

**AVALIAÇÃO DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DA ZONA DA MATA MINEIRA: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DOS GESTORES DE SAÚDE****B. R. FREITAS<sup>1\*</sup> e A. R. OLIVEIRA<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Instituto Federal Sudeste de Minas Gerais<sup>2</sup>Universidade Federal de Viçosa

bruna.rodrigues@ifsudestemg.edu.br \*

Artigo submetido em janeiro/2015 e aceito em junho/2015

DOI: 10.15628/holos.2015.2701

**RESUMO**

O pacto federativo estabelecido na Constituição Federal fixa que as três esferas do Estado são responsáveis pela prestação do serviço público, por meio da implementação das políticas setoriais. Cada nível do Estado (União, estados e municípios) tem responsabilidades próprias e a atuação deve se dar de forma harmônica, para que se possa conseguir maior eficiência e eficácia no uso dos recursos públicos. A prestação de serviço de saúde eficiente à população é um desafio enfrentado por todos os envolvidos com a área. Os municípios encontram dificuldades advindas da limitação de recursos financeiros, de limitadas capacidades técnicas, de problemas administrativos, dentre outros. Uma das formas das pequenas cidades lidar racionalmente com os problemas apontados acima tem sido por meio das associações dos municípios para implementação de políticas públicas. Iniciativa esta já prevista na legislação e na própria

Constituição por meio dos assim chamados consórcios intermunicipais. Os consórcios intermunicipais de saúde funcionam como instrumentos de cooperação entre municípios visando proporcionar a ambos os que individualmente teriam menos possibilidade de realizar. Esta pesquisa buscou relatar a avaliação dos secretários municipais de saúde da Zona da Mata Mineira quanto ao consórcio em que está associado. O objetivo dos consórcios intermunicipais de saúde é fazer com que os municípios desempenhem com maior eficiência e eficácia os serviços vitais à sua população, tendo como pressuposto os princípios do SUS. Desta forma, este trabalho poderá contribuir para o aperfeiçoamento da implementação das políticas de saúde, por meio da gestão mais racional dos recursos na associação de municípios em consórcios locais de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Política Pública, Saúde, Consórcio.**EVALUATION OF CONSORTIUMS OF HEALTH IN ZONA DA MATA DE MINAS GERAIS: AN ANALYSIS UNDER OTICA OF HEALTH MANAGERS****ABSTRACT**

The federal pact established in the Federal Constitution sets that the three branches of spheres are responsible for providing the public service, through the implementation of sectoral policies. Each State level (Union, states and municipalities) have own responsibilities and the work must be done in a harmonious way, so that we can achieve greater efficiency and effectiveness in the use of public resources. The provision of efficient health services to the population is a challenge faced by all involved with the area. Municipalities encounter difficulties arising from the limited financial resources, limited technical, administrative problems, among others. One way of small towns deal rationally with the above mentioned problems has been through associations of municipalities to implementation of

public policies. Initiative is already provided for by law and in the Constitution through the so-called consortiums. Health consortiums function as instruments of cooperation between municipalities aiming to provide both individually have less chance to perform. This research aimed to report the assessment of the municipal health secretaries of the Zona da Mata Mineira as the consortium that is associate. The goal of consortiums health is to get municipalities play with greater efficiency and effectiveness vital services to its population, with the assumption SUS principles. Thus, this work could contribute to the improvement of the implementation of health policies, through the more rational management of resources in the association of municipalities in local consortia of health.

**KEYWORDS:** Public Policy, Health, Consortium.

## 1 INTRODUÇÃO

A prestação de serviço de saúde eficiente à população é um desafio enfrentado por todos os envolvidos com a área. Os municípios encontram dificuldades advindas da limitação de recursos financeiros, de limitadas capacidades técnicas, de problemas administrativos, dentre outros.

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

Uma das formas das pequenas cidades lidar racionalmente com os problemas apontados acima tem sido por meio das associações dos municípios para implementação de políticas públicas. Iniciativa esta já prevista na legislação (Lei 11.107/95) e na própria Constituição Federal de 1988 por meio dos assim chamados consórcios intermunicipais.

Os consórcios intermunicipais são uma iniciativa que existe desde muito tempo, pois a primeira Constituição Paulista de 1891 já tratava do assunto. Segundo Coutinho (2006), a Constituição Federal de 1988 não contemplava a cooperação entre entes federados, via consórcios e convênios. No entanto, com a Emenda Constitucional n.º 19/98, o artigo 241 passou a tratar dos consórcios públicos, estabelecendo sua regulamentação em lei ordinária, onde a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios regulamentarão por intermédio da lei dos consórcios públicos e os convênios cooperativos entre os entes federados, ratificando então a gestão em conjunto de serviços públicos (BRASIL, 2006a).

Os consórcios públicos são associações formadas por pessoas jurídicas políticas (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), com personalidade de direito público ou de direito privado, criadas mediante autorização legislativa, para a gestão associada de serviços públicos (DI PIETRO, 2006, p.468 apud COUTINHO, 2006).

De modo geral, o objetivo dos consórcios intermunicipais de saúde é fazer com que os municípios desempenhem com maior eficiência e eficácia os serviços vitais à sua população, tendo como pressuposto os princípios do SUS.

