# Parceria Público - Público:
## A municipalização da saúde pública pós Constituição de 1988, através dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Leonardo Militão Abrantes
Professor da PUC/MG
Doutorando em Filosofia do Direito pela Faculdade de Direito da UFMG
Mestre em Administração Pública pela Escola de Governo da Fundação João Pinheiro
Especialista em Direito Municipal pela Fundação Escola Superior do Ministério Público de Minas Gerais.
Advogado

Observação: texto atualizado com:
Lei n.º 11.107, de 06 de abril de 2005
Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006 (Pacto pela Saúde 2006)
Decreto n.º 6.017, de 17 de janeiro de 2007

Belo Horizonte
2007

**Parceria Público-Público:**
**A municipalização da saúde pública**
**Pós Constituição de 1988, através dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.**


1. Introdução ..... 03

2. Federalismo brasileiro ..... 10
2.1. Breve contextualização e evolução histórica ..... 10
2.2. O federalismo brasileiro ..... 18
2.2.1. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 ..... 19
2.2.1.1. A repartição de competências ..... 21
2.2.1.1.1. O exercício das competências municipais ..... 26
2.2.1.2. A descentralização fiscal ..... 27
2.2.1.3. O federalismo não cooperativo ..... 30

3. Sistema Único de Saúde – SUS ..... 35
3.1. A saúde pública brasileira: breve histórico ..... 35
3.1.1. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e o SUS ..... 41
3.1.1.1. O financiamento do SUS ..... 47
3.1.1.2. A regulamentação do SUS ..... 54
3.1.1.3. O controle social no SUS ..... 66

4. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde ..... 71
4.1. As formas de cooperação da Administração Pública ..... 71
4.1.1. Contratos ..... 74
4.1.2. Convênios e Consórcios ..... 74
4.1.2.1. Necessidade de autorização legislativa ..... 76
4.1.2.2. Os tipos de consórcios previstos no Estatuto da Cidade ..... 77
4.2. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde ..... 80
4.2.1. Fatores que poderia influenciar na formação do consorciamento ..... 90
4.2.2. Natureza Jurídica ..... 97
4.2.2.1. De Direito Privado ..... 101
4.2.2.2. De Direito Público ..... 103
4.2.3. Relações de trabalho com os Consórcios Intermunicipais de Saúde ..... 105
4.2.4. Procedimentos de Constituição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde . 109
4.2.5. Financiamento e formas de incentivo à manutenção dos Consórcios Intermunicipais de Saúde ..... 111
4.2.6. Diversidades de características ..... 114

5. Conclusão ..... 123

6. Bibliografia ..... 129

Anexo I Distribuição das competências tributárias ..... 151

Anexo II As funções gestoras no Sistema Único de Saúde, no tocante a cada nível federativo e tema, pode ser assim estruturado ..... 153

## 1. Introdução

Podemos perceber a grande importância que o Sistema Único de Saúde – SUS possui para a sociedade brasileira. Diversos programas gestados neste sistema conseguem expressão mundial, não por causa de mentes brilhantes envolvidas no seu desenvolvimento, mas por que o Sistema Único de Saúde é extremamente democrático e viabilizador do diálogo entre os administradores, usuários e prestadores dos serviços médicos.

O presente livro consiste numa análise sobre os impactos da universalização da saúde, implementada pela Constituição de 1988, concomitantemente com o ápice do movimento da municipalização do atendimento à saúde, principalmente no tocante à nova maneira de se prestar tal tipo de serviço público, os consórcios intermunicipais de saúde.

Procuram demonstrar o surgimento dos consórcios intermunicipais de saúde como um impacto da municipalização da saúde pública, bem como as suas características inovadoras. Encontra-se dividido em três partes, sendo a primeira sobre o federalismo brasileiro, a segunda sobre a saúde pública no Brasil, a terceira sobre os Consórcios Intermunicipais de Saúde.

A primeira parte analisa o arranjo federativo brasileiro, pois, para se entender os impactos da municipalização da saúde pública, é primordial analisarmos a sua formação histórica. O federalismo prescreve a convivência de mais de um centro de

poder num dado território, caracterizando-se como uma forma de organização política estatal capaz de se adaptar às necessidades locais, através da proximidade que se dá entre o Poder e a população.

Diferencia-se do Estado Unitário, pois este se caracteriza pela existência de um único centro de poder, que pode até ser organizado por regiões administrativas, mas sem atingir a autonomia. Para se ter configurado um federalismo pleno, é necessária a existência das autonominas financeira, política e administrativa, sem as quais os entes federados não são capazes de tomar e fazer valer suas próprias decisões.

Para se compreender as formas de diálogo destes poderes federados, são analisadas suas principais características, para depois se verificar a conformação histórica do poder no Brasil. Passa-se pela discussão das diversas formas de competência, material, executiva e financeira, explanando sobre a estrutura de repartição das competências, capacidades de se fazer algo, e delineando assim o complexo modelo adotado pelo sistema federativo brasileiro.

Também se faz presente uma análise sobre o chamado federalismo não cooperativo, no qual os entes federativos não encontram benefícios na cooperação, favorecendo a adoção de medidas predatórias que inviabilizam a convivência pacífica ou a própria competição na prestação dos serviços públicos, tal em voga na prestação dos serviços públicos, através da competição entre prestadores privados, mediante concessões e permissões de serviços públicos nos setores econômicos que a atuação estatal não se apresenta como a única solução viável, como telefonia fixa ou celular. Contudo, nas

áreas em que as necessidades humanas são fundamentais, o Estado não pode deixar de prestar seus próprios serviços intervindo diretamente na economia, ficando apenas com a função regulatória das atividades.

A ocorrência dos chamados *free rider* é real na área da saúde pública. Alguns administradores públicos procuram resolver os problemas de saúde dos seus administrados através de meros serviços de transporte para os hospitais de outros municípios. Tal prática deve ser coibida e evitada, pois prejudica ainda mais os municípios diligentes que fornecem os serviços médicos demandados por sua população.

O comportamento predatório existe também no nível intramunicipal, quando distritos se emancipam, buscando aumentar a receita aplicada na sua base territorial através da repartição das receitas tributárias dos demais entes federativos, sendo tal prática vantajosa até certo ponto, quando passaria a diminuir o numerário per capita.

Na segunda parte, é analisado o sistema de saúde pública brasileiro, tanto seu aspecto histórico, quanto o normativo. O Brasil viveu um tempo em que não precisava prestar nenhum tipo de atendimentos médicos, inclusive acontecendo a revolta contra a vontade estatal de se vacinar as pessoas, chegando a um período em que a saúde pública era um atrativo para as pessoas procurarem o emprego formal. Quem possuísse a Carteira de Trabalho e Previdência Social devidamente assinada poderia ser atendido nos postos de saúde e hospitais públicos, caracterizando o que se chama

hoje de cidadania regulada. As pessoas não tinham direito por serem indivíduos, mas por estarem formalmente envolvidos no sistema produtivo.

As tentativas de universalização, verdadeira mudança de paradigma em relação ao modelo anterior, já se faziam presentes antes mesmo da Constituição de 1988, momento do ápice do “movimento sanitarista”, que além desta característica defendia também a municipalização da saúde pública. Acreditava-se que a descentralização máxima traria somente benefícios à área, pois estando mais próxima dos cidadãos maior seria o controle e o real atendimento das necessidades.

A transformação da saúde pública em direito de todos e dever do Estado não foi precedida de um planejamento efetivo, pois desde a promulgação do texto constitucional vigente, a área da saúde pública se viu envolta da escassez de recursos, necessitada de novas receitas capazes de suprir a demanda da população.

Disputas internas sobre recursos culminaram na suspensão de repasses do sistema previdenciário para o sistema único de saúde, forçando a instituição de um novo tributo, a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira, a qual seria totalmente vinculada à saúde pública.

A regulamentação da saúde pública foi iniciada em 1990, através de duas leis federais, as quais instituíram as primeiras regras sobre a nova saúde pública. Antes direito de alguns, passava a ser de todos, através da prestação de serviços pelos municípios, até então quase sem atuação direta na área.

A regulamentação do Sistema Único de Saúde foi sendo, paulatinamente, aprimorada através das Normas Operacionais Básicas e das Normas Operacionais da Assistência Social. Essas normas criaram um sistema de regras de gestão, atribuindo funções a todos os níveis federativos, abraçando o planejamento, investimento e execução integrada dos serviços médicos públicos.

Também foi prevista a forma de participação dos cidadãos no controle da saúde pública, através dos conselhos de saúde, no intuito de permitir uma maior transparência ao setor, bem como através da utilização de outras instituições como o Ministério Público e o próprio Poder Judiciário por meio das garantias fundamentais.

Diante da necessidade de agir, sem experiências prévias e recursos adequados, a municipalização não planejada provocou distorções no sistema único de saúde. Foram construídos leitos hospitalares e implementados serviços médicos onde não existiam demandas para tais, e carências daqueles nos locais em que a população os demandava.

Vários serviços médicos só se tornam eficientes através do ganho de escala, e sendo subtilizados somente aumentam o desperdício do erário em investimentos desnecessários. Nem todos os municípios precisam, por exemplo, possuir estruturas para transplantes cardíacos, pois o percentual da população que demanda tais procedimentos e reduzido, podendo ser centralizado o atendimento.

A cooperação nos serviços públicos se faz mais presente nos dias de hoje, característica de um movimento que envolve os setores públicos e privados no chamado terceiro setor. É importante na área da saúde pública, pois os três níveis federativos (nacional, estadual e municipal) respondem pelo dever estatal de ofertar os serviços de saúde.

A organização da saúde pública segue a regra de subsidiariedade, ou seja, uma esfera de maior amplitude territorial deve se abster de interferir nos serviços que aquele menor ente federativo é capaz de fornecer à sociedade. Assim temos uma visualização básica entre os papeis dos entes federados no sistema único de saúde brasileiro.

Na terceira parte, é observada uma conseqüência da municipalização da saúde pública, pois, com tal mudança de responsabilidades do atendimento, os municípios se viram "obrigados" a promover inovações no fornecimento da saúde pública, o que contribuiu para o surgimento dos consórcios intermunicipais de saúde.

De início, foi feito um comparativo dos modelos de consórcios existentes no direito, para que se possa visualizar melhor o chamado consórcio público, momento este que se ilustra as características detectadas, com exemplos de consórcios intermunicipais mineiros.

