

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL – UAB
CAMPUS DE PALMEIRA DAS MISSÕES
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO
PÚBLICA EM SAÚDE**

Liana Cezar Maffi

**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS POR
MEIO DE CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: DESAFIOS E
POTENCIALIDADES.**

**Cruz Alta, RS
2018**

Liana Cezar Maffi

**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS POR
MEIO DE CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: DESAFIOS E
POTENCIALIDADES.**

Artigo de Conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde (EaD), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Especialista em Gestão de organização pública em Saúde.**

Orientadora: Prof^a Dr^a. Ethel Bastos da Silva

Cruz Alta, RS
2018

Liana Cezar Maffi

**PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS POR
MEIO DE CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: DESAFIOS E
POTENCIALIDADES.**

Artigo de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde (EaD), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Especialista em Gestão de organização pública em Saúde.**

Aprovado em 11 de Setembro de 2018:

Ethel Bastos da Silva, Dr^a (UFSM)
Presidente/Orientadora

Isabel Cristina dos Santos Colomé, Dr^a (UFSM)

Susane Flores Cosentino, Dr^a (UFSM)

Cruz Alta, RS
2018

RESUMO

PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS POR MEIO DE CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: DESAFIOS E POTENCIALIDADES.

AUTORA: Liana Cezar Maffi.
ORIENTADORA: Ethel Bastos da Silva

O artigo analisa a inserção dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) como mecanismo de governança regional, utilizado como ferramenta de gestão, auxiliando na condução nacional da política de saúde no processo de descentralização e interiorização. As dificuldades inerentes à descentralização de ações e serviços de saúde no pacto federativo brasileiro vão além da escassez de serviços em determinadas regiões, permeiam o processo heterogêneo de criação das redes de saúde, a fragmentação política em seu interior, o conflito de interesses, a insuficiência de recursos decorrentes do baixo financiamento público e a necessidade de modernização administrativa. No intuito de atender a demanda em saúde, a legislação prevê a contratação de serviços terceirizados. Nesse contexto o presente estudo visa refletir sobre os desafios e potencialidades da prestação de serviços de Laboratórios de Análises Clínicas (LAC) ao SUS por meio de CIS. A formação dos CIS tem sido uma alternativa administrativa eficaz, no entanto sua estrutura de financiamento sofre influências externas, sugerindo um maior controle para ordenar sua continuidade. Quanto à relação dos LAC com os CIS, há indícios de ganho mútuo e nítida escassez bibliográfica sobre o assunto, o que sugere a necessidade de estudos que realmente venham impactar quanto à viabilidade e os reais benefícios dessas relações.

Palavras-chave: Consórcios. Sistema Único de Saúde. Laboratório de Análises Clínicas.

ABSTRACT

PROVISION OF LABORATORY SERVICES OF CLINICAL ANALYZES THROUGH INTERMUNICIPAL HEALTH CONSORTIUMS: CHALLENGES AND POTENTIALITIES.

AUTHOR: Liana Cezar Maffi.
ADVISOR: Ethel Bastos da Silva

The article analyzes the insertion of the Intermunicipal Health Consortiums (CIS) as a mechanism of regional governance, used as a management tool, helping in the national conduction of health policy in the process of decentralization and internalization. The difficulties inherent in the decentralization of actions and health services in the Brazilian federal pact go beyond the scarcity of services in certain regions, permeate the heterogeneous process of creating health networks, political fragmentation within them, conflict of interest, insufficiency of resources due to low public funding and the need for administrative modernization. In order to meet the demand in health, the legislation foresees the contracting of outsourced services. In this context, the present study aims to reflect on the challenges and potentialities of the provision of services of Clinical Analysis Laboratories (LAC) to the SUS through CIS. The formation of CIS has been an effective administrative alternative, however its financing structure is influenced by external factors, suggesting a greater control to order its continuity. As for the relationship between LACs and CIS, there is evidence of mutual gain and clear bibliographical shortage on the subject, which suggests the need for studies that really impact on the feasibility and real benefits of these relationships.

Keywords: Consortium, Unified Health System. Laboratory of Clinical Analyzes.

1 INTRODUÇÃO

Os municípios do interior do Brasil têm enfrentado dificuldades na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado na constituição de 1988, especialmente no que se refere à oferta de serviços. A união entre os municípios situados próximos territorialmente, formando os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), aparece como uma das alternativas de organização regional capaz de superar esses problemas e atenuar os aspectos competitivos do nosso federalismo (NEVES; RIBEIRO, 2006).

A falta de recursos humanos e financeiros, a dificuldade de acesso ao uso de tecnologias e a inexistência de estruturas físicas adequadas, além da distância entre os pequenos municípios e grandes centros que normalmente detêm o atendimento de média e alta complexidade criam lacunas no acesso à saúde e são alguns dos entraves que levam os dirigentes municipais a procurar alternativas de gestão. Os CIS surgiram nesta perspectiva, apresentando-se como uma prática de gestão no Sistema de Saúde no Brasil (CAMPOS; COSTA, 2012; LIMA, 2000; RIBEIRO; COSTA, 1999).

