar e tomar decisões. O capital social, se referindo à capacidade de cooperação e de confiança entre os membros da comunidade. O capital cívico, construído a partir das políticas públicas democráticas. O Capital humano, relacionado com as habilidades que os indivíduos possuem. Neste caso, o capital sinérgico, através da articulação entre os capitais, seria capaz de promover ações conjuntas e dirigidas para fins coletivos com vistas ao desenvolvimento do território.

Ao olhar pelo mesmo prisma, Putnam (2006, p. 177) afirma que o “[...] capital social diz respeito a características da organização social, como confiança, normas e sistemas, que contribuam para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando as ações coordenadas”.

Em seus estudos, Haddad (2009) argumenta a relação do desenvolvimento regional e as diferentes formas de capitais intangíveis na região e relata que o processo de desenvolvimento sustentável de uma região depende não só do seu crescimento econômico, mas principalmente da sua capacidade de organização social e política. Esta capacidade de organização da região é fator endógeno para transformar o crescimento em desenvolvimento. De fato, a atuação das sociedades locais nas decisões estratégicas e cotidianas são premissas para retomada do desenvolvimento econômico e social. Para o autor, um processo de desenvolvimento endógeno tem sua origem a partir da mobilização social e política de uma determinada localidade e região.

Essa nova configuração de interação entre governo e sociedade civil possibilitou a aproximação com as realidades regionais, cuja dimensão territorial do desenvolvimento envolve relações com diversas esferas do governo e sociedade civil, condicionadas e sendo condicionadas pelas ações de saúde para gerar sinergias necessárias para o desenvolvimento. Com base nesta abordagem, pode-se considerar que as ações cooperativas ganham espaço na organização dos serviços de saúde e contribuem para o desenvolvimento regional.

De fato, o grande desafio é articular diferentes municípios pelo grau de concentração dos serviços urbanos ante sua complexidade, pois, quanto maior o nível de complexidade, maior tende a ser a região de influência do centro urbano e a distância para ter acesso a um determinado serviço. No ponto de vista de Gohn (2003), a gestão urbana, planejada a partir das demandas sociais, busca equilibrar a equação: necessidade – oportunidades – recursos disponíveis. Já a gestão pública adota

formas colegiadas de representatividade entre os atores que interagem, para alterar a relação entre sociedade civil e Estado. No entanto, se faz necessário para uma gestão urbana e pública uma relativa autonomia dos Conselhos Municipais para exercitarem a cidadania ativa, propositiva. As novas redes associativistas estão contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa, mais igualitária e, portanto, mais democrática, no que já foi denominado como “*empowerment*” (o empoderamento) dos setores populares em nossa sociedade.

Cabe ressaltar que a regionalização da saúde pode ser um elemento fortemente indicativo para gestão urbana e pública no processo de regionalização do desenvolvimento e o planejamento nacional em que a relação entre saúde e o padrão nacional de desenvolvimento com foco na dimensão territorial possa contribuir para amenizar o quadro de iniquidade existente e superação de uma visão meramente administrativa de organização da rede (GADELHA *et al*, 2009).

A regionalização orienta a descentralização das ações e serviços da saúde visando um melhor atendimento à população na busca pelos princípios de integralidade e universalidade do Sistema Único de Saúde - SUS, desde o atendimento ambulatorial até procedimentos de alta complexidade. Esse processo de regionalização serve como diretriz no SUS para coordenar as ações e serviços de uma determinada região.

Segundo Viana *et al* (2008, p. 97):

A regionalização é uma delimitação do território usado, feita a partir de critérios técnicos e políticos que buscam coerência nas diferenciações espaciais e que têm por objetivo a instrumentalização política da dinâmica territorial.

A regionalização objetiva garantir o direito à saúde da população, bem como superar as dificuldades em relação às ações e serviços do SUS, com vistas a reduzir as desigualdades sociais e territoriais por meio da identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde, que assumem diferentes desenhos para atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculadas. Neste caso, a territorialização consiste na apropriação dos espaços locais pelos gestores e da relação da população com o mesmo (BRASIL, 2006).

De acordo com Batista (2011c), a regionalização e a hierarquização determinam sua organização em níveis crescentes de complexidade, planejados a partir de critérios epistemológicos e com definição da clientela a ser atendida, restritos a determinada área geográfica, que pode meio das regiões fixar a assistência mais próxima da residência do usuário respeitando a facilidade de acesso. A hierarquia, nesse modelo, é apresentada por uma pirâmide, em que os níveis primário,

secundário e terciário são construídos a partir da incorporação da tecnologia, da capacitação profissional e o perfil de morbidade.

Com isso, fica claro que a regionalização é uma estratégia importante para a estruturação do SUS e para efetivação de relações intergestoras mais solidárias e cooperativas, na garantia do acesso aos serviços, integralidade da atenção, racionalização dos gastos e no processo de descentralização dos serviços. Assim, a organização em níveis de complexidade, por meio de regiões de saúde possibilita a interação entre as esferas governamentais e amplia o diálogo entre os gestores do território.

Pode-se considerar que a descentralização modificou a vida dos municípios e esse contexto motivou o surgimento dos Consórcios Públicos, posto que estes ajudam os governos municipais na construção do SUS (BATISTA, 2011b). Sendo assim, um dos desafios permanentes da gestão do SUS é fortalecer os Consórcios Públicos para consecução de objetivos comuns com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde para dar respostas frente as necessidades de saúde da população brasileira (SANTOS *et al*, 2013).

De acordo com Brandão (2008), os Consórcios Públicos são arranjos institucionais, considerados mecanismos de coordenação e cooperação federativa visando o território como uma forma de construção social e de reprodução social, em que dele encerra conflitos e fomenta as possibilidades de concertação de projetos em disputa. Carlos & Trevas (2013) consideram esses arranjos institucionais como expressão do exercício das autonomias dos entes federados consorciados, para superar as limitações e insuficiências dos municípios em implementar e gerenciar serviços públicos, em específico, os serviços de saúde.

2.3.1 GESTÃO TERRITORIAL DO CONSÓRCIO

O ingresso de um ente federado em um consórcio é considerado um ato voluntário e, para tanto, faz-se necessário que o consórcio apresente vantagem a todos os consorciados. Para Batista (2011b), as vantagens estão na natureza da “pessoa jurídica” para consolidação de uma nova federação, na perspectiva da cooperação (em oposição à competição) e no desenvolvimento (em oposição do crescimento). A Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005 dos consórcios públicos, garante a eles segurança jurídica necessária para funcionar como elemento estratégico na promoção do desenvolvimento regional. De acordo com Batista (2011b), para promover o desenvolvimento, é preciso que a Federação tenha uma dinâmica capaz de viabilizar ações conjuntas, onde a questão

territorial é muito importante para o consorciamento, inclusive quanto à questão de abrangência e atuação do consórcio.

Fonseca (2013) trata a Lei dos Consórcios Públicos como uma inovação institucional, por incorporar o atendimento das particularidades políticas e territoriais de cada município e região, no enfrentamento dos problemas intermunicipais. Para o autor, a Lei poderá tornar-se, paulatinamente, instrumento estratégico à promoção do desenvolvimento social e econômico, ao assumir serviços públicos diversos.

No estudo de Pietro (2005), o autor argumenta sobre as incongruências da Lei nº 11.107/05 e que, apesar da lei facilitar a utilização do instituto, ela terá que sofrer algumas alterações para alcançar seus objetivos. Na realidade, a lei não trata de contratação de consórcios pelas esferas governamentais, mas de constituição de pessoa jurídica. Como o consórcio é instituído como pessoa jurídica, não poderia ser constituído pela simples celebração de um contrato. Daí a necessidade de celebração de um protocolo de intenções. No caso do consórcio ser instituído como associação pública, o contrato deverá ser utilizado como instrumento para aprovação do estatuto da entidade.

Neste sentido, os entes federados que pretendem aderir ao consorciamento precisam superar as questões políticas e partidárias, voltando-se ao objetivo maior da cooperação que trata-se de acordo de vontades para consecução de fins comuns ou da união de esforços na solução de problemas. Para Barros (1995), os consórcios intermunicipais apresentam inúmeras vantagens e, ao exercer este poder de integrar os municípios, acionam uma força exógena que contribuem para uma política de desenvolvimento. A partir dessa premissa, o poder local, enquanto agente político na constituição e na evolução do consórcio intermunicipal tem como finalidade descentralizar o poder e promover a integração das esferas políticas e da sociedade civil, como forma de adentrar para um novo patamar de desenvolvimento.

Essa nova política de desenvolvimento, ao aglutinar municípios para o enfrentamento de problemas comuns, estabelece diversas formas de cooperação para ampliar bens e serviços públicos entre territórios. A dimensão territorial como elemento de interação Estado-Sociedade, exerce o poder de integrar os municípios a partir de agentes externos e locais, para reduzir as disparidades com base nas ações dos próprios sujeitos.

Beduschini Filho e Abramovay (2003) afirmam que o território é chave para o desenvolvimento local e unidade do desenvolvimento, através da ação endógena dos próprios sujeitos. Para Paula (2004, p.76):

Todo território é uma construção subjetiva, ou seja, depende da ação de um “sujeito” que institui o território. Essa construção subjetiva pode ser exógena (feita a partir de agentes externos) ou endógena (feita por agentes locais).

Em concordância, Brandão (2008) e Albagli (2004) acreditam no território como um espaço para ampliar os serviços e bens coletivos através da cooperação entre os atores sociais, buscando o dinamismo e sustentabilidade das relações como forma de superar as diferenças impostas pela territorialidade. Desta perspectiva, a organização dos territórios através dos consórcios públicos, estabelece uma dialética entre os fatores endógenos/exógenos e cooperação/competição, pelo qual o sujeito é visto como protagonista do seu próprio desenvolvimento local.

Nesta perspectiva, muitos municípios buscaram substituir a lógica de repartição setorial de recursos de demanda de balcão, por uma lógica territorial de construção de projeto, procurando, assim, formas inovadoras e endógenas de resolver carências e desenvolver o município com base em suas próprias potencialidades e no protagonismo de seus habitantes (BEDUSCHI FILHO & ABRAMOVAY, 2003).

O desenho de um novo território, uma “região”, promove a implantação das políticas públicas tendo em vista o desenvolvimento regional. Cada ente tem seu próprio território e autonomia sobre os temas de sua competência nesse espaço físico. A flexibilidade do sistema de divisão de competência também permite a cooperação entre os entes, como elemento fundamental para reduzir as disparidades existentes e promover o desenvolvimento das regiões, em torno de necessidades comuns (BATISTA, 2011b).

Assim, diversas formas de cooperação vão dando vazão a um conjunto de novos territórios e a formação de novos arranjos como os consórcios intermunicipais considerados como resultados da articulação entre os territórios em torno de determinados temas de políticas públicas, considerando o fator endógeno e exógeno ao território, de capital social local e de um líder territorial (CALDAS & CHERUBINE, 2013).

Conforme pode ser visto, os consórcios públicos organizam os territórios e ampliam as liberdades que o indivíduo aspira, como a saúde plena em todos os níveis. Através da cooperação entre os municípios, novos territórios são construídos para ampliar bens e serviços de saúde e assim tornam-se como fator endógeno do próprio desenvolvimento, onde o objetivo dos atores e das organizações das redes é a busca contínua de ampliação do número de parceiros entre os territórios para viabilizar interesses e projetos comuns.

A partir desta abordagem, a cooperação entre os territórios na resolução dos problemas comuns seria uma forma de se pensar em sustentabilidade. A dimensão territorial abordada nos critérios de sustentabilidade por Sachs (2004) visa distribuição espacial dos recursos e das atividades na superação das disparidades inter-regionais. Dentre as concepções apresentadas, pode-se pensar no território como capaz de promover igualdade, equidade e solidariedade através da mobilização de recursos internos, onde os participantes mais fracos do território aprendem, a partir das próprias forças, a explorar todas as oportunidades endógenas para o seu desenvolvimento.

Para Haddad (2009) e Boisier (1996), o processo de desenvolvimento sustentável de uma região depende da capacidade de organização social e política, associada ao aumento da autonomia local para modelar seu próprio futuro (processo de desenvolvimento endógeno). Nesta perspectiva, a região que queira acelerar seu crescimento ou dar um salto qualitativo para o desenvolvimento, deve romper sua relação dominância/dependência e substituí-la por relações cooperativas.

A cooperação horizontal tem despontado no contexto das políticas públicas no Brasil, por oferecer respostas aos principais dilemas que afligem os entes mais frágeis da federação brasileira, os municípios. Dentre os problemas mais graves, destaca-se a falta de recursos e a ineficácia gerada pela pequena escala de funcionamentos das estruturas municipais de prestação de serviços públicos (DINIZ FILHO, 2013).

Levando em consideração o acesso aos serviços de saúde aliado a falta de recursos na área da saúde, muitas vezes, a única alternativa para que os municípios possam atender a demanda reprimida do SUS, especialmente quando se trata de especialidades, é a formação de consórcios intermunicipais de saúde.

É importante ressaltar que a atuação dos agentes locais fortalece o processo de municipalização da saúde por meio do CIS, onde a esfera local passa a ser uma instância de tomada de decisão para o planejamento e a gestão dos serviços de saúde. É através da gestão associada e compartilhada que se amplia o diálogo entre os atores do território para implementar políticas públicas de dinamização local.

2.4 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE

Os consórcios se apresentam como instrumento estratégico do Estado brasileiro contemporâneo para superar os desafios apresentados por esse novo ciclo de desenvolvimento da

sociedade brasileira. Desenvolvimento pautado nas instâncias municipais e em sua gestão, para prover bens e serviços públicos (CARLOS & TREVAS, 2013). De acordo com Batista (2011b, p. 29)

O consórcio como instrumento de desenvolvimento regional permite o atendimento de demandas locais e regionais de forma direta e adequada à realidade. O consórcio estabelece seu território em torno de um problema comum.

Desta forma, os consórcios públicos aparecem como possibilidades para viabilizar a solução de problemas com base na cooperação entre municípios, em substituição aos conflitos e à disputa individualizada por recursos. A participação em um Consórcio propicia a articulação regional dos municípios, fortalecendo sua atuação em relação a outros níveis governamentais e possibilitando a atuação municipal para além de suas fronteiras geográficas (CRUZ *et al.*, 2009).

Para Laczynski & Abrucio (2013), os consórcios públicos são arranjos construídos em um território capaz de dar condições administrativas para o município, no intuito de promover diálogo entre os atores locais, que têm o saber local, em especial de municípios pequenos, para articular e alavancar políticas públicas municipais. Dessa forma, os atores locais que conhecem a realidade da região podem utilizar melhor os recursos que o território oferece. Segundo Coleman (1999), a ação do indivíduo colabora para a produção do bem coletivo, sendo assim, o capital social facilita certas ações de certos atores, tornando possível a consecução de certos fins que na sua ausência não seria possível.

Seguindo os pressupostos da cooperação como parte do processo descentralização, Cunha (2004) aponta que os consórcios públicos funcionam como ferramenta estratégica do federalismo administrativo para coordenação de políticas públicas e dos recursos aplicados de responsabilidade partilhada entre as instâncias governamentais (Governo Federal, Estados e Municípios), favorável para a cooperação e provisão dos bens e serviços públicos, como forma de superar as precariedades e as limitações institucionais no Brasil.

Para Batista (2011b), os consórcios públicos fortalecem a autonomia do município descentralizando as ações de governo, bem como ajuda o município a superar sua incapacidade de investimento público, onde as prefeituras menores podem receber o apoio das prefeituras que dispõem de melhor infraestrutura. Assim, os consórcios melhoram o relacionamento das Prefeituras com outras esferas de poder, criando mecanismos eficientes para a gestão pública na elaboração e financiamento de projetos e na resolução de problemas regionais sem se limitar às fronteiras administrativas e de ações inacessíveis a um único município. Consequentemente, a cooperação

aumenta a capacidade do município de realização, pois permite o planejamento de políticas públicas de forma conjunta e com a participação de todos os membros, através da constituição de aparatos institucionais competentes, com capacidade técnica e de recursos, o que facilita a compreensão dos pontos fracos e dos pontos fortes existentes na região.

Nesta perspectiva, os consórcios em sua grande maioria surgiram para dar conta das necessidades técnico-administrativas dos municípios, no que tange a oferta de serviços de saúde. Assim, os municípios consorciados precisam atentar-se aos aspectos relevantes da gestão municipal e um dos pontos importante, neste contexto, é o controle político-administrativo desse arranjo institucional, que permite a gestão no tocante às suas decisões e ações, com embasamento nos princípios de economia, eficiência, eficácia e efetividade (BRASIL, 2006).

No estudo de Ribeiro e Costa (2000), os consórcios públicos são considerados instrumentos de inovação da gestão do SUS, através da cooperação e coordenação política de saúde em nível local, para o provimento de serviços requeridos, principalmente pelos municípios de pequeno e médio porte populacional.

Ao se buscar práticas inovadoras de gestão que concretizem os princípios do SUS, os consórcios intermunicipais tornam-se ferramentas de transformação social pela busca do poder local. Para Batista (2011b), estes arranjos institucionais podem constituir num importante espaço de diálogo das relações intergovernamentais com a sociedade civil, facilitando o planejamento regional estratégico na busca do desenvolvimento local.

As principais vantagens dos consórcios públicos no SUS apontadas por Santos *et al* (2013) são: maior efetividade na produção da saúde; na disponibilidade de ações e serviços; na melhoria da eficácia de gestão; no aprimoramento do suporte logístico ou na estruturação do mesmo; para organização e funcionamento das redes de saúde, para o fortalecimento do poder de negociação e compra dos entes federados, bem como, para o enfrentamento de diferentes problemas regionais.

Em relação às vantagens apresentadas, nota-se o aprimoramento da gestão dos serviços de saúde como premissa da ação consorciada, norteadas pelo princípio da eficiência e eficácia na produção de bens e serviços públicos, como forma de superar as ineficiências e as limitações dos municípios.

Na realidade, o nível local torna-se importante para fomentar políticas públicas de melhoria à saúde da população criando condições propícias para o desenvolvimento regional. De acordo com Brandão (2008), a formação de novos arranjos institucionais, através dos consórcios

intermunicipais, seria uma estratégia de transformação do território para o enfrentamento de problemas de modo compartilhado.

Em seu trabalho, Lima (2000) relata que os Consórcios Intermunicipais de Saúde são considerados como alternativa de gestão para o município, para que estes possam desenvolver ações de saúde para um determinado território, em todos os níveis de atenção, especialmente na atenção secundária e terciária da saúde.

Os autores Carlos e Trevas (2013) corroboram com a afirmação de que os CIS podem ser considerados como instrumentos de cooperação e coordenação para prover acesso a bens e serviços públicos através da gestão associada dos serviços de saúde, onde os atores estratégicos do instituto buscam resolução de questões e problemas em comum. Assim, estes arranjos institucionais são percebidos como saída para superar as limitações e insuficiências dos municípios em implantar e gerenciar serviços públicos.

A figura do CIS na promoção do desenvolvimento local se configura na forma de gerir serviços de maneira compartilhada, de maneira interfederativa, que permite a realização do federalismo cooperativo. O consórcio é grande aliado na gestão compartilhada de determinados serviços, como é o caso do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), possibilita a realização de compras conjuntas de material, equipamento e medicamento; compartilhamento de equipamentos e de pessoal técnico; e unidades de saúde como hospital e centros clínicos (SANTOS *et al*, 2013). Por isso,

Os consórcios de saúde podem se configurar numa boa estratégia de fortalecimento do SUS regional, no tocante a integração de determinados serviços que, se desenvolvidos por diversos entes, produzirá ganho de escala, economia processual, troca de conhecimentos, proximidade dos interesses, agregando valores ao somar recursos de diversos entes para a consecução de finalidades comuns (SANTOS *et al*, 2013, p. 110).

Nas palavras de Rocha e Faria (2004, p. 13):

O Consórcio Intermunicipal de Saúde pode ser definido como a união ou associação de dois ou mais municípios visando à resolução de problemas do setor e a busca de objetivos mediante a utilização conjunta dos recursos humanos e materiais disponíveis.

Neste sentido, a reunião de municípios vizinhos, ou de uma mesma região, viabiliza a gestão pública de territórios na construção de alianças estratégicas em que a resolução de problemas

comuns só pode se dar por meio de ações conjuntas (BRASIL, 2008b). Essa nova configuração é vista pelos autores Klering *et al* (2010) como possibilidade de articulação com as demais esferas governamentais e como possibilidade das esferas municipais de prestar procedimentos em todos os níveis de atenção para garantir o atendimento pleno de saúde à população.

É importante ressaltar que a associação é uma forma de cooperação entre os municípios e estimula as esferas municipais na condição de agentes do seu próprio desenvolvimento e organização do território para prover melhoria da saúde para à população em todos os níveis. Já a cooperação entre os entes federados e entre as esferas municipais fortalece a autonomia e a capacidade de barganha dos municípios, além de ampliar a escala de oferta e acesso aos serviços e bens públicos de saúde. Sendo assim, a cooperação entre os municípios pode apresentar diversos resultados como: ampliação do atendimento aos cidadãos; alcance das políticas públicas; melhor eficiência no uso dos recursos públicos e a realização de ações que sozinho o município não conseguiria resolver, como carência de recursos financeiros, tecnológicos e humanos para execução das atribuições que lhes competem (ROCHA & FARIA, 2004). Neste modelo,

[...] a associação intermunicipal se apresenta enquanto alternativa para a superação de dificuldades de várias naturezas relacionadas à oferta de bens e serviços coletivos. Nessa direção vários municípios de diferentes estados tem se associado para o enfrentamento de variados problemas nas áreas de saúde, saneamento ambiental, infra-estrutura, turismo, meio-ambiente, desenvolvimento regional, entre outros. O consorciamento também propicia a potencialização da influência política na negociação por recursos e na viabilização de projetos junto a outras instâncias públicas e privadas (BRANDÃO, 2008, p. 48).

Essas regiões associativas agregaram municípios definidos como o menor território organizado para formar arranjos territoriais com regiões de maior tamanho, na busca do desenvolvimento regional (BOISIER, 1996). Na saúde, a gestão associada possibilita aos gestores municipais a organização dos sistemas de saúde para viabilização do atendimento ambulatorial especializado e hospitalar, com intuito de atingir os níveis de atenção secundária e terciária, onde o indivíduo é beneficiado tanto com cuidados básicos como nos que exigem maior complexidade e alta tecnologia.

Entende-se que os Consórcios Intermunicipais de Saúde são práticas do sistema de saúde preconizada na constituição de 1988, de gestão compartilhada dos serviços, através do associativismo para reunir recursos e prover o sistema de saúde. A formação dos Consórcios de Saúde depende da cooperação acordada de interesses comuns entre os gestores municipais para viabilizar serviços públicos dentro de uma realidade específica visando uma prática mais incluyente

do SUS (LIMA, 2000). Para Santos *et al* (2013) os consórcios têm muitos pontos positivos e o principal deles é possibilidade de unir o que a descentralização separou. Segundo Coelho e Veloso (1997, p. 37), as vantagens propiciadas pela formação do consórcio de saúde são:

a) Permite que a população seja tratada na própria região, sem a necessidade de deslocamento para os grandes centros; b) viabiliza o acesso dos usuários do SUS à moderna tecnologia médica; c) reduz a ociosidade dos equipamentos; d) facilita a troca de experiências administrativas, técnicas e científicas entre os municípios; e) auxilia na captação de recursos para a região; f) permite a uniformização na política de pessoal, realizando concursos de admissão conjuntos, com planos de cargos e salários semelhantes, para evitar concorrência regional, além de permitir o treinamento de recursos humanos integrado; g) permite a elaboração de programação orçamentária conjunta e planos municipais de saúde com linhas básicas de ação semelhantes, facilitando a elaboração destes procedimentos; h) facilita o estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência; i) permite o desenvolvimento de mecanismos de avaliação e controle comuns; j) maximiza a utilização dos recursos e diminui o custo de compra e contratação de serviços, medicamentos e materiais médico-hospitalares, através da economia de escala, podendo ser feitos processos licitatórios comuns.

De fato, para a criação e manutenção do CIS é necessário haver ganhos oriundos do consorciamento e mecanismos de punição para os municípios que queiram abandonar o arranjo, pois há evidências sobre o aumento de eficiência e de qualidade dos serviços quando da instalação de consórcios públicos. Dessa forma, é possível caracterizar a saúde como importante meio de promoção de ações cooperativas e desenvolvimento do território.

Nas palavras de Rocha e Faria (2009), os resultados positivos da cooperação são: alcance das políticas públicas; atendimento dos serviços requeridos pela população; maior eficiência na utilização dos recursos públicos; aquisição de equipamentos de alto custo ou a implementação de políticas públicas para o desenvolvimento regional. Para os autores

A cooperação pode ser, assim, uma maneira de se reunir esforços para suprir a carência individual dos municípios em recursos financeiros, tecnológicos e humanos necessários à execução das atribuições que lhe competem (p.12).

Em termos de cooperação, o êxito de um Consórcio Intermunicipal está relacionado à capacidade de gestão do consórcio enquanto organização política entre os governos locais, dentre as quais se destacam; 1) o estímulo, interno ou externo, ao consorciamento; 2) a existência prévia do que se convencionou chamar de capital social; e 3) a existência de um líder territorial. No caso da saúde, o acesso aos serviços é fator endógeno para o desenvolvimento do território e se fortalecem

através da cooperação (CALDAS & CHERUBINE, 2013). Para os autores, o capital social está relacionado aos laços e relações de confiança entre os atores locais, e essa capacidade de resolução de problemas comuns entre os municípios fortalece a identidade regional.

Pode-se dizer, ainda de acordo com os autores, que o êxito de um consórcio intermunicipal, está relacionado a: 1) um pacto político de fundação forte entre os atores locais envolvidos com a institucionalização do consórcio intermunicipal; 2) capacidade de gestão do consórcio enquanto organização pública; 3) fluxo contínuo e suficiente de recursos financeiros.

Com relação aos fatores facilitadores para a consolidação dos consórcios, Matos e Dias (2012) apontam a cooperação municipal, a facilidade de acesso a recursos, liderança unificada e atualização permanente. Outros fatores destacados foram a unificação de interesses e objetivos comuns, maior força para acessar os órgãos competentes, capacidade de gestão e capacidade técnica para diagnóstico e implantação de ações, bem como, características e realidades parecidas entre os municípios consorciados.

Nota-se que a capacidade de gestão do consórcio torna-se base para construção do SUS, cabendo ao sistema divulgar informações quanto aos serviços de saúde. O sistema tem que ser capaz de oferecer mais a quem precisa (BATISTA, 2011c). O sistema de Gestão de Consórcios Intermunicipais de Saúde (G-CIS) possibilita que os municípios filiados ao consórcio pactuem recursos pela internet de forma fácil e segura; permitindo ainda o agendamento dos recursos, controle de sobras, além de outras funções que minimizam a perda de recursos físicos e maximizam o aproveitamento de recursos financeiros, tanto dos municípios quanto do consórcio (SISTEMA DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA EM INFORMÁTICA, 2015).

A Figura 2 apresenta o funcionamento do G-CIS. O sistema possibilita que os municípios pactuem recursos através do consórcio pela internet, agendando consultas de especialidades, exames ou encaminhamentos solicitados para que o usuário do sistema de saúde seja atendido após sua autorização. O prestador registra os procedimentos executados em seu atendimento e a central do consórcio emite o extrato destes serviços para o seu pagamento e recebe de cada um dos municípios que poderão verificar seus consumos.

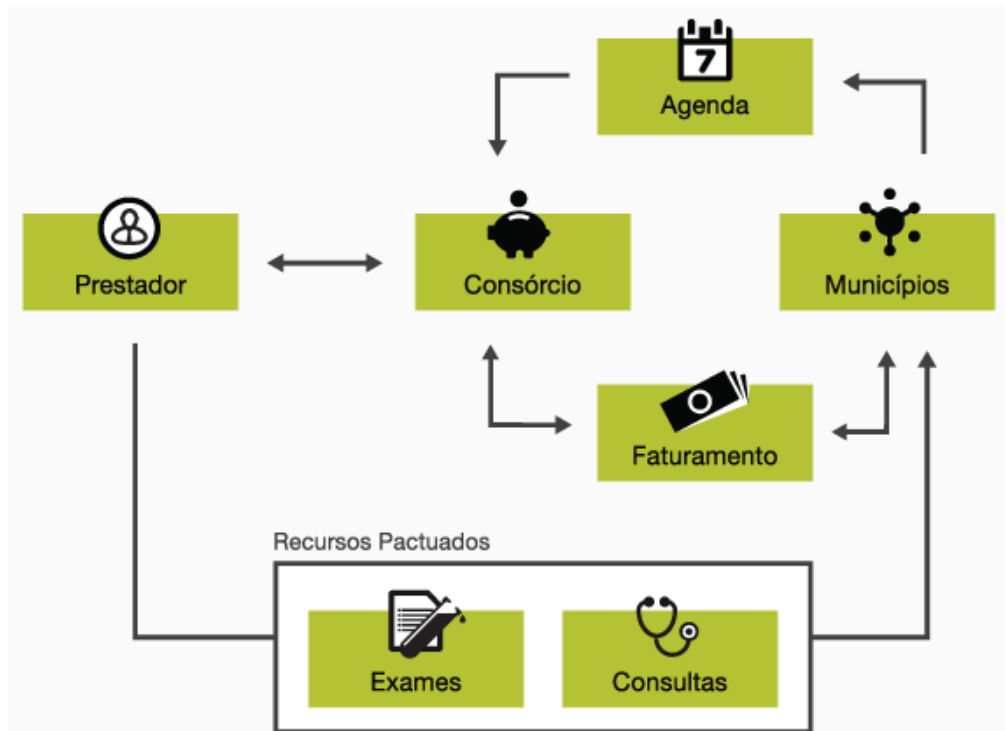


Figura 2: Funcionamento do Sistema de Gestão de Consórcios Intermunicipais de Saúde
Fonte: Sistema de Informatização e Assistência em Informática (2015)

Deste modo, o gestor público que, necessariamente, precisa realizar um esforço cooperado para a solução de problemas, e não o faz, atenta contra os preceitos da administração pública, particularmente no que se refere à eficiência¹ (BATISTA, 2011c). Para Batista (2011b), o atrativo maior para manter e formar o Consórcio Público consiste na definição clara dos objetivos e interesses comuns dos entes federados, identificando as necessidades coletivas. Nesse sentido, a constituição de um Consórcio se sustenta pela cooperação e o consenso em torno de objetivos comuns. Sem um objetivo comum ou com um objetivo imposto pela vontade de apenas um de seus membros, o Consórcio terá dificuldade de se manter. Para o autor, é preciso criar e manter espaços de discussões políticas e técnicas para conduzir o Consórcio no caminho de seus objetivos.

No entanto, a concessão de tais objetivos somente se torna possível caso a prática da cooperação não seja obstada pelos entraves decorrentes das assimetrias existentes entre os consorciados, tais como a subordinação dos municípios de menor porte aos mais fortes, o desequilíbrio nas relações de poder (como por exemplo na indicação de cargos e na distribuição dos

¹ O Princípio da Eficiência veio com a Emenda Constitucional nº 19/98. Pressupõe que a atividade administrativa deve:
 - orientar-se para alcançar resultado de interesse público;
 - manter, de forma integrada, sistema de controle interno com a finalidade de comprovar a legalidade e avaliar resultados, quanto à eficiência e eficácia da gestão orçamentária, financeira e patrimonial;
 - pretender garantir maior qualidade na atividade pública e na prestação dos serviços públicos (BATISTA, 2011c, p.25).

recursos advindos de fontes externas) e a indefinição das responsabilidades de cada consorciado (ROCHA & FARIA, 2004). Na opinião dos autores, fica claro a necessidade de certa simetria dos participantes em relação a tamanho, poder político e recursos materiais para o exercício da cooperação. Brandão (2008, p. 149) também partilha desse ponto de vista afirmando que:

Formas mais cooperativas de relacionamentos entre os entes federativos, também implicam em alguns problemas, pois além da dificuldade em se estabelecer responsabilidades mais clara a cooperação pode resultar em resultados negativos, como a subordinação dos entes mais fracos aos mais fortes, já que a cooperação implica em (re)definição de poder. O desafio é portanto, possibilitar a cooperação sem que esse processo leve a relações assimétricas e à imposição de uns sobre os outros.