Assim, os consórcios intermunicipais de saúde funcionam como instrumentos de cooperação entre municípios visando proporcionar a ambos os que individualmente teriam menos possibilidade de realizar.

Nesse sentido, este estudo visa relatar a percepção dos gestores de saúde quanto ao consórcios.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 A Municipalização da saúde pública no Brasil

Segundo Paim et al (2011), no Brasil o sistema de saúde foi marcado no século XX por uma natureza autoritária na qual o sistema social era heterogêneo e dominante. O fornecimento de serviços se dava por meio de institutos de aposentadoria e pensões divididos por categoria ocupacional como, por exemplo, bancários, ferroviários etc. Entre 1970 e 1974, foram liberados recursos do orçamento federal para reparar e construir hospitais privados.

Além disso, a responsabilidade pela oferta da atenção à saúde foi estendida aos sindicatos e instituições filantrópicas que davam assistência aos trabalhadores rurais. Os benefícios diretos a empresas privadas para a oferta de assistência médica a seus empregados foram substituídos por descontos no imposto de renda onde impulsionou-se à geração de planos de saúde privados.

Ainda para o autor supracitado, esse mercado baseado na prestação de serviços ao setor privado gerou crise de financiamento na assistência social e na década de 1970, o Brasil presenciou vários movimentos populares que impulsionaram a necessidade de redemocratização do país e dentre eles se destacaram os movimentos em prol da saúde pública.

O movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde como uma questão social ao contrário do que prevalecia antigamente. Então, em 1980, constituiu-se o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde autorizou o conceito da saúde como um direito do cidadão e traçou os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS). (PAIM et al, 2011)

Mediante um contexto marcado pela crise econômica, vários fatores como ascensão dos movimentos político-sociais e luta pela abertura política impulsionaram a aceleração da queda do regime autoritário, contribuindo assim para a redemocratização do país e o surgimento da constituição cidadã de 1988 (OLIVEIRA, 2011).

A Constituição de 1988 é a engenharia que deu o sentido dessa premissa pela formação de um aparato legal que relaciona a construção de um estado democrático com amplos direitos sociais, a partir da inclusão de um conjunto de instrumentos inovadores que garantissem a participação direta e indireta dos cidadãos. (FLEURY; LOBATO, 2009)

Desse movimento surge o pensamento de municipalização tendo como principal argumento a carência de descentralização política como uma maneira de intervenção na ideia centralizadora do estado predominante durante o regime militar.

Fazia-se necessário descentralizar para que os gestores municipais mais próximos da população e conseqüentemente conhecedor de suas necessidades pudessem desempenhar de maneira eficiente os serviços de saúde.

Pires e Nogueira (2008) relatam que a Constituição da República de 1988 infiltrou pertinentes alterações no contexto federativo do Brasil. Tais demandas trouxeram alguns resultados para os Estados, pelo menos em se tratando de descentralização tributária, e para os Municípios, no tocante à autonomia. (PIRES; NOGUEIRA, 2008)

A descentralização caracterizada como municipalização decidiu que os municípios seriam os verdadeiros executores das ações e conseqüentemente se tornariam responsáveis por ofertar

as ações de saúde. Com isso, os governos locais receberam poder de decisão e consequentemente maior autonomia.

A saúde foi a área em que se aplicou amplamente a descentralização, principalmente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que veio conscientizando sobre a participação institucionalizada através de fóruns de discussões.

“A descentralização da política de saúde no Brasil causou um aumento significativo em quantidade de atividades e participação dos municípios na prestação de serviços de saúde” (AMARAL;BLAT,2011,p.1).

Uma das mais relevantes inovações inseridas na Constituição Federal de 1988 diz respeito ao conceito de seguridade social, definido como "um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (CF, art. 194)

Além disso, assegura a saúde como direito social e define um novo protótipo para as ações do Estado na área, expresso nos artigos 196 e 198 da Constituição Federal de 1988:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à 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.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, 1998).

Mediante o texto constitucional é possível auferir que a concepção do SUS surge como uma espécie de auxílio aos anseios da população. Não obstante, ele só foi regulamentado através da lei 8080 de 19 de setembro de 1990 e lei complementar 8142 de 28 de dezembro de 1990 que buscou delinear o modelo de atenção e estabelecer as linhas gerais para a redistribuição de obrigações entre os entes federados.

De acordo com a lei 8080 em seu art.4º “O 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, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)”.

As principais tendências trazidas pela lei 8.080 dizem respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços com ênfase na descentralização das ações e serviços para os municípios e valorização da cooperação técnica entre Ministério da Saúde, estados e municípios.

Logo após, a lei 8142 incluiu a participação da comunidade como uma das diretrizes para a organização do sistema público de saúde propiciando a criação de diversos mecanismos de

articulação entre esferas de governo e de participação e controle social sobre as políticas públicas. Estes mecanismos referem-se aos conselhos e conferências de saúde.

Outro recurso utilizado como ferramenta de participação social são os consórcios de saúde, que por meio da instituição do Sistema Único de Saúde ganharam contornos nesta área sendo garantida sua existência na legislação conforme pode-se observar na lei orgânica de saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990 que prevê em seu artigo 10 que “Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam”.