Ao se analisar os consórcios intermunicipais de saúde, são abordados as alternativas e os "problemas" afetos à busca de cooperação, como os da criação de uma pessoa jurídica para a sua administração, a natureza jurídica do consórcio intermunicipal,

relação de trabalho para com os prestadores dos serviços médicos e os procedimentos para a criação.

A pesquisa procura examinar também, ainda que em caráter exploratório, a existência de relação entre os consórcios intermunicipais de saúde de Minas Gerais com as regiões previstas no Plano Diretor de Regionalização, com a estrutura da malha viária existente em Minas Gerais, e com a diferenciação entre rendas per capita e demandas dos municípios envolvidos, bem como a influência exercida ou não por medidas coercitivas de cunho político-institucional.

Ao final, analisamos a Lei n.º 11.107/2005, a qual regulamentou os consórcios intermunicipais de saúde, bem como o Decreto n.º 6.017/2007, que a regulamentou. Efetuamos ainda uma análise comparativa dos diplomas legais vigentes aos dois projetos de Lei em tramitação no Congresso Nacional – Projeto de Lei n.º 1.074/1999 e Projeto de Lei n.º 3.884/2004 – que estavam tramitando simultaneamente até a promulgação da referida Lei.

# 2. Federalismo brasileiro

## 2.1. Breve contextualização e evolução histórica do federalismo

O Poder sempre fascinou o homem, seja por querer possuí-lo, seja por pretender entendê-lo. Certo é que sua explicação, na filosofia política, possui três teorias: a substancialista, a subjetivista e a relacional (Bobbio, 2003:77). A teoria substancialista, defendida por Hobbes, entende o Poder como um bem qualquer que o indivíduo possua. Seria qualquer coisa que servisse para se atingir o objeto desejado. Por sua vez, a teoria subjetivista é facilmente percebida nos discursos de Locke, para quem o Poder não seria apenas o meio, mas a verdadeira capacidade de conseguir certos efeitos.

Neste sentido, ao analisarmos a atividade de um ferreiro, podemos observar a diferença existente entre as duas teorias supracitadas. Na primeira, o Poder seria materializado nas ferramentas e no fogo que o homem controla para obter o resultado. Enquanto que, para a segunda, o Poder seria a capacidade de se forjar o mineral.

A terceira teoria, a mais aceita hodiernamente, fundamenta o Poder na capacidade de um homem influenciar outro. Só poderíamos falar em Poder dentro de uma relação entre indivíduos. Do ponto de vista de Weber, o conceito de Poder é a probabilidade de alguém, apesar de toda a resistência e sob qualquer fundamento, impor a própria vontade dentro de uma relação social (Quintaneiro, Barbosa e Oliveira, 2002:128).

Desta forma, tomaremos o poder como sendo a capacidade de um ator promover influências, direcionar ações, de outros atores, sem o qual não seriam realizadas.

Existem três relações básicas em que podemos observar o Poder: entre pais e filhos (Poder paternal), entre Patrões e empregados (Poder econômico) e entre governantes e governados (Poder Político).

O Poder político, que mais nos interessa de perto no presente trabalho, pode ser desenhado de diversas maneiras, mas será sempre ligado à idéia de domínio, com características próprias.

Envolve um certo grupo de atores e identifica-se com o uso da força, inclusive através das armas, pois estas garantem a influência no agir. Mas de nada adianta utilizar-se de armas, quando os dominados, teoricamente, também as podem utilizar (Sundfeld, 2002:21).

Daí decorre a idéia da exclusividade da força, ou seja, somente o Estado, no exercício do Poder político, é que se vale deste meio, delineando da noção de soberania. Será soberano aquele Estado que exerça o Poder político não reconhecendo nenhuma força maior que a sua própria, seja interna ou externa.

Segundo Araújo (2001: 303), podemos dizer que a primeira forma de organização do Estado é a Unitário. Tal formação decorre das disputas de força existentes na Idade

Média, que permitiram e conduziram à centralização do Poder, caracterizando os espaços regionais e locais de poder como mera delegação do Poder Central[1].

Pensado concomitantemente com o surgimento dos Estados Unidos da América, o Federalismo é contraponto organizacional ao Estado unitário. Visa afastar, ou pelo menos atenuar, a possibilidade do uso autoritário e centralizador do Poder político.

As treze colônias inglesas na América do Norte declararam-se independentes, transformando-se em Estados unitários reunidos numa confederação. Solução essa de curtíssimo prazo, pois tal forma de organização carece de uma coordenação supranacional, com mecanismos de coerção capazes de forçar os Estados confederados a atender suas expectativas, pois estes ainda conservavam a soberania, ou seja, podiam repelir as determinações da confederação.

Reunidos na Filadélfia, no final do século XVIII, os convencionais americanos demonstravam preocupações com o Poder político restrito a poucos e exercido de forma distante do povo. Perseguições, que levaram os habitantes da América do Norte a saírem da Inglaterra, poderiam voltar a ser praticadas pelos governantes se estes não fossem controlados de perto.

O novo tipo de Estado que emerge na oportunidade se baseia na divisão do Poder político em diferentes esferas ou centros de Poder, também chamados de entes

---

[1] O Estado Unitário é caracterizado pela existência de um único centro de poder, ou seja, somente existiria um nível capaz de inovar no ordenamento jurídico, editar as leis. Tal característica não exclui a possibilidade de

federados, capazes de administrar suas respectivas competências, facilitando assim o controle de seu exercício, bem como diminuindo a possibilidade de abusos. Conforme nos ensina Kelsen (1998:451), “apenas o grau de descentralização diferencia um Estado unitário dividido em províncias autônomas de um Estado federal”.

O Estado federal se caracteriza pela divisão de competências a serem exercidas, pelas organizações governamentais, da maneira e modo que pensem ser mais adequada, sem interferências diretas nas escolhas, enquanto que no Estado unitário somente existe um centro tomador de decisões. As chamadas províncias autônomas, anunciadas por Kelsen, possuem um espaço de atuação, mas sem a liberdade de tomar decisões políticas.

Federalismo é uma aliança que se faz, através de um acordo, corporificado na Constituição de um Estado, através do qual percebe-se a mencionada descentralização do poder político (Clark, 2001:64). No momento da formação do federalismo, é perceptível o Poder político caminhando em duas direções: a centrípeta e a centrífuga.

No federalismo formulado pelos convencionais americanos, na Filadélfia, tivemos o movimento centrípeto, ou seja, Estados soberanos praticaram seu último ato de soberania ao ingressar na nova forma de Estado. Renunciariam a parte do seu Poder político para um novo Poder central, recém-criado. O outro seria o sentido

---

existirem outros centros de força, mas que simplesmente seguem e aplicam as determinações centrais.

centrífugo, através do qual o Poder originariamente centralizado é repartido com os novos Poderes regionais, aproximando o governante dos governados.

Abrucio e Costa (1998:19) afirmam que o cerne do federalismo é desenhar um arranjo institucional que seja capaz de solucionar os conflitos entre os níveis de governo sem, contudo, destruir a autonomia de cada ente. Ressalta-se que a idéia não é a extinção dos conflitos, mas estruturar meios pré-fixados para sua solução. Tal arranjo, oriundo da aliança federativa, é o chamado pacto federativo, esculpido na Carta Política de um Estado federal. Engloba a forma de atuação dos centros de Poder, bem como as regras de relacionamento entre os mesmos.

A Constituição de um Estado, ao conter o pacto federativo, apresenta as regras jurídicas que irão garantir e limitar a atuação dos entes federados. Como bem descreve Santana (1998:26), a Constituição que prescreva a estrutura de um Estado Federal deverá ser, necessariamente, dotada de rigidez, dificultando, e até mesmo vedando, emendas constitucionais contrárias ao princípio do federalismo.

Tal estrutura inicial deverá ser guardada por um ou mais órgãos incumbidos do controle de constitucionalidade das leis, permitindo a manutenção e a garantia da supremacia do texto constitucional em face das normas infraconstitucionais[2].

---

[2] Vários autores se detiveram em analisar o controle de constitucionalidade das leis e o papel deste órgão guardião da Constituição, mas podemos destacar Mauro Cappelleti, traduzido por Aroldo Plínio Gonçalves (O controle judicial de constitucionalidade das leis no direito comparado) e Fernando Gonzaga Jayme (Tribunal Constitucional: exigência democrática).

Segundo Araújo (2001:305), a característica básica diferenciadora do Estado Unitário do Estado Federal é que o primeiro possui a soberania, não havendo espaço para se dizer autonomia, pois esta já se encontra naquela. Ao passo que no Estado Federal existe a diferenciação, a autonomia é atribuída a todos os entes federados, enquanto que o exercício da soberania fica ligado às competências de supremacia interna e de igualdade internacional, nos termos do respectivo pacto federativo.

Dizer federalismo significa reconhecer a autonomia financeira, administrativa e de governo dos entes federados. Não automatiza a noção de desconcentração do Poder, pois o nível desta varia de Estado para Estado, independente de seu tipo, Federal ou Unitário.

A autonomia financeira se caracteriza pela atribuição de receitas próprias para os entes federados de maneira independente, possibilitando o exercício de seu Poder político na medida em que lhe é determinado pela Constituição.

A autonomia administrativa é a viabilidade de se organizar administrativamente sem a interferência ou adoção de modelos fixos e hermeticamente fechados. Possibilita a adequação da máquina administrativa a cada modo de administrar sem, contudo, ofender ao modelo de Estado[3].

---

[3] Nos últimos anos surgiu uma discussão sobre a Reforma do Estado Brasileiro, na qual se discute principalmente a forma de atuação do mesmo nas diversas áreas das políticas públicas. Não se coloca em questão

O autogoverno, ou autonomia de governo, garante aos entes federados a escolha de seus líderes de forma independente. Pode até ocorrer escolha simultânea, mas não através de chapas únicas, com nomes fechados para as chefias dos diferentes entes federados.

Necessário se faz distinguir a soberania e a autonomia no Estado federal. Somente este, tomado pelo todo, será soberano, ou seja, terá a capacidade de se impor fora de sua base territorial, celebrar tratados e acordos internacionais. No âmbito interno, cada ente federado, ou seja, cada governo participante do Estado federal terá autonomia na gestão de suas competências, não sendo permitido pressões e opressões, as quais são repelidas através de soluções previstas pelo Constituinte originário e incluídas na Constituição Federal[4].