Alguns pontos negativos sobre os CIS são apontados pelos autores Santos *et al* (2013) tais como: a regulamentação que torna-se complexa quanto à constituição e elaboração do protocolo de intenções, estatutos etc. Também, as restrições impostas pelo modelo de consórcio de direito privado, como a impossibilidade de se estabelecer convênio com a União.

No tocante à questão sobre quais os fatores que dificultam a cooperação, Matos e Dias (2012) apontam a articulação entre os municípios, as dificuldades estruturais, ou seja, a contratação de recursos e apoio técnico, as dificuldades de implementação de projetos, as dificuldades internas de planejamento de organização, bem como, as dificuldades de articulação com o governo estadual e com as empresas (usuárias) e sociedade civil (ONGs). Outros fatores apontados foram a disponibilidade de tempo para participação, a falta de comunicação, a dificuldade de atendimento das necessidades, a falta de recursos financeiros e os interesses dos municípios não consorciados.

Para Diniz Filho (2013), as cidades menores têm progressivamente sido atraídas pelos CIS, enquanto que aquelas de maiores populações se desligam de tais associações. O autor aponta os seguintes fatores para o processo de escolha dos municípios no CIS como: serviços oferecidos, equipamentos disponíveis, municípios participantes e clínica. No entanto, é preciso levar em consideração as características do consórcio como um todo, por exemplo, a posse de equipamentos de saúde próprios, assim como a administração de uma clínica exclusiva do CIS, o porte do CIS e a transferência de recursos estaduais aos CIS.

No estudo de Gerigk (2013), sobre o trabalho de Robert Axelrod, conhecido como *La evolución da cooperacion*, estudo reconhecido sobre as origens da cooperação e alimentos que a sustentam, o autor apresentou situações em que o pensamento de forma egoísta pode influenciar os atores e causar conflitos de interesses, ou seja, a ação individual de um ator pode causar danos a

outro se não for de forma cooperativa. Assim, um dos fundamentos da cooperação baseada na reciprocidade é a de não exigir para si mais do que é justo. No caso do CIS, as ações planejadas e desenvolvidas se amparam na concordância da maioria sobre a necessidade de sua realização cooperada. Porém, os municípios possuem demandas por saúde diferentes e isso pode causar divergência. Essas divergências precisam ser superadas para que as ações discutidas possam ser aprovadas e realizadas com esforço mútuo, fortalecendo as bases que suportam o arranjo institucional sob a forma de consórcio intermunicipal.

Como o consórcio intermunicipal são associações voluntárias entre entes governamentais para realização de objetivos comuns, a distribuição de benefícios e, custos entre os associados podem tornar incertos os níveis de participação nos benefícios e conseqüentemente, tornar-se problemático. Na hipótese de se beneficiar sem cooperar, os riscos de comportamento do tipo *free-rider*, comportamento “carona”, onde uns se apropriem de rendas ou de frações da produção conjunta disponível a outros, torna-se um problema distributivo em perspectiva regional. Ponto esse, de relevância para estruturar a disposição à cooperação entre parceiros (MACHADO & ANDRADE, 2014).

A forma de consórcio que mais se desenvolveu no Brasil é destinada à resolução de problemas na área da saúde. No país, dos 5.565 municípios, 4.069 estão consorciados. A região com maior quantidade de consórcios públicos no país é a região Sudeste, que agrega os Estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Espírito Santo (CARLOS & TREVAS, 2013).

Os autores Neves e Ribeiro (2006) realizaram um estudo de caso exitoso sobre o CIS mais antigo do setor de saúde, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Penápolis – CISA. O CISA é exemplar por se sustentar há mais de 18 anos, por continuar ampliando sua oferta e possuir uma boa avaliação dos municípios participantes. O consórcio se manteve ao longo do tempo pela sua capacidade operacional, com ganho de escala para os seus participantes, pelo aumento da sua oferta em especialidades e diagnose e pelo seu espectro de ação com a instituição de diversos serviços. O estudo sugere que exista um ambiente favorável à manutenção do consórcio e afirma que esse tipo de cooperação pode responder adequadamente às demandas regionais com flexibilização e sustentabilidade desejável ao SUS.

Nos estudos de Lima (2000), o Estado de São Paulo foi o primeiro, em 1985, a realizar o consórcio como alternativa de gestão. Porém, o Estado de Minas Gerais em apenas três anos (de 95 a 97) incentivou a implementação de Consórcios Intermunicipais de Saúde e foram criados 52 consórcios, abrangendo 587 municípios, ou seja, aproximadamente 70% dos municípios do Estado.

O autor ressalta a necessidade de implantação de consórcios em outros estados do Brasil, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, pois estas são regiões que apresentam os maiores problemas de acesso aos serviços de saúde, seja pela distância ou pela carência entre os municípios.

É o que afirma os dados do Ministério da Saúde, onde o país conta hoje com 176 Consórcios Intermunicipais de Saúde distribuídos em 12 estados brasileiros, e o Estado de Minas Gerais é o Estado com maior número de consórcios, possuindo 68 consórcios, abrangendo 700 municípios e uma população de aproximadamente 13 milhões de habitantes (MAIA *et al*, 2010).

3 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS

O Estado de Minas Gerais, situado na região Sudeste do Brasil, possui uma extensão territorial de 586.519,727 km², densidade demográfica de 33,41 hab/km², com população estimada para 2015 de 20.869.101 habitantes, possui 853 municípios (IBGE, 2013). Em relação ao planejamento e a organização do sistema de saúde, o Estado de Minas Gerais enfrenta atualmente uma grave crise financeira. Para Brant (2004), Minas Gerais não está cumprindo o disposto na Constituição Federal ao investir o percentual mínimo na saúde. Em outro momento, Minas Gerais foi habilitado, em 2002, na Gestão Plena do Sistema Estadual, desde que se comprometesse a repassar os recursos devidos. No entanto, o Ministério da Saúde habilitou Minas Gerais sem que o Estado cumprisse com o preceito constitucional.

Há de se registrar que as limitações apontadas podem levar a consequências indesejáveis, e o Estado não vem se empenhando o suficiente para cumprir a determinação constitucional, tornando difícil implementar totalmente a regionalização. Mesmo assim, Minas Gerais investiu na melhoria de hospitais de referência em diversas regiões, o que contribui em muito para o funcionamento da rede regionalizada e hierarquizada (BRANT, 2004).

Sobre a análise de eficiência da saúde, percebe-se que, na região sudeste, uma média de aproximadamente 446 estabelecimentos de saúde por microrregião, 2.257 de equipamentos de saúde, aproximadamente, 4.234 profissionais, uma produção ambulatorial aproximada de 4.234 e 54.325 famílias acompanhadas. São, aproximadamente, 134 microrregiões com população inferior a 500 mil habitantes (SANTOS *et al*, 2010).

No Estado, as regiões apresentam características distintas quanto à distribuição populacional, densidade demográfica e características socioeconômicas. A maioria dos municípios, aproximadamente 57%, é de pequeno porte e tem população menor de 10.000 habitantes, 40% tem população maior que 10.000 e menor que 100.000 habitantes, e apenas 27 (3%) dos municípios tem uma população com mais de 100.000 habitantes (MALACHIAS *et al*, 2011).

Segundo IBGE (2002), o porte populacional dos municípios tem um peso significativo na oferta de bens e serviços, ou seja, os municípios de maior porte populacional recebem maiores investimentos públicos e privados no setor de saneamento básico e o acesso a bens e serviços públicos de saúde encontra-se em regiões com maior desempenho socioeconômico. Já os municípios de menor porte populacional, considerados a maioria, são servidos por entidades

municipais e expressam um quadro marcante de desigualdades regionais.

Dentre as estratégias de compartilhamento de responsabilidade e co-gestão, destacam-se os consórcios intermunicipais de saúde, considerados como importantes instrumentos gerenciais. Na pesquisa realizada pelo IBGE (2010), dos 853 municípios do Estado de Minas Gerais, 657 deles participam do consórcio público intermunicipal, 79 municípios do consórcio público estadual e 47 municípios participam do consórcio público federal. Em Minas Gerais, as microrregiões com melhor aproveitamento dos recursos em saúde são Januária, Janúba, Salinas, Montes Claros, Grão Mogol, Bocaiuva, Peçanha, Manhuaçu, Muriaé e Belo Horizonte (SANTOS *et al*, 2010).

No Estado, os consórcios atuam em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, de forma a evitar conflitos e otimizar o planejamento e a distribuição de recursos. Nesse sentido, o modelo de atenção à saúde considera a divisão assistencial adotada pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) como ferramenta de atenção a saúde para atender a demanda e a necessidade de saúde identificada. O PDR definiu que todos os municípios são responsáveis pela atenção primária, os Municípios-polo de Microrregiões devem oferecer atenção secundária com alguns procedimentos de alta complexidade mais frequentes e os Municípios-polo de Macrorregiões devem ofertar atenção terciária. De acordo com Brant (2004), a elaboração do PDR de Minas Gerais ocorreu a partir de uma discussão exaustiva em cada região até que se chegasse a um consenso entre os gestores municipais em relação as peculiaridades locais.

O PDR de saúde de Minas Gerais visou estabelecer o processo de descentralização dos bens e serviços públicos de saúde do Estado para implementação da gestão micro e macrorregionais, por meio das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) que define os investimentos e estruturação do SUS. A CIB-SUS/MG é constituída de acordo com a organização dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) é representada pelas 28 Gerências Regionais de Saúde – GRS, composta pelos secretários municipais de saúde das microrregiões (CRUZ, 2011).

Ainda, segundo a autora, a CIB, considerada como espaço de negociação e tomada de decisão na Saúde Pública do Brasil, constitui condição essencial para a regionalização e hierarquização de suas ações e serviços, para qualificação da gestão, além da garantia de acesso e melhoria da assistência à população do Estado. A CIB SUS/MG é composta por 11 dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e 11 representantes-membros de representação dos Secretários Municipais de Saúde (Colegiado de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS). Além disso, a CIB Micro e Macrorregionais visam aumentar a governabilidade do Estado, que possui presença paritária com os municípios nesses espaços, ampliando sua capacidade de conduzir as políticas de

saúde.

Minas Gerais têm contribuído para os avanços na organização de redes articuladas e resolutivas de serviços de saúde e têm se destacado no desenvolvimento das políticas públicas de saúde brasileira. Neste sentido, a conciliação dos territórios dos CIS com o PDR é de fundamental importância para o fortalecimento das redes de atenção à saúde (MAIA *et al*, 2011).

Além dos conselhos de saúde, a Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais (ALEMG) se constitui uma instância de controle social do SUS, como fórum de discussão de questões fundamentais da saúde e como porta de entrada das reivindicações e denúncias de diversos atores sociais no campo da saúde em geral. Além disso, a Constituição Mineira, espelhando-se na Constituição Federal de 1988, institui o orçamento como um programa de ação do governo, através do qual se destinam recursos para solução dos problemas percebidos como prioritários pela comunidade. Dessa forma, a participação do Legislativo assegura o caráter democrático relevante no processo de formulação e implementação das políticas públicas e de alocação de recursos públicos (BRANT, 2004).

Em outro momento, para garantir a economia de escala e amenizar a escassez de recursos como forma de promover acesso a população, o PDR de Minas Gerais concentra os serviços de média complexidade nos pólos microrregionais e os serviços de alta complexidade nos pólos macro-regionais. De acordo com COSECS (2010), o Estado é dividido em 12 mesorregiões, subdivididas em 66 microrregiões e o PDR divide o território mineiro em 13 macrorregiões e 75 microrregiões.

Estima-se que são realizados pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais cerca de 700 mil consultas especializadas e 700 mil diagnóstico a cada ano. Além disso, os consórcios são parceiros da SES/MG em outros programas, em especial, o Sistema Estadual de Transporte (SETS) que proporciona o transporte dos usuários do SUS (MAIA *et al*, 2011).

O Sistema Estadual de Transportes em Saúde foi implantado em 2005, com o objetivo de assegurar os preceitos fundamentais do SUS, que é a garantia de acesso aos serviços de saúde através de transporte eficiente e humanizado, gerando ainda, economia de escala e maior racionalidade administrativa. O SETS visa integrar os municípios da microrregião em um mesmo planejamento. aos diversos pontos da rede de atenção à saúde do Estado de Minas Gerais, garantindo o deslocamento do paciente às unidades de atendimento para realização de seus exames e/ou consulta especializadas fora de seu domicílio. A gestão do SETS é feita pelos consórcios de cooperação intermunicipais. De acordo com Marques & Lima (2009, p. 209):

O Sistema de Transporte em Saúde vem alcançando resultados significantes, causando um impacto financeiro de até 70% de redução dos gastos municipais com transporte de usuários dos serviços de saúde. Além da diminuição considerável do absenteísmo, percebe-se, de imediato, a grande satisfação dos usuários ao serem transportados de forma mais digna e humanizada.

Estes arranjos institucionais, segundo Viana *et al* (2002), refletem na capacidade gestora das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS). O Estado de Minas Gerais é considerado como gestão avançada do sistema estadual, onde é possível evidenciar maior grau de participação da instância estadual na gestão dos sistemas de saúde. Por essa razão, cabe destacar o papel da instância estadual no processo de regionalização da assistência a saúde.

Uma avaliação detalhada da experiência de Minas Gerais com o consorciamento foi realizada por Rocha e Faria (2004) que constataram que os resultados na cooperação intermunicipal na área da saúde são igualmente heterogêneos, onde a cooperação se institucionalizou ou se mantém apesar das dificuldades enfrentadas e, em outros casos, que o consorciamento não se concretizou em cooperação efetiva.

Nesse estudo, Rocha e Faria (2004) apresentam os fatores que facilitam e que dificultam a implementação dessas experiências bem sucedidas de cooperação no Estado de Minas Gerais, e, consideram que consórcios compostos por municípios mais homogêneos em termos populacionais têm mais chances de dar certo e uma assimetria, neste caso, de porte populacional, pode levar para os municípios mais fortes o favorecimento sobre os mais fracos. Outros fatores apontados foram: a confiança como requisito de institucionalização e efetivação da cooperação; as diferenças político-partidárias que podem influenciar as relações entre lideranças municipais redundando no fracasso da cooperação; a lógica político-eleitoral, onde os atores podem produzir situações de interesse próprio. Vale lembrar que em casos bem sucedidos de CIS no Estado, a política municipal está preconizada nos critérios técnicos-instrumentais de modo que o consórcio fique menos vulnerável aos interesses políticos.

3.1 PROCESSO HISTÓRICO DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

A história do associativismo na área da saúde no Estado de Minas Gerais começa no ano de 1993, de forma bastante atípica. Foram criados, nesse ano, dois CIS, a partir de estruturas de saúde pré-existente e sub-utilizadas. O caso pioneiro ocorreu na cidade de Moema, na região do Alto Rio

São Francisco, denominado de CIS ASF (Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Alto São Francisco), servindo de exemplo para a criação do CIS MARG (na Microrregião do Alto Rio Grande) (DINIZ FILHO, 2013).

A associação dos municípios em consórcios para distribuição de bens e serviços de saúde no Estado de Minas Gerais foi uma iniciativa do então diretor da Faculdade de Ciências Médicas de Belo Horizonte, José Rafael Guerra, que precisava achar um local adequado para seus alunos cursarem a “residência médica”; e que acabou por convencer o prefeito da cidade de Moema a compartilhar a administração do Hospital Local, recém-inaugurado (ROCHA & FARIA, 2004).

Ao assumir a administração do Hospital, a Faculdade de Ciências Médicas iniciou o processo de criação de primeiro CIS em Minas Gerais, CIS ASF, com a participação de 15 municípios, adotando um modelo inspirado na experiência do consórcio de Penápolis, implantado nessa cidade do estado de São Paulo na década anterior. Uma segunda experiência iniciou-se do mesmo modo, como resultado de uma parceria entre a mencionada Faculdade de Ciências Médicas e a prefeitura da cidade de Santo Antônio do Amparo, CIS MARG (ROCHA & FARIA, 2004).

Em 1995, com a nomeação para o cargo de Secretário de Estado de Saúde, de um dos envolvidos na experiência de criação do CIS ASF e CIS MARG, foi levado para o âmbito da administração estadual o tema associação intermunicipal na área da saúde, incentivando a criação de consórcios. Nesse período, fica clara, a predominância das cidades pequenas no conjunto de municípios consorciados em Minas Gerais (DINIZ FILHO, 2013).

A partir da eleição de Eduardo Azeredo para o governo mineiro, em 1995, e da nomeação do referido José Rafael Guerra para a Secretaria de Estado da Saúde, a criação dos consórcios ganhou impulso, pois era a principal meta do governo para a área de Saúde Pública. A Secretaria de Saúde passa a orientar os municípios sobre os procedimentos para a criação e estruturação dos consórcios através da promoção de reunião com os prefeitos. Como forma adicional de pressão, o então secretário acenou com a possibilidade de liberação de recursos estaduais para o setor apenas através da mediação dos consórcios. Nascia assim uma das maiores experiências em consorciamento municipal do país (em número de consórcios e população abrangida). Não é de se estranhar, portanto, que a maioria dos atuais consórcios intermunicipais de saúde do estado de Minas Gerais, tenham a data de fundação entre 1995 e 1996, incluindo o caso estudado do CISMAS. Somente entre 1995-1998 foram criados 66 consórcios de saúde em Minas Gerais (ROCHA & FARIA, 2004).

No entanto, os consórcios intermunicipais de saúde não se constituem como a primeira experiência de associativismo em Minas Gerais. Antes deles, as Associações Microrregionais (AM)

foram responsáveis por dinâmica bastante semelhante à que marcou a trajetória dos CIS na década de 1990. O PRODEMI (Programa de Desenvolvimento Microrregional) tinha como objetivo fomentar a criação de associações de municípios que fizessem parte das mesmas microrregiões administrativas de Minas Gerais na década de 1970, dando a essas condições de realizar funções de importância crucial para os administradores municipais (sobretudo das pequenas cidades) (DINIZ FILHO, 2013).

Diante do exposto, considera-se que tanto as AMs e CIS sobreviveram com o apoio estadual, que almejava ocupar seu espaço junto às prefeituras, na busca de maior efetividade na realização de suas políticas. Assim, a criação de AMs foi um impulso inicial do associativismo e o CIS aproveitou o legado associacionista criado pelas AMs, no qual, o Governo do Estado logrou por incentivar os municípios a cooperação. Nota-se a influência das associações na configuração territorial dos consórcios.

Os consórcios estão organizados no Colegiado de Secretários Executivos de Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (COSECS/MG), que tem por função ser um fórum permanente de discussão para os secretários executivos, promover a integração dos consórcios e garantir a representatividade dos consórcios junto às demais esferas da saúde pública. Atua como uma espécie de “consórcio dos consórcios”, orientando os associados em relação a uma série de questões jurídicas e contábeis, e apresentando demanda junto à Secretaria de Saúde de Minas Gerais e ao Ministério da Saúde.

Esses arranjos institucionais atuam em parceria com a Secretária Estadual de Saúde, de forma a evitar conflitos de competência e otimizar o planejamento e a distribuição de recursos, considerados interesses comuns entre os associados. Assim, têm sido efetivados incentivos financeiros e investimentos com intuito de promover melhoria da qualidade dos serviços nas regiões com maior necessidade, onde se busca resolver os problemas de saúde através de ações conjuntas, racionalização dos recursos e do ordenamento da demanda (MALACHIAS *et al*, 2011).

Além de todo o trabalho desenvolvido junto às Secretarias Municipais de Saúde no atendimento a consultas de média especialidade, na realização de exames e no transporte dos pacientes, os Consórcios Intermunicipais de Saúde são parceiros da Secretaria de Saúde no gerenciamento de ações como: o programa Viva Vida, que objetiva a redução da mortalidade materna e infantil; a Rede Macrorregional de Urgência e Emergência, que visa ao aperfeiçoamento do atendimento em urgências e emergências no estado; os Laboratórios Microrregionais de Análises Clínicas; e na operação do Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS), que proporciona o

controle, a qualidade e a humanização do transporte dos usuários dos SUS (MAIA *et al.*, 2011).

Para Diniz Filho (2013), a transferência direta de recursos pelo Governo do Estado ao CIS exerceu influência significativa sobre a estrutura e funcionamento deles. Em 2004, havia 694 municípios consorciados em Minas Gerais, enquanto que, em 2012, esse total passa a ser de 720. Foram registrados casos de desligamentos e associação a mais de um CIS.

Em Minas Gerais, 98% dos consórcios são informatizados, o que implica em boa prática administrativa e de gestão, facilitando a adoção de medidas visando integrar os serviços do consórcio ao Sistema Único de Saúde – SUS, pelo qual, a informatização serve de planejamento estratégico para análise de projetos e tomada de decisão (COSECS, 2010).

Na área da saúde, o melhor Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde, IDSUS de acesso e efetividade ambulatorial e hospitalar da região sudeste, encontra-se no Estado de Minas Gerais. Prates (2012) acredita que esse indicador de saúde está relacionado à grande quantidade de consórcios públicos de saúde no Estado.

3.2 PLANO DIRETOR REGIONALIZAÇÃO – PDR DA SAÚDE DE MINAS GERAIS

Em Minas Gerais, a eleição dos consórcios como instrumentos de ações coletivas para organização das demandas e oferta de serviços básicos de saúde objetiva reunir recursos financeiros, materiais e humanos para prover atendimento ambulatorial e hospitalares de média complexidade, com intuito de evitar desperdício de recursos, em geral escassos. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais vêm demonstrando sua efetividade junto aos municípios para resolver problemas comuns: melhoria do acesso aos serviços de saúde, maior oferta de serviços, um maior controle da qualidade dos serviços prestados, uma diminuição considerável de custos (COSECS, 2010).

O processo de adequação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde ao Plano Diretor de Regionalização - PDR (e vice-versa) no Estado foi constituído ao longo de 1999 a 2009, como ferramenta de planejamento e gestão em âmbito estadual, regional e municipal dos serviços públicos de saúde, cria base para implantação e capacitação da gestão microrregional do Estado e implementa um nova concepção de modelo de atenção à saúde, ampliando a capacidade do território e sua relação com a gestão das redes da atenção à saúde. Sobre o território, há uma responsabilidade sanitária, isso significa envolver espaços intermunicipais para racionalização de

gastos e otimização na aplicação de recursos, com ganho de escala nas ações, serviços e recursos de saúde no nível regional (MALACHIAS *et al*, 2011). De acordo com os autores (p. 19), o

PDR – Plano Diretor de Regionalização - Instrumento de planejamento e gestão que na área da saúde objetiva direcionar a descentralização com vistas a promoção de maior e mais adequada acessibilidade dos usuários considerados os princípios da integralidade, equidade e economia de escala.

No aprofundamento da descentralização como equidade no acesso, o PDR fundamenta-se, de acordo com o Ministério da Saúde (2002), na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência a saúde, por meio da organização de territórios objetivando garantir o acesso dos cidadãos às suas necessidades.

No processo de regionalização, os objetivos do PDR-MG consistem em abranger microrregiões com população mínima de 150.000 mil habitantes e o máximo de 150 km ou duas horas de distância para o atendimento, privilegiando o acesso ao ganho de escala. Porém, o atendimento de alta complexidade enfrenta uma grande barreira para o acesso do paciente, devido a considerável distância percorrida pelo paciente em busca de atendimentos. Como o processo de desenvolvimento e ocupação territorial de Minas Gerais é irregular, a localização destes pólos, sobretudo macrorregionais seguiu esta tendência. Entretanto, problemas de ordem logística, técnica e político-burocrática impedem que os objetivos de garantir o direito à saúde da população torne realidade (SILVA & RAMIRES, 2010).

Para Malachias *et al* (2011), o PDR cria a base territorial para uma distribuição ótima de equipamentos de saúde e efetivação do SUS e de seus princípios, onde a atenção primária deve ser próxima dos usuários destes serviços. As unidades secundárias de saúde (média complexidade) devem ser localizadas nas microrregiões e as unidades terciárias (alta complexidade) nas macrorregiões. Esse desenho do PDR mineiro permite construir redes de atenção à saúde, eficientes e de qualidade. Faz parte do Plano Diretor de Regionalização, sua avaliação baseada nos objetivos gerais e específicos apresentados no Quadro 2 abaixo.

Quadro 2: Objetivos do Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais

OBJETIVOS	
GERAIS	ESPEFÍCICOS
Distribuir e ordenar os espaços territoriais da unidade federada conforme o modelo de atenção a saúde tendo em vista a organização das redes e os princípios da equidade, integralidade, economia de escala, escopo e acessibilidade da população.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar e propor novos padrões espaciais de oferta de serviços, de produção, de necessidades, de fluxos, conforme modelo de atenção esperado; - Implementar e fortalecer a descentralização - Subsidiar a organização das redes de atenção à saúde; Subsidiar a organização do fluxo, orientação da demanda, a oferta de serviços com equidade; <ul style="list-style-type: none"> - Definir limites territoriais das micro e macrorregiões conforme critérios populacionais e acessibilidade, com base nos fluxos assistenciais, mas tendo em vista sua otimização e a tipologia; - Estabelecer bases e padrões para os cálculos dos vazios assistenciais e da resolutividade de cada nível e de cada região; - Subsidiar a construção de estratégias para ideias de pertencimento regional; - Subsidiar a compatibilidade da gestão com as ações da assistência; - Subsidiar a construção da equidade e da integralidade.

Fonte: Malachias *et al* (2011).

De acordo com a Quadro 2, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) tem como objetivo o planejamento integrado entre os gestores municipais nas ações de assistência à saúde, tendo em vista a organização dos estados em módulos e microrregiões de saúde com níveis crescente de complexidade dos serviços de atenção, visando aumentar a capacidade de gestão do SUS e melhorar o acesso a todos os cidadãos.

Para o Ministério da Saúde (2002b), o PDR é considerado como instrumento de gestão do SUS, pois fornece subsídios importantes para a elaboração do Plano Estadual de Saúde. Outro importante instrumento é a Programação Pactuada Integrada (PPI). É por meio da PPI que se dará na efetividade do que foi pactuado. Logo, existe uma relação direta entre essas ferramentas para que o gestor municipal faça o planejamento das ações de assistência à saúde, levando em consideração a regionalização dos serviços de saúde no seu respectivo estado.

No estudo de Oliveira *et al* (2007), os autores constataram que há distorções no planejamento proposto e na realidade da regionalização dos serviços de média e alta complexidade no Estado de Minas Gerais, com graves problemas de iniquidades no acesso e com grandes deslocamentos da população com piores condições socioeconômica e sugere uma reavaliação da rede de serviços propostas para as iniquidades de acesso e para as diferenças urbanas, de modo a minimizar essas diferenças.

O PDR no Estado de Minas Gerais é um dos componentes estruturadores para a formação de consórcios públicos e conciliação dos territórios para o fortalecimento das redes de atenção à saúde (MALACHIAS *et al*, 2011; MAIA *et al*, 2011). Para Maia *et al* (2011), o PDR é também base

territorial utilizada pelas Comissões Intergestores Bipartite Microrregionais e Macrorregionais (CIBMicros e CIBMacros), criadas para acelerar o processo de implantação do SUS, pela necessidade de ampliar a negociação entre os entes municipais e estaduais. Esse modelo de institucionalização volta-se para os consórcios públicos na gestão das ações de atenção secundária. Desse modo, um dos grandes desafios da gestão SUS/MG é reduzir a distância entre a gestão político-administrativa (GRSs) e a gestão das redes de atenção à saúde (PDR). Para os autores, os consórcios se consolidam como importantes parceiros do governo mineiro na oferta de serviços de saúde e na gestão operacional das redes de atenção. São mais de 700 mil consultas especializadas e 700 mil procedimentos diagnósticos realizados a cada ano, beneficiando quase 700 municípios e uma população aproximada de 13 milhões de habitantes.

Neste sentido, o PDR como instrumento para planejamento de ações no Estado de Minas Gerais divide todo o território em 13 macrorregiões e 75 microrregiões que hierarquizam o acesso aos serviços de média complexidade no estado (COSECS, 2010). Já o PDR-SUS/MG (2014) apresentou 80 microrregiões de saúde caracterizando o crescimento dessas microrregiões no Estado mineiro (TABELA 1).

Tabela 1: Macrorregiões de Saúde do Estado de Minas Gerais

MACRORREGIÕES DE SAÚDE	QDT. MICRORREGIÕES DE SAÚDE
Sul	12
Centro	10
Norte	9
Nordeste	8
Sudeste	8
Leste	7
Oeste	6
Noroeste	3
Leste do Sul	3
Centro Sul	3
Triângulo do Sul	3
Triângulo do Norte	3
Jequitinhonha	2
TOTAL	80

Fonte: PDR-SUS/MG (2014)

Conforme se observa na Tabela 1, as Macrorregiões Sul e Centro são as que possuem maior número de Microrregiões. De acordo com Linhares (2011), a região Centro-Sul apresenta maior incidência de consorciamento no setor de saúde pública. Segundo o PDR/MG (2014), a

Macrorregião Sul, dividida em doze microrregiões, possui aproximadamente 54.000KM² de extensão territorial, 153 municípios, com população estimativa de 2.745.220 (TABELA 2).

Tabela 2: Adscrição e população da macrorregião Sul e microrregiões de saúde

MACRO	MICRO	QUANT. MUNICÍPIOS	EXTENSÃO TERRITORIAL (KM ²)	POPULAÇÃO ESTIMATIVA/ IBGE/TCU 2014
SUL ALFENAS POUSO ALEGRE POÇOS DE CALDAS PASSOS VARGINHA	Pouso Alegre	33	8.008,7	531.188
	São Lourenço	24	6.340,4	262.077
	Passos/Piumhi	18	11.393	288.434
	Alfenas / Machado	17	6.988,3	320.458
	Itajubá	15	3.108,2	194.878
	Lavras	10	3.707,7	180.091
	Guaxupé	09	2.808,4	161.354
	São Sebastião do Paraíso	06	2.551,2	125.477
	Três Corações	06	2.363,5	130.935
	Poços de Caldas	05	2.295,8	229.205
	Três Pontas	05	2.393,4	125.544
	Varginha	05	1.807,7	195.579
	TOTAL	153	53.766,30	2.745.220

Fonte: PDR/MG/2014

Segundo o perfil dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais, “[...] a estratégia da microrregionalização é o grande mote para que o SUS possa permitir com maior eficiência e eficácia o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde” (COSECS, 2010, p. 18). A delimitação de uma microrregião consiste em efetuar um mapeamento de fluxo de cada município ao pólo, ganho de escala, distância e condições viárias (MALACHIAS *et al*, 2011).

No entanto, segundo o IBGE (2009), as microrregiões de saúde do Estado de Minas Gerais apontam desigualdades regionais de acesso aos serviços de atenção secundária, no caso de equipamentos por diagnóstico de imagem. O número de microrregiões sem mamógrafo (exames de média complexidade) era de 250 (50%), caindo para 178 (32%) em 2005; no caso dos aparelhos de ressonância magnética, 89% das microrregiões (64) não são assistidas por esse recurso em 1999, caindo para 80% (104) em 2005.

No estudo realizado por Fonseca e Ferreira (2009), sobre os níveis de eficiência na utilização de recursos no setor de saúde das 66 microrregiões de Minas Gerais, utilizando a *Data Envelopment Analysis* (DEA), mas conhecida no Brasil por Análise Envoltória de Dados, os autores demonstraram que o desempenho das microrregiões na otimização dos recursos pode ser considerado bom, em razão de a maior parte delas se concentrar em escores superiores a Média do Estado (77,59), que variam de, aproximadamente, 32 a 100. De acordo com o estudo, 13

microrregiões (19,7%) apresentam escore de excelente desempenho. Vale destacar que, 12 dessas microrregiões, apresentam escores máximos, tendo em vista, principalmente, sua capacidade relativa de aproveitamento de recursos humanos e materiais. Outros 65,15%, ou 43 microrregiões apresentam uma eficiência média para o setor, demonstrando moderado poder de aproveitamento dos recursos destinados à saúde. Com 13,63%, 9 microrregiões da amostra esboçam escores inferiores podendo ser consideradas como ineficientes na otimização dos serviços no setor de saúde. A microrregião de Itajubá apresenta o menor escore de eficiência na utilização de recursos no setor de saúde para o provimento de serviços.