Os CIS são associações entre municípios que funcionam como instrumentos de cooperação, no intuito de defender interesses de uma determinada região. Visam à solução de problemas comuns, racionalizando a ação governamental a partir da realização conjunta de atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, promovendo um maior ordenamento na utilização dos recursos disponíveis e reforçando o papel dos municípios na gestão das políticas de saúde (MAIA et al., 2011).

As disparidades num país com 209.039.457 pessoas, distribuídas num território de 8.515.759,090 km² (IBGE, 2018) vão muito além das variações de densidades populacionais, e das diversas formas com que o país é subdividido em regiões, econômicas, em abrangências de secretarias regionais de saúde e das necessidades de cada região. As disparidades também residem na dinâmica dos processos de distribuição de verbas públicas, da necessidade de requisitos para implantações de programas assistenciais, portanto o conhecimento e a mão de obra especializada capazes de angariar esses recursos para os pequenos municípios tornam-se um diferencial de gestão dentro de uma região (MAIA et al., 2011).

Nesse cenário, os CIS, envolvem pactuação entre os gestores do sistema de saúde e estabelecem regras de financiamento de serviços e de acesso a clientela com base em recursos dos municípios associados. A gestão e forma de acesso aos recursos é primordial para o sucesso dos programas na área da saúde, alguns governos estaduais como o de Minas Gerais

têm estimulado a formação dos CIS no intuito de obter sucesso na implementação das políticas de saúde (MAIA et al., 2011).

De modo geral os consórcios visam minimizar perdas de recursos, maximizar a oferta de serviços de alta complexidade, especialistas médicos, cirurgiões, dentistas, diagnósticos de imagens, serviços de maior densidade tecnológica que exijam escala pouco compatível com cada prefeitura isoladamente (MULLER; GRECO, 2010; RIBEIRO; COSTA, 1999).

Quanto à implementação dos Laboratórios de Análises Clínicas (LAC) no âmbito do SUS, verifica-se uma preocupação dos gestores com a eficiência e eficácia desses estabelecimentos. A orientação do Ministério da Saúde (MS) para a implantação de um LAC, que oferte um conjunto mínimo de exames, é de que atenda uma população de abrangência de no mínimo 25.000 habitantes. No caso de municípios de menor porte, recomenda-se a conformação de módulos assistenciais compostos por mais de um município e a negociação de referências entre os gestores municipais para a realização dos exames (BRASIL, 2003).

Nesse contexto, iniciam as parcerias públicas privadas, entre as prefeituras municipais ou CIS e os LAC, não sendo viável economicamente para os municípios pequenos, com menos de 25.000 habitantes, ter laboratório próprio, por se tratar de um serviço específico com custos altos (BRASIL, 2003), há a terceirização do serviço.

Os LAC privados prestavam serviços para as prefeituras municipais, muito antes da criação dos consórcios, pois tem um papel essencial de apoio ao diagnóstico. A solicitação de exames laboratoriais faz parte da rotina dos atendimentos ambulatoriais nas unidades de saúde (BRASIL, 2003).

Essa prestação de serviços era uma pactuação frágil, assim como as demais que envolvem conflitos de interesses, na maioria das vezes estava atrelada a instabilidade política, a cada troca de governo, a mudança na gestão poderia acarretar em descontinuidade administrativa (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Com a criação dos consórcios as relações entre os prestadores terceirizados e o SUS ficaram mais estáveis. Devido à direção executiva única do CIS, as influências externas são minimizadas. Se por um lado para os prestadores ficou melhor, para os usuários do sistema também, ocorreu uma ampliação e ordenamento da oferta de serviços, a compra conjunta proporciona a otimização dos recursos regionais disponíveis para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços (MULLER; GRECO, 2010).

Diante do exposto o presente estudo tem como objetivo refletir sobre desafios e potencialidades da prestação de serviços de LAC ao SUS por meio de CIS.

2 MÉTODOS

Estudo de cunho teórico-reflexivo, cuja fundamentação baseia-se na formulação discursiva acerca da temática, sustentado na literatura científica nacional e internacional e análise crítica dos autores. Com base na construção teórica sobre o pensar reflexivo, foram abordados aspectos históricos e conceituais da criação dos CIS no Brasil e discutido os desafios e potencialidades da prestação de serviços dos LAC ao SUS por meio dos CIS.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 OS CIS: UMA BREVE DESCRIÇÃO

A constituição Federal de 1988 instituiu o SUS, cuja formatação final e regulamentação ocorreram mais tarde, em 1990, com a aprovação da Lei n.8080 e da Lei n. 8.142. Esse marco histórico transforma um padrão de organização social cuja assistência à saúde no Brasil deixa de ser privatista e meritocrática para ser universal e um direito de todos (CARVALHO; BARBOSA, 2014).