Também no artigo 18, inciso VII da mesma lei estabelece que “À direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) compete VII- formar consórcios administrativos intermunicipais”.

É possível depreender que a municipalização da saúde no Brasil já alcançou resultados satisfatórios no que tange a atenção básica, contudo, alguns municípios menores encontram objeções para prestar serviço de forma eficiente, daí a relevância de se aliarem a outros municípios.

## 2.2 Conceituações dos Consórcios Públicos

Araújo e Magalhães (2008) definem consórcio como um contrato onde se estabelecem objetivos iguais aos participantes e se regulariza a forma como tais finalidades serão buscadas.

Consórcio, do latim *consortiu*, implica a ideia de associação, ligação, união e, no âmbito das relações intermunicipais, nada mais apropriado do que a formação de entidades visando o estudo, o acompanhamento, o diagnóstico das soluções que, via de regra, envolvem municípios limítrofes e com problemas que se identificam numa ordem cada vez mais crescente, em função de forte demanda dos administrados. A formação de consórcio não obedece a uma única lógica, mas aos interesses e disponibilidades de uma dada região, conformando diversos modos de atuação e permitindo o seu aprimoramento, inclusão ou não de municípios, agrupamento de municípios que, pela lógica da proximidade, pode não pertencer ao estado/sede do consórcio. (LIMA, 2000, p. 986)

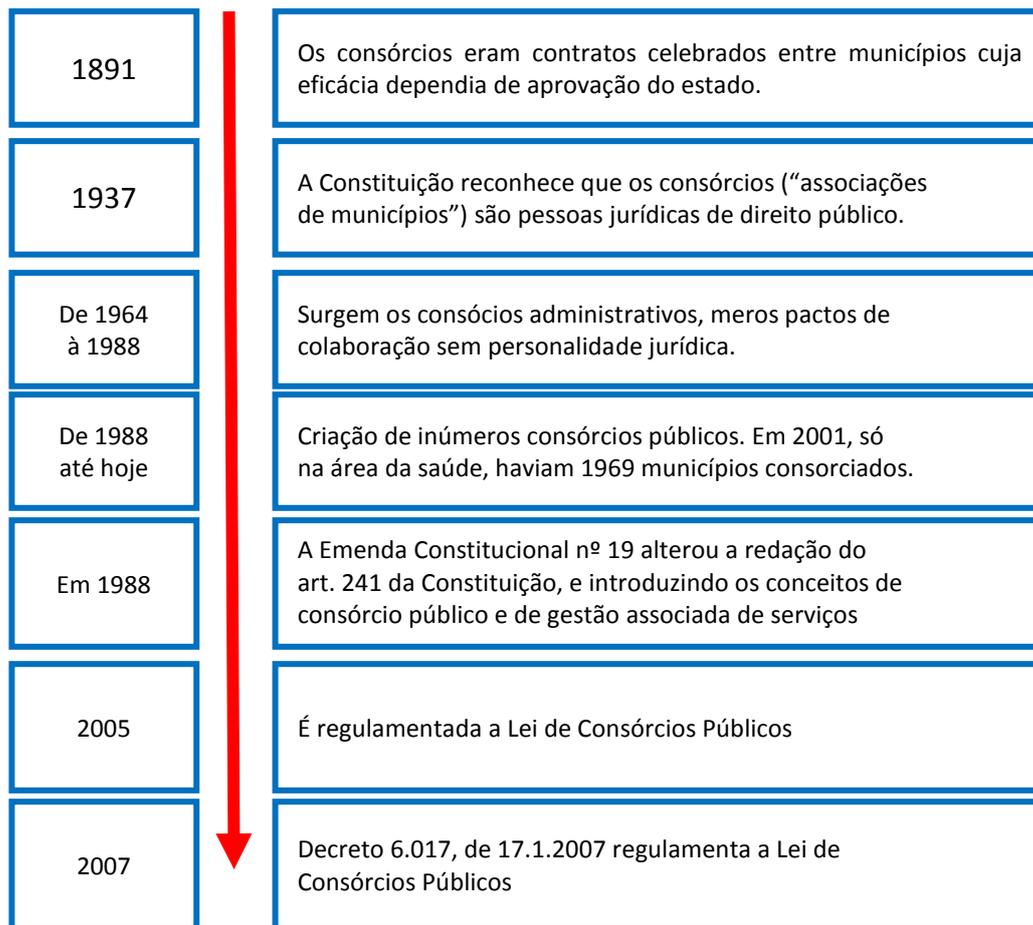
Segundo Coutinho (2006), a ideia inicial dos consórcios era a de uma cooperação onde participava somente entes de mesma categoria governamental.

Não obstante, a lei federal nº 11.107/2005 que rege os consórcios públicos veio definir normas gerais para a contratação dos mesmos e estabelecer diretrizes gerais para a admissão de consórcios para a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, onde se corrobora a execução de cooperação vertical entre entes federativos.

De acordo com Ravanelli (2010, p. 17), esta lei “vem complementar e aprimorar o desenho federativo brasileiro que emerge junto a Constituição de 1988”. Neves e Ribeiro (2006, p. 2.207) observaram que ela: “ênfaticamente enfatizou a importância dos consórcios como mecanismo de governança regional, favorecendo novas soluções em gestão pública, normatizando de modo inédito no país a figura do governo regional”.