Diversas espécies de federalismo foram arquitetadas ao longo dos anos, sendo difícil o encontro de dois Estados federais com idêntica repartição de competências, do Poder político, pois sua característica é adaptar-se às condições de cada sociedade ou nação. Essa, aliás, é uma das razões de sua existência, repartir o

---

os direitos e deveres assumidos pelo Estado brasileiro através da Constituição da República de 1988, mas simplesmente a adequação da máquina administrativa com um novo modelo de administração pública.

[4] Na Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, temos:
Art. 34. A União não intervirá nos Estados nem no Distrito Federal, exceto para:
II - repelir invasão estrangeira ou de uma unidade da Federação em outra;
IV - garantir o livre exercício de qualquer dos Poderes nas Unidades da Federação;
VII - assegura a observância dos seguintes princípios constitucionais:
a) forma republicana, sistema representativo e regime democrático;
Art. 35. O Estado não intervirá em seus Municípios, nem a União nos Municípios localizados em Território Federal, exceto quando:
IV - o Tribunal de Justiça der provimento para assegurar a observância de princípios indicados na Constituição Estadual, ou para prover a execução de lei, de ordem ou decisão judicial;

exercício do governo, trazendo-o para próximo da população. A regionalização é vista como forma de melhor perceber e atender as necessidades da localidade.

O Estado federal já surge, portanto, submetendo a limites o Poder político, seja pelas regras constitucionais que o cria, seja pela repartição de suas competências. Outra forma de controle existente é a representação dos poderes regionais perante o governo do poder central.

Lembremos que o Federalismo[5] surgiu através do pensamento de pessoas que temiam a opressão de um Poder político forte e distante. Dessa maneira, existiria uma casa legislativa que, representando os interesses dos Poderes regionais, teria capacidade de obstaculizar os abusos do Poder central.

Outra característica importante do Federalismo é a impossibilidade de secessão. Já dissemos que um Estado soberano pratica seu último ato de soberania ao ingressar num Estado federal, pois imediatamente deixa de ser soberano, não sendo possível o retorno à situação anterior.

Bonavides (2001:87), citando Rui Barbosa, reforça essa relação intrínseca:

> "Com esse organismo vivo, subordinado a leis fisiológicas, os que põem de uma parte os Estados e da outra a União, estabelecem uma discriminação arbitrária e destruidora. Os Estados são órgãos; a União é o agregado orgânico. Os órgãos não podem viver fora do organismo, assim como o organismo não existe sem os órgãos. Separá-los é matá-los, procedendo como o anatomista que opera sobre o cadáver, quando a nossa missão

[5] Para um maior aprofundamento no temo do Federalismo, recomenda-se como leitura inicial: Baracho, José Alfredo de Oliveira. Teoria Geral do Federalismo. Rio de Janeiro: Editora Forense, 1986.

> organizadora há de, pelo contrário, inspirar-se na do biólogo, que interpreta a natureza viva".

A guerra de secessão americana, que dividiu os Estados Unidos da América em dois blocos, Norte e Sul, demonstra claramente esta impossibilidade. A única forma de um ente federado se desligar da federação é através de uma revolução[6].

## 2.2. O federalismo brasileiro

O federalismo brasileiro surgiu através do movimento centrífugo. O governo imperial brasileiro, durante o segundo reinado, interferia constantemente na vida política da nação, desfazendo qualquer tentativa de perpetuação das facções oligárquicas no poder. (Del Priore e Venâncio, 2001: 240). Podemos dizer que o Brasil partiu do todo para chegar às partes. No caso brasileiro o federalismo se caracteriza como uma vitória das oliquarquias na conquista pela autonomia dos Poderes regionais.

Nos termos em que a questão é discutida por Abrucio e Costa (1998:33), o federalismo brasileiro é mais desagregador, enquanto que o federalismo americano seguiu o sentido de agregar os então Estados soberanos.

Quando dissemos que o federalismo foi uma vitória das oligarquias que dominavam os Poderes regionais, tal afirmativa é baseada em fatos históricos. Isto pode ser ilustrado pelo período da política café com leite, quando Minas Gerais e São Paulo se revezavam no controle do Poder central.

A Assembléia Nacional Constituinte, responsável pela redação da Constituição Federal de 1988, foi prevista através da Emenda Constitucional n. º 26, de 28 de novembro de 1985, ao convocar "os membros da Câmara dos Deputados e do Senado Federal" para se reunirem, unicameralmente, "em Assembléia Nacional Constituinte, livre e soberana, no dia 1. º de fevereiro de 1987, na sede do Congresso Nacional" (Campanhole, 2000:347).

Hodiernamente, não só pela forma de surgimento do federalismo brasileiro, mas também pela própria natureza desse tipo de Estado, podemos dizer que os Estados-membros e Municípios brasileiros não decorrem da vontade da União.

### 2.2.1. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

O artigo primeiro da Constituição Federal de 1988 diz que a República Federativa do Brasil é "formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal". Portanto, o aspecto jurídico dos Estados, Municípios e Distrito Federal decorre do próprio texto constitucional, expressão da vontade constituinte, promulgada em 03 de outubro de 1988.

O texto constitucional é claro ao fixar o Município como ente federado. Até então, as Constituições anteriores não o incluíam neste rol de forma expressa. Vários autores, no entanto, já defendiam tal posicionamento nos textos anteriores, pois os

---

[6] Adotou-se o termo revolução, ao invés de rebelião, por entendermos que o resultado desta revolução interna seria equivalente ao processo de surgimento de um novo Estado soberano, através do Poder Constituinte Originário Revolucionário.

Municípios já detinham e exerciam uma certa autonomia na esfera governamental (Rodrigues, Reston e Gonçalves, 2001: 16).

A União, que é "omitida" no referido dispositivo do texto constitucional, também faz parte da federação, consoante o artigo 18 da mesma Constituição. Tal artigo estabelece que "A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição".

Somente os Estados-Membros e o Distrito Federal possuem representação perante o Poder Legislativo central, ficando os Municípios alijados desta forma de controle da federação. Cada um dos entes citados possui três senadores eleitos para mandato de oito anos, sendo que o número de cargos a serem preenchidos, a cada quatro anos, alterna entre um e dois.

O Senado Federal possui a mesma importância que a Câmara dos Deputados (representantes do povo) no exercício das competências do Poder Legislativo federal. Dessa forma, os Estados-Membros e o Distrito Federal são dotados de força política para, de forma conjunta, impedir práticas abusivas do Poder Central[7], que contrariassem seus interesses.

---

[7] Apesar de não se conhecer estudo específico sobre a conduta dos senadores nas votações sobre projetos de interesses dos Estados, podemos perceber que os mesmos atuam muito mais pela linha partidária do que pelo interesse do ente federado que representam.

Desde seu surgimento legal-constitucional em 15 de novembro de 1889 (Friede, 2002:151), com a República, o federalismo brasileiro atribuiu autonomia aos Municípios. Até a Constituição atual, no entanto, seu exercício era esvaziado pela ausência de receita própria, o que os forçava a se "subjugar" aos ditames do Poder Central e dos Poderes Regionais.

A interpretação de Castro (1999:59), por sua vez, vai de encontro com o próprio texto constitucional, quando afirma:

> "Os Municípios não são unidades federadas. Não se tem, em momento algum, dispositivo constitucional assecuratório da transformação de nosso Município em unidade federada. Assim, de nada adiante dizer, como está escrito no artigo 1º da Constituição Federal, que o Município é ente componente da Federação, se, pesquisando as demais regras constitucionais, a assertiva não mais avança, tal a desconformidade sistemática, no particular".

Verifica-se, consoante o texto constitucional, que o Município possui sim autonomia para gerir sua administração, legislar suas leis, bem como eleger seus governantes. Tal fenômeno é possível, pois a própria Constituição de 1988, ao trabalhar a repartição de competências, reservou uma parte destas aos Municípios.

#### 2.2.1.1. A repartição de competências

A competência é uma atribuição jurídica a determinada entidade, órgão ou agente do Poder Público para emitir decisões. São as diversas modalidades de poder-dever (visto que não facultativo, mas obrigação) de que se servem os órgãos ou entidades para realizar suas funções (Silva, 2004:477).

Apesar de o federalismo brasileiro ter surgido através de processo distinto ao do federalismo americano, no tocante à repartição de competências "plasmou-se à imagem e semelhança da matriz norte-americana" (Almeida, 1991:27), repartindo-as, na origem, em esferas estanques. Adotou-se o modelo do *dual federalism*, com competências enumeradas para a União e as remanescentes para os Estados. Competências enumeradas seriam aquelas listadas, textualmente indicadas ao ente federativo, enquanto que as remanescentes abrangeriam todas aquelas em que o texto constitucional foi omisso.

Cada ente federado tinha as suas funções fixadas, não podendo outro adentrar naquele campo, seja pela autonomia recíproca, seja pela falta de previsão constitucional, representando o modelo de repartição horizontal que, segundo Ferreira Filho (1990:155) consiste em:

> "Separar, radicalmente, a competência dos entes federativos, por meio da atribuição a cada um deles de uma 'área' própria, consistente em toda uma matéria (do geral ao particular ou específico), a ele privativa, a ele reservada, com exclusão absoluta da participação, no seu exercício, por parte de outro ente".

Nas questões tributárias também se adotou o modelo horizontal, através do qual cada ente federado estaria num espaço de atuação formalmente demarcado. Isto acaba num adensamento das desigualdades regionais, conforme análise de Ferreira Filho (1982:134):

> "Os Estados já mais ricos, como São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, prosperaram sob as novas instituições. Sua arrecadação tributária permitia atender convenientemente às necessidades públicas e esse entendimento favorecia maior prosperidade ainda. Os Estados mais pobres, abandonados a si mesmos, não conseguiam atender às necessidades elementares".

Tal divisão de competências se faz útil em determinadas matérias, mas, em outros pontos, pode levar à sociedade a uma grave crise. Como ilustração podemos imaginar um cidadão, que ao procurar atendimento médico na rede pública, ver negado o acesso ao serviço sob a argumentação de que ser aquele tipo de tratamento de competência de outro ente federativo, não podendo o posto médico nada fazer.