O SUS foi criado dentro da concepção que todo cidadão tem direito à saúde e que é papel do Estado garantir esse direito (universalidade), ele foi instituído com o objetivo de coordenar e integrar as ações de saúde das três esferas de governo para atender às demandas por atenção à saúde da população e conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Orientado por um conjunto de diretrizes, válidos para todo o território nacional, e pelos princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade (MAIA et al., 2011).

Ao longo do tempo o SUS passou por diversas mudanças em sua organização, com destaque para o acelerado processo de descentralização das políticas e ações de saúde através do estabelecimento de normas e diretrizes de organização dos serviços de modo a aproximar cada vez mais sua oferta dos cidadãos brasileiros (MAIA et al., 2011).

O processo de descentralização colocado em prática a partir de 1990 privilegiou o papel dos municípios como atores fundamentais na construção e efetivação das políticas de saúde (OUVERNEY, 2005). No entanto como era necessário oferecer cada vez maior número de serviços para garantir os recursos financeiros disponibilizados pela União, isso significou um incentivo para a expansão dos serviços municipais de saúde, levando a uma grande

fragmentação das ações, expansão do número de serviços de baixa qualidade e pouca ou nenhuma economia de recursos (MENDES; PESTANA, 2004).

A década de 90 foi marcada por duas formas de repasse de recursos da União para Estados e Municípios: a primeira delas envolve a atuação de políticos junto a agências governamentais e ao Congresso Nacional para captar recursos orçamentários para a região que lhe elegeu e a segunda está vinculada ao estabelecimento de parâmetros de alocação financeira por parte da “tecnoburocracia setorial”, que converge para o desenvolvimento de organismos colegiados voltados para a regulação do SUS, representados especialmente pelas Comissões Intergestores e Conselhos de Saúde (RIBEIRO; COSTA, 1999).

Diante das dificuldades encontradas por muitos gestores municipais para oferecer serviços de saúde para a população, principalmente em municípios pequenos com recursos ínfimos, o CIS vem se consolidando como uma forma de uso racional do dinheiro público, unificando a gestão e os recursos para disponibilizar desde os níveis mais elementares até os mais complexos de atendimento necessários ao bem estar da população (CAMPOS; COSTA, 2012; LIMA, 2000).

Na década de 1980, no noroeste do estado de São Paulo, surgem os primeiros CIS, em Divinolândia (Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento Regional de São João da Boa Vista – CODERG –, 1985) e Penápolis (Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Penápolis – CISA –, 1986). Nesse mesmo período entre os municípios da Região dos Lagos, Rio de Janeiro, o consórcio surgiu com o objetivo de coletar, processar e distribuir sangue e hemoderivados, o governo estadual, motivado pela necessidade de controlar a qualidade desses insumos, injetou recursos na forma de convênios para a construção de hemocentros por microrregiões (LIMA, 2000).

Apesar da possibilidade de consorciamento estar prevista legalmente desde o fim do século XIX, somente em 2005 foi aprovada a Lei Federal n.º 11.107/05 dispondo as regras gerais regulamentadoras do instituto do consórcio público no Brasil, um marco legal regulatório da gestão associada de entes federativos. Mostrando uma tendência de um momento histórico de evolução do direito administrativo, diante da necessidade de se adaptar às novas demandas sociais, busca se atualizar, como os institutos jurídicos das nações mais desenvolvidas. As parcerias públicas privadas e os consórcios públicos visam à prestação de serviços públicos cada vez mais efetivos, eficazes e eficientes (SILVA, 2007).

Os CIS, na maioria das vezes, são pessoas jurídicas civis de direito privado que administram recursos públicos advindos dos municípios envolvidos nessa parceria, Estado e União, podendo ainda receber recursos de fontes diversas. Portanto devem seguir os mesmos

princípios básicos que regem a administração pública: concurso público para contratação de pessoal, licitações para a aquisição de bens e insumos, a prestação de contas dos recursos deve estar publicada para garantir o acesso às informações de forma transparente aos cidadãos (CAMPOS; COSTA, 2012; LIMA, 2000).

A prestação de serviço de saúde eficiente à população é um desafio enfrentado por todos os envolvidos com a área, seja por falta de recursos humanos, técnicos, administrativos ou financeiros. Os CIS, por meio das associações entre os pequenos municípios, articulam estratégias para gerir os problemas apontados acima maximizando a oferta de serviços e otimizando a implementação de políticas públicas de descentralização (NEVES; RIBEIRO, 2006).