Neste sentido e de acordo com a Lei Consorcial, Mello (2005) afirma que os consórcios públicos são “contratos realizados entre as pessoas de Direito Público de capacidade política, isto é, entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, em vista da realização de atividades

públicas de interesse comum, e dos quais resultará uma pessoa jurídica que os congregará” (MELLO, 2005, p.625). A figura 1 expressa essa trajetória atravessada pelos Consórcios Públicos ao longo dos anos.



**Figura 1: Caminho atravessado pelos Consórcios Públicos.**  
Fonte: Adaptado de Ribeiro, 2007.

Para Braga e Ribeiro (2011) não existia, até 2005, uma legislação específica que normalizasse a participação dos entes públicos consorciados bem como instrumentos punitivos para o comportamento de alguns entes cooperados. E nesse sentido é que foi editada a lei 11.107, de 6 de abril de 2005.

### 2.3 Perfil dos Consórcios Intermunicipais de saúde no Brasil

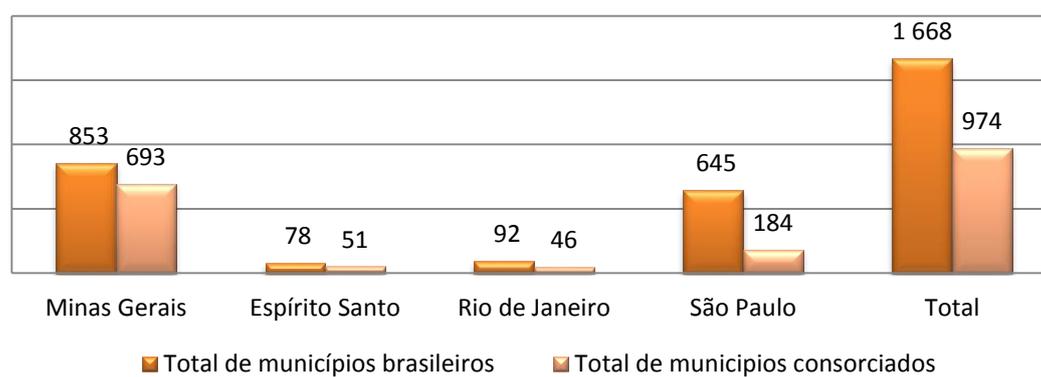
De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil conta hoje com 2288 municípios consorciados. Desses municípios, 76,18% tem população de até 20 mil habitantes, 81,29% possuem até 100.000 habitantes e apenas 7 municípios estão na classe acima de 500.000 habitantes revelando que dos maiores municípios poucos estão ligados a algum consórcio de saúde. (Tabela 1)

**Tabela 1. Municípios consorciados e totais de municípios brasileiros, segundo faixa populacional – 2011.**

População	Total de municípios brasileiros	Total de municípios consorciados	%
Até 5.000	1 303	651	28,45
5.001 a 10.000	1 212	550	24,04
10.001 a 20.000	1 400	542	23,69
20.001 a 50.000	1 043	354	15,47
50.001 a 100.000	324	117	5,11
100.001 a 500.000	245	67	2,93
Mais de 500.000	38	7	0,31
<b>Total</b>	<b>5 565</b>	<b>2 288</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do IBGE, 2011.

Especificamente no Estado de Minas Gerais, 81,24% dos municípios participam de consórcio intermunicipal de saúde totalizando 693 municípios. (Figura 2)



**Figura 2- Quantidade de municípios consorciados na região Sudeste.**

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do IBGE, 2011.

Conforme exposto acima, dos estados brasileiros pertencentes à região Sudeste, Minas Gerais possui uma reconhecida participação em políticas de cooperação.

### 3 METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa e quantitativa com predominância na primeira vista que utilizou tanto da análise quantitativa quanto da qualitativa para realizar a categorização e interpretação dos dados extraídos.

Quanto aos fins esta pesquisa é descritiva, pois relata as estruturas, estratégias, as vantagens e desvantagens oferecidas para os municípios ao se associarem em um Consórcio da área de Saúde. “A pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno” (VERGARA 2010, p. 42).

Os consórcios estudados se situam na Zona da Mata de Minas Gerais e localizam-se na macrorregião de saúde Sudeste e Leste do Sul de acordo com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2012

Minas Gerais conta hoje com 68 consórcios de saúde segundo levantamento feito no sítio internet do Colegiado de Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (COSECS– MG).

Seria interessante estender o estudo a totalidade deles. No entanto, conforme o Índice Firjan de Gestão Fiscal (IFGF), em 2013, 23% dos municípios da Zona da Mata Mineira apresentaram Gestão fiscal crítica e 46% revelaram gestão em dificuldade, ou seja, a situação é difícil ou crítica para 69% destes municípios.

Junto com a dificuldade de gestão fiscal, 32% desses municípios enfrentam situação moderada quanto ao desenvolvimento da política pública de saúde, ou seja, precisam melhorar seu desempenho no que tange a gestão da saúde.

Em razão da situação exposta acima, a amostra estudada contemplou os oito consórcios pertencentes a Zona da Mata Mineira: Acispes, Sim saúde, CisMiv, Cis Um, CisAmapi, Cis Leste, Cis Verde e Ciesp.