Existe, assim, o chamado federalismo cooperativo, quanto à forma de repartição de competências, o qual prevê funções de atribuição de todos os entes federados de forma concorrente e coordenada. O traço essencial é a repartição dos poderes na linha horizontal. Uma característica que acompanha o federalismo cooperativo é a concentração do poder, através de uma dilatação das competências do Poder Central, como lembra Clark (2001:67). Pode-se perceber tal tendência inclusive nos Estados Unidos que viram reduzida a característica dual de seu federalismo, evoluindo para o cooperativo.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 adotou um sistema complexo na distribuição de competências. Combinando a repartição horizontal com a vertical e faz ainda a previsão de delegação parcial de competências próprias do Poder Central ao Poder Regional, possuindo como princípio basilar a predominância dos interesses (Moraes, 2001: 282). Em consonância com essa distribuição, cabe à União os assuntos de interesse geral; aos Estados-Membros, os regionais; aos Municípios, os locais; enquanto que o Distrito Federal, pela sua natureza, acumula os interesses regionais e locais.

A repartição horizontal, prevista no texto constitucional vigente, se dá principalmente através das competências enumeradas à União, aos Estados-Membros as reservadas ou residuais, aos Municípios as indicadas (de interesse local), enquanto que ao Distrito Federal, tendo em vista a vedação de sua divisão em Municípios, coube as destes e as dos Estados-Membros[8].

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 também adotou o modelo cooperativo, atribuindo competências comuns a todos os entes federados, conforme estipula o artigo 23[9]. A esse respeito o texto constitucional lista uma série de matérias, para as quais todos os entes federados devem voltar suas atenções, a fim de atender os anseios dos cidadãos, não devendo, contudo, as atuações se dar de forma desorganizada.

Também existe uma repartição de competências legislativas baseadas no modelo cooperativo. Trata-se do artigo 24 do texto constitucional que prevê ser da competência da União, Estados-membros e Distrito Federal legislar sobre as matérias ali contidas. A competência legislativa concorrente é divida entre os entes federados, cabendo à União a edição de normas gerais e aos Estados-membros e

---

[8] Artigos da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988:
Art. 21 Compete à União;
Art. 22 Compete privativamente à União legislar sobre;
Art. 25, §1º: São reservadas aos Estados as competências que não lhes sejam vedadas por esta Constituição;
Art. 30. Compete aos Municípios:
I - legislar sobre assuntos de interesse local;
Art. 32, §1º: Ao Distrito Federal são atribuídas as competências legislativas reservadas aos Estados e Municípios.

[9] "Art. 23 É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:"

Distrito Federal as normas específicas. Diante da ausência das normas gerais federais, poderão estes últimos as editar.

As normas gerais[10] formuladas pelos Poderes regionais terão validade até o exercício da competência do Poder central, que revogará as leis estaduais e distrital no que forem divergentes.

O Município não aparece no *caput* do artigo 24, mas não fica de fora das competências legislativas concorrentes, pois o artigo 30, inciso II, lhe atribui competência para suplementar qualquer legislação federal ou estadual no que couber. Portanto, o Município poderá complementar, pormenorizar qualquer lei editada pelo Poder Central ou pelos Poderes regionais, desde que atenda ao quesito do interesse local, sendo-lhe vedada a iniciativa legislativa na ausência de atuação dos poderes legislativos regionais e central.

No tocante à matéria tributária, o modelo se faz mais complexo, com previsão expressa da repartição horizontal além da residual. Discrimina os tributos que cada ente federal pode estabelecer, mencionando os da União no artigo 153, além da residual, os dos Estados e do Distrito Federal no artigo 155 e os dos Municípios no artigo 156. Ao mesmo tempo, o texto constitucional previu, nos artigos 157 a 162, a participação dos Estados e do Distrito Federal no resultado da arrecadação dos

---

[10] Todos os dispositivos normativos são compostos por normas gerais, abstratas e obrigatórias. Sendo de grande polêmica no Direito a definição de quais seriam as normas gerais de competência do Poder Central consoante a regra do Art. 24 da Constituição da República de 1988. Alguns autores as limitam, quanto ao conteúdo, ao âmbito dos princípios, enquanto que outros as classificam quanto a generalidade. Melhor seria, consoante Mukai

impostos federais, e a dos Municípios no produto dos impostos federais e estaduais[11].

O sistema de repartição de competências no Brasil, inegavelmente, é complexo. Foi adotado um conjunto misto de regras, caracterizado pelo dualismo em algumas matérias e pela cooperação em outras. É clara a tentativa do texto constitucional em almejar um federalismo equilibrado, com liberdade e eficiência administrativa[12], mas que resultou, contudo, num Estado concentrado, detendo a União a maior parcela de competências e poderes, enquanto que os demais entes assumiram a incumbência de vários serviços públicos e suas despesas.

#### 2.2.1.1.1. O exercício das competências municipais

A competência dos Municípios é baseada no princípio do interesse local, sendo privativo destes legislar sobre assuntos pertinentes aos seus territórios. A Constituição Federal de 1988 não precisou tal conceito, deixando uma certa plasticidade no termo, conforme Bastos:

> "A imprecisão do conceito de interesse local, se por um lado pode gerar a perplexidade diante de situações inequivocamente ambíguas, onde se entrelaçam em partes iguais os interesses locais e os regionais, por outro, oferece uma elasticidade que permite uma evolução da compreensão do Texto Constitucional, diante da mutação por que passam certas atividades e serviços. A variação de predominância do interesse municipal, no tempo e espaço, é um fato, particularmente no que diz respeito à educação primária, trânsito urbano, telecomunicações etc." (1989:277).

---

(1999:10) observar o caráter da essencialidade da mesma para a disciplina do instituto, bem como a sua natureza uniformizadora.

[11] Para a previsão dos impostos conforme a unidade federativa, bem como as regras de repartição de receitas verificar o Anexo I.

[12] O princípio da eficiência foi alçado à categoria de princípio expresso à Administração Pública Direta e Indireta de todos os entes federados através da Emenda Constitucional n* 19/1998

Diante da dificuldade de se especificar plenamente a noção de interesse local é que podemos perceber uma quase generalizada omissão legislativa por parte dos Municípios, os quais limitam-se a editar suas leis orgânicas, os estatutos de seus servidores públicos, suas leis tributárias e eventualmente alguma legislação de cunho comemorativo e/ou para homenagear uma pessoa.

Um interesse pode ser local em mais do que um Município, nos fazendo concluir que a expressão interesse local não sugere a exclusividade do mesmo. Nesta seara poderemos encontrar, de forma válida, interesses inter ou supra municipais (Santana, 1998:120), permitindo e dando guarida constitucional às execuções compartilhadas de políticas públicas nestas interconjugações.

Os Municípios foram incluídos no *caput* do artigo 23 da Constituição Federal de 1988, o qual delineia a competência material comum, trazendo em seu seio o dever dos mesmos, assim como da União, Estados-membros e Distrito Federal, de zelar, entre outras atribuições, pela saúde pública. Cabe lembrar ainda do seu parágrafo único, o qual faz menção a uma lei complementar, a ser editada, que fixará as normas para a cooperação entre os entes federados, buscando o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional.

#### 2.2.1.2. A descentralização fiscal

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 desenhou uma Federação descentralizada também no aspecto fiscal. Seus entes federados possuem um alto grau de autonomia na arrecadação e no gasto de suas receitas individuais.

Com o regime militar imposto em 1964, ocorreu uma centralização de recursos financeiros no governo central, demonstrando o caráter concentrador do mesmo. Tal movimento se deu até o início da "reabertura" do sistema político, quando mudou de sentido, passando a desconcentrar as receitas através da descentralização das competências tributárias, sendo o ápice desta desconcentração, o texto constitucional de 1988.

O caminho da descentralização foi o da municipalização da receita, visto que a participação dos Poderes regionais praticamente não se alterou, enquanto que os Municípios se beneficiaram de políticas de aprimoramento de arrecadação própria, além do aumento de transferências da União e dos Estados.

Durante todo este movimento, inexistiu um planejamento dessa descentralização (Afonso, Araújo e Khair, 2002: 56), caracterizando-se por um procedimento desordenado, reforçador das desigualdades regionais. Tal reforço das desigualdades decorreu também da repartição de encargos, tendo os poderes regionais e locais assumindo novas competências materiais. Nossos constituintes adotaram a linha de que a descentralização das políticas públicas atrairia maiores benefícios ao serviço e à própria democracia[13].

[13] Muito se discute sobre a existência causal entre a descentralização e a democracia, sendo que alguns autores defendem o contrário, pois aumentaria as chances de ocorrerem políticas populistas, fortalecendo o poder daqueles que já o possuem. Texto básico para esta discussão é o da Marta T.S. Arretche: Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas?

A receita municipal consiste basicamente em dois impostos: Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU e Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS. Segundo a Secretaria do Tesouro Nacional (STN), em 1997, num universo analisado de pouco mais de cinco mil municípios, 99% cobravam alguma receita tributária própria, sendo que 95% cobravam o ISS, 90% o IPTU, 94% taxas diversas e somente 18% cobravam contribuições de melhoria.

As receitas próprias municipais são baseadas em impostos intrinsecamente ligados à questão urbana, o que leva aos maiores centros urbanos a parcela relevante da receita dos impostos municipais, pois estes possuem, normalmente, as propriedades e serviços mais valorizadas. Apesar do esforço dos municípios em arrecadar seus próprios tributos, boa parte destes vivem na dependência das transferências dos impostos estaduais e federais, mensalmente esperam o repasse do Fundo de Participação dos Municípios – FPM. Apesar do aumento das receitas próprias municipais, elas representavam, em 2000[14], apenas 5% de todos os tributos, inclusive computando as contribuições sociais, cobrados no Brasil , conforme tabela (I) a seguir.

| Arrecadação e Receita dos Entes Federados 1960-2000 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Arrecadação Direta (%) | | | | Receita Direta (%) | | | |
| | Central | Estadual | Local | Total | Central | Estadual | Local | Total |
| 1960 | 64,0 | 31,3 | 4,8 | 100,0 | 59,4 | 34,0 | 6,6 | 100,0 |
| 1980 | 75,1 | 22,0 | 2,9 | 100,0 | 69,2 | 22,2 | 8,6 | 100,0 |
| 1988 | 70,5 | 26,5 | 2,9 | 100,0 | 62,3 | 26,9 | 10,8 | 100,0 |
| 2000 | 67,3 | 27,7 | 5,0 | 100,0 | 56,7 | 26,4 | 16,9 | 100,0 |

[14] Não foram apresentados dados mais atualizados em virtude dos autores citados não terem apresentados os elementos utilizados para se calcular a receita disponível e a arrecadação direta, o que inviabilizaria a comparação. Certo é que nos últimos anos a União tem lançado mão das contribuições especiais, como a CIDE (Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico) que não precisam ser repartidas com os demais entes federativos, provocando uma reconcentração das receitas.