O consórcio é um importante instrumento para o planejamento local e regional em saúde. Devido ao constante processo de polarização, exercido pelos municípios com melhores condições de infra-estrutura de serviço, a gestão conjunta em que os participantes do CIS disciplinarão sobre a utilização dos serviços que só existem em um ou alguns dos entes federados proporciona a ambos, o que individualmente teriam menos possibilidade de realizar. Isso permite racionalização e modernização administrativa, dinamizando a gestão, a padronização de procedimentos relativos à pessoal, orçamento, contabilidade, possibilitando contratações e compras conjuntas (FREITAS; OLIVEIRA, 2015).

Atualmente os CIS são instrumentos de gestão amplamente utilizados no Brasil, um estudo baseado em dados do IBGE, publicado por Freitas e Oliveira (2015), demonstrou que 2288 municípios participam de consórcios. Desses 76,18% tem população até 20.000 habitantes, 81,29% até 100.000 habitantes e apenas sete municípios estão na classe acima de 500.000 habitantes. Dessa forma os dados apresentados, demonstram que os pequenos municípios são os maiores compositores dos CIS, provavelmente pela associação imprimir uma maior racionalidade no uso dos recursos (FREITAS; OLIVEIRA, 2015).

3.2 A IMPLANTAÇÃO DE UM LAC E SUA IMPLEMENTAÇÃO POR MEIO DE CIS: DESAFIOS E POTENCIALIDADES

O MS ao publicar o Manual de apoio aos gestores do SUS orientando a organização da rede de LAC reforça a importância de que se analise a viabilidade financeira de abertura de um LAC. Indicando que o planejamento deve considerar a regulação da oferta, de maneira a adequá-la às necessidades da população. E alertando que o planejamento inadequado nos serviços de patologia clínica pode levar a ociosidade acentuada dos aparelhos, solicitações

desnecessárias, desperdícios, utilização de técnicas ultrapassadas, que podem levar a serviços de alto custo e baixa produtividade (BRASIL, 2003).

Para isso subdivide os exames solicitados em grupos por ordem crescente de complexidade e indica um número mínimo de habitantes que justifique a abertura de cada LAC. O mais simples, utiliza técnicas manuais e realiza apenas os exames mais frequentemente solicitados pelos médicos que trabalham na Atenção Básica. Grupo A: hemograma, glicemia, exame comum de urina (EQU), urocultura, parasitológico de fezes, entre outros é indicado para uma população mínima de 25.000 habitantes (BRASIL, 2003).

Mesmo tendo a indicação de população mínima associada à complexidade da estrutura necessária indicada pelo MS. A bibliografia de análise de custos dentro da área da saúde, principalmente no que tange aos LAC é escassa. Para os pesquisadores e profissionais, cabe então como alternativa adaptar ou recriar conceitos aplicados em outras áreas (BEUREN; FREITAG, 2009).

Trabalho publicado em 2009 avaliando a viabilidade de um LAC atender apenas pelo SUS e ser autossustentável financeiramente considerando a tabela de valores por procedimentos laboratoriais, definida há aproximadamente 22 anos e sem reajustes monetários até o momento, e as exigências legais necessárias para seu funcionamento, aponta que em cidades com população inferior a 30.000 habitantes, o atendimento exclusivo pelo SUS não é viável para o setor de análises clínicas em que não se obtenha um atendimento mínimo de pessoas e exames por dia (BEUREN; FREITAG, 2009).

Com vista ao exposto até então, nos municípios menores nascem às parcerias público-privadas. Os gestores locais contratam os LAC privados como prestadores de serviços. No entanto discute-se que os municípios brasileiros com menos de 30.000 habitantes não são capazes de resolver grande parte dos problemas de saúde de seus habitantes, por inexistência de estruturas administrativas suficientemente eficientes, ausência de recursos humanos em geral, precariedade de investimentos e tantas outras dificuldades operacionais (CAMPOS; COSTA, 2012).

Como descrito por Santos (2006), cada administração pública municipal sofre influência de políticas externas, algumas são muito eficientes e outras com baixa capacidade operacional, fraco poder decisório com controles formais e sem qualidade. Mostrando em seu trabalho que ao longo dos anos não ocorreu uma política de modernização administrativa. A Reforma do Estado que ocorreu nos anos 90, principalmente na área da saúde, apenas transferiu à iniciativa privada atividades consideradas não exclusivas do Estado, sem

promover discussões acerca de uma reforma administrativa capaz de modernizar a gestão pública.

Os consórcios asseguram certa proteção, às pactuações, face às turbulências da vida político-partidária, são formatos institucionais que reduzem a vulnerabilidade na gestão SUS (PAIM; TEIXEIRA, 2007). Nesse sentido, Neves (2006) relata que as coalizões feitas em torno dos consórcios têm aumentado a cooperação entre os participantes, indiferente de partidos políticos, sofrendo menos impactos pontuais. Ressalta que mesmo não constituindo a agenda da Reforma do Estado, os CIS geram soluções organizacionais construindo sistemas regionais pactuados, favorecendo as estratégias de descentralização do SUS para a regionalização e hierarquização.