O procedimento para coleta de dados ocorreu através de aplicação de questionário estruturado a todos os gestores de saúde dos municípios associados aos consórcios envolvidos na pesquisa totalizando 103 questionários enviados pelo google docs. Deste obteve-se resposta de 66 secretários de saúde. Dentre as vantagens percebidas com este método destacam-se a obtenção de dados que podem ser facilmente tabulados e quantificados e o atendimento aos diversos grupos da sociedade (GIL, 2009).

Os dados foram analisados quantitativamente por meio de gráficos, tabelas e análise de frequência obtidos através do software para tratamento dos dados quantitativos SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Dados textuais e informações obtidas em entrevistas foram analisados qualitativamente através da Análise de Conteúdo.

## 4 RESULTADO E DISCUSSÃO

Os resultados tratam da visão dos gestores de saúde sobre as estruturas, transporte, gestão, rateio, pontos favoráveis e desfavoráveis.

### 4.1 Estrutura Física

Quanto à estrutura física, a tabela 2 expõe que 60,6 % dos respondentes demonstraram-se satisfeitos. Ainda assim, 27,3% revelaram que o consórcio que presta serviço para seu município carece de infraestrutura o que revela uma dessemelhança entre os consórcios no que tange a infraestrutura.

**Tabela 2. Infraestrutura**

<b>A infraestrutura do consórcio a que o seu município está associado é suficiente para o bom atendimento à população</b>				
	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Discordo Totalmente	3	4,5	4,5	4,5
Discordo muito	1	1,5	1,5	6,1
Discordo pouco	3	4,5	4,5	10,6
Concordo pouco	11	16,7	16,7	27,3
Concordo muito	22	33,3	33,3	60,6
Concordo Totalmente	26	39,4	39,4	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

Neste mesmo contexto indagou-se sobre os equipamentos dos consórcios. Pode-se perceber na tabela 3 que 34,8 % dos respondentes não concordam que o consórcio está com equipamentos satisfatórios.

Tabela 3. Equipamentos

<b>O Consórcio a que o seu município está associado possui os equipamentos básicos necessários ao bom atendimento à população</b>				
	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Discordo totalmente	1	1,5	1,5	1,5
Discordo muito	2	3,0	3,0	4,5
Discordo pouco	2	3,0	3,0	7,6
Concordo pouco	18	27,3	27,3	34,8
Concordo muito	26	39,4	39,4	74,2
Concordo totalmente	17	25,8	25,8	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

Embora 74,2% tenham concordado muito ou totalmente com a qualidade dos equipamentos alguns secretários citaram algo não mencionado pelos gestores dos consórcios, que se refere à insuficiência de equipamentos para prestar um bom atendimento à população indicando a necessidade de atenção quanto a esse fator.

#### 4.2 Quanto ao Serviço de transporte

Os serviços de transporte em saúde (Sets) conforme contado pelos gestores dos consórcios são uma iniciativa do governo de Minas desenvolvida para apoiar o sistema único de saúde (SUS) que visa transportar os pacientes para outros municípios para realização de consultas e exames.

Quando perguntado aos secretários sobre a qualidade deste serviço 78,8% concordaram muito ou totalmente que o serviço é de boa qualidade. Todavia, alguns discordaram ou concordaram pouco o que totaliza 21,2 % dos respondentes. (Tabela 4)

Tabela 4. Qualidade dos serviços de transporte

<b>O serviço de transporte do consórcio é de boa qualidade</b>				
	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Discordo totalmente	3	4,5	4,5	4,5
Discordo muito	4	6,1	6,1	10,6
Concordo pouco	7	10,6	10,6	21,2
Concordo muito	25	37,9	37,9	59,1
Concordo totalmente	27	40,9	40,9	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

Apesar de alguns não concordarem, quase 80% dos secretários de saúde estão satisfeitos com a qualidade do transporte dos consórcios.

Verifica-se então que existe um monitoramento das rotas e condições dos veículos com o propósito de prestar serviços que satisfaçam aos pacientes.

### 4.3 Quanto a gestão do consórcio

Sobre a gestão do consórcio em que estão associados 71,2% dos secretários de saúde revelaram que a mesma tem sido boa, porém 28,8% discordaram dessa afirmativa. (Tabela 5)

**Tabela 5. Gestão do consórcio**

<b>A gestão do consórcio a que seu município está associado tem sido boa</b>				
	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Discordo totalmente	2	3,0	3,0	3,0
Discordo muito	5	7,6	7,6	10,6
Discordo pouco	2	3,0	3,0	13,6
Concordo pouco	10	15,2	15,2	28,8
Concordo muito	24	36,4	36,4	65,2
Concordo totalmente	23	34,8	34,8	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

Esta situação pode ser confirmada através da percepção dos gestores dos consórcios já mencionada neste trabalho onde os mesmos reconheceram que apesar de trabalharem para desempenhar com seriedade as tarefas que lhes são confiadas, carecem ainda de maior atenção quanto a algumas necessidades como, por exemplo, a falta de planejamento exposta na fala a seguir:

Acho que principalmente é isso, acho que a palavra chave é planejamento, falta muito isso nos consórcios que é o que vai gerar os reflexos nessa questão de gestão. (CIESP)

Portanto a porcentagem de discordantes pode-se ser devido a tais necessidades de ajustes na gestão dos consórcios.