Afonso, Araújo e Khair, 2002:59, dados coletados a partir de STN, SRF, IBGE, FGV, MINIFAZ, Ministério da Previdência, CEF, Governos Estaduais e balanços Municipais.

Com as transferências de recursos federais e estaduais aos Municípios, estes alcançaram, em 2000, cerca 17% da receita disponível, o que demonstraria, segundo Afonso, Araújo e Khair (2002:62), a capacidade do Poder Central de minorizar as desigualdades regionais e locais, por garantir uma receita independente dos fatos geradores dos impostos municipais.

Logo após 1988, as regras do Fundo de Participação Municipal incentivaram a criação de vários municípios, que visavam obter um novo pedaço do FPM. Num primeiro momento tal comportamento poderia até trazer vantagens para a comunidade local, pois o mesmo território e a mesma população passariam a ter duas quotas, menores individualmente em relação à que recebiam, mas que a soma seria maior.

Temos um federalismo descentralizado do ponto de vista fiscal, pois os entes federados possuem a autonomia suficiente para arrecadar suas receitas próprias, existindo, contudo, uma concentração da receita tributária no Poder central, até mesmo para, através dos repasses, tentar minorizar as desigualdades regionais.

#### 2.2.1.3. **O federalismo não cooperativo**

Os Entes federados, ao serem mal administrados ou possuírem atribuições superiores às suas receitas, tornaram-se cada vez mais endividados, assumindo uma postura submissa ao Poder Central, que ao concentrar a maior parte da receita, celebrou acordos de refinanciamento das dívidas daqueles Estados, conseguindo

atenuar a autonomia dos mesmos. Outra demonstração da crescente atuação do Poder Central é a edição de um sem número de Medidas Provisórias, que tendo força de lei, deveriam ser utilizadas somente em situações de emergência e urgência.

O excesso na utilização deste instrumento acaba por furtar do Poder Legislativo federal, no qual os Estados-Membros e Distrito Federal possuem representação, a função legislativa, cujo funcionamento das casas pode inclusive ser "travada" em virtude da não apreciação de uma Medida Provisória[15].

A relação entre as unidades autônomas do federalismo pode se dar através de uma postura de competição ou de cooperação. Nesta classificação inexiste relação com aquela utilizada para entendermos a repartição de competências. Thomas Dye (1990) defende que a competição entre os entes federados de todos os níveis contribuiria para uma melhor atuação de todos, através inclusive de uma maior controle sobre o Poder (Abrucio e Costa, 1998:25), mas quando os entes federados são capazes de transferir ao Poder Central suas dívidas e dificuldades, inviabiliza a cooperação e até mesmo a competição, pois os malefícios teria que ser suportados por todos, gerando um verdadeiro federalismo predatório.

---

[15] Teoricamente a edição de Medidas Provisórias devia ser pautada pela urgência e relevância, pois, apesar de serem atos administrativos, possuem força de lei. São provisórias por terem vigência de sessenta dias, prorrogáveis por igual período uma única vez. Ponto interessante é o sobrestamento das demais deliberações na casa legislativa, quando a Medida Provisória não for apreciada até o quadragésimo quinto dia após a sua publicação.

Dye (1990) não apresenta formas para atenuar as desigualdades. O autor parte da premissa de que todos os entes federados se lançariam no novo Estado federal em pé de igualdade, ou que deveriam desenvolver técnicas e fórmulas mais eficientes na prestação do serviço público, atingindo assim uma situação de equilíbrio.

Num Estado federal competitivo, podemos perceber a atuação de algum *free rider.* Ao perceber a sua incapacidade de prestar o serviço público de mesma qualidade de outro ente federado, o "caroneiro" simplesmente adota postura de transferir seus cidadãos para o serviço público daquele. Atenderá, de certa maneira, seus cidadãos, com custo próprio reduzido, pois transferirá ao prestador do serviço a maior parte do ônus.

Este tipo de atuação é perceptível na conduta de vários municípios que ofertam a saúde pública disponibilizando ambulâncias que transportam os pacientes para hospitais de municípios vizinhos, seja por incapacidade financeira, seja por incapacidade operacional (perda de escala), seja por comodismo, e estes, diante do Sistema Universal de Saúde, não podem recusar a prestar o atendimento (Abrucio e Costa, 1998:29). Não se faz crítica a medidas cooperadas de um ente federado atender os cidadãos de outros municípios numa dinâmica coordenada, mas somente àqueles que “abusam” do dever dos demais, enviando seus pacientes aos serviços médicos dos municípios vizinhos, que não podem negar atendimento em virtude do princípio da universalização..

Abrucio e Costa (1998:30) apresentam outro modelo de atuação dos entes federados, baseado num misto de competição e cooperação. Autores que trabalham esta relação seriam vários, podendo se destacar Elazar (1993) e Ostrom (1991).

Ao estabelecermos somente competições nas relações intergovernamentais, teríamos um esvaziamento total do papel do Poder Central, pois este teria que disputar espaço com os demais entes federados, resultando não em um Estado federal com unidades internas autônomas, mas sim em diversos Estados se digladiando. A dicotomia existente entre a cooperação e competição nos traz à baila a necessidade de constantes pactos entre os entes federados. Não basta o pacto inicial cristalizado no texto constitucional, são necessários acordos constantes, estabelecendo novas regras de convivência.

Tal necessidade deixa clara a importância das instituições no jogo federativo. "A estratégia dos jogadores é procurar institucionalizar as negociações, a fim de manter, ao mesmo tempo, a diversidade e a unidade" (Abrucio e Costa, 1998:31).

O comportamento predatório nas relações intermunicipais, e até mesmo intramunicipal, através das emancipações dos distritos é explicado em parte pelo Fundo de Participação dos Municípios. Um distrito, ao se emancipar, garante para a mesma base territorial uma nova quota do FPM, fazendo que todos os demais tenham o seu volume reduzido. Existindo benefícios indiretos na multiplicação do

número de Municípios[16], inexistem benefícios diretos na cooperação nas relações intergovernamentais.

A forma jurídica de cooperação entre entes federados de mesma natureza é o chamado consórcio público, que é moldado de diversas maneiras e formas, resultando numa instabilidade institucional. Apesar de existirem incentivos isolados na adoção do consorciamento em políticas públicas (Abrucio e Costa, 1998:39), tais medidas ainda não conseguiram a devida estabilidade, capaz de manter a tendência de cooperação, mesmo após a troca de governos.

Podemos perceber que o federalismo brasileiro é cooperativo nos termos da repartição de competências, mas, ao analisarmos as relações intergovernamentais, a afirmação se torna falsa. Os Estados-membros e a União mantêm relacionamento predatório nas questões financeiras, pois são raras, quase inexistentes, as discussões sobre parcerias efetivas, mas somente sobre questões de repasse de verbas e liberação de recursos, concessões de benefícios fiscais na procura de atrair investimentos em detrimento dos demais entes federativos[17], além do comportamento de *free rider* já mencionado.

---

[16] Segundo dados do IBGE (Tabela II)

| **Evolução histórica do número dos municípios** | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **1940** | **1950** | **1960** | **1970** | **1980** | **1990** | **1997** | **2001** |
| **Brasil** | 1.574 | 1.889 | 2.766 | 3.952 | 3.974 | 4.491 | 5.507 | 5.560 |

[17] A Lei de Responsabilidade Fiscal dentre outras medidas tenta promover uma redução nesta prática predatória, determinando que as renúncias fiscais devem ser acompanhadas de compensações na receita. Para um Estado ou Município ofertar incentivos fiscais deve demonstrar que a receita renunciada será arrecadada por outra via. Na prática acabam alegando não haver renúncia, pois a receita seria inexistente caso o investimento não ocorresse.

# 3. Sistema Único de Saúde – SUS

## 3.1. A saúde pública brasileira: breve histórico.

Até a década de 30, o Estado cuidava basicamente, na área da saúde, de ações de caráter coletivo, como saneamento de portos e campanhas sanitárias[1] visando o controle de endemias (França, 1998:91). A saúde pública surge na agenda pública como resposta às questões sociais emergentes das décadas de 1910 e 1920, até então ignoradas pelas oligarquias.

Surgem, em 1923, os programas de saneamento básico e de controle de endemias, também conhecidos como a Reforma Carlos Chagas e a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões pela Lei Eloy Chaves. Somente após a revolução de 30 é que o saneamento básico passa a figurar definitivamente no cenário político, alcançando o nível nacional, podendo ser citado a criação dos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), cujo objetivo era sanear o ambiente e assistir a população na zona da borracha, estratégica para o esforço de guerra dos Aliados, que teve grande estímulo do governo dos Estados Unidos (Costa, 2002: 50).

Do início da era Vargas[2] até a promulgação da Constituição da República de 1988, a saúde pública era considerada como o conjunto de ações coletivas, enquanto que a assistência médica era tida como sendo atribuição das instituições previdenciárias,

[1] Deve-se ressaltar que o Estado brasileiro não praticava atos ligados à assistência médica porque a própria população entendia que o mesmo não devia agir (Estado Liberal). A revolta da vacina, ocorrida em 1904, foi em decorrência de uma série de fatores, mas a desculpa mor foi a edição de uma lei tornando obrigatória a vacina contra a febre amarela, proposta por Oswaldo Cruz. Os positivistas e oposicionistas inflaram a população contra a obrigação, pois o Estado não poderia "mandar seus médicos invadir os lares para vacinar os sãos ou remover os doentes" (Carvalho, 2003:74).

[2] Chama-se era Vargas o período que Getúlio Vargas exerceu a chefia do Estado brasileiro, independente se de forma eleita ou não.

distribuídas por algumas categorias profissionais, cada qual com o seu Instituto de Aposentadoria e Pensão - IAP (Brasil, 2002C:13).

Com o Governo Vargas, teve início a regulamentação da prática da assistência médica, estendendo o atendimento hospitalar aos associados das CAPs, configurando um modelo de saúde pública vinculada à Previdência Social[3], A atuação do Estado limitava-se ao atendimento das necessidades de assistência médica dos trabalhadores de setores determinados da economia, não possuindo o caráter universal de atendimento.