Para um LAC privado, o investimento necessário à sua abertura e os custos para sua manutenção são altos, requerem atualização tecnológica periódica e investimentos mensais para se tornarem competitivos dentro do setor. Trata-se de um setor com alta competitividade, inclusive com grupos estrangeiros como DASA (Diagnósticos da América) e Balangué, da Espanha, que têm adquirido laboratórios no Brasil e formado grandes centros de processamento com alta tecnologia (BEUREN; FREITAG, 2009).

A flexibilização administrativa, gerada pela implantação dos consórcios, faz com que as contratações possam ser realizadas segundo a lógica de mercado. Podendo ser pago salários competitivos aos especialistas como ocorre no CISA (Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis) e em Minas Gerais no Consórcio do Alto São Francisco. Os incentivos de complementação salarial, bônus por produtividade, ou adequação de valores de procedimentos praticados em muitos consórcios tendem a elevar a qualidade dos serviços oferecidos e melhorar o desempenho dos profissionais (TEIXEIRA; DOWELL; BUGARIN, 2003).

Os consórcios facilitam a implementação do sistema de referências, unificando a porta de entrada do usuário ao sistema, criam ordenamento no atendimento: primeiramente o atendimento é realizado na Unidade Básica de Saúde pelo médico generalista, ele faz o encaminhamento ao especialista e a solicitação de exames laboratoriais, se necessário, o que tende a reduzir os custos de atendimento (TEIXEIRA; DOWELL; BUGARIN, 2003).

A padronização dos procedimentos interliga diferentes unidades de saúde, por meio do sistema de referências, ou seja, pelo fato dessas unidades estarem sujeitas a uma mesma instância de controle e avaliação permitem um maior controle dos gastos com saúde e podem promover a ampliação e diversificação da oferta de serviços. (TEIXEIRA; DOWELL; BUGARIN, 2003).

Para o usuário, o gerenciamento oportuno das verbas públicas faz com que seja possível disponibilizar um número maior de atendimentos, com o controle eletrônico o sistema é atualizado online, o autorizador consegue gerenciar de maneira mais assertiva os recursos (MULLER; GRECO, 2010).

Trabalho publicado por Silva (2011), já descrevia os benefícios das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde, enaltecendo que oferecendo estruturas adequadas, há maior capacidade de atingir a integralidade na atenção e reduzir os custos, pois efetiva uma economia de recursos, reduzindo custos fixos e racionalizando a utilização do sistema.

3.3 DESAFIOS GERAIS QUE IMPACTAM NAS RELAÇÕES ENTRE SUS, CIS, PRESTADORES E USUARIOS

Para Paim e Teixeira (2007) o cenário político-institucional no qual se apresenta a problemática da organização e gestão do sistema, dos serviços e dos recursos do SUS é extremamente dinâmico e auto-referente, variando de acordo com o referencial teórico, os interesses e os projetos políticos envolvidos na análise feita por cada ator.

A instabilidade não se dá apenas por conta da natureza do processo de centralização e descentralização ocorrido desde a reforma sanitária. Mas, sobretudo pela mudança na correlação de forças que se configuram no âmbito das instituições e das instâncias colegiadas que agregam gestores ao sistema, como é o caso das Comissões Intergestores e dos órgãos representativos dos gestores (MACHADO et al., 2017).

Alguns autores defendem novos formatos institucionais permeáveis à gestão compartilhada pela sociedade civil, trabalhadores da saúde e governo, com garantia de um corpo técnico estável através de seleção pública e carreiras específicas. No artigo avaliado coloca a proposta de Fundações Estatais como uma das alternativas. Indicando que os modelos de *administração direta* e de *administração indireta* (autarquias, fundações e empresas públicas) podem ser considerados, igualmente estatais. (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Ao avaliar o desempenho dos CIS propriamente ditos, em MG, alguns autores, os colocam como as instituições capazes de suprir de maneira imediata os locais com “vazios assistenciais”, que se formam devido à escassez de recursos de diversas naturezas. Cabendo as comissões intergestores, exercerem funções gerenciais diversas e gerarem um efeito multiplicador na assistência maior que apenas um simples aumento de teto financeiro para dado município, fomentando o crescimento regional (MAIA et al., 2011).

Esse mesmo trabalho, descrito acima, aponta como os principais desafios o fato de as práticas cooperativas ainda serem vistas como perda de poder por alguns agentes políticos, indicando assim a necessidade de criação de uma “consciência regional”, onde os gestores consigam ter a percepção dos ganhos de estar consorciados, pois isoladamente fica mais difícil cumprir os mandamentos legais da área da saúde e atender integralmente a população.