### 4.4 Quanto ao rateio

Quanto perguntado sobre a cota de rateio que o consórcio paga para o município as respostas indicaram que 48,3% dos secretários não consideram a mesma justa conforme tabela 6.

**Tabela 6. Rateio**

<b>A cota de rateio que cabe a seu município é justa</b>				
	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Discordo totalmente	3	4,5	4,5	4,5
Discordo muito	5	7,6	7,6	12,1
Discordo pouco	3	4,5	4,5	16,7
Concordo pouco	21	31,8	31,8	48,5
Concordo muito	19	28,8	28,8	77,3
Concordo totalmente	15	22,7	22,7	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

Em suma, torna-se possível depreender que 48,5% dos secretários discordaram ou concordaram pouco que a cota de rateio que cabe ao seu município é justa, ou seja, isso revelou

que da mesma forma que alguns gestores de saúde enxergam que o critério de rateio não tem sido justo e carece de transparência.

#### 4.5 Pontos negativos dos consórcios

Tornou-se interessante também buscar dos secretários de saúde os pontos falhos dos consórcios para que os mesmos possam trabalhar a fim de sanar os problemas. Esse resultado encontra-se no quadro 1.

**Quadro 1. Pontos falhos dos consórcios na visão dos secretários de saúde.**

Pontos falhos
Falta de especialidades e especialistas
Falta de recursos financeiros
Autonomia somente para o município sede
Lentidão na resolução de questões burocráticas
Falta de profissionais
Falta de espaço físico para atender os pacientes
Valor elevado para rateio dos municípios
Pouca clareza na prestação de contas do uso de recursos
Vínculo com os profissionais deficiente, sendo a maioria de contatos verbais.
Consolidação dos serviços de saúde necessários ao atendimento das demandas.
Dificuldade da gestão com os profissionais médicos.
Falta de interesse dos profissionais (médicos) em atender pelo consórcio, justificado pelo valor pago pelas consultas.
Existência de conflitos de interesse entre os associados
Mau gerenciamento

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

De todos esses resultados percebeu-se uma predominância dos seguintes pontos negativos: Carência de especialidades e especialistas bem como existência de conflitos entre os associados.

Outro fator que merece destaque dentre as falhas dos consórcios mencionado por alguns secretários municipais de saúde refere-se a autonomia do município sede onde os mesmos sentem a falta de participação dos municípios associados na gestão.

Nesse sentido torna-se possível depreender que os consórcios necessitam trabalhar a fim de sanar tais problemas, mas em contrapartida os mesmos precisam de maiores investimentos e atenção a fim de solucionar tais gargalos.

#### 4.6 Pontos positivos dos consórcios

Ainda que existam diversos problemas a serem solucionados pelos consórcios, os secretários municipais de saúde reconheceram os pontos positivos que consideram como vantagem para seu município. (Quadro 2)

**Quadro 2. Pontos positivos dos consórcios na visão dos secretários de saúde**

Pontos positivos
Agilidade nas marcações das consultas e exames
Baixo custo dos procedimentos
Organização, os poucos atendimentos são excelentes.
Suporte e complementação nas ações especializadas.
Acesso à agenda de consultas e exames.
Ele complementa os gargalos do SUS.
Custo benefício
Viabilidade financeira e proximidade territorial
Ofertar procedimentos que seriam inviáveis ao município

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014

Entende-se com isso que os secretários de saúde aprovam os consórcios como um prestador de serviços de baixo custo para seus municípios e fornecedor de suporte através da oferta de serviços que individualmente não poderiam ofertar.

Esta situação é comprovada na tabela abaixo:

**Tabela 8. Desempenho geral dos consórcios estudados**

O desempenho geral do consórcio de saúde a que seu município está associado tem sido bom				
	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Discordo totalmente	3	4,5	4,5	4,5
Discordo muito	2	3,0	3,0	7,6
Discordo pouco	7	10,6	10,6	18,2
Concordo pouco	11	16,7	16,7	34,8
Concordo muito	26	39,4	39,4	74,2
Concordo totalmente	17	25,8	25,8	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

Observa-se que 34,8% dos secretários municipais de saúde discordam ou concordam pouco que o desempenho do consórcio em que esta associado seja bom. Todavia 65,2% concordam muito ou totalmente com essa afirmativa confirmando então a situação evidenciada acima, ou seja, apesar da necessidade de diversos ajustes os consórcios vem gerar qualidade e somar resultado aos municípios.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou apresentar a visão dos gestores de saúde sobre os consórcios intermunicipais de saúde.

Quanto à estrutura física, os mesmos apresentaram discrepâncias revelando disparidade entre consórcios uma vez que enquanto alguns consórcios estão bem estruturados fisicamente outros apresentaram infraestrutura desqualificada para atender a população.

Observou-se também que as decisões no consórcio são tomadas pela assembleia de prefeitos e pelo secretário executivo, sendo a primeira responsável por decisões mais complexas e o último pela operacionalização do consórcio.