4. MÉTODO

A microrregião de Itajubá, campo de estudo, está dividida em quinze municípios: Brasópolis, Conceição das Pedras, Consolação, Delfim Moreira, Piranguinho, Gonçalves, Itajubá, Maria da Fé, Marmelópolis, Pedralva, Piranguçu, Sapucaí Mirim, São José do Alegre, Wenceslau Braz e Paraisópolis. O consórcio de saúde formado pela microrregião de Itajubá, Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios do Alto-Sapucaí (CISMAS), entendido aqui como sistema de arranjo e cooperação, compreende quatorze municípios: Brasópolis, Conceição das Pedras, Consolação, Delfim Moreira, Piranguinho, Gonçalves, Itajubá, Maria da Fé, Marmelópolis, Pedralva, Piranguçu, Sapucaí Mirim, São José do Alegre e Wenceslau Braz. Criado em 1996, o CISMAS foi constituído como Associação Pública, com personalidade jurídica de direito público, sob os termos da Lei nº 11.107/2005, regulamentada pelo Decreto nº 6.017/2007, pelas normas do Código Civil Brasileiro e Legislação pertinente, pelo presente estatuto, regimento interno e pela regulamentação que vier a ser adotada.

Para estabelecer a problemática desta pesquisa e o consórcio a ser pesquisado, optou-se pelo estudo de caso. Esse método de pesquisa se caracteriza por ter, como objeto de estudo, uma unidade a qual se analisa intensamente. Esta categoria de pesquisa permite a realização de investigações em profundidade, de um indivíduo, grupo, instituição ou unidade social e, como vantagem de se conduzir uma pesquisa com este método, está a possibilidade de incrementar o entendimento sobre os eventos reais e contemporâneos (GIL, 2008; YIN, 2001; MIGUEL, 2007).

Sob a abordagem do método qualitativo, a técnica de pesquisa adotada foi a do tipo exploratória, com levantamento bibliográfico, documental e pesquisa de campo. Para Severino (2007), a pesquisa exploratória busca levantar informações sobre um determinado objeto; a pesquisa bibliográfica utiliza registros como livros, artigos, teses etc, como fonte de informação; a pesquisa documental baseia-se em documentos impressos e outros tipos de documentos como gravações; e na pesquisa de campo, o objeto é abordado em seu ambiente próprio, sem intervenção ou manuseio do pesquisador. Por se tratar de uma pesquisa do tipo exploratória, o método escolhido proporciona ao pesquisador a possibilidade do contato direto com a situação onde os fenômenos acontecem e são influenciados pelo seu contexto.

Inicialmente, a pesquisa centrou na dinâmica do sistema de arranjo e cooperação do CISMAS para, posteriormente, alinhar-se ao estudo empírico, com ênfase na percepção dos Secretários Municipais de Saúde (SMS), Secretários Executivos (SE) e Colaboradores (C), sobre os

fatores que estimulam e desestimulam a cooperação no consórcio. Justifica-se a escolha dos SMS, pelo fato desses serem os interlocutores entre o município e o consórcio, em outros momento, a escolha dos SE e C, justifica-se por serem considerados atores principais e fundamentais para construção do conhecimento sobre formação e manutenção do consórcio de saúde da Microrregião de Itajubá.

Como critério de inclusão dos sujeitos, para os SMS todos os participantes devem estar atuantes na gestão municipal de saúde no período de 2012 a 2016. Para os SE e C, todos devem fazer parte do percurso de formação e manutenção do CISMAS. Como critério de exclusão, caso o sujeito não concorde em participar da pesquisa.

Para analisar a percepção dos SMS e dos SE sobre a dinâmica do sistema de arranjo e cooperação do CISMAS, foi elaborada uma entrevista. A entrevista baseia-se na utilização de um questionário estruturado não disfarçado com perguntas de múltipla escolha como instrumento de coleta de informações. Para Gil (2010), a entrevista consiste em perguntas com o objetivo de obter os dados que interessam à investigação, onde uma parte busca coletar dados e a outra como fonte de informação, sendo assim, uma forma de interação social. Para o autor, construir um questionário consiste em descrever as características do objeto de estudo, além de traduzir os objetivos da pesquisa em questões específicas com propósito de obter as informações sobre o que se pretende pesquisar. Os dados foram analisados quantitativamente por meio de gráficos e tabelas.

A pesquisa foi enviada para análise ética via Plataforma Brasil e submetida a aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Itajubá e, somente após análise e aprovação do projeto, é que iniciamos a coleta de dados. O CEP analisou as seguintes informações: introdução, resumo, hipótese, objetivo primário e secundário, metodologia proposta, critérios de inclusão, critérios de exclusão, riscos, benefícios, metodologia de análise dos dados, desfecho primário e secundário, tamanho da amostra. Esta pesquisa seguirá os preceitos éticos estabelecidos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

A forma de recrutamento dos sujeitos da pesquisa foi feita pelo próprio pesquisador, após autorização prévia do secretário executivo do consórcio, através do Termo de Autorização para Coleta de Dados (TACD) (Apêndice A). Todo participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) autorizando sua participação (Apêndice B).

Foi realizado o pré-teste antes de aplicar o questionário, em um universo reduzido, para detectar e corrigir eventuais falhas de formulação. A partir das sugestões apontadas, foi criada uma nova questão e eliminada uma já existente. Esse teste ajudou a aperfeiçoar o instrumento de coleta

de dados da pesquisa. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, os dados foram coletados de duas maneiras: a primeira por meio de entrevista semi-estruturada com roteiro de entrevista e a segunda por meio da análise documental.

Para Gil (1999, p. 125), “o único modo de reproduzir com precisão respostas é registrá-las durante a entrevista, mediante anotações ou com o uso de um gravador”. Foi solicitado aos entrevistados, autorização para gravação forma de garantia da veracidade das respostas. O conteúdo das gravações foi transcrito e analisado.

Os entrevistados foram identificados por códigos para assegurar lhes o sigilo de identidade. O código utilizado foi C (Colaborador), SE (Secretário Executivo) e SMS (Secretário Municipal de Saúde) seguido do número. A título de exemplo temos o seguinte código de identificação: C-01, C-02; SE-01, SE-02; SMS-01, SMS-02, SMS-03, sucessivamente. O município não foi mencionado no código para garantir-lhes o sigilo quanto à identificação. As falas serão apresentadas, em itálico, como parte do texto seguidas da especificação de quem a mencionou.

Para obter as informações necessárias em relação à promoção e manutenção do comportamento cooperativo, foi utilizado um questionário (APÊNDICE 3) com um roteiro de perguntas objetivas (com múltipla escolha) e perguntas abertas a serem respondidas de forma descritivas. As questões foram elaboradas de modo a contemplar a percepção dos gestores sobre o sistema de arranjo e cooperação do CISMAS, ou seja, as vantagens e desvantagens da ação consorciada tal como sugerido por Brandão (2008) e Rocha e Faria (2004). Como forma de conhecer mais a realidade do consórcio, o roteiro de perguntas envolve questões sobre a história do CISMAS, o processo de implementação do consórcio, a participação do município na ação consorciada, a avaliação do gestor sobre o consórcio e a perspectiva do município para com a continuidade do sistema de arranjo e cooperação.

As categorias de análise tiveram como premissa compor o contexto de vantagens e desvantagens da ação consorciada. Procurou-se identificar os fatores que estimulam ou não a permanência do município no consórcio e os capitais intangíveis para o desenvolvimento local, com base em BOISIER (1996).

5. DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesta seção são apresentados os resultados obtidos pela pesquisa, que viabilizaram o alcance do objetivo de descrever sobre o consórcio de saúde da microrregião de Itajubá, através da análise do sistema de arranjo e cooperação do CISMAS, a percepção dos gestores municipais sobre a gestão do consórcio, evidenciando os fatores que estimulam e desestimulam a ação consorciada entre os municípios da microrregião de Itajubá.

Durante a realização e análise das entrevistas, identificou-se que seria insuficiente analisar o sistema de arranjo e cooperação do CISMAS sem que antes se conhecesse a microrregião de Itajubá e a memória histórica de formação e manutenção do consórcio formado pela microrregião de Itajubá. Portanto, junto à análise dos dados coletados em campo, há uma incursão histórica de formação do objeto.

5.1 MICRORREGIÃO DE ITAJUBÁ

A microrregião de Itajubá é uma das microrregiões do estado brasileiro de Minas Gerais pertencente a mesorregião Sul e Sudoeste de Minas. Sua população foi estimada pelo IBGE (2010) em 196.617 habitantes, com população urbana de 143.577 habitantes e população rural de 53.040 habitantes. Possui uma área total de 2.979,130 km². As microrregiões limítrofes são: São Lourenço, Pouso Alegre, Santa Rita do Sapucaí, Campos do Jordão (SP) e Guaratinguetá (SP).

Segundo o IBGE (1990), a microrregião de Itajubá foi elaborada utilizando-se do conceito de organização de espaço, resultante da dinâmica da sociedade sobre um suporte territorial. Sendo assim, a divisão da microrregião geográfica de Itajubá era formada por treze municípios: Brazópolis, Consolação, Cristina, Delfim Moreira, Dom Viçoso, Itajubá, Maria da Fé, Marmelópolis, Paraisópolis, Piranguçu, Piranguinho, Virginia e Wenceslau Braz.

No entanto, o PDR-SUS/MG (2014) divide a microrregião de Itajubá em quinze municípios: Brazópolis, Conceição das Pedras, Consolação, Delfim Moreira, Gonçalves, Itajubá, Maria da Fé, Marmelópolis, Paraisópolis, Pedralva, Piranguçu, Piranguinho, São José do Alegre, Sapucaí Mirim e Wenceslau Braz (Figura 3).

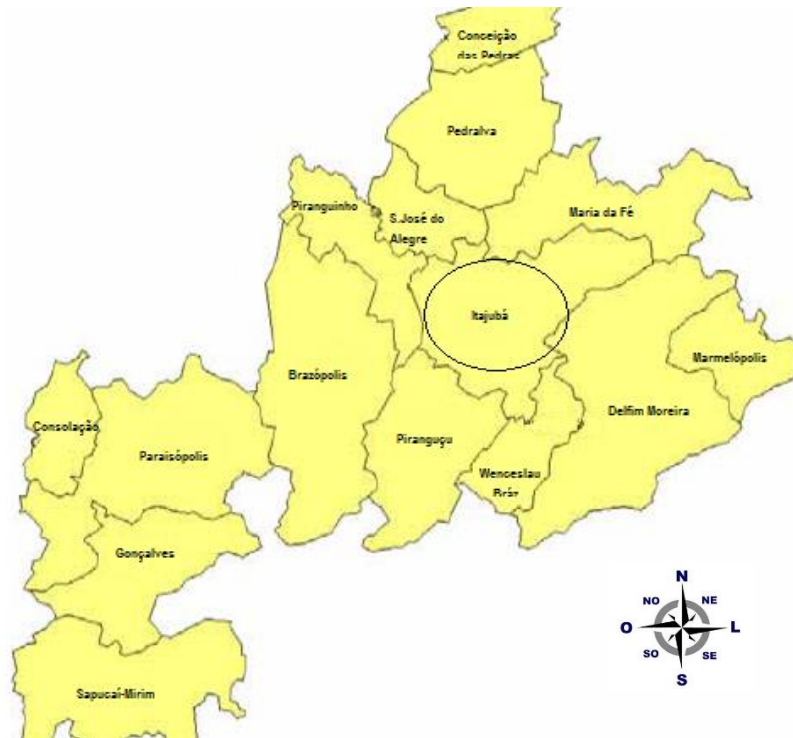


Figura 3: Mapa da Microrregião de Itajubá
Fonte: PDR-SUS/MG (2014).

As características demográficas dos quinze municípios que compõem a microrregião são bastante diferenciadas. Segundo IBGE (2010), o município que apresenta menor porte populacional da microrregião de Itajubá é Consolação, com apenas 1.727 habitantes; seguido por Conceição das Pedras, com 2.749 habitantes; Marmelópolis, com 2.968 habitantes. Os municípios da microrregião de Itajubá que apresentam maior população são os municípios de Itajubá, com 90.679 habitantes; seguido por Paraisópolis, com 19.392 habitantes; Brasópolis, com 14.663 habitantes; Maria da Fé, com 14.216 habitantes; Pedralva, com 11.467 habitantes (TABELA 3).

Na Tabela 3, nota-se a predominância da população urbana na microrregião de Itajubá, correspondendo a 73%, enquanto que 27% da população residem em zona rural. Os municípios com maior concentração na zona rural são Pedralva, Delfim Moreira, Piranguçu, Gonçalves e Wenceslau Braz. O município de Delfim Moreira é o maior em extensão territorial da microrregião, ocupando uma área de 408,2 Km², sendo o município de Consolação o menor em extensão territorial, ocupando 85,9 Km².

Tabela 3: Características demográficas da Microrregião de Itajubá

Municípios da Microrregião de Itajubá	População IBGE 2010	População Urbana	População Rural	Extensão Territorial (KM ²)
Itajubá	90.679	82.785	7.894	290,5
Paraisópolis	19.392	16.071	3.321	331,5
Brasópolis	14.663	7.891	6.772	361,2
Maria da Fé	14.216	8.383	5.833	203,8
Pedralva	11.467	5.563	5.904	217,3
Piranguinho	8.016	4.953	3.063	130,3
Delfim Moreira	7.971	3.025	4.946	408,2
Sapucaí Mirim	6.241	3.783	2.458	284,8
Piranguçu	5.219	1.772	3.447	206,4
Gonçalves	4.220	1.164	3.056	187,6
São José Alegre	3.996	2.901	1.095	89,2
Wenceslau Braz	3.093	1.270	1.823	102,0
Marmelópolis	2.968	1.557	1.411	107,9
Conceição das Pedras	2.749	1.509	1.240	101,6
Consolação	1.727	950	777	85,9
Total	196.617	143.577	53.040	3.108,2

Fonte: IBGE (2010)

Na Tabela 3, nota-se a predominância da população urbana na microrregião de Itajubá, correspondendo a 73%, enquanto que 27% da população residem em zona rural. Os municípios com maior concentração na zona rural são Pedralva, Delfim Moreira, Piranguçu, Gonçalves e Wenceslau Braz. O município de Delfim Moreira é o maior em extensão territorial da microrregião, ocupando uma área de 408,2 Km², sendo o município de Consolação o menor em extensão territorial, ocupando 85,9 Km².

Itajubá está localizada no Sul de Minas, às margens do Rio Sapucaí, na Serra da Mantiqueira. Possui 57 bairros limitando-se, ao norte, com os municípios de: São José do Alegre e Maria da Fé; ao Sudeste, Wenceslau Brás e Sudoeste com o de Piranguçu; a Oeste, Piranguinho e a Leste com Delfim Moreira, exercendo influência direta sobre os municípios da microrregião, sendo a sua população equivalente a 0,47% da população mineira.

O município de Itajubá é centro de referência em assistência a saúde para dezesseis municípios da chamada microrregião do Alto-Sapucaí. A cidade conta com 2 (dois) hospitais credenciados para o Sistema Único de Saúde – SUS, Santa Casa de Misericórdia de Itajubá e Hospital Escola de Itajubá, da Faculdade de Medicina de Itajubá, com níveis de atendimento de atenção básica até alta complexidade. Oferece ainda assistência na área privada de convênios com Hospital Odontomed, Saúde Ceam e Unimed Itajubá, além do hospital Bezerra de Menezes, voltado à saúde mental. As atividades que se destacam no município de Itajubá são (QUADRO 3):

Quadro 3: Programas de Assistência à Saúde de Itajubá

Atividades de Assistência à Saúde de Itajubá	
Diabetes	Cadastramento de pacientes, fornecimento de medicamentos, inclusive insulina, exames periódicos, campanhas de detecção e prevenção.
Hipertensão	Cadastramento de pacientes, fornecimento de medicamentos, exames periódicos, campanha de detecção e prevenção.
Saúde da Mulher	Cadastramento de pacientes, campanha de prevenção e combate ao câncer de colo de útero – SISCOLO – Câncer de mama, pré-natal e outros.
Tuberculose e Hanseníase	Busca detecção, diagnóstico e tratamento curativo e preventivo de pacientes e comunicantes.
Aquisição de Unidade Móvel	Para atendimento médico e odontológico em áreas carentes.
Programa de Epidemiologia e Controle de Doenças	Notificação e investigação de doenças de notificação compulsória, investigação de óbito materno infantil, monitoramento da diarreia água e da qualidade da água.
Programa de Combate às Carências Nutricionais	Com fornecimento de Bolsa Alimentação.
Programa de Imunização	Com ampla cobertura vacinal acima das metas do Ministério da Saúde em febre amarela, gripe para idosos, rubéola das mulheres em idade fértil, além dos programas rotineiros do calendário de vacina nacional.
Programa de Atenção ao adolescente	Ambulatório semanal com atendimento ministrado por hebeatra (especialista em adolescentes).
Programa DST/AIDS	Implantado em parceria com o ministério da saúde, CAP – Centro de Atenção e Prevenção, presta atendimento aos doentes de AIDS nas áreas médica, odontológica, psicológica e distribuição de medicamentos e preservativos, sendo referência em Itajubá e região.
Programa de Saúde Bucal	Com a instalação de gabinetes odontológicos em escolas municipais, inclusive zona rural.
Programa de Saúde da Família	Parceria Município / Faculdade de Medicina de Itajubá / Ministério da Saúde.
Programa de Saúde Mental	Com atendimento psicológico na Policlínica Itajubá.
Programa de Atenção aos Deficientes	Com distribuição de órteses e próteses.
Programa de Combate a Dengue	Com campanhas permanentes, em parceria com a Secretaria Municipal de Educação, comunidade e Ministério da Saúde e entidades.
Programa de Informatização da Secretaria Municipal de Saúde	Preparação para informatização em rede, de todas as unidades de saúde do município, inclusive as privadas através de parceria com a SIEMENS
VISA	Serviço de Vigilância Sanitária, fiscalização dos locais, produtos e serviços oferecidos à população, zelando pela higiene, qualidade e procedência satisfatórias.

Fonte: www.itajuba.mg.gov.br

De acordo com o Quadro 3, a Secretaria Municipal de Saúde mantém vários programas diferenciados de assistência à Saúde. Além do mais, a farmácia policlínica de Itajubá oferece gratuitamente aos parceiros cadastrados nos vários programas de saúde medicamentos para

diabéticos, hipertensos, gestantes, pacientes portadores de doenças infecto contagiosas e para o programa de DST/AIDS, sendo Itajubá referência para outras regiões.

No Sul de Minas Gerais, Itajubá está entre as dez cidades mais desenvolvidas de acordo com o índice Firjan de desenvolvimento municipal, da Federação das Indústrias do Rio de Janeiro: Compõem a lista Santa Rita do Sapucaí (3^o), Varginha (4^o), Pouso Alegre (5^o), Poços de Caldas (9^o) e Itajubá (10^o). O índice Firjan acompanha anualmente o desenvolvimento socioeconômico de mais de 5 mil municípios brasileiros em áreas como emprego e renda, educação e saúde.

O município de Itajubá está entre as 15 melhores cidades para se viver em Minas Gerais, ocupando a 4^a colocação e foi apontada entre as cidades pequenas que apresentam melhor infraestrutura, ocupando a 17^a colocação em relação aos 348 municípios com uma população entre 50.000 e 100.000 habitantes. Suas principais atividades econômicas são a agropecuária e a industrial, mas é, sobretudo no ensino, em todos os níveis que Itajubá se destaca. Os índices de fluxo escolar ultrapassam a média do estado de Minas Gerais.

O município de Itajubá é um dos centros urbanos mais importantes da região, concentra e distribui bens para os municípios limítrofes. No setor primário/agropecuária, a banana é considerada o principal produto do município. Destacam-se, também, o cultivo do milho, a pecuária bovina e suína e, em menor escala, a cafeicultura. No setor secundário, o município possui um dos maiores Distritos Industriais do Sul de Minas, com indústrias de grande e médio porte. No setor terciário, o comércio varejista de Itajubá é bem diversificado contando, atualmente, com mais de 400 estabelecimentos comerciais registrados na Associação Comercial, Industrial e Empresarial de Itajubá. Em relação aos setores econômicos de Itajubá, o Setor de Serviços ocupa 54,1% do PIB do município, o Setor da Indústria ocupa 31,4% e o Setor Agropecuário 0,90%.

Itajubá está entre os cinco municípios de maior PIB per capita da Mesorregião Sul que registrou a segunda maior contribuição para o PIB estadual, dentre eles: Poços de Caldas (12,5%), Pouso Alegre (11%), Extrema (8,7%), Varginha (8,7%) e Itajubá (5,2%). De acordo com os dados apresentados na Tabela 4, estes 15 municípios produziram um PIB médio de R\$ 165.933 mil, sendo que apenas dois municípios situaram-se acima da média e treze abaixo, indicando uma concentração da atividade econômica da microrregião nos municípios de Itajubá e Paraisópolis. Vale ressaltar que a atividade predominante nos municípios de Itajubá e Paraisópolis é o Setor de Serviços. Em relação ao PIB per capita, a média entre os municípios de toda riqueza gerada é R\$ 10.890,00, sendo que apenas quatro municípios encontram-se acima da média, entre eles: Itajubá, Paraisópolis, Sapucaí Mirim e Conceição das Pedras.

Tabela 4: PIB e PIB per capita da Microrregião de Itajubá

Municípios da Microrregião de Itajubá	PIB (2013)	PIB per capita (2013)
Itajubá	R\$ 1.783.160,00	R\$ 25.330,77
Paraisópolis	R\$ 241.653,00	R\$ 17.510,27
Brasópolis	R\$ 89.303,00	R\$ 9.559,16
Maria da Fé	R\$ 68.988,00	R\$ 8.046,12
Pedralva	R\$ 66.105,00	R\$ 8.841,38
Sapucai Mirim	R\$ 49.597,00	R\$ 12.043,61
Piranguinho	R\$ 45.583,00	R\$ 8.049,95
Delfim Moreira	R\$ 37.765,00	R\$ 8.046,67
Gonçalves	R\$ 27.629,00	R\$ 10.437,99
Piranguçu	R\$ 25.769,00	R\$ 8.049,95
Conceição das Pedras	R\$ 21.961,00	R\$ 12.096,37
São José Alegre	R\$ 16.813,00	R\$ 7.695,10
Marmelópolis	R\$ 14.161,00	R\$ 8.598,77
Wenceslau Braz	R\$ 11.649,00	R\$ 8.564,14
Consolação	R\$ 10.828,00	R\$ 10.620,99

Fonte: IBGE (2015)

No Sul de Minas, Itajubá tem o melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) da região conforme dados do “Atlas do Desenvolvimento Humano Brasil 2013”, divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). O município obteve o quarto melhor índice estadual e o 85^o em comparação nacional. O valor alcançado por Itajubá coloca o município na faixa de Desenvolvimento Alto. Segundo os números, o município lidera na região com o índice de 0,787, seguido por Lavras (0,782), Poços de Caldas (0,779), Varginha (0,778) e Itaú de Minas (0,776). Itajubá também é a única da região a aparecer entre as 100 cidades com o melhor índice do país.

O IDHM é um índice composto por três indicadores de desenvolvimento humano: vida longa saudável (longevidade), acesso ao conhecimento (educação) e padrão de vida (renda). O IDHM vai de 0 a 1. Quanto mais próximo de 0, pior o desenvolvimento humano. Quanto mais próximo de 1, melhor. A Tabela 5 lista o IDHM dos municípios da Microrregião de Itajubá. Nota-se que o município de Itajubá saiu do IDHM em 0,575 em 1991, para 0,691 em 2000 e no ano de 2010 saltou para 0,787. A melhoria do Índice ao longo de 20 anos reflete o trabalho de várias administrações municipais, estaduais e federais. Os demais municípios da Microrregião também apresentam evolução positiva nos três quesitos que compõem o IDHM – educação, longevidade e renda per capita. Na microrregião de Itajubá, a taxa de mortalidade infantil vem diminuindo: 38,47 (1989); 24,79 (1990); 20,33 (1994); 19,28 (1998), (DATASUS/MG).

Tabela 5: IDHM da Microrregião de Itajubá

Municípios da Microrregião de Itajubá	IDHM 1991	IDHM 2000	IDHM 2010
Itajubá	0,575	0,691	0,787
Paraisópolis	0,486	0,629	0,729
Piranguinho	0,449	0,588	0,717
São José Alegre	0,441	0,619	0,717
Maria da Fé	0,398	0,572	0,702
Brasópolis	0,437	0,579	0,692
Piranguçu	0,402	0,565	0,685
Gonçalves	0,399	0,574	0,683
Sapucaí Mirim	0,405	0,582	0,680
Wenceslau Braz	0,439	0,570	0,678
Pedralva	0,397	0,571	0,675
Consolação	0,385	0,538	0,673
Delfim Moreira	0,384	0,524	0,669
Conceição das Pedras	0,403	0,571	0,668
Marmelópolis	0,342	0,523	0,650

Fonte: Atlas Brasil 2013 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

Segundo IBGE, os serviços de saúde predominante na microrregião de Itajubá é público municipal. São 109 estabelecimentos público municipal, distribuídos entre os municípios, e, destes, 25% estão concentrados em Itajubá. O município de Itajubá é o único com serviço de saúde Público Estadual da microrregião. Os serviços privados de saúde totalizam 69 estabelecimentos, e destes 62% se concentram em Itajubá (TABELA 6).

Tabela 6: Serviços de Saúde da Microrregião de Itajubá

Municípios da Microrregião de Itajubá	Público Federal	Público Estadual	Público Municipal	Privado
Itajubá	0	1	27	43
Brasópolis	0	0	14	5
Delfim Moreira	0	0	13	1
Maria da Fé	0	0	9	2
Paraisópolis	0	0	8	10
Piranguinho	0	0	7	0
Pedralva	0	0	6	5
Piranguçu	0	0	6	0
Conceição das Pedras	0	0	4	0
Wenceslau Braz	0	0	4	0
Marmelópolis	0	0	3	0
Sapucaí Mirim	0	0	2	1
Consolação	0	0	2	0
Gonçalves	0	0	2	1
São José Alegre	0	0	2	1
TOTAL	0	1	109	69

Fonte: IBGE (2015)

Em relação aos estabelecimentos de saúde SUS da microrregião analisada, o município de Itajubá possui o maior número de estabelecimentos de saúde SUS, totalizando 37 unidades, ou seja, dos 132 estabelecimentos de saúde SUS da microrregião, 28% se concentram em Itajubá, seguindo de 12% em Brazópolis, 10% em Delfim Moreira e 9% em Paraisópolis (TABELA 7).

Tabela 7: Estabelecimentos de Saúde SUS da microrregião de Itajubá

Municípios da Microrregião de Itajubá	Estabelecimentos de Saúde SUS
Itajubá	37
Brasópolis	16
Delfim Moreira	14
Paraisópolis	12
Maria da Fé	10
Pedralva	10
Piranguinho	6
Piranguçu	6
Conceição das Pedras	4
Wenceslau Braz	4
Marmelópolis	3
Sapucaí Mirim	3
São José Alegre	3
Consolação	2
Gonçalves	2
TOTAL	132

Fonte: IBGE (2015)

Nota-se, na Tabela 7, que os estabelecimentos de Saúde SUS concentram-se em municípios que possuem hospital próprio para atendimento da população, ou seja, 64% dos estabelecimentos de saúde SUS estão localizados em Itajubá, Brazópolis, Paraisópolis, Maria da Fé e Pedralva.

O Consórcio de Saúde formado pelos municípios da microrregião de Itajubá denomina-se CISMAS (Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios do Alto-Sapucaí). O CISMAS surgiu com o intuito de desenvolvimento da microrregião. Os objetivos do consórcio são de organizar e estruturar o Sistema Único de Saúde, principalmente no que diz respeito ao atendimento de média e alta complexidade e transporte em saúde (SETS) para todos os usuários dos municípios consorciados; além de representar os municípios na apresentação de demandas setoriais e assessorar as secretarias municipais de saúde na implementação de seu próprio sistema de saúde.

Em relação à formação de consórcios, vale ressaltar que a participação de municípios em algum tipo de consórcio promove maior eficiência no uso dos recursos públicos (BATISTA,

2011b). No entanto, Fonseca e Ferreira (2009), constataram que a microrregião de Itajubá se apresenta ineficiente e com desempenho fraco na otimização dos recursos no setor de saúde e esse resultado permite afirmar que o desperdício e a operação do sistema de saúde, em níveis inferiores a um terço do aproveitamento máximo potencial, caracterizam a microrregião de Itajubá com o desempenho muito reduzido e apontam para disparidades na gestão de recursos de saúde. Na prática, a prestação de serviços de saúde à sociedade está abaixo da capacidade potencial relativa. Por outro lado, o resultado aponta para lacunas gerenciais capazes de serem suprimidas pelas políticas públicas com intervenções quantitativas e qualitativas que podem ser executadas através de uma investigação *in loco*.

No caso da microrregião de Itajubá, analisar o consórcio de saúde formado pelos municípios possibilita compreender as condições de operacionalização do sistema. Nesse caso, a eficiência, entendida como a capacidade e, até mesmo, a habilidade de agentes e mecanismos de fazer o uso mais adequado do que se tem à disposição a fim de alcançar o resultado pretendido está atrelada a ação compartilhada, em melhor utilizar-se das entradas para maximizar as saídas, considerando as tecnologias disponíveis.

5.2 CONSÓRCIO DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE ITAJUBÁ

5.2.1 MEMÓRIA HISTÓRICA DE FORMAÇÃO E MANUTENÇÃO DO CISMAS

Historicamente, o associativismo em Itajubá começou com a AMASP (Associação dos Municípios da Microrregião do Alto-Sapucaí), na década de 70, com a união de 16 municípios visando a infra-estrutura e apoio jurídico dos associados. A AMASP tinha como objetivo principal a integração regional dos municípios, defendendo seus interesses, visando o desenvolvimento econômico e social. Na ocasião, a associação possuía máquinas que eram emprestadas aos municípios e estes contribuía com o pagamento do diesel. Atualmente, muitas das máquinas foram vendidas, pois os municípios adquiriram seus próprios equipamentos. Na década de 1990, houve a necessidade de atender as demandas do setor de saúde e os municípios se reuniram para formar o consórcio de saúde.

O consórcio de saúde da microrregião de Itajubá, denominado de Consórcio Intermunicipal

de Saúde dos Municípios da Microrregião do Alto-Sapucaí (CISMAS), foi criado após muitas reuniões com as prefeituras e com os seus respectivos gestores municipais. Na época, houve um levantamento dos problemas comuns entre eles e detectou-se como queixa principal a necessidade de um número maior de resolutividade de exames e consultas especializadas.

Foi em 18/01/1996, com a união de 15 municípios: Brasópolis, Conceição das Pedras, Consolação, Delfim Moreira, Gonçalves, Itajubá, Maria da Fé, Marmelópolis, Pedralva, Piranguçu, Piranguinho, São José do Alegre, Sapucaí Mirim, Wenceslau Braz e Paraisópolis, na figura da então secretária-executiva Genoveva de Carvalho, vereadora na cidade de Piranguinho, que o consórcio se estabeleceu. A Sra Genoveva foi à Belo Horizonte fazer treinamento e conhecer o funcionamento dos consórcios para implantar, na microrregião de Itajubá, o CISMAS.

Para implantar CISMAS, foi necessário a elaboração e aprovação do instrumento consorcial, o Estatuto, com todos os aspectos e questões pactuadas pelos municípios que integravam o consórcio. A Sra Genoveva redigiu o primeiro Estatuto que confere estrutura à pessoa jurídica do consórcio. Um elemento apontado durante a análise das entrevistas identificou *“Dona Genoveva como uma inovadora na gestão do SUS com a criação do consórcio” (SMS-03)*.