Mostrando que os CISs são a consolidação do ditame da direção única prevista legalmente. Também coloca a necessidade de disseminar as vantagens e ganhos relacionados à adequação jurídica dos consórcios aos preceitos da Lei de Consórcios Públicos. Colocando que dos 63 CIS em MG, apenas cinco são Consórcios Públicos de Direito Público. E indica ainda a necessidade de profissionalização na gestão dos CISs para que sejam capazes de reorganizar as antigas estruturas consorciadas existentes na sua esfera administrativa (MAIA et al., 2011).

As críticas a essa racionalidade de gestão vão além do debate sobre os modelos de gestão pública, como se viu; elas remetem à tensão entre dois projetos de política de saúde: o que defende o SUS público e estatal e sua gestão democrático-participativa, e o que defende as parcerias público-privadas e a adoção do gerencialismo na política de saúde, como forma de tornar mais eficiente e efetivo o sistema de saúde (GALINDO et al., 2014).

Há relatos que a “figura jurídica” adotada pela maioria dos consórcios, apesar de agilizar os processos burocráticos da gestão, devem ser alvo de constante vigilância por parte da população organizada, pois pode ser alvo fácil de interesses clientelistas de gestores inescrupulosos, facilitando a contratação de pessoal sem concurso, aquisição de materiais sem licitação e outras práticas que ameaçam a transparência da utilização de recursos públicos (LIMA, 2000).

Galindo (2014) coloca o regime de contratação CLT como uma fragilidade na contratação da força de trabalho. Já Ribeiro e Costa (1999) mostra o controle do patrimônio, como um tanto difuso, pois as unidades construídas em Penápolis pertencem ao CISA, mas obras que são realizadas nos demais municípios são de posse dos mesmos. Ao estudar o CISA da região de Penápolis, Neves e Ribeiro em 2006, destacam que o mesmo funciona há aproximadamente 30 anos e inexistente um local destinado a discussões e decisões por parte dos dirigentes municipais de saúde (GALINDO et al., 2014; NEVES; RIBEIRO, 2006).

Ao avaliar a conformação dos CIS, que deve ser constituída por uma diretoria ou conselho deliberativo, executivo, consultivo e fiscal. Há relatos de inversão hierárquica e em alguns casos de condutas inconstitucionais.

Casos em que a fiscalização é exercida pelos prefeitos e o conselho deliberativo é exercido pelos secretários municipais de saúde; outros, nos estados de Santa Catarina e Paraná, os secretários municipais de saúde exercem a função de conselheiro fiscal, ou seja, incoerente exercer poder de fiscalização sobre seu chefe imediato do poder executivo (LIMA, 2000).

A formação do Conselho Fiscal (CF) no CIS é a que apresenta maior diversidade, a grande maioria é formada a partir de membros dos Conselhos Municipais de Saúde. No entanto em alguns consórcios como o CISA, o CF é composto por representantes das Câmaras Municipais de Vereadores (LIMA, 2000; NEVES; RIBEIRO, 2006). Além de ambíguo, pois o órgão já existe para a fiscalização de poder executivo, é ilegal segundo publicação do MS: O CF não pode ser integrado pelas mesmas pessoas que autorizam o repasse e a utilização de recursos e exercem a fiscalização externa à pessoa jurídica.

O CF deveria ser a principal forma de participação popular. Nesta instância é que se pode garantir as conquistas da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) e a sua confirmação pelas Leis Orgânicas da Saúde no 8.080/90 (Brasil, 1990a) e no 8.142/90 (Brasil, 1990b), no que diz respeito à participação e controle social da população nos Conselhos Municipais de Saúde, estendendo a participação para a formação de um Conselho Intermunicipal de Saúde. Onde os atores envolvidos discutem e fiscalizam os encaminhamentos institucionais dos CIS, conquistando espaços de negociação para compor seus objetivos de atendimento integral à saúde (LIMA, 2000).

Alguns trabalhos demonstram que essa realidade ainda não mudou, mesmo constando no estatuto e na legislação dos CIS, não há uma efetiva participação popular com representantes de associações locais, necessitando assim da criação de um mecanismo formal de controle social e participação da sociedade civil na formulação e gestão dos CIS (GALINDO et al, 2014; NEVES; RIBEIRO, 2006).

Ao avaliar a distribuição dos CIS no Brasil é muito importante perceber que o maior número deles está localizado nas regiões com maior concentração de profissionais de saúde e recursos tecnológicos: nas regiões Sul e Sudeste. Nas regiões Norte e Nordeste onde há as maiores distâncias entre os grandes centros e grandes disparidades não há formação de consórcios (LIMA, 2000). Ou seja, ainda existe uma dissonância entre o discurso que justifica a criação de CIS e a prática.