No governo de João Goulart houve uma tentativa de universalizar a Previdência Social, através do projeto de criação de um Fundo de Assistência para os trabalhadores rurais em 1963, sendo que tal mudança somente foi implementada após 8 anos, posteriormente à queda de seu governo, através do FUNRURAL. Os empregados domésticos foram contemplados com os direitos previdenciários no ano seguinte e os autônomos somente em 1973 (Costa, 2002: 50).

Durante o regime militar, o Ministério da Saúde prestava a assistência à saúde de forma muito precária, contando com poucos hospitais especializados (principalmente de psiquiatria e tuberculose), além de ações em regiões específicas, através da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (Souza, 2002:24).

A atuação do poder público, nessa área, se dava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), resultante da fusão dos diversos Institutos de

[3] A vinculação do atendimento da assistência médica aos associados do sistema previdenciário serviu como arma de propaganda do governo, incentivando o êxodo rural, trazendo novas pessoas aos

Aposentadoria e Pensão[4] (IAP) das categorias profissionais, no ano de 1966. Após 12 anos de funcionamento, o INPS teve sua competência repartida com mais dois Institutos: Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Em virtude da assistência médica ser focada nos associados da Previdência Social, podemos deduzir, a princípio, que os gastos da saúde pública eram proporcionais ao número de associados, visto serem estes os financiadores e beneficiados da mesma. Devemos ressaltar que esta lógica vinculada ao percentual de trabalhadores formais resultava numa distorção evidente quando comparamos os gastos na assistência médica com o percentual da população.

Como exemplo tomemos o ano de 1986. Enquanto que a região sudeste ficava com quase 60% dos recursos destinados à assistência médica, sua população equivalia a pouco mais de 43% da população nacional. O nordeste, por sua vez, contava com uma população equivalente a quase 30% do total e recebia pouco menos que 20% dos recursos (Souza, 2002: 56).

Na segunda metade da década de 1970, com a rearticulação da sociedade civil contra o regime autoritário, surge um novo ator importante na reforma da saúde pública brasileira, trata-se do movimento sanitarista, composto por médicos sanitaristas reformistas, normalmente vinculados aos partidos de oposição,

---

centros urbanos, fornecendo assim mão de obra para a indústria que passava por um período de ampla expansão.

[4] Antigas Caixas de Aposentadoria e Pensão, sendo que estas eram organizadas dentre de cada empresa ou fábrica e criadas na época de Getúlio Vargas. Com a transformação para os Institutos de Aposentadoria e Pensão passaram a ter um caráter nacional.

principalmente o Movimento Democrático Brasileiro (MDB) e o então ilegal Partido Comunista Brasileiro (PCB) (Souza, 2002:51).

A reforma sanitarista defendia a desvinculação da saúde pública, inclusive a assistência médica, do sistema previdenciário, bem como o desenho de uma nova espécie de relacionamento entre o setor público e o privado na área da saúde, visto que o sistema vigente era basicamente composto pela prestação de serviços pelo setor privado, quase inexistindo estabelecimentos públicos, e a conseqüente remuneração dos mesmos pelo Estado.

A crise econômica do final da década de 70 resultou numa dificuldade financeira para o sistema previdenciário, sendo que o Banco Mundial apontou à época uma redução de 41% nos recursos para a saúde pública no período de 1978 e 1982 (Costa, 2002: 51).

O Banco Mundial, em documento datado de 1987 (Costa, 2002:51), apresentou sugestões para a crise na saúde pública dos países em desenvolvimento que consistiam na cobrança aos usuários dos serviços oferecidos pelo governo; no estímulo à utilização de planos privados de cobertura de riscos; a utilização mais eficiente dos recursos governamentais e na descentralização dos serviços.

Das propostas elencadas, a que maior destaque alcançou foi a da descentralização, pois atendia os interesses das instituições estrangeiras[5], dos órgãos governamentais e do movimento sanitarista, cuja implementação vai se dar em três fases distintas.

[5] A descentralização, de certa forma, está ligada à implantação do modelo gerencial de adminsitração pública nos Estados Unidos da América. Os republicanos, nos Estados Unidos, visando atenuar os problemas financeiros do

Num primeiro estágio, ainda durante o regime militar, foi criado o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP, cuja proposta era uma maior articulação entre os entes federados, através das ações integradas de saúde - AIS. (Souza, 2002:26).

As ações integradas de saúde promoveram o intercâmbio de informações entre as instituições públicas de saúde, o que permitiu, num primeiro momento, um planejamento mais articulado, tanto como suporte na celebração de convênios entre a União e Municípios para a remuneração da prestação de serviços de saúde (Rodriguez Neto, 1998:10).

Através destas ações o governo pretendia reduzir os custos da assistência médica sob a responsabilidade da previdência oficial, bem como aumentar a eficiência das políticas públicas de saúde. Para conferir maior legitimidade às ações, permitiu a participação da sociedade civil organizada (movimento sanitarista) na fase de planejamento.

No período a partir de julho de 1987, da redemocratização política, tivemos a segunda fase do processo de descentralização. Houve uma tentativa de transformação do sistema de assistência médica focalizado nos trabalhadores formais num sistema universalizado, através da criação dos programas de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados. O SUDS consistia na transferência para os Estados conveniados das estruturas e funções federais, bem

---

governo central, reduziram os repasses de recursos para os poderes regionais e locais. Isso permitiu o surgimento de diversas inovações da forma de administrar, mas principalmente da redução da atuação central frente às demandas sociais. (Abrucio, 1997:18).

como na unificação dos sistemas do Ministério da Saúde, INAMPS, Ministério da Previdência e Assistência Social (Souza, 2002: 29).

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde sofreu críticas tanto dos prestadores de serviços médicos, da burocracia e dos que clamavam pelas mudanças. Os grupos médicos-empresariais temiam que a quantidade de recursos destinados à saúde pública sofresse uma redução. A burocracia do INAMPS receava perder o controle decisório, ficando somente com a função de remunerar a prestação dos serviços. O próprio movimento sanitarista percebia na sua implementação uma tentativa de sobrevivência política do Ministério da Previdência e Assistência Social durante a convocação da Assembléia Nacional Constituinte (Costa, 2002: 52).

De fato, após o fracasso do Plano Cruzado, o governo Sarney se encontrava isolado politicamente, o que “exigiu” uma reforma ministerial. E diante da instabilidade política, os próprios governos estaduais receavam em assumir os encargos da saúde pública, sem as devidas garantias de que receberiam os recursos equivalentes. Tal conjuntura política acabou por inviabilizar o SUDS, pela falta de compromisso, e mesmo boicote, do novo Ministro da Saúde com o mesmo, caracterizando a paralisia decisória e fragmentação institucional.

Já no final da redemocratização, podemos perceber a adoção de medidas desburocratizantes, que já apontavam de forma mais efetiva na direção da universalização da saúde, como a suspensão da exigência de se apresentar a Carteira do Trabalho e Previdência Social - CTPS - nos postos próprios do INAMPS e a equivalência no tratamento dos trabalhadores rurais ao dos urbanos, anteriormente amparados pelos convênios do FUNRURAL.

A terceira fase da descentralização da saúde pública se deu com a promulgação da Constituição da República de 1988, ao extinguir a barreira ao acesso às políticas públicas de saúde setoriais. Até então tratadas como sendo direito somente dos trabalhadores beneficiários do Instituto Nacional de Previdência Social, tais polítidas passam a ser tratadas como sendo direito de todos os cidadãos.

No entanto, vale lembrar quando se diz que a saúde é dever do Poder Público, não se quer eximir o dever da família, das empresas e da própria sociedade para com a sua promoção e proteção. Não adiantaria ter o melhor serviço de saúde numa localidade, quando a população não toma as cautelas mínimas capazes de reduzir a necessidade de tratamento curativo.

### 3.1.1. A Constituição da República Federativa do Brasil e o Sistema Único de Saúde.

Na verdade o Sistema Único de Saúde preconizado pela Constituição de 1988 é a verdadeira materialização da mudança de um paradigma. A saúde passa a ser tratada não mais como um “estado de não doença”. Fica vinculada à qualidade de vida da população, englobando “a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária e farmacológica, a moradia, o lazer etc” (Brasil, 2000A:5). A Organização Mundial da Saúde já havia definido, em 1946, a saúde como sendo um “estado de completo bem estar físico, mental e social dos indivíduos”.

A Constituição de 1988 foi a primeira, das várias constituições brasileiras, a incluir uma seção sobre a saúde. Durante a Assembléia Constituinte, pode-se visualizar

três tendências ideológicas. Analisando as duas derrotadas, percebemos que uma pretendia que fosse mantida a estrutura padrão do INAMPS, privilegiando os hospitais privados contratados, e a outra sugeria a adoção de um sistema de seguros, nos moldes dos Estados Unidos e da recomendação do Banco Mundial supracitada, através da cobrança do cidadão pelos serviços prestados. As razões da rejeição seriam que a primeira já demonstrara a sua falência, e a segunda era percebida como economicamente inviável, ao se considerar o padrão de distribuição de renda da população brasileira. Restou vencedora a corrente que abraçava os ideais do movimento sanitário (Mourão Jr., 2003:02).

A inclusão da saúde pública no texto constitucional representa uma vitória das teses defendidas na VIII Conferência Nacional de Saúde[6], realizada em Brasília, em março de 1986. A existência de debates sobre a descentralização e a universalização antes mesmo da Assembléia Constituinte auxiliaram na aprovação, visto que já existia uma proposta a servir de base nas discussões.

Tal fato também decorreu da união de políticos de perfil progressista, principalmente, do PMDB, PSDB, PT, PDT, PCB e PC do B, com os movimentos sindicais e populares em torno das questões da área social, enquanto que os políticos conservadores presentes no PMDB, PTB, PDS e PFL, tradicionais defensores dos interesses do setor privado de saúde, priorizaram a discussão das questões relativas à ordem econômica. (Costa, 2002: 54).

[6] A 8.ª Conferência Nacional de Saúde contou com um público entre quatro mil (Brasil, 2002D:36) e cinco mil (Rodriguez Neto, 1998:11) pessoas, integrantes de diversos grupos, movimentos e instituições participaram da discussão, podendo ser citado o Movimento Popular de Saúde (MOPS), o dos moradores da zona leste de São Paulo, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a associação brasileira de pós-graduação em saúde coletiva (ABRASCO) dentre outros.