A justificativa para a associação entre os municípios da microrregião de Itajubá baseia-se no fato que a meta SUS com base na Programação Pactuada Inteira (PPI) de cada município era irrisória, pois estava fixada na faixa populacional, ou seja, o menor município tinha uma meta SUS a cumprir, porém não tinha a demanda necessária para cumprir essa meta. Em outro momento, os municípios maiores cumpriam com a meta SUS, porém, precisavam de mais recursos para atender a demanda solicitada.

A partir da formação do consórcio, a meta SUS entre os municípios seria pactuada, o que sobrava de um era utilizado por outro. Por exemplo, o município que não utiliza o procedimento pactuado na meta SUS, passa para outro município que necessita atender a demanda. Os exames de apoio diagnóstico e terapêutico são utilizados entre os membros, evitando a perda desses procedimentos, uma vez que eles não são acumulativos, ou seja, se não usar, perde. Contudo, com a formação do consórcio, a meta foi redistribuir os serviços de saúde entre os municípios da microrregião de Itajubá, otimizando a utilização dos mesmos, além de proporcionar otimização deles. Com a formação do consórcio, *“foi possível ampliar as metas estabelecidas pelo SUS e as metas estabelecidas pelo CISMAS” (SE-04)*.

O CISMAS, desde sua criação, viabilizou aos municípios que integram o sistema de arranjo e cooperação conhecer suas metas e apropriar-se delas, uma vez que o município de Itajubá, como

rede referenciada do SUS, utilizava-se das metas contidas na PPI da microrregião. No entanto, “*nem o município de Itajubá e nem os demais municípios sabiam que a PPI da rede referenciada continha as metas SUS dos outros municípios e que era preciso separar as metas (SE-04)*”. Diante do exposto, fica evidente que a criação do CISMAS possibilitou aos gestores municipais a preservação da sua autonomia municipal em relação a meta SUS, bem como a utilização e ou pactuação dessas junto ao consórcio.

É importante destacar que os princípios e diretrizes do SUS norteiam o processo de formação do CISMAS e permitem o funcionamento do consórcio. O objetivo do consórcio é atuar como agente facilitador para as Secretarias Municipais de Saúde, para reorganizar e estruturar o sistema de saúde da microrregião de Itajubá, além de providenciar transporte para os procedimentos médicos. Com a criação do CISMAS, “*os pacientes não perdem tempo em filas, à espera de agendar consultas e retirar exames, pois todas essas operações são realizadas pela equipe do consórcio*” (SE-01).

Verifica-se, com a criação do consórcio de saúde da microrregião de Itajubá, que o município que antes não conseguia atender as demandas da população no que se refere às especialidades médicas passou a ser atendido pelo CISMAS e os exames que não seriam possíveis realizar no município tornam-se acessíveis aos usuários do SUS através da ação consorciada.

Vale destacar que o consórcio é utilizado como instrumento de estímulo para o desenvolvimento local e regional em saúde e a realização de atividades conjuntas reforça a gestão conferida institucionalmente aos municípios no âmbito do SUS. Considera-se o consórcio um importante instrumento de consolidação do SUS pelo fato de reforçar o exercício da gestão entre os municípios, como corrobora a fala “*a criação do consórcio foi uma forma de melhorar os serviços do SUS e organizar as demandas das SMS, facilitando nossa gestão*” (SE-02).

O CISMAS, a partir da consolidação do acordo, tem aumentado progressivamente sua oferta de serviços aos municípios. Com a sua fundação, o consórcio implementou na microrregião de Itajubá os serviços de Oftalmologia, alocados na Santa Casa de Misericórdia, os serviços de Cardiologia I e II, alocados no Hospital Escola, os serviços de Eletrocardiograma, alocados em todos os municípios consorciados e foi o pioneiro nos serviços de análise de água “*hoje considerado um dos melhores da região*” (SE-04).

Diversas especialidades foram introduzidas para consultas e diagnose revelando o objetivo pelo qual o consórcio foi instituído. Na época da sua criação, a microrregião de Itajubá foi contemplada com duas ambulâncias, sendo uma de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e a outra

destinada ao atendimento de emergências dos municípios. Atualmente, o consórcio conta com serviços próprios e terceirizados, alocados na sede ou em hospitais do município-sede (FIGURA 4). Em relação aos serviços de ambulância, considerado um dos principais desafios para as pequenas cidades, o CISMAS terceirizou o serviço no ano de 2014.



Figura 4: Sede do CISMAS
Fonte: www.cismas.mg.gov.br

O CISMAS está estreitamente relacionado à gestão do SUS dos municípios associados. A implantação e a operacionalização dos serviços de saúde através do consórcio asseguraram aos municípios a união de recursos materiais e humanos disponíveis na microrregião de Itajubá, o que não ocorreria se os municípios atuassem sozinhos. Vale ressaltar que a manutenção de um hospital, por mais básico que seja, requer um quadro permanente de profissionais, equipamentos e o custeio das despesas. No caso da microrregião de Itajubá, seria inviável cada município possuir um hospital para o atendimento de média complexidade para a população. Além disso, os encargos seriam superiores à capacidade financeira de cada município, gerando aumento dos custos operacionais.

Na prática, as ações de forma consorciada pelo CISMAS configuram-se como instrumento operacional de grande valia para a realização de atividades conjuntas na consolidação do SUS e reforça o exercício da gestão, evitando o desperdício de recursos financeiros, humanos e materiais, aproveitamento os recursos municipais.

Desde sua criação, o CISMAS promoveu a organização dos serviços de saúde dos municípios. A atenção primária passou a ser de responsabilidade de cada esfera municipal, uma vez que os serviços de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, considerados como atenção

primária e de responsabilidade municipal, eram encaminhados para Itajubá e sobrecarregavam os serviços de saúde. Na época *“o hospital quase entrou em falência, porque todos os municípios usavam os serviços, porém não ajudavam a custear as despesas”* (SE-04). Fato importante nesse momento foi o pacto realizado entre os prefeitos e o Hospital, através do consórcio, para custear as despesas e promover a melhoria na prestação de serviços de atenção secundária (consultas e exames de média complexidade) de forma regionalizada, assim, *“os municípios não teriam que implantar serviços que provavelmente não conseguiriam manter”* (SE-04).

Percebe-se, nesse momento, a efetiva consolidação dos objetivos iniciais do consórcio, de estruturação regional de um modelo de distrito sanitário, buscou o fortalecimento de uma estrutura de serviços primários de saúde no próprio território dos municípios menores, e uma de referência regional, de nível secundário (RIBEIRO & NEVES, 2006). Na prática, o CISMAS, cumpria com sua finalidade, de organizar o Sistema Microrregional de Saúde em conformidade com as diretrizes do SUS, no que diz respeito a gestão e à reorientação do modelo de atenção à saúde prestada pela população da microrregião.

Outro fator importante na consolidação dos objetivos iniciais do consórcio foi o transporte dos usuários. O CISMAS implantou o projeto *“carona amiga”*. Na época, eram alugadas vans que transportavam os usuários para realizar os exames e consultas especializadas. O objetivo do *“carona amiga”* foi criar linhas da saúde que ligavam um município ao outro, organizando a agenda de procedimentos médicos, visando diminuir custos.

Quanto às motivações iniciais que levaram à formação do CISMAS, a pesquisa indica que 75% dos respondentes conhecem as motivações iniciais para formação do consórcio, evidenciando o objetivo a que se propõe o associativismo *“atender a demanda do município”* (SMS-06). A falta de memória histórica de 25% dos respondentes sobre o sistema de arranjo e cooperação fica evidente pelas falas *“Acho que deve ser para atender as demandas do município”* (SMS-08); *“Desconheço os motivos de criação do consórcio, na época, não era da secretária de saúde”* (SMS-04); *“Não conheço os motivos, e nem sei como começou o consórcio”* (SMS-01); *“Sei dos motivos, porém, não me lembro”* (SMS-02).

Sobre a memória histórica preservada na maioria dos respondentes, nota-se pela fala *“o consórcio foi criado pelo partido em vigência da época”* (SMS-01), que está vinculada às questões políticas e partidárias. Em relação a existência ou não de influência político-partidária na formação do CISMAS, 75% dos respondentes acreditam que houve influência sim, até porque *“a criação do consórcio foi um estímulo do governo de Minas Gerais, e a maioria dos prefeitos da microrregião*

de Itajubá pertenciam ao mesmo partido” (SE-04). Já, 25% dos respondentes acreditam que não houve influência político-partidária e que “a formação do consórcio sairia de um jeito ou de outro, pois o SUS estava se organizando para atender os pequenos municípios” (SMS-03).

Na pesquisa, ficou evidente, pelas observações de campo, que não há um acervo histórico sobre a formação do consórcio. Em outro momento, os documentos existentes não foram disponibilizados para estudo, e a fala “*as informações do CISMAS não serão usadas para palanque político*” (SE-03) demonstra a preocupação com o objetivo pesquisa, vinculando-a à questão política, e abre um caminho para reflexão: se o consórcio é público, porque estaria as informações sendo tratadas como privadas?

Para melhor compreender a questão do percurso histórico de formação e manutenção do consórcio de saúde, é importante apresentar a colaboração de Ribeiro *et al* (2013) sobre a mudança de um convênio de cooperação para um consórcio público. Para os autores, é justamente a personalidade jurídica que o consórcio assume que possibilita ser um arranjo teoricamente mais fortalecido.

O CISMAS foi criado na forma de associação civil, transformando sua personalidade jurídica de direito privado para personalidade jurídica de direito público em 10/02/2012, sob a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005 e Decreto nº 6.017 de 2007, que estabelece obrigatoriedade da criação de uma pessoa jurídica para constituir um consórcio e assumir obrigações e direitos. A opção pela personalidade jurídica do consórcio possibilitou aos entes consorciados exercer suas competências por meio do ente consorcial e essa transformação de personalidade “*permitiu que o consórcio tivesse maior autonomia na hora de comprar serviços*” (SE-02).

A mudança de personalidade jurídica contribui para a transparência das ações das esferas de poder envolvidas e para a racionalização e otimização na aplicação dos recursos quanto a realização de licitação, celebração de contratos, prestação de contas, contratação de pessoal por meio de concurso público (BATISTA, 2011b). Nesses preceitos, a mudança de personalidade jurídica possibilita ao consórcio ter autonomia orçamentária, estabelecida pelo contrato de rateio, integrando a Administração Indireta de cada ente consorciado, no ato da formação, da extinção ou da retirada de um dos entes (BRASIL, 2007).

Há de se fazer menção que o CISMAS constituiu um meio eficiente para o alcance da Habilitação do município de Itajubá em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). O município-pólo passou a fazer a administração indireta de todos os outros municípios através do consórcio logo após a lei que rege as normas, “*a lei prevê espécies de contratos para consecução de um*

interesse comum” (SE-02). Isso deve ser frisado uma vez que “os entes que compõem a administração indireta são autorizados por lei para fazer a gestão dos municípios” (SE-01).

Sobre a habilitação do município de Itajubá em GPSM, pode-se observar, pela fala “o consórcio ajudou e muito na habilitação do município, porém, isso aconteceu recentemente” (SMS-01) que, apesar do consórcio existir há mais de 18 anos e constituir meio eficiente para o alcance dessa meta, somente em 2015 que o município de Itajubá foi habilitado. Sugere-se nesse momento, investigar o papel do consórcio como instrumento de articulação entre os sistemas municipais, visto que, a habilitação de municípios a condições de gestão descentralizada, especialmente a GPSM, permite ao município oferecer ações dirigidas à promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

Tendo em vista a transformação de personalidade jurídica do CISMAS, é possível afirmar que houve maior autonomia do consórcio em relação as compras de serviços de saúde “agora conseguimos comprar sem muita burocracia, tornando mais ágil nosso trabalho” (SE-01), além do mais, “podemos comprar e contratar prestadores de serviços dentro do próprio município, sem muita burocracia e demora” (SE-03). Destaca-se ainda que a transformação de personalidade jurídica de direito privado para personalidade jurídica de direito público visa o princípio da eficiência e norteia os atos da administração pública.

No caso do CISMAS, a transformação de personalidade jurídica pode ser considerada como elemento propulsor para o desenvolvimento do consórcio, visto que, a mudança de personalidade jurídica impulsionou a habilitação do município de Itajubá em GPSM. No que se refere a autonomia na transferência de recursos e no aproveitamento dos recursos municipais. “A mudança de personalidade jurídica foi um ganho para o consórcio e consecutivamente para os municípios consorciados. Temos mais liberdade para fazer a gestão” (SE-02).

Em relação ao percurso histórico de formação e manutenção do CISMAS, o Quadro 4 esboça uma síntese de acontecimentos desde sua criação na década de 70 até os dias atuais.

Quadro 4: Percurso histórico de formação e manutenção do CISMAS

Período	Evento
Década de 70	AMASP (Associação dos Municípios da Microrregião do Alto-Sapucaí)
Década de 90	CISMAS (Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Alto-Sapucaí) Associação Civil, formada por 15 municípios Linhas da Saúde “Carona Amiga” Consulta e diagnose de diversas especialidades Ambulâncias Pacto entre Prefeituras e Hospital Escola
Ano 2005	Personalidade Jurídica de Direito Privado formada por 13 municípios Habitação de Itajubá em GPSM (Gestão Plena dos Sistema Municipal)
Ano 2009	Contemplada com o SETS (Sistema Estadual de Transporte em Saúde) Personalidade Jurídica de Direito Público Implantação do Sistema de Informatização nos agendamentos Conflitos de interesses x Saída de Municípios
Ano 2015	Nova sede para construção do Centro de Atendimento CISMAS

Fonte: A autora

5.2.2 TAMANHO E HETEROGENEIDADE DO CISMAS

Tendo em vista que o consórcio tem a finalidade de atender os interesses comuns dos municípios que ele representa, é possível afirmar que o tamanho e a heterogeneidade do grupo podem promover demandas diferentes por serviços de saúde. Conforme o estudo de Brandão (2008), a heterogeneidade em relação ao tamanho (porte populacional), poder político e recursos materiais desestimulam a cooperação e promove relações assimétricas nas formas mais cooperativas de relacionamento entre os entes federativos, onde os municípios de menor porte populacional podem duvidar que seus interesses sejam atendidos, enquanto os municípios de maior populacional dispensem esse tipo de articulação.

Para análise dos fatores que interferem nas disparidades entre os municípios, inicialmente são analisados aspectos demográficos (Tabela 8), tais como: população total, área (Km²), densidade demográfica (hab/Km²) e distância dos municípios em relação ao município-pólo (Itajubá) e da capital (Belo-Horizonte).

Tabela 8: Aspectos demográficos dos municípios da Microrregião de Itajubá - 2010

Municípios	População Total	Área (Km ²)	Densidade Demográfica (hab/Km ²)	Distância	
				Itajubá	Belo Horizonte
Itajubá	90.679	290,5	332,3	0	443,7
Paraisópolis	19.392	331,5	58,5	54,5	433,3
Brasópolis	14.663	361,2	40,6	28,4	448,7
Maria da Fé	14.216	203,8	71,32	24,6	431,6
Pedralva	11.467	217,3	53,62	37,1	445,6
Piranguinho	8.016	130,3	64,48	12,0	432,6
Delfim Moreira	7.971	408,2	19,53	27,5	471,7
Sapucaí Mirim	6.241	284,8	21,91	78,0	483,4
Piranguçu	5.219	206,4	25,8	17,0	452,1
Gonçalves	4.220	187,6	22,5	74,0	456,6
São José do Alegre	3.996	89,2	44,78	23,7	433,1
Wenceslau Braz	3.093	102,0	25,03	21,2	466,0
Marmelópolis	2.968	107,9	27,52	48,6	492,3
Conceição das Pedras	2.749	101,6	28,5	54,2	402,3
Consolação	1.727	85,9	20,1	73,8	586,6

Fonte: IBGE (2010)

O CISMAS contemplava, em 2010, uma população de 196.617 habitantes, segundo dados do Censo Demográfico de 2010. Em relação à distribuição dessa população, 93% dos municípios apresentam populações inferiores a 20 mil habitantes, indicando o predomínio de cidades menores. Ou seja, a região caracteriza-se principalmente por municípios com poucos habitantes, com destaque para Consolação, ocupado por 1.727 habitantes.

Atualmente, o consórcio possui 14 municípios consorciados (Figura 5), sendo eles: Brazópolis, Conceição das Pedras, Consolação, Delfim Moreira, Gonçalves, Itajubá, Maria da Fé, Marmelópolis, Pedralva, Piranguçu, Piranguinho, São José do Alegre, Sapucaí Mirim e Wenceslau Braz. Sua missão é proporcionar um atendimento eficaz e de qualidade seguindo as diretrizes do SUS em parceria com as Prefeituras Municipais consorciadas através das Secretarias de Saúde.

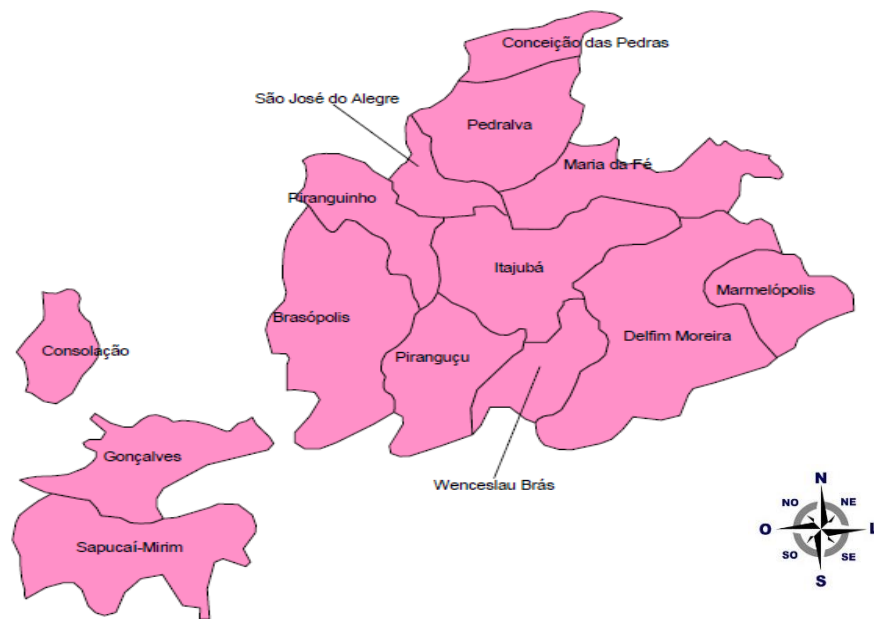


Figura 5: Consórcio de Saúde da Microrregião de Itajubá (CISMAS)
Fonte: COSECS (2010)

De modo geral, os municípios que participam do CISMAS apresentaram uma área média de 207 km² e uma densidade demográfica média de 57 hab/Km², em 2010. Entre os municípios, Delfim Moreira apresentou a maior área, aproximadamente 408 Km² e Itajubá apresentou a maior densidade demográfica, aproximadamente 332 hab/km².

A distância média dos municípios para a sede do Consórcio é de 38 Km de percurso até Itajubá e o mais distante é Sapucaí Mirim, em aproximadamente 78Km, seguido de Gonçalves e Consolação, em aproximadamente 74Km. Já a distância média dos municípios da área do CISMAS em relação a Capital Belo Horizonte é de aproximadamente 490 Km, sendo o mais próximo Conceição das Pedras (402,3 Km) e o mais distante Consolação (586,6Km).

Em relação à distância do município ao município-pólo para realização dos exames e consultas de média complexidade, observar-se pelas falas “*nosso município não tem problema nenhum com a distância, o consórcio nos ajuda muito*” (SMS-09) e, em outro momento, “*a distância entre o meu município e o consórcio nunca interferiu que os usuários utilizassem os serviços de saúde*” (SMS-11) que a distância não é impeditivo para utilização dos serviços oferecidos pelo CISMAS.

O transporte em saúde (SETS) para todos os usuários dos municípios consorciados é uma ferramenta que o CISMAS oferece aos municípios consorciados com o objetivo de realizar o transporte do paciente, para procedimentos eletivos, melhorando assim o acesso ao atendimento de

saúde média complexidade (Figura 6). Atualmente, o consórcio possui oito linhas contemplando os seguintes municípios: Sapucaí Mirim, Gonçalves, Paraisópolis, Conceição das Pedras, São José do Alegre, Maria da Fé, Marmelópolis e Wenceslau Braz. Diariamente é percorrido 960 Km.



Figura 6: Programa Rotas/SETS
Fonte: www.cismas.mg.gov.br

No relatório CISMAS/SETS (Tabela 09), pode-se observar que a taxa de ocupação dos passageiros transportados é maior ou igual a 50%, sendo: Janeiro-16 (52,4%), Fevereiro-16 (56,5%), Março-16 (58,2%) e Abril-16 (56,9%). A taxa de assentos disponíveis varia de 40 a 50%: Janeiro-16 (47,6%), Fevereiro (43,5%), Março (41,8%) e Abril-16 (43,1%).

Tabela 9: Relatório CISMAS/SETS

	Janeiro-16	Fevereiro-16	Março-16	Abril-16
Passageiros Transportados	2.533	4.435	5.449	4.851
Assentos disponíveis	4.836	7.852	9.360	8.528
Média de pessoas transportadas/viagem	14	15	15	15
Taxa de Absenteísmo	0%	0%	1,7%	0%
Viagens ofertadas	186	302	360	328
Viagens realizadas	186	302	360	328

Fonte: www.cismas.mg.gov.br

O Gráfico 1 reforça os dados encontrados no Programa Rota/SETS do CISMAS, constando que a taxa de ocupação varia de 50 a 60%, no período de 2013 a 2016. Vale lembrar que, em 2016, foram analisados somente os meses de Janeiro, Fevereiro, Março e Abril.

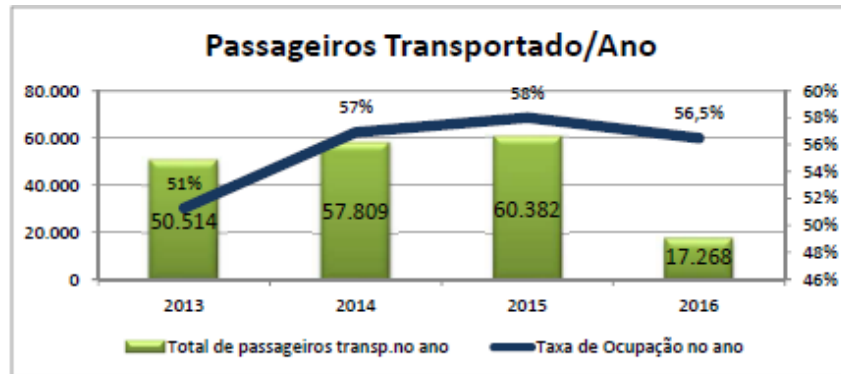


Gráfico 1: Passageiros Transportados CISMAS/SETS
 Fonte: www.cismas.mg.gov.br

Diante dos dados apresentados, surge uma indagação: Se o consórcio tem como finalidade otimizar os custos em relação ao transporte dos usuários de saúde, qual o motivo da taxa de ocupação estar relativamente proporcional a taxa de assentos disponíveis?

Em relação ao SETS, podemos concluir que o CISMAS não usufrui da sua ocupação total para realização de consultas/exames, caracterizando-se como ineficiente na gestão do transporte público. Deve-se pensar em uma medida importante para evitar os gastos com o setor de transporte e que se adapte as diferentes condições de cada município.

Em relação ao CISMAS/SETS, pelos dados da Tabela 10, observa-se que a faixa etária que mais utiliza dos serviços do Rota/SETS está entre 40 a 59 anos. Sugere-se investigar a percepção desses usuários em relação à distância dos serviços prestados pelo CISMAS.

Tabela 10: Perfil do usuário CISMAS/SETS

Idade	2014	2015	2016
Abaixo de 9 anos	2.810	3.275	757
10 a 19 anos	6.292	5.799	1.649
20 a 29 anos	6.900	7.202	2.025
30 a 39 anos	9.149	9.243	2.775
40 a 49 anos	11.185	11.113	3.009
50 a 59 anos	10.115	11.424	3.184
60 a 69 anos	6.616	7.377	2.174
70 anos e acima	4.797	4.966	1.695
TOTAL	57.864	60.399	17.268

Fonte: www.cismas.mg.gov.br

Com base no estudo do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), na Tabela 11 pode-se observar que o IDSUS médio dos municípios integrantes do consórcio é de 5 a 5,9 considerado baixo em relação a média do estadual (5,87). Ou seja, 54% dos municípios consorciados apresentam IDSUS abaixo da média estadual e os demais municípios foram elencados como acima da média estadual (6 a 6,9). Apesar de Itajubá ser a sede do CISMAS, o município apresenta o menor Índice de Acesso ao SUS (4,76) e Gonçalves apresenta o maior Índice de Acesso ao SUS (6,91). Dentre os municípios consorciados, Paraisópolis apresenta o menor Índice de Efetividade do SUS (5,55) e o município de São José do Alegre apresenta o maior Índice de Efetividade do SUS (7,92).

Tabela 11: IDSUS dos Municípios do CISMAS - 2014

Região de Saúde: Itajubá			
IDSUS da região de saúde: 5 a 5,9			
Município	IDSUS	Índice de Acesso ao SUS	Índice de Efetividade do SUS
Brazópolis	5 a 5,9	5,23	6,6
Consolação	6 a 6,9	6,56	7,76
Conceição das Pedras	6 a 6,9	6,86	6,45
Delfim Moreira	6 a 6,9	5,71	7,57
Itajubá	5 a 5,9	4,76	7,17
Gonçalves	6 a 6,9	6,91	7,1
Maria da Fé	5 a 5,9	5,39	6,62
Marmelópolis	6 a 6,9	5,43	7,81
Paraisópolis	5 a 5,9	5,56	5,55
Piranguçu	5 a 5,9	5,21	6,86
Pedralva	5 a 5,9	5,16	7,69
Piranguinho	5 a 5,9	5,68	7,15
São José do Alegre	5 a 5,9	5,09	7,92
Sapucaí Mirim	6 a 6,9	5,59	7,85
Wenceslau Brás	6 a 6,9	5,68	7,43

Fonte: IDSUS/2014

Vale ressaltar que o IDSUS é um conjunto de indicadores, que buscam fazer uma aferição contextualizada do desempenho do sistema de saúde quanto aos cumprimentos de seus princípios e diretrizes. O IDSUS oferece uma visão aproximada do SUS, permitindo instaurar práticas de avaliação e monitoramento para identificar os principais problemas e, principalmente, para subsidiar pactos entre os gestores federal, estadual e municipal, com metas e compromissos para a contínua construção de um SUS que responda mais aos direitos de cidadania e de saúde do povo brasileiro.

O objetivo do IDSUS é avaliar a qualidade dos serviços do SUS em todo país. A pontuação varia de 0 a 10. O índice é resultado de 24 indicadores que avaliam se a população está conseguindo

ser atendida em uma unidade pública de saúde, seja na atenção básica, atenção ambulatorial e hospitalar e a urgência emergência, visando aferir o acesso potencial, o acesso obtido e a efetividade. Em relação ao acesso potencial ou obtidos, tem-se atenção básica, atenção ambulatorial e hospitalar de média complexidade e atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade e referência da média e alta complexidade e urgência e emergência. Em relação a efetividade, tem-se atenção básica e atenção hospitalar de média e alta complexidade e urgência e emergência.

Diante dos dados apresentados, pode-se dizer que a distância entre os municípios não influencia no acesso ao SUS, já que Gonçalves está entre os municípios mais distantes do consórcio. Em outro momento, Itajubá, município-pólo do consórcio, tem o menor IDSUS de acesso ao SUS. Nessa abordagem, qual seria o papel do CISMAS como rede credenciada do SUS para a microrregião de Itajubá, em específico, para o município-pólo?

Segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) do Ministério da Saúde (Brasil, 2014), o número de internações hospitalares dos municípios consorciados passou de 11.153 internações em 2000 para 12.901 em 2015. Sendo que, no período de 2008 a 2010, o número de internações hospitalares apresentou redução (9.977 internações), e nos anos consecutivos, o número de internações hospitalares foi crescendo gradativamente. Cabe ressaltar que, no período de 2008 a 2015, o número de internações hospitalares diminuiu em todos os municípios, exceto em Itajubá, que em 2008 o número de internações era 8.745 e passou em 2015 para 11.188 internações.

Nota-se que as internações hospitalares aumentaram gradativamente de acordo com os dados coletados e o município de Itajubá, referência na região teve um aumento significativo no número de internações hospitalares, sugerindo que os municípios da microrregião possam estar direcionando seus usuários para o município-pólo, sobrecarregando o sistema de saúde de Itajubá. Cabe investigar o papel dos gestores municipais em relação aos serviços de atenção primária, visto que é de responsabilidade de cada município promover serviços de atenção básica e a finalidade do CISMAS é de prover serviços de média e alta complexidade.

Tendo em vista estas características demográficas e de saúde, pode-se dizer que há heterogeneidade entre os locais pertencentes à área de abrangência do consórcio. Cada município possui características peculiares, seja em relação ao porte populacional, tamanho e indicadores de saúde. Portanto, a ação consorciada envolverá no nível de importância para um ou mais atores envolvidos, determinando formas mais cooperativas de relacionamento entre os pares na resolução de interesses comuns das mais diferentes demandas por bens coletivos.

Cabe ressaltar que o Ministério da Saúde na cartilha *O Consórcio e a Gestão Municipal* sugere que a base de um consórcio é a relação de igualdade entre os municípios, e que as peculiaridades e dificuldades, tanto na região quanto no município, são pertinentes a cada consórcio.

5.2.3 PROTOCOLO DE INTENÇÕES E CONTRATO DE RATEIO DO CISMAS

O Protocolo de Intenções para constituição do CISMAS foi firmado entre os municípios de Brasópolis, Conceição das Pedras, Consolação, Delfim Moreira, Gonçalves, Itajubá, Maria da Fé, Marmelópolis, Pedralva, Piranguçu, Piranguinho, São José do Alegre, Sapucaí Mirim, Wenceslau Braz e Paraisópolis. Esse acordo define o objeto e as condições de ajuste entre as partes, previstas na Lei nº 11.107/05.

O objetivo do Protocolo de Intenções é estabelecer as finalidades e os objetivos do consórcio, a identificação dos entes que integram o CISMAS, estipular a área de atuação do consórcio para a finalidade a que se propõe, definir a personalidade jurídica mediante a vigência das leis, estabelecer o Estatuto, os critérios para representatividade do consórcio, as normas de convocação e funcionamento da assembleia geral, as diretrizes da diretoria, do órgão consultivo, dos empregados, além de apresentar os direitos dos consorciados, bem como a celebração da parceria entre os entes consorciados para a realização da gestão de serviço público.

De acordo com o protocolo de intenções (fls 02), o CISMAS tem como finalidades e objetivos:

- I - Organizar o Sistema Microrregional de Saúde;
- II- Representar o conjunto dos municípios que o integram, em assuntos de interesse comum, perante outras esferas de Governo e perante quaisquer entidades de direito público ou privado, nacionais ou internacionais;
- III – Assegurar a prestação de serviços de saúde em caráter suplementar e complementar à população dos municípios consorciados, em conformidade as diretrizes do SUS e de maneira eficiente e eficaz, sempre que tais serviços não possam ser prestados diretamente pelo município;
- IV – Fomentar o fortalecimento das especialidades de saúde existentes nos municípios consorciados ou que neles vierem a se estabelecer;
- V - Estimular a integração das diversas instituições públicas e privadas para melhor

operacionalização das atividades de saúde;

VI – Criar instrumentos de controle, acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde prestados à população;

VII – Planejar, adotar e executar programas e medidas destinados à promoção da saúde dos habitantes dos municípios consorciados, em especial apoiar serviços e campanhas do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde;

VIII – Desenvolver e executar serviços e atividades de interesse dos municípios consorciados de acordo com os projetos e programas de trabalho aprovados pelo consórcio;

IX – Desenvolver de acordo com as necessidades e interesse dos consorciados, ações conjuntas de vigilância em saúde, tanto sanitária quanto epidemiológica;

X – Viabilizar ações conjuntas na área na compra e ou na população de materiais, medicamentos e outros insumos;

XI – Incentivar e apoiar a estruturação dos serviços básicos de saúde nos municípios consorciados, objetivando a uniformidade de atendimento médico e de auxílio diagnóstico para a correta utilização dos serviços oferecidos através do consórcio;

XII - Prestar assessoria na implantação de programas e medidas destinadas à promoção da saúde e da população dos municípios consorciados;

XIII – Estabelecer relações cooperativas com outros consórcios regionais que venham a ser criados e que por sua localização, no âmbito macro-regional, possibilite o desenvolvimento de ações conjuntas.