A observação de que nenhuma capital está consorciada, e que a maior parte dos consorciados são os pequenos municípios, indica a tentativa de racionalizar recursos e

expansão de polos de saúde no interior do país, consolida o CIS como prática de gestão voltada à regionalização.

A estrutura de financiamento também é amplamente discutida e mostra a complexidade do processo político de construção das parcerias que viabilizam o consórcio. Em alguns casos o não pagamento da cota por um município participante, acarreta o descontinuação do serviço ao cidadão (RIBEIRO; COSTA, 1999).

Quanto a fragilidade política, alguns autores vão mais a fundo fazendo uma análise segundo a teoria de jogos, extrapolam a percepção por parte dos prefeitos, de que o usufruto dos benefícios advindos dos CIS, poderia ser parcialmente mantido sem sua adesão financeira, no entanto concluem que pode levar a quebra do pacto entre as partes e levar a insolvência da associação (TEIXEIRA; DOWELL; BUGARIN, 2003).

Essas considerações tanto de ordem financeira quanto política tornam evidente a vulnerabilidade dos consórcios e a possibilidade de sua dissolução. O estudo em questão avalia o comportamento estratégico à questão da viabilidade político-financeira de CIS. Pois há duas possibilidades quando um município participante torna-se inadimplente: os demais consorciados podem reagir suspendendo (com punição), ou mantendo (sem punição) o atendimento aos pacientes desse município (TEIXEIRA; DOWELL; BUGARIN, 2003).

O modelo com punição, apesar de ser inconstitucional em instituições financiadas com recursos do SUS, provou ser eficaz no objetivo de forçar a permanência dos municípios no CIS. Seja por perda de credibilidade frente aos eleitores, pela descontinuidade do serviço ou por perda de recursos do próprio consórcio. Já no modelo sem punição, o fato de um dos municípios resolver abandonar o CIS traz dificuldades financeiras ao CIS e conseqüentemente, reduz a qualidade dos serviços ofertados. Dependendo do tamanho do retorno tecnológico, o consórcio pode nem mesmo vir a ser formado ou, no caso em que é criado, o outro município pode optar por abandoná-lo (TEIXEIRA; DOWELL; BUGARIN, 2003).

Fora posições ideológicas, não há nada que indique qualidade e compromissos maiores para os órgãos da administração direta. Pelo contrário, usualmente perdem em eficiência, eficácia e efetividade, além de serem mais facilmente reféns das manobras da política partidária, do clientelismo, do fisiologismo e do favoritismo (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito se discute sobre as dificuldades encontradas na implantação do processo de descentralização na área da saúde. Ao longo dos anos não se observou uma gestão nacional que assumisse como prioridade política a consolidação de um sistema de saúde universal, o que implicaria mudanças no estatuto político da saúde e da seguridade, inseridas em modelo de Estado e de desenvolvimento mais redistributivo (MACHADO et al., 2017).

Ao contrário a instabilidade política impactou diretamente nas diretrizes de saúde. O que mostra a necessidade de rever o formato institucional onde está inserido o SUS, para reduzir a vulnerabilidade e minimizar os problemas advindos das organizações estatais, onde a gestão exclusiva através do governo por vezes se torna instrumento partidário.

A partir da década de 80 os CIS vêm se consolidando como alternativas de gestão eficazes, ao gerir de maneira unificada, otimizam os gastos e a utilização das estruturas do sistema de saúde no intuito de disponibilizar atendimento integral à população.

A flexibilização administrativa advinda da criação dos CIS é inegável, assim como os benefícios por eles proporcionados ao desenvolvimento regional sendo vistos como um poderoso instrumento de gestão. Alguns consórcios estão representando inovações ao sistema público de saúde dentro das suas realidades locais, assim como no CISA há exemplos de ampliação na quantidade e complexidade dos serviços ofertados.

No entanto as práticas cooperativas, em alguns locais, ainda são vistas como perda de poder e é um desafio aos gestores a criação de uma “consciência regional” com percepção dos ganhos de estar consorciados. O controle social, sugerido legalmente, assim como a gestão participativa que dele deveria ser resultante, não tem sido efetivo ou suficiente nos Conselhos Fiscais dos CIS.

Outro desafio tange a estrutura de financiamento, apesar de ser composta por parcelas definidas no interior de cada CIS, e no geral, participarem as três esferas em diferentes graus de comprometimento. Ainda sofre influências externas e reflete a complexidade do processo político de construção das parcerias que viabilizam os consórcios. Indicando a necessidade de um mecanismo de controle para garantir a formação e manutenção dos CIS.

Apesar dos benefícios relatados ainda se percebe conflitos de interesses e ou inabilidade de gestão ao avaliar a distribuição heterogênea dos CIS ao longo do território

nacional. Dessa forma, cabe às instâncias superiores agir estrategicamente para corrigir essas tendências.