Quanto ao rateio, notou-se a não padronização e falta de critérios sendo os mesmos definidos de acordo com critérios próprios. Alguns são fixos para todos os municípios, outros baseados no número de habitantes ou no número de procedimentos comprados (exames e consultas).

Os secretários municipais de saúde apontaram vários pontos falhos que vão desde falta de especialidades até mau gerenciamento mas mesmo assim reconheceram os pontos benéficos quando falaram da economia proporcionada a seus municípios.

Em suma, constatou-se que há muito que ser feito para que os consórcios intermunicipais de saúde da Zona da Mata Mineira possam atingir seu propósito.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRÚCIO, F. L. e COSTA, V. M. F. Reforma do estado e o Contexto Federativo Brasileiro. São Paulo, Konrad-Adenauer-Stiftung, 1999 (Pesquisas, 12)
2. AMARAL, S.M.S do;BLATT,C.R. Municipal consortia for medicine procurement: impact on the stock-out and budget. Revista de saúde pública. V 3,n.45.p.799-801,2011.
3. ARAÚJO, F.D.de; MAGALHÃES, G.A. **Convênios e Consórcios como espécies contratuais e a lei nº 11.107/2005**. Belo Horizonte: Fórum, 2008. 500 p.
4. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1979.
5. BARROS, P.M.de. **Consórcio Intermunicipal: Ferramenta para o desenvolvimento regional**. São Paulo: Ômega, 1995. 133 p.
6. BRAGA, R. Q.; RIBEIRO, H. A.. Administração de Consórcios Intermunicipais de Saúde. Revista Brasileira de Gestão e Engenharia, São Gotardo. Número III, Jan-jun 2011. Disponível em:<<http://www.periodicos.cesg.edu.br/index.php/gestaoeengenharia>>. Acesso em:15 de jul.2014.
7. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Título VIII, Capítulo II, Seção II, Artigos 196 a 200, da Saúde. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 05 out. 1998.
8. \_\_\_\_\_. **8ª Conferência Nacional de Saúde – relatório final**. Brasília:Ministério da Saúde,1986.
9. \_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). In VadeMecum
10. Acadêmico de Direito. São Paulo: Ed. Ridell, 2006a.
- 11.
12. \_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 20 set.1990.
13. \_\_\_\_\_. Projeto de lei 3884 de 25 de junho de 2004. Institui normas gerais de contratos para a constituição de consórcios públicos, bem como de contratos de programa para a prestação de serviços públicos por meio de gestão associada e dá outras providência. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=407274>>.

Acesso em: 02 dez. 2014.

14. CARNEIRO,P.A,S,FONTES,R. Desigualdades na região da Zona da mata mineira. In:FONTES,R.,FONTES,M. (Ed).**Crescimento e Desigualdade Regional em Minas Gerais**. Viçosa UFV, 2005.,p.389-463.
15. CEDRO,M. Pesquisa social e fontes orais: particularidades da entrevista como procedimento metodológico qualitativo, 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/percsoc/article/viewFile/2341/2193>>. Acesso em: 21 setembro 2013.
16. COLEGIADO DE SECRETÁRIOS EXECUTIVOS DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS - COSECS– MG- Os consórcios de Minas Gerais. Disponível em < <http://www.cosecsmg.org.br/portal/> >. Acesso em 08 de Jun. 2013.
17. COUTINHO, F.M.A. **Os Consórcios Públicos como Instrumento Potencializador de Políticas Públicas**. Disponível em <<http://www.anpad.org.br/enanpad/2006/dwn/enanpad2006-apsb-2252.pdf>>Acesso em 08 de jun. 2013.
18. DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella..**Direito Administrativo**. 17.ed. São Paulo: Atlas, 2006. 823p.
19. Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro – FIRJAN: **Índice de Desenvolvimento Municipal 2013**. Disponível em: <<http://www.firjan.org.br/data/pages/2C908CE9234D9BDA01234E532B007D5D.htm>>. Acesso em: 08 abr. 2014.
20. \_\_\_\_\_.**Índice de Gestão Fiscal 2013**. Disponível em: <<http://www.firjan.org.br/data/pages/2C908CE9234D9BDA01234E532B007D5D.htm>>. Acesso em: 08 abr. 2014.
21. FERNANDES, Luciane Alves; GOMES, José Mário Matsumura. Relatórios de pesquisa nas Ciências Sociais: Características e modalidades de investigação. **ConTexto**, Porto Alegre, v. 3, n. 4, 1º semestre 2003.
22. FERRAZ, L. **Consórcios Públicos: ensaio sobre a constitucionalidade da Lei nº 11.107/2005**. Belo Horizonte: Fórum, 2008. 500p.
23. FLEURY, S; LOBATO, L.V.C. **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. 288 p.
24. GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002. 176 p.
25. LIMA, A.P.G. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p.985-996, 2000. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2000000400017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2000000400017&script=sci_arttext)>. Acesso em: 31 ago. 2012.
26. MAIA, L. A.; MARQUES, A.J.S.; PEREIRA, D.V.T.; LIMA, M.S. Os consórcios intermunicipais de saúde como instrumentos para a administração pública: A experiência do Sus-MG. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 4., 2011, Brasília. **Painel Os consórcios intermunicipais de saúde: um enfoque institucional, jurídico e espacial**. Disponível em: <[http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2011-06/painel\\_52-183\\_184\\_185.pdf](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2011-06/painel_52-183_184_185.pdf)> Acesso em: 20 ago. 2012.
27. MELLO, C. A. B. de. **Cursos de Direito Administrativo**. 19. ed. São Paulo:Malheiros, 2005. 1016p.
28. MISOCZKY, M.C. Consórcios Intermunicipais de Saúde: O falso dilema entre o público e o privado.In: ENCONTRO DA ANPAD, 12., 1998, Foz do Iguaçu. **Anais eletrônicos...** Foz do