XIV – Prestação dos seguintes serviços:

- a) exames de ultrassom e ecocardiograma;
- b) realização de teste ergométrico;
- c) consultas e procedimentos de oftalmologia;
- d) exames e laudos laboratoriais de análise clínica;
- e) exames e laudos laboratoriais de análise de águas.

Segundo o Estatuto Social do CISMAS, para as finalidades do Consórcio, considera-se que:

- I. Nível de Atenção Primária é de competência de cada município;
- II. Nível de Atenção Secundária são os serviços de consultas e exames especializados em áreas definidas pelo Consórcio;
- III. Nível de Atenção terciária são os serviços oferecidos pelos hospitais localizados nos

municípios consorciados, de acordo com o seu nível de resolutividade.

Dessa forma, para o cumprimento de suas finalidades, a gestão do CISMAS poderá:

- I- Adquirir os bens que julgar necessários, os quais integrarão seu patrimônio;
- II- Firmar convênios, contratos e acordos, receber auxílios, contribuições e subvenções de outras entidades e órgãos públicos e privados;
- III- Prestar aos consorciados, serviços na área da saúde, especialmente, assistência técnica, favorecendo ainda recursos materiais e humanos.

O contrato de rateio é formalizado em cada exercício financeiro entre os entes consorciados e estabelece as obrigações de prestação de serviços, a forma de transferência total ou parcial dos encargos ou bens necessários para o funcionamento do consórcio. Cada município contribuirá com a quantia fixada através da observância da legislação orçamentária e financeira do ente consorciado contratante. De acordo com Borges (2006), o contrato de rateio configura-se como instrumento que formaliza as obrigações financeiras de cada ente consorciado, conferindo-lhes segurança e seriedade.

No CISMAS, o Contrato de Rateio constitui a definição das regras e critérios de participação do contratante junto ao contratado, nas despesas de obrigações financeiras, de modo a assegurar o custeio das despesas do consórcio para atendimento dos entes consorciados. No rateio proporcional das obrigações financeiras para ocorrer com as despesas das atividades do Consórcio, o município contratante fica comprometido perante o consórcio com sua Cota-Parte Anual, referente aos meses de janeiro a dezembro do ano vigente, devendo ser quitado em Conta Bancária, até o dia 10 de cada mês. Cabe ressaltar que as despesas decorrentes da execução do Contrato de Rateio correrão por conta de dotação própria do município e os recursos repassados ao Consórcio poderão ser aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação sejam aplicados diretamente no próprio CISMAS.

Sobre a contribuição financeira de cada prefeitura municipal, no início, correspondia a 1% da parte recebida do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), agora está fixada com base em critérios populacionais. O FPM era utilizado como instrumento legal, de natureza contábil, orçamentária e financeira, cujo objetivo era gerir centralizadamente, com racionalidade e transparência, a totalidade dos recursos da saúde do município. Conforme as diretrizes do SUS, os recursos que se destinam ao financiamento de ações e serviços de saúde deverão compor esse fundo,

a ser gerido de forma democrática e transparente, pelo gestor municipal da saúde, sob fiscalização da sociedade organizada, representada no Conselho Municipal de Saúde.

Em relação às despesas do setor de saúde, desde 2004 (Portaria nº 2.047, de 5 de novembro de 2002), os municípios têm, por obrigação investir 15% de suas receitas orçamentárias no financiamento do SUS (IBGE, 2010). Em conformidade no rateio proporcional das obrigações financeiras com as despesas das atividades do consórcio, a distribuição dos benefícios e custos entre os consorciados, segundo Machado e Andrade (2014), pode ser basicamente de duas formas. Na primeira, o contrato de rateio entre os municípios consorciados se restringe às despesas fixas para assegurar o funcionamento do consórcio, e os consorciados repassam, *ex post*, os benefícios consumidos e estabelecidos por meio de contratos complementares. Na segunda, o contrato de rateio estima, *ex ante*, a participação dos associados nos benefícios e nos custos.

Para os autores, independente do sistema de compartilhamento de custos e benefícios entre associados, a função equalizadora se mostra crucial para a estabilização das parcerias, evitando choques de interesses entre eles, onde cada um *paga pelo que consome*. Assim, a função equalizadora opera no sentido de oferecer a cada um a garantia de que outros também irão cooperar.

No caso do CISMAS, a porcentagem do FPM de Itajubá, Maria da Fé, Pedralva e Paraisópolis é diferenciada dos demais municípios da microrregião, visto que “*esses municípios utilizam mais dos serviços do CISMAS porque o porte populacional é maior*” (SE-04), ou seja, a porcentagem do FPM é maior. Já a distribuição dos benefícios e custos pelos associados se consolida por meio do contrato de rateio sob a forma *paga pelo que consome*. Em relação à contribuição financeira para custear as despesas do consórcio, a resposta dos SMS entrevistados foi unânime e todos aprovam e acham justo.

No consórcio, as despesas fixadas de pessoal e encargo sociais lideram o total da despesa orçamentária do consórcio. Vale ressaltar que as despesas fixas, ou seja, as despesas administrativas do consórcio são consideradas como “*pesada para o município*” (SMS-05). Em outro momento, as despesas fixas “*poderiam ser transformadas em serviços de saúde, assim, o município estaria tendo retorno do investimento*” (SMS-05). Diante do exposto, fica evidente que as despesas fixas com a administração do consórcio torna-se um fator que desestimula a participação do município na ação consorciada.

Por outro lado, Machado e Andrade (2014) acreditam que a lógica das relações de mercado em que *paga-se pelo que se tem* torna pouco provável que os consórcios se dediquem a resolver problemas distributivos ou em dimensão regional, ou que, os gestores municipais cedam recursos

disponíveis para suas populações a outros municípios em nome da promoção do bem de uma comunidade de referência como da região.

No Consórcio, o sistema de compartilhamento de custos e benefícios entre os associados, em que *paga pelo que consome*, pode estar incentivando a inadimplência e a presença de conflitos de interesses entre os membros. No que se refere a resolver os problemas distributivos ou em dimensão regional, o município consorciado poderá considerar que as despesas fixas não são pertinentes para o seu município gerando um comportamento oportunista. Pode-se sugerir que a gestão administrativa do consórcio envolva membros dos municípios consorciados, como forma de amenizar os custos na contratação de funcionários e como forma de aproximar os municípios da gestão administrativa do sistema de arranjo e cooperação do CISMAS.

No sistema de arranjo e cooperação através do CISMAS, os entes consorciados, somente entregarão recursos financeiros ao consórcio mediante contrato de rateio. O contrato de rateio é considerado um instrumento jurídico formal que define as responsabilidades econômico-financeiras por parte de cada ente consorciado. Nesse cenário, o entendimento sobre as regras de utilização do consórcio exemplificadas aqui por meio do Protocolo de Intenções torna-se relevante para a gestão compartilhada. No entanto, observa-se que o termo contrato de rateio não é bem conhecido pelos gestores municipais de saúde “*o que é esse tal de contrato de rateio?*” (SMS-07).

O termo contrato de rateio é exaustivamente usado no Protocolo de Intenções, celebrado entre os municípios e assinado por todos os consorciados como cientes das cláusulas e das suas obrigações financeiras perante o consórcio. Nesses preceitos, cabe uma indagação sobre o desempenho dos gestores municipais, uma vez que o contrato de rateio é a forma em que os entes consorciados comprometem-se a arcar com as despesas do consórcio. Então, como este recurso de gestão não é conhecido?

Para Ribeiro *et al* (2013), se o município tiver informação completa sobre as regras de utilização do consórcio, tem-se um arranjo institucional forte. E caso contrário, tem-se um arranjo institucional fraco. Para os autores, a falta de conhecimento do gestor municipal sobre a importância desse arranjo institucional pode incentivar o comportamento oportunista por parte daqueles municípios que participam do consórcio, mas não cumprem com as obrigações estabelecidas pelo contrato de rateio. Como o município não conhece o tipo de consórcio, este também não conhece o tipo de gestor municipal. Dessa forma, a alta afinidade e a baixa afinidade do município com o consórcio estão diretamente relacionadas com a informação completa ou incompleta dos gestores municipais sobre as regras de utilização do consórcio.

Com base nos estudos de Ribeiro *et al* (2013), existem dois tipos de municípios: o município *integrado*, onde há conhecimento sobre os benefícios e regras do consórcio, e os municípios do tipo *não-integrados*, onde os gestores não conhecem bem os benefícios e as regras, preferindo os gastos locais ao invés dos gastos com o consórcio. Assim, se o município for do tipo *integrado*, tem-se um arranjo institucional forte e se o município for do tipo *não-integrado*, temos um arranjo institucional fraco.

No caso do CISMAS, percebe-se a falta de conhecimento e informação sobre as regras de utilização do consórcio pela fala de um dos respondentes. Conhecer as normas, que regem a ação consorciada entre os pares sugere maior eficiência na gestão municipal pelos entes consorciados, visto que um município integrado ao consórcio tem maior afinidade com as regras de utilização do arranjo. Em outro momento, “*precisamos rever as regras de utilização do consórcio*” (SMS 05) implica em conhecimento das regras com expectativas de mudanças, como forma de melhoria e manutenção da ação consorciada.

Vale lembrar que a falta de informação pode resultar no mau funcionamento do consórcio, tornando-o um arranjo institucional fraco. Observou-se na análise das entrevistas, que “*quando o CISMAS foi criado, era realizado um treinamento com todos os SMS, sobre as finalidades e objetivos do consórcio*” (SE-04). Atualmente, essa prática de conscientização dos gestores municipais em relação às regras de utilização do consórcio não é realizada e um dos motivos apresentados consiste em “*não compensa para os gestores ficar aprendendo sobre o sistema, os gestores ganham pouco e desanimam*” (SE-04). Em outro momento, fica evidente o porquê do projeto de conscientização dos gestores municipais não prosseguir “*tem prefeitura que troca várias vezes de Secretário Municipal de Saúde (...) imagina toda hora ficar treinando um gestor (...) toma muito tempo*” (SE-04).

Destaca-se, ainda, que o agir politicamente não é possível em condições desiguais de saberes. O gestor municipal de saúde, como representante dos usuários, deve atentar-se sobre o funcionamento da máquina pública e a legislação pertinente, pois, informação e conhecimento são condições para o exercício do poder em termos de gestão compartilhada.

Com a finalidade de identificar como os Secretários Municipais de Saúde avaliam as regras de utilização do consórcio, a resposta foi unânime, 100% dos respondentes acham adequadas as regras de utilização do CISMAS. No entanto, a fala “*as regras são adequadas, porém, para o meu município não*” (SMS-05) abre um espaço para discussão. Se todos os municípios acham adequadas as regras de utilização do consórcio, qual seria a consideração desse gestor municipal de saúde ao

apontar que, para o seu município, as regras não são adequadas. Nesse caso, evidenciar as considerações do gestor municipal sobre as regras de utilização do consórcio poderia servir como ferramenta de melhoria para a gestão administrativa do CISMAS.

Em relação às regras, *“os custos do consórcio são maiores do que os custos que tenho com os serviços de saúde se eu for comprar pela prefeitura. Eu achava mais justo, se o consórcio retornasse nosso investimento, em serviços para o município e não o tomasse somente para o custeio dos serviços administrativos, além disso, muitos municípios atrasam o pagamento e isso desestimula a nossa participação no consórcio”* (SMS-05). Em outro momento, *“o custo com o consórcio às vezes é pesado para o meu município e não consigo pagar em dia”* (SMS-04).

Em termos de gastos locais a gastos com o consórcio, verifica-se que o município adotou uma postura individual, comprando serviços de saúde pela prefeitura ao invés de participar de forma coletiva na compra desses serviços. Pode-se considerar o município com baixa afinidade com o consórcio, pois pensa de forma individual, visto que, um dos benefícios da ação consorciada é o poder de barganha, para evitar a dispersão de recursos financeiros, materiais e humanos. Sobre o poder de barganha, um dos objetivos da ação consorciada é ampliar o poder de compra, aumentando a cartela de clientes visando um custo menor. Fica evidente que é preciso investigar o poder de compra do consórcio, uma vez que a prefeitura consegue comprar os mesmos serviços com o custo igual ou até menor.

Chama a atenção a fala *“nosso município está satisfeito com as regras do consórcio, já municípios menores eu não sei”* (SMS 01), que o entrevistado pontua um posicionamento adverso dos demais municípios em relação ao custeio do consórcio. Foi dado ênfase também na questão do porte populacional, sendo que, para o respondente, os municípios consorciados e com menor porte populacional em relação ao seu teriam mais propriedade para fazer colocações sobre a questão.

Nota-se que as regras de utilização do consórcio são divergentes no que se refere ao porte populacional segundo a fala. Estaria o Protocolo de Intenções estabelecendo regras somente de utilização do consórcio sem atentar-se ao princípio da ação consorciada que é resolver os problemas comuns, principalmente para municípios de pequeno porte?

Sendo assim, qual o papel da gestão do consórcio no que se refere ao gestor público municipal preferir gastos locais a gastos com o consórcio? Sob a ótica de que o consórcio amplia a cartela de clientes e, com isso, promove o poder de barganha na compra de serviços, como a prefeitura consegue comprar os mesmos serviços que o consórcio por um custo menor?

Após tais argumentações, verificam-se dois momentos. O primeiro sobre as receitas e despesas, onde o SMS-05 caracteriza a questão financeira como um dos fatores que desestimula a cooperação, e que para o município, arcar com as despesas do consórcio seria inviável, pois o gasto local é menor do que o gasto com o consórcio. Em outro momento, o fator inadimplência, como indutor de conflitos de interesses e abandono do consórcio.

Segundo o protocolo de intenções (fls 13) do CISMAS, uma eventual impossibilidade de o município consorciado cumprir obrigação orçamentária e financeira estabelecida em contrato de rateio obriga o consórcio a adotar medidas para adaptar a execução orçamentária e financeira aos novos limites, podendo suspender temporariamente a prestação de serviços ao município consorciado inadimplente.

Observa-se que a inadimplência no CISMAS é vista pelos SMS como um atraso no pagamento de contas, sem acréscimo de juros, ou seja, sem punição, tornando-se fraco aos olhos dos gestores municipais. Verifica-se pela fala “às vezes fico meses sem pagar a conta, e depois pago tudo de uma vez só” (SMS-04) que o município inadimplente fica por meses sem cumprir com os compromissos financeiros, porém, participa das reuniões, e até mesmo, solicita serviços. Vale destacar que a inadimplência ocorre e “os municípios atrasam sim, mas não posso punir, pois eles precisam dos nossos serviços. O que fazemos é não liberar novos serviços, até que a conta seja paga” (SE 02).

Em relação à punição, em caso de inadimplência, “nunca nenhum município foi punido por não cumprir com o contrato de rateio, e a inadimplência sempre aconteceu dentro do consórcio” (SE-02), “a punição é com a marcação, mas em caso de urgência o consórcio tem que atender” (SMS-05). No CISMAS, não existe punição para o município que não cumpre com suas obrigações financeiras, e cada município pode estabelecer suas próprias regras em relação ao custeio das despesas, estimulando o comportamento oportunista.

A falta de punição no sistema de arranjo e cooperação do CISMAS pode estar ligada ao custo político de aplicar a penalidade. De acordo com Ribeiro *et al* (2013), na gestão do consórcio é mais importante o caráter político e não conflitante do grupo do que as inadimplências existentes. Nesse ambiente, os autores relatam que o consórcio corre riscos, no entanto, basta a garantia de uma punição para que o prefeito se ajuste ao contrato.

Em relação à inadimplência, observa-se nas análises da pesquisa, que “muitos municípios atrasam demais com o rateio, e isso prejudica o CISMAS, enfraquece o CISMAS, pois chega na hora de negociar, têm pendências de pagamentos, pendências de documentos. Esses contra-tempos

acabam desanimando a gente com os caminhos que o CISMAS algumas vezes toma” (SMS-01). Nesse caso, a inadimplência pode enfraquecer a ação consorciada e desestimular a participação dos municípios no consórcio. Quanto à percepção dos gestores municipais sobre a inadimplência no CISMAS, 100% dos respondentes consideram o atraso no pagamento das cotas e rateio pelos municípios como uma desvantagem na ação consorciada e um dos respondentes enfatiza *“a inadimplência desestimula a participação do meu município no consórcio” (SMS-03).*

Sobre a interação estratégica entre municípios, Ribeiro *et al* (2013) apontam que, se um município não cumpre seu compromisso financeiro com o consórcio, vai gerar um resultado negativo para o grupo e, conseqüentemente, a perda de credibilidade e enfraquecimento do consórcio. Para os autores, o consórcio do tipo forte aplica a penalidade, enquanto o consórcio do tipo fraco optará sempre por não aplicá-la. Caso o município considere o consórcio fraco, a escolha do gestor será não pagar o rateio. Por outro lado, se município considera o consórcio forte, o gestor escolherá pagar o rateio. Isso significa que a escolha em pagar ou não o rateio está atrelada a reputação conquistada pelo consórcio.

Em relação à reputação do consórcio, a pesquisa perguntou aos gestores municipais sobre a satisfação com os serviços prestados pelo CISMAS. Dos respondentes, 58% consideram ótimo e 42% consideram bom. Os aspectos relacionados à satisfação dos gestores municipais consistem em: *“tudo que precisei, o consórcio me atendeu” (SMS-07); “mesmo quando estou inadimplente, o consórcio dá um jeitinho e resolve meu problema” (SMS-09); “não tenho o que reclamar do consórcio, para o meu município o trabalho que ele faz é fundamental” (SMS-01).*

No CISMAS, a única punição para o município inadimplente é a suspensão temporária na prestação de serviços ao município consorciado. Sendo assim, para que o sistema de arranjo e cooperação seja considerado um consórcio forte, é necessário construir uma reputação e disseminar ideias e benefícios do consórcio, como forma de superar os interesses de conflitos de caráter político. Conhecer os fatores que tornam o compromisso financeiro do município com o consórcio inviável possibilita orientar os consorciados para que as decisões sejam tomadas no sentido de reforçar a estabilidade da cooperação e a evitar os possíveis *free rides*.

Um dos fatores que influenciam na manutenção do consórcio, segundo Teixeira *et al* (2013), é a fragilidade das finanças e a complexidade do processo político de construção da parceria. Tais indicadores podem causar insustentabilidade e vulnerabilidade dos consórcios e a possibilidade de dissolução, pode-se haver situações em que os municípios decidam abandonar as parcerias, mesmo que essa atitude não esteja de encontro com os termos contratuais dos consórcios.

Sobre as regras que regem o consórcio, nenhum município pode ser obrigado a se consorciar ou a permanecer consorciado. O município consorciado poderá se retirar a qualquer momento do CISMAS, mediante prévia autorização da respectiva Câmara Municipal e desde que participe sua intenção com no prazo nunca inferior a 90 (noventa) dias e esteja adimplente com suas obrigações. Cabe ressaltar, que o município retirante continuará a responder solidariamente com os demais municípios, pelo prazo de (02) dois anos contatos da formalização de sua retirada, que se dará com autorização legislativa necessária e a protocolização de seu pedido, pela obrigações e dívidas assumidas com o consórcio.

No CISMAS, a pesquisa evidenciou tal situação. Em 2004, dos quinze municípios consorciados, dois decidiram por abandonar o consórcio enfatizando a influência político-partidária como fator indutor *“saímos por questões políticas, porém decidimos voltar no mesmo ano após algumas mudanças que foram realizadas” (SMS-07)* e *“não compensava para o meu município na época participar do consórcio, porém, decidimos voltar porque achei que havia melhorado as normas de utilização dos serviços” (SMS-05)*. Após propostas de melhorias do consórcio, os municípios optaram por participar do consórcio em meados de 2007. No entanto, um deles decidiu por se retirar permanentemente da ação consorciada por não concordar com as regras de utilização do CISMAS. Sobre a saída do município do consórcio, motivos diversos são apontados, destaca-se na fala do gestor municipal *“queremos o retorno do investimento em serviços de saúde e não somente fazer o investimento para custear o administrativo do consórcio, fica pesado para o município” (SMS-05)* um fator indutor para sua retirada na ação consorciada.

Em referência ao município decidir por abandonar o consórcio pela fragilidade financeira e pela complexidade do processo político, nota-se pela análise das entrevistas que um dos municípios decidiu abandonar permanentemente a parceria e aponta como fator primordial de sua saída, a inadimplência dos municípios além dos custos administrativos com o consórcio. Em outro momento, a complexidade política foi apontada pelos respondentes como um dos motivos para abondarem a parceria junto ao consórcio.

Diante do exposto, torna-se evidente que o cumprimento das obrigações com o rateio das despesas e a questão política-partidária, influencia o funcionamento do consórcio, e tornam-se fator que desestimulam a cooperação. Abandonar a ação consorciada pode ser um comportamento individualista, no entanto, um município consorciado, porém, inadimplente torna-se oportunista, e da maneira semelhante, acaba por agir de forma individual e não como sugere os objetivos e finalidades do consórcio, que através é da ação conjunta.

Cabe ressaltar que o M-02 “*sempre foi um município autônomo na microrregião de Itajubá, talvez pelo fato de possuir mais conhecimento e ter mais experiência na gestão do SUS e porque é o único município além do município-sede do consórcio que é credenciado para prestar serviços do SUS a municípios circunvizinhos*” (SE-04). Uma consideração a ser pontada durante a análise da pesquisa, é que o M-02 abandonou o CISMAS por duas vezes, no entanto, permaneceu consorciado ao sistema de ROTAS gerenciado pelo consórcio, ou seja, utiliza do transporte do consórcio e não participa do rateio das despesas com os serviços administrativos.

Pode-se sugerir uma falta de engajamento entre os pares, ou até mesmo, conflitos de interesses entre os gestores municipais. Em relação à percepção dos gestores municipais quanto ao papel do CISMAS em situação de conflitos de interesses, 84% dos respondentes acham interessante o consórcio orientar a discussão de modo a mostrar que os benefícios futuros serão maiores que os ganhos presentes.

De acordo com o Protocolo de Intenções do CISMAS (fls 08), a saída do município pode ser por encerramento do consórcio ou de forma espontânea, desde que o município tenha prévia autorização da receptiva Câmara Municipal e desde que participe sua intenção com prazo nunca inferior a 90 (noventa) dias. No entanto, em um dos casos citados, a decisão de deixar o consórcio não passou por nenhum processo administrativo “*resolvemos sair, foi fácil, de um dia para o outro*” (SMS-05). Uma questão importante, nessas considerações, endossa a falta de punição em relação à saída do município do consórcio pelo não cumprimento das cláusulas do protocolo de intenções.

Diniz Filho (2013), ao falar sobre a saída do município do consórcio, considera que é preciso levar em conta as características de cada consórcio como um todo. Por exemplo, a posse de equipamentos de saúde próprios, assim como a administração de uma clínica exclusiva do CIS, oferta de serviços que o consórcio disponibiliza a seus municípios membros, o porte do CIS como fator de influência no processo de seleção das administrações municipais, e a transferência de recursos estaduais aos CIS.

No caso do CISMAS, as características presentes nos municípios que optaram por se retirar do consórcio podem estar associadas ao fato dos municípios estarem entre os maiores em porte populacional da microrregião de Itajubá, além do mais, esses municípios são assistidos por hospitais no próprio município, com serviços próprios ou terceirizados. Em outro momento, um dos municípios é rede credenciada pelo SUS e presta serviços semelhantes ao consórcio, em específico de média-complexidade aos municípios circunvizinhos. Em suma, os municípios circunvizinhos, são assistidos tanto pelo consórcio quanto pelo município credenciado pelo SUS para prestar

serviços de saúde, e em outro momento, verifica-se maior autonomia dos governos locais, não permitindo subordinação hierárquica do município-pólo pelo fato de possuírem serviços semelhantes e relação de igualdade.

Ainda, sobre a saída do M-02 do consórcio, outros fatores que desestimulam a cooperação e a participação na ação consorciada são: a) centralização dos serviços de saúde na microrregião de Itajubá. Para o gestor municipal *“o meu município poderia prestar serviços para o CISMAS e atender os municípios circunvizinhos, ao invés deles saírem daqui e ir para Itajubá. Ficaria mais perto para eles”* (SMS-05); b) os custos com o consórcio são maiores que custos locais e *“compensa levar os municípios para outro Estado do que levar para Itajubá”* (SMS-05); c) a falta de retorno do investimento feito ao consórcio; d) valor do custo administrativo do consórcio é alto; e) serviço de transporte de emergência (ambulância) não atendia as necessidades do município; f) inadimplência dos municípios; g) pouco poder de barganha na compra de serviços de saúde.

Percebe-se que *“mesmo que o município não participe do consórcio, ele é dependente dos nossos serviços, pois utiliza do serviço de transporte do Estado, e é o consórcio quem faz a gestão desse sistema”* (SE-02). Assim, esse convênio entre o município que optou por se retirar permanentemente e o CISMAS, de utilização do ROTAS sem a afetiva cooperação entre os membros, poderá implicar em um comportamento *free rider* (carona), ou seja, o município poderá estar usufruindo de um bem sem que tenha havido contribuição para obtenção de tal. O município carona poderá influenciar os demais.

Em relação ao posicionamento adverso e não colaborativo de um município, 75% dos gestores municipais acreditam que os municípios não devolvam na mesma moeda. Sendo assim, a atuação da maioria dos municípios consorciados é fundamentada no princípio de cooperar, mesmo que o comportamento de alguns seja não colaborativo. Sugere-se a reciprocidade de Axelrod (1986) que tem implícito o fundamento, altruísta, de sempre cooperar com os outros agentes quando eles também cooperam e egoísta, de não exigir para si mais do que é justo.

Tendo em vista o fator confiança como forma de construção do capital social em relação a organização regional da oferta de serviços especializados, o CISMAS deve-se posicionar como instituição eficaz ao planejamento local e regional em saúde, na solução de problemas comuns entre os pares. A participação dos gestores municipais na construção de um sistema de arranjo e cooperação que visa ao interesse coletivo e que, por consequência, supere o interesse individual, contribui para superação de desafios locais no processo de implementação do SUS.

Dentro dessa abordagem, Gerik (2013) atribui o fator confiança como fundamental para cooperação. *A priori*, o consórcio, como espaço institucional, não deve ter relações pautadas pela imposição de um determinado município consorciado sobre os demais. Porém, há conflitos e divergências que podem colocar obstáculos para a cooperação, como interesses divergentes.

Visto que a confiança é primordial para o desenvolvimento da cooperação, sugere o fortalecimento dos laços entre os cooperados, de maneira que os ganhos com a ação consorciada seja benéfico a todos os pares, para que a continuidade do consórcio seja uma característica presente na manutenção de seu funcionamento. Dentre os respondentes, 100% dos gestores municipais acreditam na continuidade do consórcio. Assim, as considerações até então apresentadas tornam-se características para a sustentabilidade do consórcio.

Em contraposição às considerações apresentadas em relação aos fatores que desestimulam a cooperação, nota-se pela fala do SMS-01 que *“a inadimplência diminuiu, desde o momento que a gestão do consórcio, ou seja, a secretaria executiva passou a estar mais próximo dos municípios”*, que o CISMAS prima pela construção da parceria e que a presença da gestão administrativa do consórcio junto aos gestores municipais direciona o arranjo a uma nova gestão administrativa, em busca de sustentabilidade e fortalecimento da ação cooperada entre os pares. Cabe ressaltar que a viabilidade desses arranjos institucionais a longo prazo dependem, portanto, de um equilíbrio ténue: a confiança mútua entre os gestores.

A participação dos municípios de forma consorciada pressupõe que eles irão cooperar. Entretanto, se os municípios atuarem de forma distinta na prestação de serviços públicos a seus munícipes, os conflitos de interesses serão inevitáveis, e os ganhos presentes serão maiores do que os benefícios futuros. Em relação ao papel do CISMAS enquanto arranjo de cooperação, 75% dos respondentes, acreditam que o consórcio deve contribuir para que os municípios associados possam programar e executar ações conjuntas, com o objetivo de suprir as carências locais e regionais na área da saúde. Já, 50% dos respondentes, acreditam que o consórcio deve propiciar espaços para interação entre os municípios, visando troca de experiências e recursos técnicos, para melhorar as ações individuais dos municípios na área da saúde.

Sobre a percepção dos gestores municipais, no que se refere a finalidade do CISMAS, nota-se uma necessidade de interação na programação de ações conjuntas para melhorar a gestão municipal. Pode-se considerar o consórcio como uma experiência na gestão das ações de saúde a nível regional e, em outro momento, o sistema de arranjo e cooperação como um caminho de aprimoramento dos gestores municipais na atenção primária e secundária dos seus munícipes.

Ainda sobre as regras de utilização do consórcio, o CISMAS tem como obrigação fornecer as informações financeiras, receitas e despesas realizadas, para que estas possam ser contabilizadas nas contas de cada município na conformidade dos elementos econômicos e das atividades e ou projetos atendidos estabelecidos no contrato de rateio. No caso do CISMAS, as informações financeiras, receitas e despesas realizadas são apresentadas nos encontros da Comissão Inter-Gestores Regional e estão disponíveis no *site* do consórcio.

Observou-se durante a pesquisa, que as reuniões presididas pelo secretário executivo do CISMAS contava com a participação de poucos gestores municipais, salvo, em caso de reuniões com a microrregional. Em outro momento, verifica-se que o consórcio não documenta as reuniões em ata. Por isso, outra estratégia a ser considerada como melhoria continua do consórcio, é a obrigatoriedade dos atores envolvidos nas reuniões e a documentação das pautas discutidas entre os gestores, para que sejam fiscalizadas as ações em saúde. Deve-se abrir um espaço de diálogo entre estes para troca de vivências e aperfeiçoamento da gestão.

Os Conselhos Gestores proporcionam a participação da comunidade na formulação e implementação de políticas públicas, bem como, na formação de capital social. No consórcio, as demandas da comunidade são discutidas e apresentadas aos Secretários Municipais de Saúde, pelos Conselhos Municipais de Saúde (CMS). Os CMS funcionam de acordo com a peculiaridade de cada município, com a função de fiscalizar e regular as ações de saúde. Segundo SE-03, *“o município é engessado, e mesmo que os conselhos participem, dependemos do Estado”*. Pode-se observar, pela fala, como a participação da comunidade é meramente ilustrativa, até porque o município nada pode fazer sem recursos financeiros e materiais. Para o SE-05 *“os conselhos municipais são efetivos para o município e não para os consórcios”*. Verifica-se que é preciso ampliar o campo de participação da comunidade na formulação e implementação de políticas públicas, uma vez que a ação consorciada é um instrumento de implementação do SUS e de suas diretrizes.

A partir das observações, pode-se inferir que, no CISMAS, foram encontrados baixo nível de participação da comunidade e de apresentação da demanda local pelos CMS. Nas reuniões com os gestores municipais, a pauta está sempre voltada para as metas que os municípios devem cumprir, mesmo que não necessitem dos serviços. Para o SMS-01 *“o consórcio deve ser mais que um marcador de consultas, o consórcio deve ser um espaço de interação entre os municípios, seja na prestação de serviço ou na participação da comunidade, para que seja efetivo”*.

Cabe ressaltar que a distância entre os municípios e o município-sede foi apontada como motivo para não participação dos gestores municipais nas reuniões. Conforme Brandão (2008), a

distância entre os entes causa uma assimetria na cooperação e pode desestimular a participação do município. Sugere-se um rodízio entre os municípios para a realização dos encontros, de forma ampliar os laços de cooperação entre os pares e promover a aproximação da gestão do CISMAS com as prefeituras

5.2.4 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO CISMAS

De acordo com Caldas & Cherubine (2013), o êxito de um CIS está relacionado com a capacidade de gestão do consórcio enquanto organização pública. A estrutura administrativa segue o modelo da maioria dos consórcios: Conselho de Prefeitos; Diretoria; Conselho Técnico; Secretaria Executiva e Conselho Fiscal (Figura 7).