A prestação de serviços do LAC ao SUS por meio de CIS, tornou essa parceria mais estável com indícios de ganhos mútuos, minimizou influências políticas pontuais em pequenos municípios, possibilitando contratos duradouros. A efetividade, eficiência e eficácia na gestão possibilitou realocação de recursos e revisão de repasses.

Por sua vez ao contratar o LAC privado como prestador subentende-se que o gestor está oferecendo à população o melhor e mais atual a nível de diagnóstico laboratorial. Já que o setor de análises clínicas é de alta competitividade e necessita de investimentos contínuos em tecnologia e qualidade para se manter.

No entanto há uma nítida escassez bibliográfica, avaliando os prestadores de serviços em geral ao CIS, não apenas o LAC. O mesmo é verificado ao se avaliar custos e viabilidades dentro dos LAC. Sugerindo assim a necessidade de estudos que realmente venham impactar quanto aos reais benefícios dessas relações.

REFERÊNCIAS

BEUREN, I.M.; FREITAG FILHO, A. R. **Análise da Viabilidade de Atendimento em Laboratório de Análises Clínicas pelo Sistema Único de Saúde**. Salvador - BA: Revista de Contabilidade UFBA, 2009.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo, Atlas: 1988.

BRASIL, **Lei 8080**, 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 1990; 19 de setembro.

BRASIL, **Lei 8142**, 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 28 de dezembro.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Manual de Apoio aos Gestores do SUS: Organização da Rede de Laboratórios Clínicos**. Brasília, 2003.

CAMPOS, M. A. L., COSTA, M. J. B. P. **CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE: Fortalecimento da Saúde nos municípios consorciados**. 2012. Disponível em: <<http://www.amog.org.br/amogarquivos/TCCPOS-TURMA-2012/Maria-Julietta-Bruzadelli-Paulino-da-Costa.pdf>>. Acesso em 10 de maio de 2018.

CARVALHO, A. I. C; BARBOSA, P. R. **Políticas de Saúde: Fundamentos e Diretrizes do SUS**. Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração-UFSC; Brasília: CAPES : UAB, 2014. Pg 33

FREITAS, B. R.; OLIVEIRA, A. R. **Avaliação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde da Zona da Mata Mineira: Uma análise sob a ótica dos gestores de Saúde**. HOLOS, 2015.

GALINDO, J. M.; CORDEIRO, J. C.; VILLANI, R. A. G.; BARBOSA FILHO, E. A.; RODRIGUES, C.S. **Gestão Interfederativa do SUS: a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco**. Rio de Janeiro, Rev. Adm. Pública, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_territ_area.shtm>. Acesso em 02 de Abril de 2018.

LIMA, A. P. G. **Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 2000.

MACHADO, C. V.; LIMA, L.D.; BAPTISTA, T. W. F. **Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal**. Rio de Janeiro - RJ: Cadernos de Saúde Pública, 2017.

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**. Brasília- DF: IV CONGRESSO CONSAD de Gestão Pública, 2011.

MENDES, E. V.; PESTANA, M. **Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte - MG: Secretaria de Estado da Saúde, 2004.

MULLER, E. V.; GRECO, M. **Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do Paraná**. Rio de Janeiro- RJ. Ciência & Saúde Coletiva, 2010.

NEVES, L. A.; RIBEIRO, J. M. **Consórcios de saúde: Estudo de caso exitoso**. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 2006.

OUVERNEY, A. M. **Regionalização do SUS: Uma análise da estratégia de integração intermunicipal**. São Paulo: Administração em Diálogo, 2005.

PAIM, J. S; TEIXEIRA, C. F. **Configuração Institucional e Gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios**. Ciência & Saúde Coletiva, 2007.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R. **Consórcios Municipais no SUS**. Brasília - DF, IPEA, setembro de 1999.

SANTOS, L. **Da reforma do estado à reforma da gestão hospitalar federal: algumas considerações**. 2006. Disponível em: <http://idisa.org.br/img/File/A%2520gestao%2520hospitalar%2520e%2520a%2520Reforma%2520Administrativa%2520_versao%2520CEBES.pdf>. Acesso em 20 de Abril de 2018.

SILVA, C. D. O. **Lei n.º 11.107/05: marco regulatório dos consórcios públicos brasileiros**. Rio Grande- RS. Revista: Âmbito Jurídico, X, n. 41, maio 2007. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=1799>. Acesso em 20 de Abril de 2018.

SILVA, S. F. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)**. Brasília-DF: Ciência & Saúde Coletiva, 2011.

TEIXEIRA, L.; DOWELL, M. C. M.; BUGARIN, M. **Consórcios Intermunicipais de Saúde: uma análise à luz da teoria dos jogos**. Rio de Janeiro, Revista Brasileira de Economia, vol 57, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71402003000100011>. Acesso em 02 de Abril de 2018.