É de se ressaltar que alguns estudiosos atribuem à III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, a iniciativa de se propor a descentralização da saúde no Brasil, não existindo contudo, consenso sobre o real significado histórico dessa reunião, sendo mais comum a postura de considerá-la como mera tentativa de promoção da igualdade na extensão de cobertura dos serviços, sem ligação direta com os ideais descentralizadores do movimento sanitário (Silva, 2001:57).

No entanto, pode-se afirmar que o movimento que culminou na 8.ª Conferência Nacional de Saúde já havia começado no início da década de 70, durante a fase dura do regime autoritário. Os pesquisadores e profissionais da saúde conheciam a realidade precária dos serviços de saúde, conseguindo expor sua preocupação, pela primeira vez em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados.

A saúde foi considerada como sendo papel do Estado brasileiro, mas sem eliminar a possibilidade do setor privado atuar como prestador direto aos usuários de seus serviços, ou como unidades de saúde contratadas pelo sistema público para prestação de serviços gratuitos à população, fazendo jus à remuneração pelo estado.

A universalização da saúde pública pode ser analisada por duas perspectivas. A primeira, em virtude da luta pelos direitos sociais, que nunca foi efetivamente uma luta, pois os ganhos nesta área normalmente foram concedidos pelo Estado. A segunda é de natureza estritamente econômica, pois a população brasileira, caso não obtivesse tal direito, não teria condições de pagar qualquer quantia[7], por

[7] Segundo dados do IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 1998, a população brasileira situada na faixa de renda até 2 salários mínimos, não coberta por planos e seguros de saúde é superior a 95%, considerando a faixa de 2 a 5 salários mínimos o percentual de descobertos é superior a 90%.

insuficiência de receita, bem como pelo constante aumento dos prêmios de risco pelas estruturas privadas, pela dimensão reduzida de seus usuários (Biasoto Júnior, 2004:459).

Não obstante a criação do Sistema Único de Saúde, podemos dizer que o setor privado da saúde também obteve duas vitórias importantes no texto constitucional aprovado. O artigo 197 prevê a possibilidade de pessoas físicas ou jurídicas de direito privado prestarem serviços de saúde[8] e somente os serviços públicos, de acordo com o artigo 198[9] , foram incluídos automaticamente no SUS.

Pode-se afirmar que, ao contrário do que poderia se esperar, o setor privado não gerou forte resistência no momento de aprovação do texto constitucional, excetuando o art. 199, que vetou a comercialização de sangue, dentre outros[10] (Mourão Jr., 2003:3)**.** Deixaram estrategicamente a disputa para o momento da regulamentação dos referidos dispositivos, quando poderiam assumir seu posicionamento com menor risco de exposição negativa na mídia.

Opondo-se à constatação das mudanças significativas na saúde pública pós-Constituição de 1988, afirma Nilson do Rosário Costa que ela:

> "pode ser considerada como uma síntese dos arranjos consolidados inercialmente ao longo das décadas de 1970/1980. As inovações conceituais e organizatórias que aparecem na Carta não expressam

[8] "Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado."

[9] "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:"

[10] "Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada:

(...)

§ 4.º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização".

> nenhuma ruptura com quaisquer dos interesses que incidiram sobre a arena setorial nessas décadas". (1996:496).

Como vimos acima, o artigo 198 da Constituição de 1988, acima referido, determina que o SUS é composto por uma rede, envolvendo a participação social, pautada pela descentralização, universalização, equidade [11], hierarquização e pela cooperação. O dever de financiamento da saúde pública passa a ser obrigação constitucional dos três níveis federativos, através dos respectivos orçamentos da seguridade social, além de outras fontes de recursos.

O texto constitucional teceu um grande desafio: a criação de um novo sistema operacional para as políticas de saúde. Pode-se afirmar que o novo modelo ainda se encontra em desenvolvimento (Biasoto Júnior, 2004: 457), pois, ao tratar o tema da seguridade social, o constituinte pretendia o tratamento dos direitos sociais como um todo, e não a atuação isolada da assistência social, da saúde e da previdência.

O Sistema Único de Saúde é gerenciado por gestores únicos em cada esfera federativa. Na União temos o Ministro de Estado da Saúde, nos Estados-membros e Distrito Federal os Secretários de Estado de Saúde e para os Municípios os Secretários Municipais de Saúde. Em virtude do novo arranjo federativo brasileiro ser ainda jovem[12], permanece em seu interior discussões sobre o papel de cada ente federativo, o que dificulta ainda mais a atuação em setores que exigem a interação de todos.

[11] "No jarguão da saúde pública, equidade, sinônimo de igualdade, assumiu o seguinte sentido: tratar desigualmente os desiguais, discriminar positivamente os que têm menos; ou simplesmente dar mais a quem tem menos" (Cintra e Araújo, 2001: 160).
[12] Possui pouco mais de 16 (dezesseis) anos.

Os gestores do SUS possuem dois campos de atuação, o político e o técnico. No político, devem estabelecer e manter contato com os demais gestores do SUS, Ministério Público, Parlamentares, o respectivo Chefe do Executivo que os designaram, os colegas Ministros ou Secretários, atendendo a todos na medida do possível, sem esquecer de tratar a saúde como sendo um direito dos cidadãos.

O aspecto técnico da administração na área da saúde segue os traços básicos desta ciência. Possui, como funções mestras, o planejamento e formulação de políticas públicas, o financiamento, a coordenação (com avaliações constantes para as devidas correções de trajetória) da rede e dos prestadores da saúde, públicos ou privados, e a própria prestação dos serviços.

Dentro destas quatro funções mestras, temos a participação dos três níveis de governo brasileiro, sendo que a delimitação do campo de atuação de cada um tem sido fixado pelas normas reguladoras do SUS, as Leis Orgânicas, as Normas Operacionais do SUS e as Normas Operacionais da Assistência Social, que serão examinadas oportunamente.

O Ministério da Saúde teve, portanto, a sua atuação redefinida após a promulgação da Constituição de 1988. Passou a ser mero arrecadador e distribuidor de recursos, além do exercício da função normativa. Os Estados-membros também perderam, no início, seu papel de coordenação e gerenciamento do processo de regionalização. Tal descaracterização se deu em virtude da rápida intervenção do governo federal no processo de descentralização, transferindo aos municípios os recursos que eram gastos em sua respectiva base territorial, desde que preenchidos alguns requisitos (Biasoto Júnior, 2004:462).

A universalização total mesmo só se deu em agosto de 1999, quando o Ministério da Saúde assumiu, através da Fundação Nacional de Saúde, a estruturação e operacionalização do subsistema de atenção à saúde indígena. Passou a responder também pelas ações de saúde para os povos indígenas, sejam preventivas, assistenciais ou de promoção (Brasil, 2000A:6).

#### 3.1.1.1. O financiamento do Sistema Único de Saúde

Os atores contrários ao movimento da municipalização pregavam, ainda na Assembléia Constituinte, que o Sistema Único de Saúde estava fadado ao fracasso. A universalização era estabelecida no atendimento, sem contudo apontar as necessárias fontes de custeio. Diziam que se estava fazendo caridade com dinheiro alheio, pois o Brasil possuía 40 milhões de pessoas economicamente ativas, sendo que 13 milhões estavam usufruindo alguma espécie de benefício e somente 27 milhões estavam efetivamente contribuindo para o sistema previdenciário. Os recursos destes passariam a financiar o usufruto de 160 milhões de pessoas, sem o aporte de nenhum centavo a mais.

A crise econômica internacional, vivenciada à época, que promovia uma redução da atividade econômica global, implicou na queda da arrecadação do sistema da seguridade social, acarretando uma disputa constante de suas áreas em relação aos recursos disponíveis. Tal disputa resultou, em 1992, na suspensão dos repasses anteriormente feitos pelo Instituto de Seguridade Social ao Ministério da Saúde. Isso significou uma redução de quase 50% do orçamento total do INAMPS e de 36% do orçamento ministerial para a saúde (Souza, 2002: 50).

Essa tal suspensão não se deu exclusivamente por caprichos do INSS. Os benefícios previdenciários aumentaram em quantidade, passando a consumir os recursos oriundos das contribuições previdenciárias ademais, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social foi transferido para o Ministério da Saúde em 1990[13].

No período de 1989 até 1993, tivemos uma grande variação, de tendência negativa, do volume de recursos gastos pelo governo federal na saúde pública (Costa, 2002: 54):

**Tabela III - Evolução do gasto federal com saúde no Brasil, de 1989 a 1993 (base de cálculo: US$ médio de 1992)**

| Anos | Gasto federal (US$ milhões) | Taxa de variação percentual anual | Gasto federal *per capita* (US$) |
|---|---|---|---|
| **1989** | 11.320,3 | | 80,37 |
| **1990** | 9.451,6 | -16,5 | 65,86 |
| **1991** | 7.847,0 | -16,9 | 53,67 |
| **1992** | 6.571,2 | -16,3 | 44,11 |
| **1993** | 8.307,6 | + 26,4 | 54,73 |

Fonte: Balanços gerais da União e conta consolidada do gasto social (IPEA-IPLAN)

Ressalta-se que os volumes acima não representam o total de gastos do Estado brasileiro na saúde pública. Apesar de previsão constitucional dos princípios da descentralização e do co-financiamento, os recursos federais no total de receita da saúde pública onde representavam 74% do total em 1993 (Costa, 2002: 55), mesmo com a redução havida no período.

[13] A transferência do INAMPS do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde se deu através do Decreto 99.060, de 7 de março de 1990.

Diante da tendência histórica de queda de recursos, o médico Adib Jatene, Ministro de Estado da Saúde, em 1995, promoveu uma ampla mobilização política para obter os recursos necessários à saúde púbica, tendo como principais opositores o então Ministro de Estado da Fazenda, Pedro Malan, e o Ministro de Estado do Planejamento José Serra e seu substituto Antônio Kandir.

O Ministério de Estado da Saúde mapeou as carências e necessidades de investimentos e, procurou superar a lacuna existente no texto constitucional original, sugerindo a fonte para os recursos necessários ao atendimento das massas. Sugeriu a criação de uma contribuição provisória sobre a movimentação financeira (CPMF), vista como capaz de, em pouco tempo, financiar os investimentos necessários, além de quitar as dívidas do Ministério.