- Iguaçu: ANPAD. Disponível em: <[http://www.anpad.org.br/ler\\_pdf.php?cod\\_edicao\\_trabalho=3521&cod\\_evento\\_edicao=2](http://www.anpad.org.br/ler_pdf.php?cod_edicao_trabalho=3521&cod_evento_edicao=2)> Acesso em: 25 ago. 2012.
29. MINAS GERAIS, Governo do Estado de Minas Gerais. Mesorregiões e Microrregiões. Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.mg.gov.br/governomg/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=69547&chPlc=69547&termos=s&app=governomg&tax=0&taxn=5922>>. Acesso em 09 abr. 2014.
30. NEVES, L.A; RIBEIRO, J.M. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2207-2217, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000027>> Acesso em: 31 de ago. 2012.
31. OLIVEIRA, G.J. **Administração Pública para concursos**. Curitiba: IESD, 2011. 111p.
32. PAIM J, TRAVASSOS C, ALMEIDA C, BAHIA L, MACINKO J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**, 2011 377(9779): 1778-97. Disponível em <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em 14/out.2013.
33. PIRES, M.C.S; NOGUEIRA, J. A. S. C. **O federalismo brasileiro e a lógica cooperativa-competitiva**. Belo Horizonte: Fórum, 2008. 500 p.
34. PRATES, A.M.Q. Os Consórcios Públicos Municipais no Brasil e a experiência Européia: alguns apontamentos para o desenvolvimento local. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 3., 2010, Brasília. **Painel Articulação de governos municipais: áreas metropolitanas e consórcios públicos**. Disponível em: <<http://www.consad.org.br/sites/1500/1504/00001831.pdf>>. Acesso em: 7 de set. 2012.
35. RAVANELLI, P. Consórcios públicos: os desafios do fortalecimento de mecanismos de cooperação e colaboração entre os entes federados. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 3., 2010, Brasília. **Painel Articulação federativa na prestação de serviços sociais**. Disponível em: <[http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material\\_%20CONSAD/paineis\\_III\\_congresso\\_consad/painel\\_51/consorcios\\_publicos\\_os\\_desafios\\_do\\_fortalecimento\\_de\\_mecanismos\\_de\\_cooperacao\\_e\\_colaboracao\\_entre\\_os\\_entes\\_federados.pdf](http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_III_congresso_consad/painel_51/consorcios_publicos_os_desafios_do_fortalecimento_de_mecanismos_de_cooperacao_e_colaboracao_entre_os_entes_federados.pdf)>. Acesso em: 3 set. 2012.
36. RIBEIRO, J.M.; COSTA, Nilson do Rosário. Consórcios municipais no SUS, IPEA, Brasília, set. 1999, 38 p. Texto de Discussão, 669. Disponível em <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em : 31 jan. 2014.
37. RIBEIRO, W. A. *Cooperação Federativa e a Lei dos Consórcios*
38. *Públicos*. Brasília Publicações CNM – Confederação Nacional dos Municípios, 2007.
39. SILVA, Cleber Demetrio Oliveira da. Lei 11.107/05: marco regulatório dos consórcios públicos brasileiros.. Disponível em: <http://www.direitonet.com.br/textos/x/13/01/1301/>. Acesso em 02 dez. 2014.
40. MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **O PDR – Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2011. 91p. Disponível em: < <http://www.saude.mg.gov.br/> >. Acesso em 08 abr. 2014.
41. NEVES, Luiz Antonio; RIBEIRO, José Mendes. Consórcios de Saúde: Estudo de Caso Exitoso. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.22, n.10, pp. 2207-2217. ISSN0102-311X. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n10/20.pdf>. Acesso em: 14 de Julho de 2014.

42. SOUZA, C.O. **Esforço fiscal e alocação de recursos nos municípios da Zona da Mata de Minas Gerais**. 122p. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Viçosa, 2007.
43. TEIXEIRA, L.; MAC DOWELL, M.C.; BUGARIN, M. Consórcios intermunicipais de saúde: Uma abordagem da teoria de contratos. IPEA. Brasília, jul 2002b, 18 p. Texto de discussão, 894. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em 18 fev 2014.
44. UBÁ. Lei nº 3.829, de 22 de dezembro de 2009. Ratifica o Protocolo de Intenções para Constituição do Consórcio Intermunicipal de Saúde de Ubá e Região – SIMSAUDE autoriza o Consorciamento do Município de Ubá, e dá outras providências. **Atos Oficiais**, Ubá, 28 dez. 2009.
45. VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 12 ed. São Paulo: Atlas, 2010.