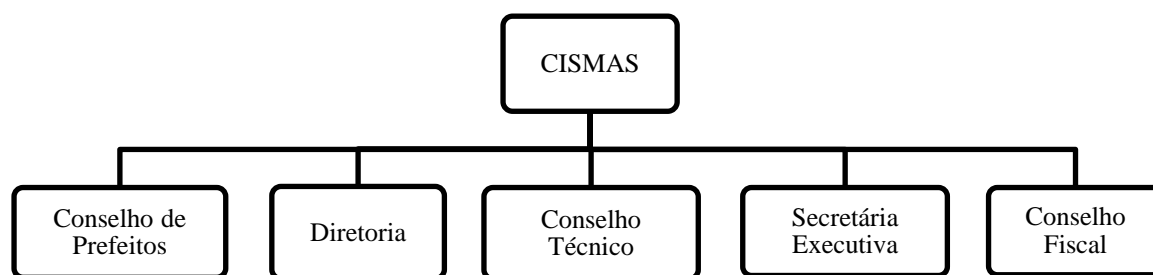


Figura 7: Estrutura Organizacional do CISMAS
Fonte: Elaborado pela própria autora

O Conselho de Prefeitos é constituído pelos Prefeitos dos Municípios consorciados, ou procuradores legais habilitados, é o órgão soberano do Consórcio. O Conselho de Prefeitos têm como finalidade presidir as reuniões do Consórcio e movimentar as finanças. A reunião ordinária do Conselho de Prefeitos é bimestral e sua convocação deve ser feita com antecedência mínima de 05 (cinco) dias. Em caso de reunião extraordinária do Conselho de Prefeitos, será convoca sempre que houver matéria importante para ser deliberada, por iniciativa do Presidente do Consórcio ou a pedido de 50% dos municípios consorciados.

O Conselho de Prefeitos é a instância máxima de decisão e lhe compete deliberar em última instância sobre os assuntos do Consórcio; aprovar e modificar o regimento interno, bem como resolver os casos omissos; aprovar a proposta orçamentária anual; orientar a política patrimonial e

financeira; eleger os membros da Diretoria e do Conselho Fiscal e definir o percentual de contribuição dos municípios e a tabela dos exames a serem efetuados pelo Consórcio, entre outras atribuições. No Quadro 5 são apresentadas as competências do Conselho de Prefeitos do CISMAS.

Quadro 5: Competências da Organização Administrativa do CISMAS – Conselho de Prefeitos

Conselho de Prefeitos	<ul style="list-style-type: none"> - Deliberar sobre os assuntos relacionados com os objetivos e finalidades do Consórcio; - Estabelecer a orientação superior do Consórcio, recomendando o estudo de soluções para os problemas na área da saúde; - Eleger, por votação nominal, dentre os Prefeitos dos municípios consorciados, os membros da Diretoria do Consórcio; - Eleger os membros do Conselho Fiscal; - Homologar o programa administrativo proposto pela diretoria; - Homologar o Relatório Geral e a Prestação de Contas Anual da Diretoria; - Aprovar e modificar, por deliberação de 2/3 dos seus membros, o Estatuto do Consórcio, bem como resolver e dispor sobre casos omissos; - Aprovar a proposta orçamentária; - Deliberar sobre contribuições extras requisitadas aos municípios consorciados; - Autorizar alienação dos bens do consórcio, bem como seu oferecimento como garantia em operações de crédito; - Autorizar a entrada de novos consorciados; - Deliberar sobre a mudança da sede; - Dissolver o Consórcio; - Resolver sobre a exclusão de consorciados inadimplentes; - Homologar o nome do Secretário Executivo; - Definir o percentual de contribuição dos Municípios e tabela de exames a serem efetuados pelo consórcio; - Deliberar e autorizar a extinção ou criação de cargos no Consórcio, bem como aumentar ou diminuir o número de funcionários existentes.
-----------------------	---

Fonte: Estatuto Social do CISMAS

O CISMAS é administrado pela Diretoria, composta de um Presidente, um 1º vice-presidente, e um 2º vice-presidente. A Presidência é escolhida por meio de processo eleitoral entre seus pares. A eleição da Diretoria do Consórcio é realizada até o dia 20 de dezembro de cada ano, permitindo apenas uma reeleição. Os eleitos tomam posse no dia 03 de janeiro de cada ano. O atual presidente do CISMAS é o prefeito de Itajubá, Rodrigo Riêra. Vale lembrar que os membros da diretoria não têm direito a remuneração alguma pelo exercício de suas funções. As competências da Diretoria do CISMAS são mostradas no Quadro 6.

Quadro 6: Competências da Organização Administrativa do CISMAS – Diretoria

Diretoria	<ul style="list-style-type: none"> - Convocar e presidir as reuniões do Consórcio; - Representar administrativamente e judicialmente o Consórcio, podendo, para isso, constituir procuradores “Ad negotia” e “Ad Judicia”; - Empossar os membros do Conselho Técnico; - Firmar convênios, acordos ou contratos de órgãos, entidades públicas e privadas; - Aprovar a contratação de pessoal técnico e burocrata; - Estabelecer a remuneração do Secretário Executivo, bem como demais técnicos e empregados do Consórcio, todos contratados pelo regime celetista; - Firmar o Termo de Adesão com o Município que aderir o Consórcio; - Convocar reuniões do Conselho de Prefeitos e as reuniões conjuntas com o Conselho Técnico; - Autorizar pagamentos e movimentar recursos financeiros do Consórcio; - Executar ou determinar a execução das deliberações do Conselho de Prefeitos; - Prestar contas ao Conselho de Prefeitos, ao fim de cada ano, através do Balanço e Relatório de sua gestão administrativa e financeira, com parecer do Conselho Fiscal; - Nomear ou demitir os funcionários em comissão do Consórcio, com a homologação do Conselho de Prefeitos; - Nomear ou definir os funcionários da comissão do Consórcio, observando as determinações legais; - Editar resoluções e portarias sobre assuntos de sua competência.
-----------	--

Fonte: Estatuto Social do CISMAS

O Conselho Técnico é um órgão consultivo e deliberativo, com controle de gestão e finalidade do Consórcio, sendo formado por 05 (cinco) Secretários de Saúde dos municípios consorciados, ou seja, pelos titulares das secretarias, departamentos ou órgãos de saúde dos municípios consorciados. A eleição ocorre no mês de janeiro de cada ano e são eleitos um Coordenador e mais 4 (quatro) integrantes, em processo nominal para o mandato de um ano, permitida a reeleição. Vale lembrar que nenhum membro do Conselho Técnico tem direito a remuneração pelo desempenho de suas funções. No Quadro 7 são apresentadas as competências do Conselho Técnico do CISMAS.

Quadro 7: Competências da Organização Administrativa do CISMAS – Conselho Técnico

Conselho Técnico	<ul style="list-style-type: none"> - Atuar, consultiva e deliberadamente, sobre as atividades e fins do Consórcio; - Exercer o controle da gestão e de finalidade do Consórcio; - Emitir parecer sobre as propostas de alteração do Estatuto; - Eleger, por processo nominal o seu coordenador; - Ater-se aos princípios que regem os Conselhos Municipais de Saúde; - Assegurar o controle social sobre as práticas e as ações prestadas pelo Consórcio; - Elaborar um Plano de Atividades e a Proposta Orçamentária Anual, em conjunto com a Diretoria; - Propor a contratação de pessoal; - Propor, através de relatórios e justificativas, a deliberação de verbas necessárias para o desenvolvimento do Consórcio; - Submeter, ao Conselho de Prefeitos, proposições para a admissão ou exclusão de consorciados; - Receber do Conselho de Prefeitos, delegações de atribuições; - Propor assinatura de convênios ou acordos com entidades públicas ou privadas e quaisquer outras legalmente constituídas.
------------------	--

Fonte: Estatuto Social do CISMAS

A Secretaria Executiva é chefiada por um Secretário Executivo, especialmente contratado para este fim, cujo nome deverá ser homologado pelo Conselho de Prefeitos. O Secretário Executivo deverá ter experiência comprovada em gestão pública ou privada.

No Quadro 8, são mostradas as competências da Secretaria Executiva e as atribuições do Secretário Executivo.

Quadro 8: Competências da Organização Administrativa do CISMAS – Secretária Executiva

Competências da Secretária Executiva	<ul style="list-style-type: none"> - Executar as ações propostas pelo Conselho de Prefeitos, Diretoria e Conselho Técnico; - Organizar eventos determinados pelo Conselho de Prefeitos, Diretoria e Conselho Técnico; - Atender, com presteza e exatidão, as informações solicitadas pelo Conselho de Prefeitos, Diretoria e Conselho Técnico; - Manter, rigorosamente em dia, as estatísticas das diversas atividades do consórcio, bem como os livros, pastas arquivos e relatórios; - Supervisionar, coordenar e executar os serviços relativos ao expediente, contabilidade, administração de pessoal e material; - Prestar ou contratar serviços de assistência técnica na área da saúde; - Divulgar as atividades do consórcio.
Atribuições do Secretário Executivo	<ul style="list-style-type: none"> - Movimentar, junto com o Prefeito do Consórcio, as contas bancárias e os recursos financeiros; - Promover e executar as atividades do Consórcio; - Organizar e estruturar os serviços técnicos administrativos, através da criação de setores que executem as atribuições e tarefas do Consórcio; - Elaborar o Plano Anual de Trabalho em conjunto com o Conselho Técnico; - Contratar, após aprovação do Presidente, pessoal técnico e burocrata; - Propor ao Presidente, que sejam postos às disposições do Consórcio, servidores dos municípios consorciados; - Colaborar na elaboração de Relatório Geral de Atividades, bem como na Prestação de Contas a serem apresentadas ao Conselho de Prefeitos; - Representar o Consórcio junto ao COSECS/MG; - Editar portarias sobre assuntos de sua competência.

Fonte: Estatuto Social do CISMAS

Em relação à secretaria executiva do CISMAS, o coordenador têm a finalidade de gerir todas as atividades do Consórcio. É o setor responsável pela elaboração de estratégias e proposição de projetos, que são submetidos à aprovação por parte do Conselho de Prefeitos e da Presidência. É interessante destacar que a precursora do cargo foi a criadora do consórcio. Com sua saída, houve a posse de um novo gestor indicado pelo Conselho de Prefeitos, que permaneceu no cargo por mais de 17 anos, até então nomeado como vitalício pelos membros consorciados. Quando indagado o motivo de sua saída, o *SE-01* relatou que “*a política me tirou do cargo*”.

Cabe ressaltar que o SE que permaneceu no cargo comissionado por mais de 17 anos era imparcial a política, e que pode ser esse o motivo de sua permanência. Observa-se na entrevista, o engajamento deste secretário executivo na gestão administrativa do CISMAS, durante

apontamentos de relatórios, documentos, procedimentos e análises das suas vivências, *“ele era o mais preparado para fazer a gestão do consórcio”* (SE-04).

Após sua saída, foi indicado ao cargo comissionado um novo ator, que permaneceu por 1 ano e 2 meses na gestão do consórcio *“fui chamado pelo prefeito para trabalhar no CISMAS”* (SE-02). Quando indagado sobre sua saída e o tempo de permanência na gestão quando comparado ao SE anterior, observa-se pela fala *“eu saí porque a oposição entrou no governo”* (SE-02) que houve influência político-partidária tanto na sua indicação ao cargo, quanto na sua rescisão contratual *“quem manda é a oposição”* (SE-02).

Verifica-se, com a saída do SE indicado pela Presidência, que a oposição assume o cargo e que a escolha desse para o cargo de Secretario Executivo está pautada em *“fui escolhido porque tenho mais experiência no assunto e tenho visão inovadora”* (SE-03). Diante do exposto, pode-se sugerir que há influência político-partidária na gestão do Consórcio, seja microrregional, seja estadual.

Observa-se, pela análise da pesquisa, que o cargo de secretario executivo está inter-relacionado com a indicação do Prefeito, no caso, do Presidente do Consórcio, que indica o SE conforme necessidade administrativa. É importante ressaltar que os SE indicados já conheciam o funcionamento do sistema de arranjo e cooperação do CISMAS. Esses atores participavam das reuniões e das tomadas de decisão enquanto membros consorciados seja, na figura de Prefeito ou na figura de SMS, em gestões anteriores.

O estudo de caso sobre o CISMAS evidencia que, a cada indicação ao cargo de Secretario Executivo, se estabelecia um novo perfil de gestor e uma nova visão sobre a dinâmica do sistema de arranjo e cooperação. Pode-se evidenciar pela fala *“cada hora tem um secretário executivo no CISMAS”* (SMS - 08) que existe uma insatisfação no ambiente político local desfavorável à manutenção do consórcio. Para 25% dos gestores municipais entrevistados, a mudança constante na secretária executiva do consórcio torna-se uma desvantagem enquanto ente consorciado.

De acordo com Brandão (2008), um prefeito coordenador, uma liderança forte, cria um desequilíbrio entre as partes e atribuições diferenciadas de responsabilidades, caracterizando uma assimetria em relação ao poder político no consórcio. No entanto, Caldas & Cherubine (2013) apontam, como condição para constituição e êxito de um Consórcio Intermunicipal, a existência de um líder territorial na implementação de políticas públicas em nível regional.

A partir das considerações apresentadas, nota-se no caso do CISMAS que a liderança forte pode ser propulsora para um CI exitoso e, ao mesmo tempo, tal liderança pode promover uma

assimetria entre os entes consorciados, uma vez que a tomada de decisão torna-se individual e não coletiva.

As mudanças na secretaria executiva do CISMAS demonstra também a melhoria no ambiente político, uma vez que *“a gestão agora está mais próxima do município”* (SE-03). Verifica-se no plano de trabalho da gestão atual do consórcio, a visita continua do SE nos municípios, para auxílio e acessória aos gestores municipais de saúde, com o objetivo de reconstrutualização do PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica) e solicitações de procedimentos de média complexidade. As visitas técnicas buscam incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio das equipes de Atenção Básica à Saúde. A atual gestão *“acompanha e auxilia nos programas que trazem benefícios ao município”* (SMS-02).

Sobre a continuidade política e administrativa do CISMAS, pode-se comparar com o caso exemplar, o Consorcio Intermunicipal de Saúde da Região de Penapólis (CISA), que serviu de *benchmark* para as demais experiências e se mantém ativo há mais de 18 anos ampliando sua oferta de serviços. Nesse caso, uma forte continuidade política e administrativa sugere a permanência de um ambiente político local favorável à manutenção do consórcio (NEVES e RIBIERO, 2006). Em comparação com o CISMAS, as mudanças constantes no cargo comissionado poderia ser desfavorável a manutenção do consórcio. A partir dessa análise, sugere-se estudos futuros sobre a manutenção do ambiente político em relação ao cargo comissionado.

No que diz respeito às mudanças na secretaria executiva, fica evidente na fala *“com minha entrada no consórcio, conseguimos melhorias no agendamento de consultas e exames pela internet, facilitando para as SM”* (SE-02) que foi preciso romper com o que já estava pré-estabelecido há anos, para inovar nos serviços oferecidos pelo consórcio, através do sistema de informação implantado com a nova gestão.

No estudo de caso sobre o CISMAS, é interessante destacar que o Secretario Executivo só exerce sua função como gestor administrativo, caso os prefeitos sejam unânimes no processo de decisão, visto que *“o gestor municipal por mais que tenha poder em decidir para o município, ele tem em cima dele o corpo de prefeitos que comandam e decidem, tanto que todas as definições e aprovações são os prefeitos quem as fazem. Assim, por mais que o secretário executivo seja a representação dos gestores municipais, ele é limitado por algum fator, no caso, os prefeitos”* (SMS-05).

O Conselho Fiscal é formado por 06 (seis) membros efetivos e 06 (seis) suplentes;

responsável pelo controle da gestão financeira do consórcio. O mandato do Conselho Fiscal coincide com a Diretoria, coincidindo também a sua eleição e posse. Aos membros do Conselho Fiscal, não caberá remuneração alguma pelo exercício de suas funções. O Quadro 9 apresenta as competências do Conselho Técnico no sistema de arranjo e cooperação.

Quadro 9: Competências da Organização Administrativa do CISMAS – Conselho Técnico

Conselho Fiscal	<ul style="list-style-type: none"> - Fiscalizar, permanentemente, a contabilidade do Consórcio; - Emitir Parecer sobre quaisquer operações econômicas e financeiras do Consórcio; - Emitir Parecer sobre o Plano de Atividades, Proposta Orçamentária, Balanços e Relatórios de Contas em geral a serem submetidas ao Conselho de Prefeitos.
-----------------	---

Fonte: Estatuto Social do CISMAS

O consórcio segue a lei de licitação e realiza contabilidade pública, com fiscalização do Tribunal de Contas do Estado. Seus servidores são contratados pela CLT e foram admitidos por concursos públicos. Além dos cargos efetivos, o CISMAS mantém cargos em comissão, de livre nomeação e exoneração, como o cargo de secretário executivo, que é cargo comissionado. Os Conselhos de Prefeitos, Fiscal, Técnico e a Diretoria não são remunerados e, para o seu exercício, é necessário que o município não esteja inadimplente com suas mensalidades.

O CISMAS está estruturado em seis departamentos: Contabilidade, Logística e Gestão de Pessoas; Jurídico; Transporte, Agendamentos; Licitações, Contratos e Convênios; Serviços Gerais e Análise de Água (VIGI-Água). O serviço de análise de água do CISMAS é pioneiro na região “*Fomos o primeiro consórcio a implantar o laboratório de análise de água*” (SE-04). Em 2014, o consórcio foi premiado pelo COSECS como Laboratório de excelência nos serviços prestados, nos requisitos: organização, forma de trabalho, equipamento, vida útil dos equipamentos e tempo de execução dos serviços.

Alguns pontos importantes e influentes foram observados na atual estrutura do CISMAS. Tais pontos se referem à participação da população via Conselhos Municipais de Saúde, com representatividade nos Conselhos de Prefeitos na figura dos Gestores Municipais para definição de metas a serem atingidas e na reestruturação do consórcio.

5.2.5 GESTÃO DO CISMAS

No consórcio, o município-pólo, Itajubá, é habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal² (GPSM) pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.139, de 17 de junho de 2015 (PDR – SUS/MG, 2014). De acordo com o Conselho Nacional de Saúde - CNS (2015), a habilitação dos municípios a diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade. Ou seja, no município sem habilitação, cabe ao Estado a gestão do SUS naquele território municipal. Nesse sentido, a habilitação do município de Itajubá na GPSM consiste em maior autonomia para celebrar convênios junto aos demais entes federados, para execução de suas leis, serviços ou decisões.

É importante observar que o CISMAS constituiu um meio eficiente para alcance de outra meta prioritária do SUS, que é a habilitação do município de Itajubá em Gestão Plena do Sistema Municipal. O consórcio contribuiu com a organização e gestão do sistema de saúde dos municípios consorciados, caracterizando-se um importante instrumento para a consolidação do SUS no que diz respeito a gestão de todas as ações e serviços de saúde da microrregião de Itajubá. Sobre a habilitação do município em Gestão Plena, o SMS-03 considera que “a habilitação do município possibilita ao gestor municipal maior autonomia para fazer a gestão do SUS na microrregião”.

Durante análise da pesquisa, observou-se a intenção de outro município em ser habilitado na GPSM. O gestor municipal acredita que “conseguir a GPSM vai demorar, mais o município vai conseguir” (SMS-05). Cabe destacar que esse município é o mesmo que decidiu abandonar espontaneamente o CISMAS e permanece fora da ação consorciada. Sugere-se um novo recorte territorial dentro da microrregião de Itajubá, ou seja, o município estaria a longo-prazo pleiteando a união ou associação dos municípios circunvizinhos, descentralizando do município-pólo, os mesmos serviços de saúde que o Consórcio oferece.

A importância de compreender a dinâmica do CISMAS está atrelada às características peculiares da microrregião de Itajubá. Nota-se que o município que optou por se retirar permanentemente do consórcio é rede referenciada do SUS e presta serviços de Raio X, Ultrassom, Eletrocardiograma, dentre outros e atende algumas especialidades como ortopedia, pediatria entre outras para 03 (três) municípios circunvizinhos. A distância média entre esses municípios é de 20KM de distância. No caso do CISMAS, que presta os mesmos serviços de saúde, a distância entre

² O CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) considera a Gestão Plena do Sistema Municipal como condição de participação do município na gestão do SUS, pela qual o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio de assistência em seu território (BRASIL, 2003).

o município-pólo e os municípios circunvizinhos ao *M-02* é de aproximadamente 75KM. Tais características evidenciam o motivo do SUS ter credenciado o município para prestação de serviços de saúde na microrregião de Itajubá.

Sobre os indícios de uma nova formação territorial na microrregião de Itajubá, nota-se pela fala “*os outros municípios não tem profissional especializado e recursos materiais que o CISMAS possui*” (*SE-02*) a questão das especialidades médicas e dos recursos materiais como elementos que sustentam a ação consorciada. Para os municípios de pequeno porte, a aquisição de equipamentos para diagnose e manter um quadro permanente de profissionais especializados significam gastar anualmente com despesas de custeio na manutenção do que foi investido.

Em referência à centralização dos serviços de saúde no município-pólo, o *SMS-05* identificou que “*talvez compensa licitar mais de uma empresa e mais de um município, para prestar serviços ao Consórcio, do que centralizar tudo em um só local. Os municípios vão ter um consórcio para gerenciar os serviços de saúde dentro da própria microrregião. Não tem necessidade de limitar a utilização dos serviços dentro do município de Itajubá, porque podemos prestar esses serviços também*”.

Para o gestor municipal respondente, a centralização dos serviços do consórcio no município-pólo torna-se uma desvantagem da ação consorciada, uma vez que os municípios da microrregião não participam do processo de licitação e o município poderia oferecer ao Consórcio seus serviços, até porque os municípios circunvizinhos teriam o deslocamento menor para realização dos procedimentos e isso implicaria em redução do custo com o transporte para esses municípios.

Quanto ao fato de não haver descentralização de serviços fora de Itajubá, isso se explica em função das exigências do processo licitatório, até porque, nada impede que prestadores de serviço venham de outros municípios, até fora do estado de Minas Gerais, como foi o caso do convênio com o Instituto Santa Rosa de Guaratinguetá – SP. No caso do CISMAS, a distância entre o município-pólo a Guaratinguetá é de aproximadamente 100 KM e o tempo de deslocamento do usuário ao prestador de serviços é de 1 hora e 40 minutos aproximadamente. Segundo Malachias *et al* (2011), a agregação de microrregiões vizinhas só é possível entre municípios com distância de até 150 KM em estrada de asfalto e até duas horas em condições viárias diferentes.

Entretanto, a ação individual na busca pelo prestador ao invés da ação coletiva implica em distorções na utilização dos serviços do Consórcio oferecidos à população como aponta a fala do *SMS-05* “*a busca do prestador influencia nos valores. O que em Itajubá eu pagaria R\$ 487,00 de*

ressonância de crânio eu pagava no prestador de Guará R\$ 352,00. É quase R\$ 100,00 por exame. Eu pegava uma vez por mês e lotava uma van com 15 pessoas e levava os usuários. É como se eu tivesse desconto”.

Ressalta-se que a participação dos municípios de forma consorciada pressupõe que eles irão cooperar com a finalidade de superar um conjunto de problemas que afetam todos na área da saúde e desenvolver ações na resolução de problemas comuns. De todo modo, o CISMAS, como o poder de barganha frente a clientela formada com a associação dos municípios, deveria cumprir seu papel de redução dos custos com serviços de saúde. Em outro momento, o sistema de arranjo e cooperação deve atuar efetivamente sobre o conflito, fazendo com que os municípios valorizem o Consórcio como uma instituição eficaz na solução dos problemas e demandas comuns na área.

Em relação ao deslocamento do usuário para realização do procedimento em outro Estado, o gestor municipal considera que “*são os prós e contras!*” (SMS-05) da questão burocrática da busca pelo prestador. O desconto em cada exame é um mérito para o gestor municipal no que se refere a redução de custos com os serviços de saúde. Porém, cabe uma reflexão em torno do tempo de deslocamento e de espera do usuário para realização do procedimento que pode ser desconfortável para quem precisa do serviço, levando em consideração que é lotada uma van com 15 pessoas uma vez por mês, e estes usuários ficam em espera após realizar o exames, até todos serem atendidos, para posteriormente voltar ao município de origem. Vale lembrar que os usuários são considerados atores importantes na consolidação dos princípios e diretrizes do SUS e compreender a percepção desses atores é uma forma de melhoria contínua dos serviços de saúde.

Em outro momento, o deslocamento dos usuários do M-03 para realização de exames e procedimentos é de aproximadamente 75KM para o município-pólo. No entanto, o SMS-11 relatou “a participação do município em outro consórcio ajuda o município a ser atendido sempre que precisar”. O M-03 participa do CISAMESP, consórcio de Pouso Alegre, com distância de aproximadamente 90 KM do município-pólo. Cabe ressaltar a intenção de agregação do M-02 ao Consórcio de Pouso Alegre e a não aceitação do município como ente consorciado pela Assembleia Geral do CISAMESP por “*motivos político-partidários*” (SMS-05).

No CISMAS, verifica-se que os municípios atuam de forma distinta na prestação de serviços a seus munícipes, pois estão diferentemente equipados. Verifica-se uma lacuna em relação a organização regional da oferta de serviços especializados. Essas peculiaridades ficam mais evidenciadas ao se verificar a preferência do município por outro prestador de serviços. Cabe ao sistema de arranjo e cooperação, averiguar tal lacuna para que o objetivo da ação consorciada seja

alcançado e o aproveitamento dos recursos municipais contribua para superação de desafios locais no processo de implementação do sistema de saúde da microrregião de Itajubá.

É interessante pontuar que o planejamento, organização, instalação e implementação do CISMAS são resultados da iniciativa da Secretaria Estadual de Minas Gerais e das Secretarias Municipais de Saúde para estimular a gestão avançada do sistema estadual na gestão dos sistemas de saúde microrregional. Por meio da análise das entrevistas realizadas, nota-se pela fala “*durante as reuniões, o Estado não conversa com o consórcio, ele conversa com os municípios*” (SMS -01) que o consórcio não representa os municípios perante o Estado. Essa reunião, denominada de CIRA (Comissão Intergestores Regional Ampliada) acontece trimestralmente e durante a visita técnica da comissão, há maior adesão dos municípios quando comparado as reunião da CIR (Comissão Intergestores Regional). Nota-se que os municípios são tratados de forma individualizada e os gestores municipais são indagados sobre os indicadores de saúde e, caso o município esteja abaixo da média estipulada pelo Estado, o município é notificado.

É coerente pensar que o consórcio deveria representar a microrregião perante os demais entes da federação, mas, o Estado conversa com o município e não com o consórcio, o que implica que a ação consorciada é para cumprir metas e não para ampliar a articulação dos municípios com o Estado, de forma a impedir perdas para a sociedade como um todo. Para melhor entender o contexto, Brandão (2008) colabora com sua teoria sobre os problemas e as dificuldades encontradas nas formas mais cooperativas, uma vez que a cooperação implica na (re)definição de poder. Porém, é indispensável nessas ações consorciadas a ação supralocal capaz de aumentar a acessibilidade em outras escalas espaciais e a outros níveis de governos superiores, para evitar os conflitos de competência e as sobreposições entre as distintas esferas de poder.

A partir das considerações apresentadas pelos entrevistados e das fontes secundárias observadas, procurou-se compreender qual o papel do consórcio como articulador com outras instâncias governamentais. O CISMAS está estreitamente relacionado a cada um dos sistemas municipais. No entanto, cada município é ouvido individualmente e não como uma microrregião com problemas comuns perante o Estado. Os municípios consorciados, como esperado, devem usar Consórcio como instrumento operacional de grande valia para maior rendimento dos seus indicadores, pois a prestação de serviços e a implementação de ações de forma consorciada configuram-se condições favoráveis para o planejamento local e regional em saúde, no intuito do município assumir as responsabilidades pela gestão do seu sistema de saúde.

A percepção de 90% dos gestores municipais do CISMAS é de que o consórcio promove a articulação entre os municípios durante as reuniões da CIR, consideradas dispositivos que auxiliam a gestão compartilhada do SUS. As reuniões são mensais e presididas pelo Secretário Executivo com a representação dos Secretários Municipais de Saúde de cada município consorciado. Para os entrevistados, as reuniões *“ajudam a trocar experiências na gestão do SUS”* (SMS-07) além do mais *“podemos aprender com o CISMAS a resolver problemas com as demandas do nosso município”* (SMS-08).

De acordo com Gerick (2013), a interação entre os municípios auxilia na estabilização do consórcio e ajuda a superar conflitos. No CISMAS, em média, 45% dos municípios participam efetivamente das reuniões. No entanto, 90% dos entrevistados participam da tomada de decisão do Consórcio. Verifica-se que a baixa adesão nas reuniões da CIR não interfere na participação dos associados frente a tomada de decisão do Consórcio. Cabe ressaltar que os municípios circunvizinhos a Itajubá participam com maior efetividade das reuniões e que *“não compensa para o meu município, sair de longe, para assinar uns documentos”* (SMS-09).

Sugere-se que a distância entre o município e o município-pólo torna-se impeditivo para a participação dos gestores municipais nas reuniões da CIR. Em outro momento, *“eu não preciso participar, peço para um colega assinar os documentos em meu nome”* (SMS-10) nota-se uma reorganização dos atores para participação do processo decisório e que, mesmo ausente, o gestor se faz presente, com a representação de seu município através de outro gestor.

De acordo com Fonseca e Ferreira (2009), a troca de experiências entre os gestores inter-regionais, fomentadas pelos consórcios intermunicipais de saúde torna-se uma alternativa de melhoria na otimização dos serviços de saúde. Isso implica que o CISMAS deve envolver os gestores municipais durante as reuniões da CIR, para que o diálogo entre esses atores seja uma forma de construção do conhecimento sobre a gestão da coisa pública.

No que diz respeito a gestão do Consórcio, o SE-03 menciona que *“o consórcio deixou de ser administrativo e passou a ser empreendedor (...) estamos mais próximo das secretarias de saúde”*. Quanto ao componente empreendedor, Ribeiro e Neves (2006), em seus estudos sobre o caso exitoso de Penápolis, acreditam que este perfil empreendedor possibilita uma reestruturação da oferta pela existência de um fluxo microrregional, face a serviços e ofertas de toda natureza, na atenção básica e na consolidação da referência microrregional. No caso do CISMAS, a visão empreendedora da atual gestão pode ser uma forma de melhoria dos serviços na busca da consolidação do consórcio como referência microrregional, uma vez que a aproximação com as

secretárias de saúde dos municípios possibilita conhecer os problemas locais e, consecutivamente, estabelecer o planejamento das ações consorciadas.

Ainda em relação à gestão do consórcio, o SMS-01 considera que “o consórcio precisa deixar de ser um marcador de consultas e atuar como provedor de serviços, para que a gestão seja efetiva e cumpra com os objetivos propostos”. Diante da fala, pode-se considerar que o CISMAS funciona como um instrumento de gestão operacional do SUS para as secretarias municipais, e faz-se necessário para melhoria contínua do sistema operacional, o consórcio atuar com prestador de serviços. Verifica-se aqui um fator de desvantagem em relação à ação consorciada.

Na Tabela 12 são evidenciadas as vantagens que contribuem para o funcionamento e manutenção do CISMAS como sistema de arranjo e cooperação na consolidação da referência microrregional.

Tabela 12: Vantagens do CISMAS

VANTAGENS	%
O usuário pode ser atendido na própria região	100%
Atendimento das demandas locais e regionais	100%
Acesso a consultas e exames de atenção secundária	90%
Maior eficiência, rapidez e racionalidade	90%
Agilidade da execução de projetos	90%
Permite o estabelecimento de convênios, contratos e acordos	70%
Reestruturação da oferta	60%
Recebe auxílio, sem necessidade de licitação	60%
Referência para os serviços oferecidos	60%
Ampliação das possibilidades de financiamento	50%
Equidade no custeio	40%
Maior faixa para licitação	20%
Captação de Recursos	10%

Fonte: A autora (2015)

Os municípios consorciados, como esperado, são enfáticos com a atribuição e poder do consórcio na compra de serviços de saúde e aproveitamento dos recursos municipais para atendimento na própria região. O fato do consórcio promover o atendimento das demandas locais e regionais permite aos municípios oferecer ações dirigidas na implementação dos serviços. Na prática, o objetivo maior do consórcio é a viabilização financeira de investimentos e a superação de desafios locais. Em 100% dos gestores municipais respondentes, a vantagem predominante do consórcio consiste em atendimento do usuário na própria região, bem como, atendimento das demandas locais e regionais. Em relação ao poder de compra do consórcio, para o M-02 o gasto local com saúde é menor do que os gastos com o consórcio.

Na percepção de 90% dos respondentes, o sistema de arranjo e cooperação do CISMAS amplia o acesso a consultas e exames de atenção secundária, estabelecendo uma consonância com os princípios e diretrizes do SUS como sistema de arranjo e cooperação de referência microrregional. Verifica-se que Consórcio é um instrumento operacional na execução de Políticas Públicas no âmbito local para os gestores municipais entrevistados. O CISMAS promove maior eficiência, rapidez e racionalidade na execução dos projetos. Em virtude disso, a articulação entre os gestores federal, estadual e municipal torna-se importante para o planejamento territorial por assegurar o acesso as políticas públicas.

Em relação às vantagens da ação consorciada, Coelho e Veloso (1997) apontam a captação de recursos como fundamental para o funcionamento e manutenção do CIS. No entanto, no CISMAS, somente 10% dos gestores municipais consideram a captação de recursos como vantagem da ação consorciada. Diante do exposto, verifica-se a falta de entrosamento entre o Consórcio e o Estado reverberando na percepção dos gestores municipais sobre as vantagens do Consórcio, confirmando a análise já encontrada, que o Estado conversa com o município e não com o Consórcio. Cabe ressaltar que a interação entre os gestores federal, estadual e municipal promove ganho de escala na execução das políticas públicas.

Cabe destacar que um dos objetivos do CIS é viabilizar a gestão pública que só pode se dar por meio de políticas e ações conjuntas. Nesse sentido, a aliança entre regiões de interesses comuns melhora a prestação de serviços públicos de forma compartilhada principalmente na implantação de políticas públicas em que a natureza do problema indica a necessidade da ação conjunta.

Outro dado apresentado pela Tabela 14 está relacionado ao rateio de cotas. Para 40% dos gestores municipais há equidade no custeio do Consórcio. No entanto, para 100% dos respondentes, as regras de utilização do CISMAS são adequadas e justa. Isso sugere uma destonância no que se refere as regras de utilização do Consórcio em relação ao sistema de cotas entre os entes consorciados.

Vale ressaltar que durante entrevista com gestores municipais, o sistema de cotas entre os consorciados foi apontado como fator que desestimula a cooperação entre os pares, no entanto, os dados apresentados evidenciaram que, para os respondentes as regras de utilização do consórcio são adequadas e justa. No que se vê, existe uma divergência entre os dados, o que pode sugerir falta de conhecimento por parte de gestores municipais, em relação as regras de utilização, já que para um dos municípios, esse foi o motivo declarado para sua evasão do consórcio.

De maneira geral, os gestores municipais entendem que o consórcio possui vantagens. Além disso, o CISMAS propicia um espaço institucional para que os municípios possam interagir. O consórcio não é um fim em si mesmo, constitui um meio na busca de problemas comuns para os municípios e possibilita aos prefeitos assegurar as ações e serviços de saúde mediante os recursos financeiros, materiais e humanos disponíveis na microrregião de Itajubá.

As vantagens apresentadas são elementos destacados pelos respondentes para a permanência dos municípios na ação consorciada e incluem desde os cuidados básicos aos que exigem maior complexidade e alta tecnologia, pois *“tem serviços de saúde que o CISMAS oferece que o meu município não teria condições de ter”* (SMS-08) e por lado *“os municípios conseguem atendimento e transporte para realização dos procedimentos porque nosso município participa do consórcio”* (SMS-10). Assim, torna-se evidente a função do Consórcio em promover maior eficiência e eficácia na gestão do SUS.

Atualmente, a gestão do consórcio busca empreender e tem como proposta de melhoria, a consecução de uma sede para centralizar os serviços oferecidos pelo consórcio, e que hoje estão dissolvidos entre as entidades da cidade: Hospital Escola e Santa Casa. Conforme ação prevista no Projeto de Lei 1.980/15, o CISMAS recebeu do Estado, uma nova sede, para Fundação do Centro de Atendimento em Saúde. O objetivo dessa ação é centralizar os serviços de saúde em um único espaço, para melhorar a organização na prestação de serviços financiados pelo SUS e que atualmente estão alocados entre as diferentes entidades da cidade.

Considerando essas características, é importante frisar que *“a eficiência e eficácia do consórcio melhora a administração do SUS e o acesso aos serviços especializados de forma centralizada possibilita muito mais vantagens aos municípios.”* (SMS-03). A proposta do Centro de Atendimento Médico é uma forma de aproximar as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios da microrregião de Itajubá na resolução de problemas comuns, uma vez *“podemos aliviar o gargalo da Santa Casa e do Hospital Escola e começar a prestar serviços em um único espaço, facilitando o deslocamento do usuário”* (SE-03). Além disso, propostas de melhorias possuem incentivos para que os municípios cumpram com os contratos.

Sobre a eficiência e a eficácia na gestão pública, Batista (2011b) demonstra a importância de bons gestores no comando da organização, para cumprir seus reais fins, compartilhar responsabilidades, agir com transparência, capacitar os servidores e implementar as ações do Estado, dando garantia a toda sociedade dos direitos fundamentais sobre as políticas públicas.

Outra vantagem apresentada pelos gestores municipais em relação a gestão do CISMAS, está relacionada com o sistema operacional de agendamento e marcação de consultas. Desde a criação do CISMAS, os serviços prestados as Secretarias Municipais de Saúde era realizado por telefone, onde o município representado pelos gestores municipais entrava em contato com o Consórcio para requerer os serviços de saúde e, posteriormente, o Consórcio enviava um fax para o município solicitante e este liberava uma autorização, “bilhete”, para o usuário utilizar o transporte e realizar o procedimento. Nesse sistema, o usuário, tinha que pegar a autorização na Secretaria Municipal de Itajubá para depois se direcionar ao prestador de serviços do CISMAS. Em 2013, com a implantação do sistema de informatização, *“o usuário pode ir direto ao prestador de serviços do CISMAS, sem perder tempo atrás da autorização” (SE-02)*, o município passa a controlar os procedimentos solicitados pelo *site* do consórcio. Dessa forma, os gestores municipais podem acompanhar as solicitações, bem como, os procedimentos realizados pela internet, onde, cada prefeitura tem seu acesso de forma privada e o consórcio executa a gestão dos serviços.

No caso do CISMAS, observa-se o quanto é atual a inovação no sistema de agendamento e marcação de consultas e exames pela internet, visto que, a informatização do sistema descentralizou da SMS de Itajubá a autorização para realização dos procedimentos solicitados. Com isso, cada gestor municipal passou a organizar suas solicitações e o paciente, que antes precisava ir atrás da autorização, agora recebe no seu próprio município um comprovante com data, horário e local para realização do exame ou consulta, facilitando inclusive o agendamento para transporte dos usuários.

Acredita-se que a informatização no sistema de agendamento implica em boa prática administrativa e de gestão, visando integrar os serviços do consórcio de saúde ao SUS, onde o sistema de informatização cria base para o planejamento estratégico e subsidia análise de projetos e tomada de decisão, fortalecendo o consórcio (COSECS, 2010).

Observou-se pelas análises das entrevistas, que o sistema de informatização promoveu transparência na gestão do consórcio, *“agora o município consegue acompanhar suas solicitações, bem como, o tempo em que estas serão executadas e o valor a ser pago” (SMS-01)*. No CISMAS, a inovação no procedimento de marcação e agendamento de consultas implica em controle e maior autonomia municipal sobre os serviços de saúde requeridos. De acordo com o SE-02, *“o sistema visa a eficiência nos serviços, através de dados quantitativos que criam dados para o planejamento das ações de saúde.”*

Com a informatização do sistema, os gestores municipais recebem relatórios mensais sobre as ações e serviços do Consórcio. Em posse dessas informações, tanto a gestão administrativa do

CISMAS, quanto os gestores municipais poderão fazer o planejamento local e regional da saúde. O banco de dados criado pelo Consórcio possibilita maior transparência para as prefeituras em relação aos recursos financeiros, materiais e humanos disponíveis no sistema de arranjo e cooperação.

Com a finalidade de identificar os problemas enfrentados pelo CISMAS no desenvolvimento de suas atividades, os gestores municipais relataram os obstáculos encontrados na provisão dos serviços ofertados pelo CISMAS. Para 42% dos respondentes, a contribuição financeira torna-se um obstáculo, tendo em vista a possibilidade de inadimplência do município em relação ao rateio de cotas no consórcio.

Na percepção dos gestores municipais sobre os obstáculos encontrados na provisão dos serviços ofertados pelo CISMAS, 84% dos respondentes acreditam que o atraso no pagamento das cotas de rateio pelos municípios torna-se um entrave na consecução dos objetivos propostos pela cooperação. Indicou-se assim que o atraso no pagamento das cotas de rateio desestimula a participação dos municípios no sistema de arranjo e cooperação, porque o Consórcio com dívidas não consegue realizar ações coletivas em benefício dos municípios. Para 34% dos respondentes, outro obstáculo encontrado em relação a ação consorciada é a dificuldade na oferta de algumas especialidades médicas, visto que, a dificuldade pela busca do prestador é um obstáculo que interfere nos custos com o Consórcio. O prestador deve oferecer serviços de saúde a custo de SUS e na maioria das vezes, o custo é reduzido, porém não igual ao valor que o SUS paga.

Quanto aos custos com o Consórcio, 25% dos respondentes consideram “pesado” para o município e os repasses financeiros que asseguram o custeio das despesas com o CISMAS “*nunca foram pagos em dia*” (C-01). Viu-se que a inadimplência dos municípios compromete a gestão, e o Consórcio recorre a punição para que o município regularize as despesas. O município inadimplente só poderá utilizar os serviços de saúde após cumprir com as obrigações previstas no Contrato de Rateio. Na prática, o município inadimplente é atendido caso haja uma emergência e precise utilizar os serviços oferecidos pelo CISMAS.

Quanto a utilização dos serviços oferecidos pelo CISMAS, 9% dos gestores municipais encontram obstáculos no que se refere limites no atendimento via SUS. Verifica-se que a meta SUS para o município não atende a demanda e que a meta estipulada pelo Consórcio complementa a oferta de exames e consultas especialidades.

Na Tabela 13, são apresentados as respostas dos gestores municipais em relação as desvantagens do CISMAS.

Tabela 13: Desvantagens do CISMAS

DESVANTAGENS	%
Contribuição Financeira	42%
Subordinação dos municípios mais fracos aos mais fortes em relação ao poder político	25%
Conflitos de Interesses	25%
Mudança constante na Secretária Executiva	25%
Influência Político-Partidária	17%
Atribuições diferenciadas de responsabilidade	10%
Tamanho do município	10%
Distância da Sede	10%

Fonte: A autora (2015)

Os elementos destacados na Tabela 15 apresentam a percepção dos gestores municipais em relação às desvantagens da cooperação. Para 42% dos respondentes, a contribuição financeira com a gestão do consórcio torna-se uma desvantagem para o município. Nota-se que o custo com gastos locais são menores que os custos com o consórcio para um dos municípios. O *M-02* relaciona sua saída do Consórcio com a contribuição financeira exigida pelo Contrato de Rateio e enfatiza que *“os serviços que compro pela prefeitura fica mais em conta do que os serviços que o Consórcio me oferece”* (SMS-05). No entendimento de um gestor municipal, a ação individual é preferível a ação coletiva, e os benefícios são a curto-prazo. Cabe ressaltar que o município retirante sugere que *“o CISMAS poderia ser igual ao consórcio de Pouso Alegre, onde o município paga 1% do FPM, porém 85% desse valor retornam ao município em exames e consultas. E os exames deles é a preço de SUS”* (SMS-05).

Nota-se que a compra direta pela prefeitura tem menor custo para o município, ou seja, não há necessidade cooperação entre os pares como poder de barganha. Cabe lembrar, que o poder de barganha entre os municípios possibilita a compra de serviços de saúde em quantidade, o que influencia no custo final do produto. No entanto, o custo dos serviços para o *M-02* é menor quando comparado aos custos com o Consórcio. Sugere-se que a busca pelo Prestador influencia no custo final dos serviços. De acordo com Gerick (2013), há conflitos e divergências que podem colocar obstáculos para a cooperação, tais como os interesses de cada município e o peso dado a estes.

Em relação a subordinação dos municípios mais fracos aos municípios mais fortes no que se refere ao poder político, 25% dos respondentes consideram que a gestão do consórcio é influenciada pelo poder político, ou seja, o município-pólo centraliza as decisões e os demais municípios acatam a proposta. Fica evidente pela fala *“só assinamos os documentos, a decisão já foi tomada pela diretoria”* (SMS-07) que os atores não participam coletivamente das ações do Consórcio.

Entretanto, “*é Itajubá quem sustenta o Consórcio*” (SE-04) demonstra que há diferenças de responsabilidades entre os associados, visto que, 10% dos respondentes acreditam ser esse uma das desvantagens do CISMAS.

As respostas apresentadas pelos gestores municipais mostram que 25% deles concordam que existem conflitos de interesses dentro do CISMAS. Viu-se que “*tem municípios que conseguem fazer alguns procedimentos que, para o meu município, nem aparece como disponível*” (SMS-06) a existência de favoritismo político dentro do Consórcio. Nesse sentido, a falta de confiança entre os pares poderá desestimular a participação dos municípios no sistema de arranjo e cooperação. O Capital Social deve ser construído nesse cenário, para manutenção e funcionamento do Consórcio, em prol ao desenvolvimento local e regional da saúde.

Sobre a Secretária Executiva, 25% dos respondentes acreditam que a instabilidade na gestão administrativa torna-se uma das desvantagens para a ação consorciada. Os atores consideram a função do Secretário Executivo como instrumento de gestão municipal do SUS e a mudança constante influenciam diretamente no seu município, até porque “*cada secretário executivo tem um perfil*” (SMS-02).

Assim, as respostas evidenciam que, na percepção dos gestores municipais, o CISMAS “*tem vantagens e desvantagens, porém as desvantagens são muitas e desestimulam a cooperação... o desconto não é tão considerável. Na época, existiam muitos exames que eu licitava pela prefeitura como ressonância e tomografia que saia mais barato, eu conseguia um preço mais em conta que o CISMAS*” (SMS-05). Nesse caso, Machado e Andrade (2014) apontam que o comportamento *free-rider* podem tornar incertos os níveis de participação e benefícios entre os associados.

Em relação às desvantagens da ação consorciada, os entrevistados fizeram propostas de melhorias para o consórcio, como: a) gestão mais próxima dos secretários municipais de saúde; b) mais especialidades para atender as demandas dos municípios; c) menor custo nas despesas; d) estabilidade na gestão do consórcio.

De acordo com Ribeiro *et al* (2013), para um bom funcionamento do CIS, é necessário construir uma solução simples e geral de interação estratégica entre os municípios como fator para estímulo da ação consorciada. Assim, os ganhos com a cooperação a longo-prazo torna-se mais visíveis para os participantes e estimula a permanência dos municípios na cooperação como forma de resolução de problemas comuns. Para 100% dos gestores municipais entrevistados, a continuidade do CISMAS, bem como as melhorias apresentadas durante análise das entrevistas,

possibilitam a construção de uma relação institucional. Na Tabela 14, são apresentados os fatores de continuidade do consórcio.

Tabela 14: Percepção dos gestores sobre a continuidade do CISMAS

FATORES	%
Regras adequadas	67%
Coordenação eficiente	67%
Atende as necessidades de referência dos municípios	58%
Transparência na gestão	52%
Quadro de pessoal especializado	50%
Pontualidade no pagamento de cotas e rateio	50%
Ganhos perceptíveis com a cooperação	42%
Decisões são locais e com peso igual entre os participantes	33%
Liderança do município sede	33%
Necessidade de correção de rumos para que o CISMAS possa continuar	33%
Força política do CISMAS por sua movimentação financeira	8%

Fonte: A autora (2015)

A percepção dos gestores municipais sobre os fatores de continuidade do Consórcio envolvem melhorias contínuas e futuras no sistema de arranjo e cooperação. Para 67% dos respondentes, as regras de utilização do Consórcio tornam-se premissa para a sustentabilidade da ação consorciada. Viu-se que as regras de utilização do CISMAS, com base no Contrato de Rateio, são previstas no Contrato de Intenções, no entanto, para os gestores há necessidade de ajustes em relação as despesas e financiamento do Consórcio.

Já, 67% dos respondentes, consideram que a coordenação eficiente do CISMAS possibilita ao Consórcio maior efetividade e conseqüentemente eficiência e eficácia na gestão. Nota-se que os gestores municipais depositam credibilidade no Consórcio, em relação a gestão do SUS e, para os municípios, a gestão eficiente melhora o sistema de saúde da microrregião de Itajubá. Além disso, 52% dos gestores municipais acreditam que a transparência na gestão aumenta a confiabilidade do município junto ao consórcio. Cabe ressaltar que, no *site* do CISMAS, encontram-se relatórios sobre a gestão, além do mais, os relatórios estão à disposição na sede e são apresentados em reuniões da CIR. Viu-se que 50% dos gestores municipais classificam a pontualidade no pagamento das despesas como instrumento para promover a cooperação, e estes enxergam a adimplência como base para o seu funcionamento.

Quanto ao quadro de pessoal especializado, 50% dos gestores acreditam que o CISMAS deve investir na contratação tanto de recursos humanos quanto de mão de obra especializada para prestação de serviços administrativos e de saúde. Nota-se uma divergência em relação a resposta,

uma vez que os respondentes consideram que os custos com o consórcio são elevados e estimulam a inadimplência e incentivam a não participação na ação consorciada.

Considera-se que toda a associação entre municípios provêm ganhos para a microrregião. Para 42% dos respondentes, é preciso que os benefícios a curto-prazo também sejam almeçados, como redução do custo na compra de serviços. Assim, a ação coletiva na compra de serviços é uma das vantagens relatadas pelos municípios, com ressalta ao município que optou por se retirar permanentemente do consórcio e prefere a ação individual e comportamento não colaborativo.

Em referência as questões sobre os fatores de continuidade do CISMAS, os gestores municipais indicam de uma maneira geral, que a gestão administrativa do consórcio fortalece os fatores de continuidade da associação. Para um dos gestores, “*o Consórcio busca melhorias tanto na prestação de serviços quanto na infraestrutura*” (SMS-03).

5.2.6 PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS DO CISMAS

De acordo com o PDR/MG, a microrregião de Itajubá apresenta hospital de referência microrregional para os seus municípios, com procedimentos de RX contrastado, Ultrassonografia, Mamografia, Tomografia, UTI Neonatal e Terapia Renal Substitutiva. Geralmente, estes procedimentos são os de maior demanda, os que têm menor custo e mais disponibilidade de recursos e cujo acesso está diretamente ligado a distância – quanto menor a distância, menor a demanda (MALACHIAS *et al*, 2011).

O CISMAS, desde sua criação, vêm aumentando progressivamente sua oferta de serviços aos municípios. Diversas especialidades são introduzidas na diagnose e nos exames de análises clínicas. Através de convênios com o Estado de Minas Gerais, o consórcio recebeu equipamentos, tais como autoclave, desfibrilador cardíaco, eletrocardiógrafo, eletroencefalógrafo, endoscópio, paquímetro com impressora, sistema para teste ergométrico, topógrafo de córnea, ultrassom oftalmológico e ultrassonógrafo digital (Tabela 15), que são usados para a prestação de serviços próprios ou são cedidos em comodato aos estabelecimentos conveniados.

Tabela 15: Equipamentos próprios do CISMAS (dados atualizados até 2007)

EQUIPAMENTO	MUNICÍPIO INSTALADO	QTD.
Autoclave	Itajubá	1
Desfibrilador Cardíaco	Itajubá	1
Eletrocardiógrafo	Itajubá	1
Eletroencefalógrafo	Itajubá	1
Endoscópio	Itajubá	1
Paquímetro c/ impressora	Itajubá	1
Sistema para teste ergométrico	Itajubá	1
Topógrafo de córnea	Itajubá	1
Ultrassom oftalmológico	Itajubá	1
Ultrassonógrafo digital	Itajubá	1

Fonte: COSECS (2010)

Os serviços e procedimentos assistenciais de média complexidade prestados pelo sistema de arranjo e cooperação do CISMAS, são em sua maioria contratos, salvo o procedimento de ultrassonografia que é próprio do consórcio. A maioria dos procedimentos assistenciais são de média complexidade, e o único procedimento de alta complexidade oferecido pelo consórcio é a Tomografia Computadorizada (Tabela 16).

Tabela 16: Procedimentos Assistenciais do CISMAS

PROCEDIMENTO	COMPLEX	TOTAL 2003	TOTAL 2004	SITUAÇÃO PROC
Colonoscopia	Média	250	132	Contratado
Colposcopia	Média	376	192	Contratado
Ecocardiograma	Média	1.000	565	Contratado
Ecodopler	Média	242	130	Contratado
Eletroencefalograma	Média	1.850	1.002	Contratado
Endoscopias	Média	605	327	Contratado
Mamografia	Média	730	375	Contratado
Monitorização Amb. de pressão arterial	Média	298	156	Contratado
Retosigmoidoscopia	Média	253	127	Contratado
Teste de esforço ou teste ergométrico	Média	360	150	Contratado
Tomografia computadorizada	Alta	997	519	Contratado
Ultrassonografia prostata (via transretal)	Média	110	78	Contratado
Ultrassonografia	Média	3.000	1.607	Próprio
Ultrassonografia	Média	487	248	Contratado

Fonte: COSECS (2010)

Ainda em relação aos procedimentos assistenciais do CISMAS, vê se que a oferta de procedimentos em 2003 foi maior que em 2004, constando uma redução de 50% a 60% dos procedimentos ofertados pelo CISMAS, quando comparado ao ano anterior.

Sobre os procedimentos assistenciais do consórcio, a Tabela 17 apresenta um comparativo de valores de exames e consultas em policlínicas prestadoras de serviços por meio do CISMAS. Foram levantados os preços de procedimentos como: consulta, ressonância, tomografia, ultrassonografia, endoscopia e mamografia. O valor da consulta médica varia devido às especialidades, com valores entre R\$ 35,00 a R\$ 210,00 no consórcio e no particular com valores de R\$ 100,00 a R\$ 400,00.

Tabela 17: Comparativo Valores Exames e Consultas

Procedimentos	Valor CISMAS	Valor Particular
Consulta	R\$ 35,00 a R\$ 210,00	R\$ 100,00 a R\$ 400,00
Ressonância	R\$ 320,00 a R\$ 820,00	R\$ 800,00 a R\$ 1.300,00
Tomografia	R\$ 371,00 a R\$ 1.450,00	R\$ 275,00 a R\$ 1.470,00
Ultrassonografia	R\$ 33,00 a R\$ 49,00	R\$ 80,00 a R\$ 630,00
Endoscopia	R\$ 120,00	R\$ 455,00
Mamografia	R\$ 48,50	R\$ 85,00 a R\$ 150,00

Fonte: A autora

As maiores variações foram constatadas nos procedimentos de Ultrassonografia, que pelo consórcio o valor varia de R\$ 33,00 a R\$ 49,00 em relação ao procedimento realizado particular, que varia de R\$ 80,00 a R\$ 630,00. Essa variação pode estar atrelada ao fato de que o CISMAS possui equipamento próprio para realizar o procedimento, e isso, possibilita maior economia de escala aos municípios.

Entre os procedimentos cotados, nota-se que, o procedimento de tomografia possui um valor similar, se realizado pelo consórcio ou particular, variando de R\$ 371,00 a R\$ 1.450,00 se realizado através do consórcio e valores de R\$ 275,00 a R\$ 1.470,00 se realizado particular. Diante dos dados apresentados, sugere-se buscar novos prestadores de serviços ou a aquisição de equipamentos, com o objetivo de maior economia de escala e qualidade de atendimento.

Em relação ao transporte dos usuários para realizar os procedimentos ofertados pelo CISMAS, em 2009, a microrregião de Itajubá foi contemplada com o Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS). A implantação do sistema garante aos usuários do SUS acesso aos serviços de saúde sempre que necessitarem se consultar fora de seus municípios domiciliares, por meio de um transporte eficiente e humanizado. Um dos principais benefícios proporcionados pelo SETS é evitar a ausência dos pacientes em consultas especializadas marcadas previamente.

O sistema de rotas de transporte do consórcio, definido em função do fluxo de pacientes, atende somente os usuários portadores de bilhete e passagem, que contém informações de assento e

horário da consulta agendada. O bilhete é entregue ao paciente por ocasião do agendamento do procedimento. O agendamento dos procedimentos é realizado pelas Secretarias Municipais de Saúde, diretamente em um sistema informatizado *on-line*, que é acessado pelo CISMAS, responsável pelo gerenciamento da disponibilidade dos procedimentos, bem como das vagas do serviço de transporte.

Com relação ao município não participar do consórcio, porém fazer parte do ROTAS, sistema gerenciado pelo CISMAS, a C-01 respondeu *“o município não participa do consórcio, porém paga bem mais para utilizar o nosso sistema de transporte”*. No entanto, o SMS-05 mencionou que *“não pagamos mais por utilizar somente o ROTAS do consórcio, até porque o valor cobrado é igual para todos os municípios, pois é o Estado quem decide”*.

Em relação ao ROTAS, verifica-se que o CISMAS constituiu regras do jogo. Pensando nas regras que regem o consórcio, pode-se considerar dois momentos: No primeiro momento, o consórcio estabelece sua regra de utilização do transporte cobrando mais pela utilização do serviço. Seria uma forma de punição, por este município não estar associado ao CISMAS. No segundo momento, o ROTAS é gerenciado pelo consórcio, porém é um programa do Estado, assim, o município é consorciado ao Estado e não a microrregião. Nesse caso, o Consórcio, torna-se intermediário entre o Estado e o município no transporte de pacientes. Estaria o município tendo comportamento oportunista? Vale ressaltar que *“o município sempre foi autônomo no CISMAS, desde a criação do consórcio até os dias atuais”* (SE-04).

O Consórcio possui ambulância de unidade de terapia intensiva (UTI) que é utilizada para a transferência inter-hospitalar de pacientes graves, dentro ou fora do Estado de Minas Gerais. O serviço de transporte é gratuito e realizado através de nove ônibus cedidos aos municípios. Todo o monitoramento informatizado do transporte é feito através do SETS, levando os pacientes para as consultas, exames e atendimentos em clínicas, laboratórios e hospitais conveniados (Hospital Escola e Santa Casa). No entanto, constou-se na fala *“várias vezes eu precisei da ambulância UTI, que era o maior suporte que tínhamos no CISMAS, e na hora que eu precisei a ambulância estava quebrada, estava levando outro paciente... uma ambulância UTI para 150 mil habitantes é pouco. A dificuldade para o acesso a alguns serviços é complicado. Eu pagava e não tinha retorno. Eu pagava somente a estrutura do CISMAS, o dinheiro do rateio, sem devolução de nada em troca disso e muitas vezes o serviço que eu estava precisando não tinha. Então esse valor diluído dentro das minhas licitações eu compensava mais na compra de exames do que o CISMAS poderia me*

ofertar” (SMS-05) que o serviço de emergência/urgência do CISMAS é um fator que desestimula a cooperação.

Atualmente, a microrregião de Itajubá conta com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que está vinculado a Secretaria Municipal de Saúde de Itajubá. O serviço dispõe de duas equipes que trabalham com uma ambulância de suporte avançado (UTI-Móvel), e é mantido através de um consórcio formado entre todos os municípios beneficiados. Observou-se por meio da análise das entrevistas realizadas que *“o SAMU pertence a macrorregião e cada município paga um valor a parte”*. (SE-02). Em outro momento, verifica-se que *“com a implantação do SAMU, resolvemos nosso problema com a ambulância que tanto precisamos do consórcio e não tínhamos”* (SMS-05). Nesses preceitos, observa-se a associação dos municípios em um outro consórcio como forma de resolver sua demanda.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou apresentar a percepção dos gestores municipais de saúde da microrregião de Itajubá sobre o CISMAS.

Quanto ao percurso histórico de formação e manutenção do CISMAS, a pesquisa indica que a maioria dos municípios consorciados desconhecem os fatores iniciais para constituição do consórcio. Sugere-se a formação de um acervo histórico, sobre o sistema de arranjo e cooperação, disponível a todos os agentes locais, como forma de manter a memória histórica do consórcio sempre viva, uma vez que o conhecimento da ação consorciada possibilita maior assimilação entre seus pares na condução das políticas públicas.

Observou-se, também, a necessidade de ampliar o conhecimento dos gestores municipais sobre a figura dos consórcios públicos na implementação do SUS e da cooperação como ferramenta de gestão para o desenvolvimento local. Por isso, outra estratégia é ensinar a relevância da ação consorciada aos municípios associados, para que juntos possam construir uma relação de confiança em relação às ações planejadas e desenvolvidas. Sugere-se o treinamento dos gestores municipais e acompanhamento destes na operacionalização do sistema, para melhorar a eficiência e eficácia dos serviços prestados. O treinamento consiste em compreender os instrumentos de gestão do consórcio, bem como as figuras jurídicas que regem o sistema de cooperação, tais como os contratos pré-estabelecidos entre os pares.

Quanto à estrutura física, o consórcio se constituiu em uma sede inicialmente alugada para prestação de serviços, posteriormente, o mesmo adquiriu sede própria para alocação de bens públicos. Atualmente, a gestão do consórcio visa melhorias com a implantação de uma nova sede, no intuito de centralizar os serviços de saúde em um único espaço, visto que, os serviços de saúde estão alocados em diversos prestadores e a busca por estes prestadores foi apontada como um dos fatores que desestimula a participação do sistema de arranjo e cooperação.

Observou-se, também, que a transformação de personalidade jurídica do consórcio, de associação civil para personalidade jurídica de direito privado e posteriormente, para personalidade jurídica de direito público, possibilitou ao CISMAS, maior autonomia na administração direta dos municípios e constituiu meio eficiente para alcançar uma meta prioritária, que é a habilitação do município de Itajubá em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (GPSS). No entanto, a habilitação do município de Itajubá é recente, revelando disparidade, uma vez que o consórcio se instituiu como ferramenta de gestão para consecução de tal meta.

Quanto ao contrato de rateio, notou-se a falta de punição para municípios inadimplentes e a falta de conhecimento sobre as regras do jogo, sendo estas de grande importância para a sustentabilidade do consórcio. A cooperação pode ser afetada por um comportamento oportunista, visto que há municípios que preferem a ação individual à ação coletiva, sabendo que o cumprimento e descumprimento das regras é que vai definir o rumo do CISMAS.

No que se refere ao compromisso financeiro com o consórcio, nota-se que os custos fixos, ou seja, com a administração do CISMAS, desestimulam a cooperação. Não menos importante, a falta de retorno do investimento com o consórcio em serviços de saúde para os municípios associados foi apontado. Observou-se a presença de conflitos de interesses entre o incentivo de curto e longo prazo do consórcio, com retorno mais atraente a curto prazo, ou seja, isso destrói a confiança entre os atores, preferindo gastos locais a gastos coletivos, rompendo com a cooperação.

Na percepção dos gestores municipais sobre questões que envolvem as regras de utilização do consórcio, o CISMAS deve atuar efetivamente sobre o conflito apresentado, subsidiando e conduzindo a discussão com o objetivo de redução do comportamento oportunista por aqueles municípios que participam do consórcio, mas não cumprem com o contrato de rateio.

Observou-se que, no caso do CISMAS, um arranjo institucional do tipo instável, permitindo que alguns municípios não cumpram com as despesas das atividades do consórcio, e do tipo *não-integrado*, ou seja, não é evidente a importância desse arranjo, levando o gestor municipal a preferir retirar do consórcio e migrar para outro, ou simplesmente, tornar-se inadimplente. Diante desse quadro, sugere-se que, se não houver um interesse real em solucionar os conflitos no funcionamento do consórcio conjuntamente, dificilmente esta “parceria” poderá se apresentar interessante a algum ente municipal participante do consórcio. Entretanto, formas mais igualitárias e homogêneas entre os pares e a forma como os conflitos de interesses são superados possibilitam ao arranjo lograr grande êxito na construção dos capitais intangíveis que fortalecem a promoção da cooperação e dos elementos que a sustentam, em prol do desenvolvimento local.

Quanto à formação de laços de confiança entre os atores locais, notou-se a falta de interação destes em arena de negociação para tomada de decisão e formulação de políticas públicas. A pesquisa indica que regras formais bem definidas podem estimular a participação dos municípios nas reuniões, direcionando-os para um CISMAS eficaz na solução dos problemas e demandas comuns da área. Sugere-se a interação entre os gestores municipais com a comunidade e da comunidade com o consórcio, ampliando o espaço de diálogo da microrregião com o Estado, para

que o desempenho na saúde da microrregião torne-se ineficiente. Em outro momento, o Estado precisa enxergar o consórcio como parte de sua estrutura na implementação do SUS.

Na percepção dos gestores municipais sobre as finalidades e objetivos do CISMAS, o consórcio deve deixar de ser apenas um instrumento de agendamento e marcação de consultas, e assumir seu papel de prestador de serviços aos municípios associados. Indicou-se, assim, no CISMAS uma lacuna existente na gestão em relação à oferta de serviços especializados, fazendo com que o consórcio seja valorizado pelo espaço institucional e não pela frequência de suas interações junto aos associados.

Sob estes diferentes enfoques, o Consórcio deve ser enxergado não como um fim em si mesmo, mas como um instrumento de eficiência na gestão dos serviços e ganhos com as economias de escala, capaz de concertar interesses díspares entre os associados no processo de implementação do SUS, com vistas a oferecer para a população um atendimento de maior complexidade e eficiência. Observou-se também, que falta a participação da comunidade para construir um sistema de saúde que atenda as peculiaridades locais, visto que, se não há participação dos agentes locais em mesas de negociação do CISMAS, os problemas comuns entre os municípios não são apontados e a cooperação torna-se apenas uma forma de executar ações, que possibilita os municípios um comportamento altruísta.

Constatou-se em relação a formação e manutenção do consórcio, um cenário favorável que fortaleceu o processo de implementação do CISMAS, como mudança de personalidade jurídica e habilitação do município-pólo em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). No contexto assistencial, o consórcio tem aumentado progressivamente sua oferta de serviços aos municípios ao introduzir diversas especialidades para consultas e diagnose. Em relação a gestão do CISMAS, há muito que ser feito para que o consórcio possa atingir seu propósito de prestador de serviços, com benefícios a médio e a longo prazo. Destaca-se, que, o consórcio deve oferecer melhor custo x benefício para os municípios, de modo a minimizar as perdas e maximizar os atendimentos de saúde.

Apesar dos aspectos positivos oriundos desse tipo de articulação, tais como: aumento das especialidades médicas e acesso a máquinas e equipamentos para atendimento das demandas locais e regionais, fica evidente a existência de conflitos de interesses entre os pares, bem como, a influência político-partidária, que dificultam a ação consorciada, onde os municípios maiores capitalizam para si, os resultados positivos da cooperação. Ressalta-se, a falta de interação e diálogo entre os municípios, o que implica na necessidade de repensar os instrumentos de gestão.

Conforme se vê, os consórcios tem desenvolvido papel fundamental na gestão pública e no caso do CISMAS, o consórcio não tem capacidade de dar resposta as anseios sociais tornando-se ineficiente como instrumento de gestão do SUS. Os fatores intrínsecos e extrínsecos apontados geram um resultado negativo para o grupo e, conseqüentemente, perda de credibilidade, enfraquecendo o sistema de arranjo e cooperação.

Em suma, faz-se necessário criar laços de confiança entre os pares para melhorar o desempenho institucional, bem como, estabelecer regras de utilização e punição entre os consorciados que permita a programação dos atendimentos e evite a sobrecarga entre os setores de marcação de consultas, Secretarias Municipais de Saúde e o CISMAS. Sobre a sustentabilidade do consórcio, sugere-se, políticas adicionais e preventivas que avaliam não só a capacidade técnica, mas também valoriza o indivíduo.

7. REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ALBAGLI, Sarita. Territórios em Movimento: cultura e identidade como estratégia de inserção competitiva. Rio de Janeiro: RelumeDumará/ Brasília, DF: SEBRAE, 2004, p 25 à 65.

ARRETCHE, Mara T. S. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. Revista brasileira de Ciências Sociais – Vol. 13 nº40 Junho/ 1999.

AXELROLD, Robert [1984]. La evolución de la cooperación: el dilema del prisionero y la teoría de juegos. Madrid: Alianza, 1986

BASTOS; Francisco Avelar. SANTOS; Everton. TOVO; Maximiliano Ferreira. Capital Social e Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Saúde Soc. São Paulo, V.18, n.2, p.177-188, 2009.

BATISTA, Sinoel. O papel dos prefeitos e das prefeitas na criação e na gestão dos consórcios públicos / SinoelBatista ... [et al.]. – 1. ed. – Brasília, DF : Caixa Econômica Federal, 2011a. 115 p. – (Guia de Consórcios Públicos. Caderno ; v. 1).

O papel dos dirigentes municipais e regionais na criação e gestão dos consórcios públicos. / SinoelBatista ... [et al.]. – 1. ed. – Brasília, DF : Caixa Econômica Federal, 2011b. 115 p. – (Guia de Consórcios Públicos. Caderno; v. 2).

As possibilidades de implementação do consórcio público. SinoelBatista ... [et al.]. – 1. ed. – Brasília, DF : Caixa Econômica Federal, 2011c. 115 p. – (Guia de Consórcios Públicos. Caderno; v. 3).

BARROS, Pedro Motta de. Consórcio Intermunicipal. Ferramenta para o desenvolvimento regional. Editora Alfa-Omega. São Paulo, 1995.

BRANT, Lêda Menezes. O papel do Estado no Sistema Único de Saúde: uma investigação teórico-bibliográfica e prática em Minas Gerais. Belo Horizonte. 2004.

BASTOS, Francisco Avelar; SANTOS, Everton; TOVO, Maximiano Ferreira. Saúde Soc. São Paulo, v. 18, n.2, p-177-188, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender o gestão do SUS: Brasília: CONASS, 2003. 248p.

BRASIL. Lei nº 11.107, de 6 abril de 2005.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 40 p. – (Regionalização Solidária e Cooperativa) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3).

Decreto-lei no 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Regulamenta a Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005, que dispõe sobre as normas gerais de contratação de consórcios públicos. Brasília, 17 de janeiro de 2007.

Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2008a.

Presidência da República. Guia Básico para Gestão dos Municípios. Brasília: MP; 2008b. 44p.

BEDUSCHI FILHO, L. C. & ABRAMOVAY, R. Desafios para gestão territorial do desenvolvimento sustentável no Brasil. In: *XLI Congresso Brasileiro de Economia e Sociologia Rural (SOBER)*. 27 a 30 de Julho de 2003. Juiz de Fora - MG, 23p.

BOISIER. Em busca do esquivo desenvolvimento regional: entre a caixa-preta e o projeto político. Planejamento e Políticas Públicas nº 13 - Jun 1996.

BOISIER, Sérgio. El desarrollo territorial a partir de laconstrucion de capital sinérgico. In:> Revista Redes, v.4, n.1, p. 61-78, jan/abril. 199. Santa Cruz do Sul. Editora da UNISC, 1999.

BORGES, Alice Gonzalez. Consórcios Públicos, nova sistemática e controle.; Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico. Número 6 – maio/jun/julho de 2006 – Salvador – Bahia – Brasil.

BRANDÃO, Carlos. Pactos em territórios: escalas de abordagens e ações pelo desenvolvimento. O&S – V 15 – n45 – Abril/Junho- 2008.

BRASIL (2014). Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). *Morbidade Hospitalar do SUS*. Acesso em 26/03/16, < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nimg.def>>.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de Outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. 1997: ano da saúde no Brasil: ações e metas prioritárias. Brasília. 1997. 16p.

BRASIL. Constituição da República. Artigos 194, 196. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>. Acesso em: 29 nov. 2005.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>. Acesso em: 29 nov. 2005.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134561>. Acesso em: 29 nov. 2005.

COELHO, José Rafael G. P.; VELOSO, Cid. Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais. *Divulgação em Saúde para debate*. v.17, mar.1997. 36-38 p.

CALDAS, Eduardo de Lima; CHERUBINE, Marcela Belic. Condições de sustentabilidade dos consórcios intermunicipais. In. Consórcios Públicos e as agendas do Estado brasileiro/ Marcelo Cherubine, Vicente travas (Orgs). – São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo 2013.

CARINHATO, Pedro Henrique. Neoliberalismo, Reforma do Estado e Políticas sociais nas últimas décadas do século XX no Brasil. *Aurora*. Ano 11 número 3- Dez de 2008.

CARLOS, Vicente; TREVAS, Plá. Consórcios Públicos e o Federalismo Brasileiro. In. Consórcios Públicos e as agendas do Estado brasileiro/ Marcelo Cherubine, Vicente travas (Orgs). – São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo 2013.

CISMAS – Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Alto-Sapucaí. <<https://sites.google.com/site/cismasmg/>> acesso em 30/08/2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS (Publicada no D.O.U. de 6/11/1996). <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em 30/08/2015.

COSECS – MG. *Perfil dos consórcios intermunicipais de saúde de Minas Gerais*. Elaborado por Breno Henrique Avelar de Pinho Simões, Maria Helena de Lima e Marta de Sousa Lima. Belo Horizonte: Colegiado de Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais, 2010.

CRUZ, Maria do Carmo Meirelles Toledo et. al.. Consórcios Intermunicipais de Desenvolvimento: mudando para sobreviver. In: *II Congresso Consad de Gestão Pública*. 25 a 27 de Maio de 2009. Brasília - DF.

CRUZ, Aline Cerqueira. Comissão Intergestoresbipartite microrregional em Minas Gerais (manuscrito): processo decisório e responsabilidades da gestão municipal em saúde – Belo Horizonte: 2011.

CUNHA, Rosani Evangelista da Cunha. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa. RSP Revista do Serviço Público. Ano 55, Número 3, Ju-Set 2004 ISS: 034/9240.

DALLABRIDA, Valdir R.; ZIMERMANN, Viro J. Descentralização na gestão pública e estruturas subnacionais de gestão do desenvolvimento: o papel dos consórcios intermunicipais. *Gestão e Desenvolvimento Regional*. v.5, nº 3, set/dez. 2009. 3-28 p.

DINIZ FILHO, Paulo Ricardo. Perspectivas em Políticas Públicas | Belo Horizonte | Vol. VI | Nº 11 | P. 131-154 | jan/jun 2013.

FERNANDES, Antônio Sérgio Araújo. O capital social e a análise institucional e de políticas públicas. RAP. Rio de Janeiro 36 (3):375-98, Maio/Jun. 2002.

FONSECA, Poty Colaço; FERREIRA, Marco Aurélio Marques. Investigação dos níveis de eficiência na utilização de recursos no setor de saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 18, n.2, p. 199-213, 2009.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Saúde e Desenvolvimento: Uma perspectiva Territorial. In VIANA, Ana Luiza d'Avila et al. Editora Hucitec, São Paulo, 2009, p 97 a 123.

GERIGK, Willson. A Promoção da Cooperação nos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado do Paraná: Sob a Perspectiva dos Gestores Intermunicipais. III Fórum Brasileiro de Pós Graduação em Ciência Política – UFPR – Curitiba 31 Julho de 2013 a 02 de agosto de 2013.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. – São Paulo: Atlas, 2008.

GOHN, Maria da Glória. Associativismo civil, Conselhos de Gestão na Saúde e Cidades Brasileiras. In *Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada* / Elis Rassi Neto, Cláudia Maria Bógus (org.). – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 41 a 65.

GOULART, Jefferson O. Processo Constituinte e Arranjo Federativo. Lua Nova, São Paulo, 88: 185 -215, 2013.

HADDAD, Paulo R. Capitais Intangíveis e desenvolvimento regional. *Revista de Economia*, v. 35, n.3 (ano 33), p.199-146, set/dez. 2009. Editora UFPR.

IBGE. Divisão Regional do Brasil em Mesorregiões e Microrregiões Geográficas. Volume 1. Rio de Janeiro. 1990.

_____. Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2000. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pnsb/pnsb.pdf>. Acesso em 31/08/14.

Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009. Rio de Janeiro 2009. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf>> Acesso em: 31/08/14.

Perfil dos municípios brasileiros 2009. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2009/munic2009.pdf>> Acesso em: 31/08/14.

Censo 2010. População Brasileira. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=8>> Acesso em 30/abr./2013.

Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mg> > Acesso em 27/02/2016.

KLERING, Luis Roque; PORSSE, Melody de Campos Soares; GUADAGNIN, Luis Alberto. Novos Caminhos da Administração Pública. Análise, Porto Alegre, V. 21, n. 1. P. 4-17, jan/jun. 2010.

LACZYNSKI, Patrícia ; ABRUCIO, F. L. Desigualdade e Cooperação federativa: um novo olhar para a discussão dos consórcios. Consorcios Públicos e as agendas do Estado Brasileiro. 1ed.São Paulo: Perseu Abramo, 2013, v. 1, p. 71-80.

LIMA, Ana Paula Gil de. Consórcio Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde CAD. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(4):985-996, out-dez, 2000.

MACHADO, José Angelo. ANDRADE, Marta Leone Costa. Cooperação intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribuição de custos e benefícios. Rev. Adm. Pública – Rio de Janeiro 48(3): 695-720, maio/jun. 2014.

MAIA, Lenira de Araújo et. al.. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde como instrumentos para a administração pública: a experiência do SUS-MG. In: *IV Congresso Consad de Gestão Pública*. 6 a 8 de Maio de 2011. Brasília - DF.

MALACHIAS, Ivêta; LELES, Fernando Antonio Gomes; PINTO, Maria Auxiliadora Silva. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011.

MARCADANTE, O; et al. “Conselhos Municipais das áreas sociais”. Informativo CEPAM, São Paulo, n. 1, p. 41, 2002.

MARQUES, Antônio Jorge de Souza; LIMA, Marta de Souza. Sistema Estadual de Transporte em Saúde. P. 199-209. In MARQUES, Antônio Jorge de Souza; MENDES, Eugênio Vilaça; SILVA, Jomara Alves da; SILVA, Marcus Vinícius Caetano Pestana da. O Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. 324 p.

MATOS, Fernanda; DIAS, Reinaldo. Cooperação Intermunicipal na bacia do rio Paraopeba. *Rev. Adm. Pública* — Rio de Janeiro 46(5):1225-250, set./out. 2012.

MELLO, Diogo Lordello de. Descentralização, papel dos governos locais no processo de desenvolvimento nacional e recursos financeiros necessários para que os governos possam cumprir seu papel. *Revista Administração Pública*. Rio de Janeiro. 25 (4): 199-217. Out/dez.1991.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MIGUEL, P.A.C. Estudo de caso na engenharia da produção: estruturação e recomendações para sua condução. *Produção*, v. 17, n. 1, p. 216-229, Jan./Abr. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a descentralização com equidade no acesso. NOAS –SUS 01/02 2ª ed. Revista e atualizada – Brasília, 2002a, 108 p.

Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): Instrumentos de Gestão em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b, 46 p.

NEVES, Luiz Antonio; RIBEIRO, José Mendes. Consórcios de Saúde: estudo de caso exitoso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(10): 2207-2217, ou, 2006.

OLIVEIRA, Alessandra C.; SIMÕES, Rodrigo F.; ANDRADE, Mônica V. Regionalização dos serviços de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial em Minas Gerais: estrutura corrente versus estrutura planejada. In: SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA, 13., 2007, Diamantina. Anais... Diamantina: UFMG/CEDEPLAR, 2008. p. 1-23.

PAULA, Juarez de. Territórios, Redes e Desenvolvimento. In *Território em Movimento: Cultura e Identidade como Estratégia de inserção competitiva*. Rio de Janeiro; RelumeDumará/Brasília, DF: SEBRAE, 2004.

PDR/MG/2014. Adscrição e população dos municípios por macrorregiões e microrregiões de saúde. <www.saude.mg.gov.br/imagens/anexo/PDR/Adscricao_e_populacao_dos_municipios_por_macrorregioes_e_microrregioes_de_saude.pdf> acesso em 08/08/2014.

PESTANA, Marcus Vinicius; MENDES, Eugênio Vilaça. Secretaria de Estado de Saúde. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Minas Gerais – Secretaria do Estado de Saúde. Belo Horizonte, 2004.80 p.

PIETRO, Maria Sylvia Zanella di. O Consórcio Público na Lei n 11.107, de 6.4.2005. REDE *Revista Eletrônica de Direito do Estado*. Número 3 – julho/agosto/setembro de 2005 – Salvador – Bahia – Brasil.

PRATES, Ângelo Marcos Queiróz. O Consórcios Públicos Municipais no Brasil e a Experiência Européia: Alguns apontamentos para o desenvolvimento local. III Congresso Consad de Gestão Pública. 2010.

PRATES, Ângelo Marcos Queiróz. Consórcios Públicos Intermunicipais: Uma análise dos consórcios intermunicipais de saúde em Minas Gerais a partir do índice de desenvolvimento do SUS – IDSUS/2011. I seminário de Desenvolvimento Regional, Estado e Sociedade. Rio de Janeiro – RJ, Agosto de 2012.

PUTNAM, Robert. The prosperous community: social capital and public life. The American Prospect, (13), Spring 1993. (Capturado em: <http://epn.org/prospect/13/13putn.html>.)

RIBEIRO, José Mendes; COSTA, Nilson do Rosário Costa. Regionalização da Assistência à Saúde no Brasil: Os Consórcios Municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). Revista Planejamento e Políticas Públicas, n 22 – Dez de 2000.

RIBEIRO, Hilton Manoel Dias; BASTOS, Suzana Quinet; BUGARIN, Maurício Soares. Consórcios Públicos Municipais: Uma Análise Institucional. Área ANPEC 5: Economia do Setor Público JEL: R58; C70; D02. 2013.

ROCHA, Carlos Vasconcelos. FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. Cooperação intermunicipal, reterritorialização da gestão pública e provisão de bens e serviços sociais no Brasil contemporâneo: a experiência dos Consórcios de Saúde de Minas Gerais. CADERNOS METRÓPOLE, N. 11, pp. 73-105, 1º sem. 2009.

ROCHA, Carlos Vasconcelos. FARIA, Carlos Aurélio Costa. Descentralização e cooperação intermunicipal no Brasil. VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais Coimbra 16, 17, 18 de Setembro de 2004.

SACHS, Ignacy. Desenvolvimento: Incluyente, Sustentável, Sustentado. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

SANTOS, L. “Consórcio Administrativo Municipal. Aspectos Gerais. Suas especificações em relação ao Sistema Único de Saúde”. Estudo encomendado pelo Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. 1995.

SANTOS, Lucas Maia dos; FARIA, Adriana Moreira de Bastos; FARIA, Evandro Rodrigues de. Análise de locação de recursos em saúde na região sudoeste do Brasil. RAHIS – Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde – jul./dez. 2010.

SEN, Amartya. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Cia das Letras, 2000.

SEVERINO, Antonio Joaquim. Metodologia do Trabalho Científico. 23ª ed. rev. e atual. – São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Clayton Borges da; RAMIRES, Julio Cesar de Lima. Análise da correlação entre dengue e indicadores sociais a partir do SIG. Hygeia6(11):60 - 79, Dez/2010.

SIMÃO, Gustavo Leonardo. SILVA, Edson Arlindo. Emancipação ou dependência? O papel do capital social nas políticas públicas de desenvolvimento local: o caso do PAA. DRd – Desenvolvimento Regional em debate (ISSN 2237-9039). Ano 4, n. 1, p. 24-39, já./jun.2014.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO E ASSISTÊNCIA EM INFORMÁTICA LTDA. G-CIS – Gestão de Consórcios Intermunicipais de Saúde. <<http://www.sisamhil.com.br/solucao/5/gestao-de-consorcios-intermunicipais-de-saude>> Acesso em: 30 de ago. 2015.

TEIXEIRA, Luciana; DOWELL, Maria Cristina Mac; BUGARIN, Maurício. Consórcios Intermunicipais de Saúde: Uma Análise à Luz da Teoria dos Jogos. RBE. Rio de Janeiro 57 (1): 253-281 JAN/MAR 2003.

VIANA, Ana Luiza D´Avila; LIMA, Luciana Dias de; OLIVEIRA, Roberta Gondim. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva, 7 (3): 493-507, 2002.

VIANA, Ana Luiza D´Avila; IBANEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. São Paulo em Perspectiva, v: 22, n.1, p. 92-106, jan./jun.. 2008.

YIN, Robert K. Estudo de Caso: planejamento e métodos. 3. ed. – Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A: TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS (TACD)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ – UNIFEI
INSTITUTO DE ENGENHARIA PRODUÇÃO E GESTÃO – IEPG
MESTRADO DESENVOLVIMENTO, TECNOLOGIAS E SOCIEDADE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Ilmo. Sr Secretario Executivo do CISMAS

Itajubá, 12 de Março de 2015

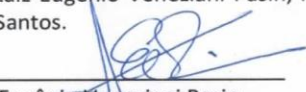
Eu, Priscila dos Santos, matriculada no mestrado de Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedades da Universidade Federal de Itajubá, sob a orientação do professor Luiz Eugênio Veneziani Pasin, diretor de extensão social, venho solicitar de V. Sa. a autorização para coleta de dados no Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Alto Sapucaí - CISMAS, com a finalidade de realizar a pesquisa de iniciação científica intitulada: Consórcios Intermunicipais de Saúde: Uma análise do sistema de arranjo e cooperação dos municípios da microrregião de Itajubá, com o objetivo de avaliar a percepção dos gestores de saúde sobre o o consórcio CISMAS, como forma de identificar simetrias e assimetrias existentes no intuito de propor melhorias no sistema de arranjo e cooperação. A coleta de dados ocorrerá mediante a utilização dos documentos pertinentes ao período de criação do CISMAS em 1996 até 2013, dentro da própria instalação, analisando a dinâmica do consórcio, em datas e dias pré-determinados pela pesquisadora. Igualmente, assumo o compromisso de utilizar os dados obtidos somente para fins científicos, bem como disponibilizar os resultados obtidos para o CISMAS.

Agradecemos antecipadamente e esperamos contar com sua colaboração.

Atenciosamente


Priscila dos Santos

Eu, Luiz Eugênio Veneziani Pasin, responsabilizo-me pelo trabalho científico da Aluna Priscila dos Santos.


Luiz Eugênio Veneziani Pasin
Prof. Dr. Luiz Eugênio V. Pasin
Diretor Extensão Social
SIAPE 1754488

Eu, secretario executivo do CISMAS, autorizo a coleta de dados para fins de pesquisa científica no consórcio.

PAULO RENATO G. RIBEIRO
Secretário Executivo
CISMAS
Paulo Renato Germiniani Ribeiro



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ
Criada pela Lei nº 10.435, de 24 de abril de 2002
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

APÊNCIDE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO (TCLE)

TÍTULO DO PROJETO: Consórcio Intermunicipal de Saúde: Uma análise do sistema de arranjo e cooperação dos municípios da microrregião de Itajubá.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO:

Nome: Dr. Luiz Eugênio VenezianiPasin

Telefone para contato: (35) 3629. 1489

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

Eu, _____, residente na _____, RG _____, profissão _____, concordo de livre e espontânea vontade em participar do estudo “Consórcio Intermunicipal de Saúde: Uma Análise do Sistema de Arranjo e Cooperação dos Municípios da Microrregião de Itajubá”. Declaro que foram dadas todas as informações necessárias e que foram esclarecidas todas as dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. O estudo é importante porque os consórcios de saúde são considerados ferramentas de gestão para o desenvolvimento o território,
2. O estudo vai ser feito para pesquisar e identificar os fatores que estimulam e desestimulam a cooperação no CISMAS,
3. Os resultados desse estudo poderão contribuir para identificar as assimetrias existentes no consórcio e a partir daí propor soluções e ampliar o diálogo entre os municípios.
4. Para a entrevista serão utilizados um questionário para analisar a percepção dos gestores de saúde sobre o sistema de arranjo e cooperação do CISMAS, e uma entrevista que será gravada.
5. O questionário será aplicado apenas para esse estudo e, nem irá causar problemas, a não ser dispor de tempo.
6. Para que o desconforto seja menor, serão adotadas as seguintes medidas:
 - Os dados coletado nas entrevistas ficarão sob guarda do pesquisador responsável, não sendo permitido que outras pessoas além da equipe tenham acesso a ele;
 - A coleta de dados será agendada previamente com o sujeito da pesquisa, adequando aos horários disponíveis de cada um.
 - Os dados serão coletados em sala individual, estando presentes no momento apenas o pesquisador e o sujeito da pesquisa.
7. A minha participação nesse estudo não gera despesas.
8. Todas as informações sobre a minha pessoa nesse estudo vão ser secretas e só os autores terão conhecimento delas.

9. Os autores poderão apresentar ou publicar os resultados desse estudo, mas as informações sobre a minha pessoa não vão aparecer de forma alguma.
10. Tenho a liberdade de desistir ou de parar de colaborar nesse estudo, no momento em que desejar, sem ter que explicar o motivo.
11. Se eu desistir, isso não vai causar nenhum prejuízo para a minha pessoa;
12. Posso pedir para saber dos resultados da pesquisa, por isso informo que:
- Desejo saber dos resultados
- Não desejo saber dos resultados.

Itajubá, de de

Assinatura do Gestor

Priscila dos Santos

Dúvidas ou reclamações contatar:

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Itajubá Av. Reno Júnior, 368 Bairro São Vicente Itajubá, MG – CEP: 37502-138 Tel: (35) 3629-8700 E-mail: sec-diretoria@aisi.edu.br
--

APÊNDICE C: QUESTIONÁRIO APLICADO NA MICROREGIÃO DE ITAJUBÁ

Identificação	
Nome:	Tel:
Município:	E-mail:
História do CISMAS	
1. Você conhece quais foram as razões iniciais que levaram a formação do CISMAS? () Sim () Não	
2. Em sua opinião, o ambiente político e/ou político-partidário favoreceu a formação do consórcio? () Sim () Não	
Implementação do CISMAS	
3. Você conhece quais foram os facilitadores para implementação do consórcio? () Sim () Não	
4. Você tem conhecimento sobre os obstáculos administrativos e políticos na implementação do consórcio? () Sim () Não	
Participação no CISMAS	
5. O município participa do sistema de arranjo e cooperação do CISMAS? () Sim, o ano de início das atividades do município junto ao consórcio foi ____/____/____ () Não, o ano de encerramento das atividades do município junto ao consórcio foi ____/____/____	
Avaliação do CISMAS	
6. Qual (is) são as vantagens do consórcio? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Redução de custos <input type="checkbox"/> Maior eficiência, rapidez e racionalidade <input type="checkbox"/> Ampliação das possibilidades de financiamento <input type="checkbox"/> Agilização da execução de projetos <input type="checkbox"/> Atendimento das demandas locais e regionais <input type="checkbox"/> Permitem o estabelecimento de convênios, contratos e acordos <input type="checkbox"/> Podem receber auxílio, sem necessidade de licitação <input type="checkbox"/> O usuário pode ser atendido na própria região <input type="checkbox"/> Acesso a consultas e exames de atenção secundária Outros: _____ </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Uma referências para os serviços oferecidos <input type="checkbox"/> Captação de recursos <input type="checkbox"/> Maior faixa para licitação <input type="checkbox"/> Equidade no custeio <input type="checkbox"/> Reestruturação da oferta </div> </div>	
7. Qual (is) são as desvantagens do consórcio? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Distância da sede <input type="checkbox"/> Conflitos de interesses <input type="checkbox"/> Mudança constante dos secretários executivos <input type="checkbox"/> Liderança forte <input type="checkbox"/> Subordinação dos municípios mais fracos aos mais fortes em relação ao poder político <input type="checkbox"/> Atribuições diferenciadas de responsabilidades Outros: _____ </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Contribuição financeira <input type="checkbox"/> Influência político-partidária <input type="checkbox"/> Regras Inadequadas de utilização <input type="checkbox"/> Tamanho do município </div> </div>	
8. Como você avalia as regras de utilização dos serviços do consórcio? () Adequadas () Inadequadas	
9. Diante de referências que o CISMAS não dispõem este se responsabiliza pela busca de referência necessária? () Sim () Não	
10. Sobre o sistema de cotas, qual a sua opinião? () Aprova, acha justo () Não aprova, acha injusto	
11. Quais são as razões de sustentabilidade do consórcio? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Regras adequadas <input type="checkbox"/> Coordenação eficiente <input type="checkbox"/> Quadro de Pessoal <input type="checkbox"/> Pontualidade no pagamento de cotas de rateio <input type="checkbox"/> Necessidade de correção de rumos para que o CISMAS possa perdurar <input type="checkbox"/> Atende as necessidades de referência dos municípios <input type="checkbox"/> As decisões são locais e com peso igual entre os participantes <input type="checkbox"/> Força política do CISMAS por sua movimentação financeira </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Ganhos Perceptíveis da cooperação <input type="checkbox"/> Liderança do município sede <input type="checkbox"/> Transparência na gestão </div> </div>	
12. Quais são os obstáculos encontrados na provisão dos serviços ofertados pelo CISMAS?	

<input type="checkbox"/> Dificuldade na oferta de algumas especialidades médicas <input type="checkbox"/> imp pontualidade no pagamento das cotas por causarem instabilidade no custeio do consórcio <input type="checkbox"/> excesso de pessoal administrativo <input type="checkbox"/> Limites no atendimento <input type="checkbox"/> Procedimentos com o mesmo valor no rateio das despesas <input type="checkbox"/> Indefinição do aspecto jurídico <input type="checkbox"/> Atraso no pagamento das cotas de rateio pelos municípios <input type="checkbox"/> Tamanho do município consorciado <input type="checkbox"/> Poder Político <input type="checkbox"/> Recursos Materiais
13. Como você avalia os serviços prestados pelo CISMAS? <input type="checkbox"/> ótimo <input type="checkbox"/> bom <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> péssimo
14. O seu município participa no processo decisório do CISMAS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, de que forma seu município participa do processo decisório do consórcio?
15. Em relação a finalidade do Consórcio, qual (is) das alternativa (s) abaixo melhor reflete o CISMAS: <input type="checkbox"/> Atuar como agente facilitador para que os municípios consorciados possam ampliar sua oferta de serviços na área da saúde. <input type="checkbox"/> Propiciar espaços para interação entre os municípios consorciados, visando troca de experiências e recursos técnicos, para melhorar as ações individuais dos municípios na área da saúde. <input type="checkbox"/> Contribuir para que os municípios consorciados possam programar e executar ações conjuntas, com o objetivo de suprir as carências locais e regionais na área da saúde. <input type="checkbox"/> Desenvolver, em conjunto com os municípios consorciados, ações com finalidade de suprir demandas por atendimentos específicos na área da saúde. <input type="checkbox"/> Atuar de modo a suprir as lacunas existentes no SUS que afetam os municípios consorciados.
16. Em sua opinião, em situações de maior conflito de interesses entre os municípios consorciados: 16.1 – É interessante que o CISMAS oriente a discussão de modo a mostrar que os benefícios futuros serão maiores do que os ganhos presentes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 16.2 – Nessas situações de conflito percebe-se maior preocupação e participação dos municípios com maiores carências na área da saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 16.3 – Quando há posicionamento adverso ou não colaborativo de um município, é comum que os outros municípios ajam de forma recíproca (“devolvem na mesma moeda”) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
17. No seu ponto de vista, existe clientelismo político no consórcio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Perspectiva do CISMAS
18. Você acredita na continuidade do consórcio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
19. Quais são as MELHORIAS que você apresentaria para os serviços prestados pelo CISMAS?