Os Ministros Pedro Malan e José Serra defendiam que se fosse criada a CPMF. Preconizavam, no entanto que o destino dos recursos deveria ser o pagamento da dívida interna, tendo em vista a afirmação do Presidente Fernando Henrique Cardoso de que o gasto da saúde havia duplicado em dois anos, fato este desmentido pelo próprio Ministro Adib Jatene e pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA.

Os principais adversários da CPMF se entrincheiravam nas bancadas do PSDB, PMDB e PP, além de *lobbies* da Federação Brasileira dos Bancos, da Confederação

Nacional da Indústria, dentre outros. Todos defendiam que as taxas de juros iriam aumentar e pressionariam os custos das empresas[14].

A empreitada do Ministro Adib Jatene foi vitoriosa, num primeiro momento, com a aprovação da CPMF em 22 de outubro de 1996, baseada numa alíquota de 0,20% pelo período previsto de 13 meses. Logo após a aprovação de sua proposta, o Ministro pediu demissão, não estando à frente do Ministério quando da entrada em vigor da mesma[15].

A constante disputa de recursos no seio do governo federal acabou desvirtuando a finalidade que motivou a criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira. De fato, apesar de sua arrecadação ter sido destinada exclusivamente à

---

[14] A desculpa de que qualquer variação nos gastos do Estado poderia acarretar um aumento dos juros básicos do mercado, verdadeira manobrar de terror na área econômica, continua até nos dias de hoje, com a ajuda da imprensa.

[15] O Ministro Adib Jatene (1997), após poucos meses de vigência da CPMF, publicou artigo na imprensa demonstrando que os economistas estavam equivocados em relação à sua proposta, e deixou implícita as verdadeiras razões de sua saída do governo.

"Em primeiro lugar, doutrinavam que haveria um impacto sobre a inflação, porque o tributo era em cascata, incidia várias vezes sobre a mesma base, etc. etc. A inflação de 1,6% de janeiro caiu para menos da metade, em fevereiro e, segundo a FIPE, a tendência é declinante. Erraram redondamente.

Em segundo lugar, afirmaram que haveria fuga de capitais das bolsas para aplicações no exterior, causando problema da maior gravidade ao país. Não aconteceu. As bolsas estão com aplicações crescentes e perspectiva continua otimista. Não saiu dinheiro do país e continuam vindo dólares do exterior. Outra vez erraram.

A terceira afirmativa, e esta com ares de profundos conhecedores do assunto, era de que na estabilidade não se arrecadaria o que se arrecadou com o IPMF, tomando, portanto, inócuo o tributo. Nem adiantava eu lhes dizer que, no segundo semestre de 94, já na estabilidade do Real, se arrecadara mais que no primeiro, quando a inflação era elevada. Tratavam-me como alguém que, por não entender de economia, deveria voltar ao centro cirúrgico e não opinar sobre assunto que era da alçada deles, insistindo que a arrecadação seria decepcionante.

(...)

Buscando equacionar o esquema financeiro, nos vimos forçados a propor a CPMF, não como solução, mas como medida emergencial e provisória até que as reformas tributária e fiscal nos oferecessem os recursos necessários nos três níveis de governo.

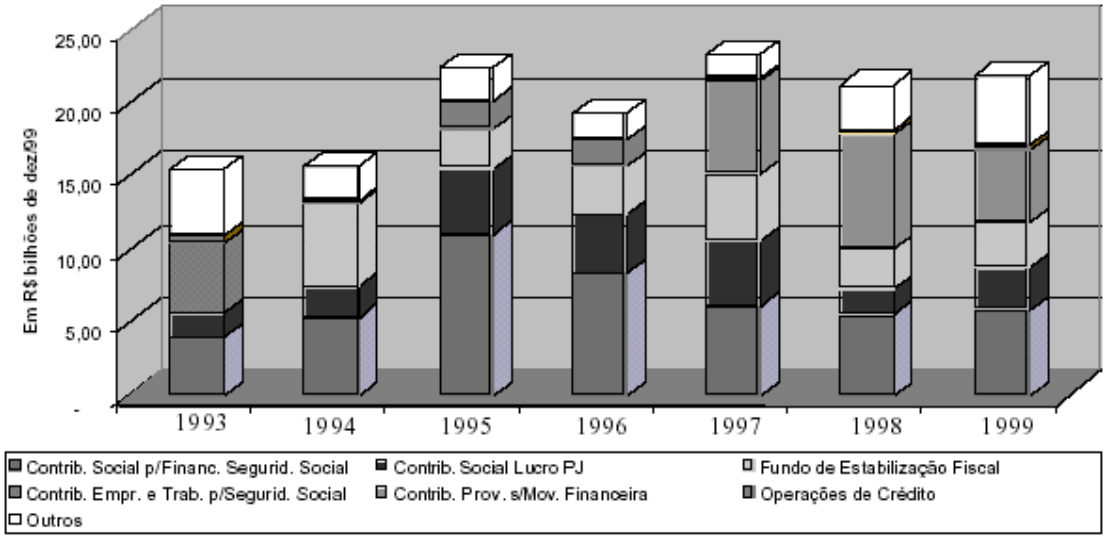
(...)

É difícil aceitar que se emitam títulos para pagar em dia os juros dos empréstimos, ampliando o endividamento da nação e enriquecendo ainda mais o sistema financeiro e, ao mesmo tempo, se atrase por oito meses o reajuste de 25% para hospitais que tratam dos pobres.

Fica o consolo de ver que os economistas não tinham razão, e o novo ministro pode respirar e ganhar tempo para equacionar o orçamento de 1998, impedindo que se perpetuem as carências do sistema público de saúde em um país que já ultrapassa U$ 4 mil de renda per capita e não consegue gastar sequer U$ 300 por habitante/ano em saúde".

saúde pública, o foi em substituição aos outros recursos anteriormente gastos na mesma, significando aumentos mínimos no gasto ligado à saúde pública.

Em 1997 e 1998, a CPMF já era a principal fonte de financiamento da saúde no governo federal, pois como mostra o gráfico abaixo, após a sua criação, houve um recuo das demais fontes que tradicionalmente financiavam a saúde. Se tivessem sido mantidos as demais fontes de recursos, o Ministério da Saúde apresentaria um nível de dispêndio total de R$ 25,8 bilhões em 1997, R$ 27,2 bilhões em 1998 e de R$ 24,3 bilhões em 1999, sendo que, na prática, tivemos recursos orçamentários, respectivamente, de R$ 23,233 bilhões, R$ 21,170 bilhões e R$ 21,791 bilhões, números bem inferiores em comparação ao que poderia ter se alcançado (Piola,




Ribeiro & Reis, 2000:85-86).

FONTE: Piola, Ribeiro & Reis, 2000:84.

A CPMF também não conseguiu estancar a redução das despesas vinculadas aos programas de saúde, conforme se observa no Orçamento Fiscal e de Seguridade

Social, entre 1995 e 1998 a redução foi de 21%, passando de 17,744 para 14,038 Bilhões de Reais (de dezembro de 1998), ressalvando que nestes valores, não computam os gastos relativos ao saneamento (Costa, 2002:56)[16].

Após ser considerada um sucesso de arrecadação, e sem causar impacto na conjuntura econômica, a CPMF passou a ser defendida pelo governo como base de sustentação do ajuste fiscal. Um antigo opositor, o Ministro de Estado da Fazenda Pedro Malan, passou a defendê-la, além de fazer uma previsão de arrecadação da ordem de R$ 15,398 Bilhões para 1999, conforme consta na carta de intenções assinada com o FMI e aprovada por esta instituição em 1998 (Costa, 2002: 58).[17]

Após assumir o Ministério da Saúde, José Serra tentou reverter a imagem de "pedinte"[18], que passara a caracterizar o titular da pasta, mas continuou a batalhar contra a escassez de recursos. Encampou o Projeto de Emenda Constitucional[19], cujo objeto era a vinculação de percentual orçamentário à saúde, garantindo ganhos orçamentários para a área da saúde, numa tentativa de diminuir o déficit encontrado no setor.

---

[16] Para facilitar a visualização segue a tabela (IV) existente no texto citado: Despesas orçamentárias em programas de saúde, durante o governo Fernando Henrique Cardoso (1995-1998) – em R$ milhões (de dezembro de 1998).

| Ano | Valor |
|---|---|
| 1995 | 17.744 |
| 1996 | 15.859 |
| 1997 | 14.599 |
| 1998 | 14.038 |
| Variação 1995-1998 | -21% |

[17] O valor estimado de arrecadação era pouco inferior à média anual dos valores previstos no orçamento federal (na rubrica saúde e saneamento) nos anos de 1995 a 1998, cujo valores (em Billhões de Reais de dezembro de 1998) foram de 18,505; 16,552; 20,677 e 19,056, respectivamente.

[18] Assim ficou conhecido o Ministro Adib Jatene em virtude de sua incansável luta por maiores recursos para a saúde pública.

[19] O Projeto de Emenda à Constituição foi apresentado pelos Deputados Federais Eduardo Jorge (PT/SP) e Waldir Pires (PT/BA), também ficou conhecida como a PEC 169.

Quando Presidente da Comissão de Tributação, Orçamento e Finanças da Assembléia Constituinte, José Serra era contrário a qualquer tipo de vinculação de receita, dizendo que as vinculações “castram o poder que o Legislativo deve exercer num regime democrático em relação à utilização dos recursos públicos; são tecnicamente inadequadas, induzem a distorções e são impróprias a um texto constitucional” (*apud* Costa, 2002: 64).

No Ministério da Saúde, passou a defender a vinculação orçamentária no campo da saúde, tendo como justificativa a idéia de impedir que a saúde pública fosse tratada como um colchão amortecedor de crises financeiras (Costa, 2002: 63).

A proposta de vinculação orçamentária encontrou opositores na figura do Ministro de Estado da Fazenda, Pedro Malan, e forças políticas ligadas a Tasso Jereissati e a Antônio Carlos Magalhães. O Partido da Frente Liberal se dizia contrário a qualquer forma de vinculação, pois estas retirariam o sentido do trabalho das casas legislativas regionais e locais (Costa, 2002:63).

Para conseguir a aprovação da PEC, José Serra mobilizou os membros do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONSES), Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), além de alardear a situação dramática do SUS, voltando a repetir o discurso do Ex-Ministro Adib Jatene.

Diante da mobilização, a PEC foi aprovada, transformando-se na Emenda Constitucional n.º 29[20], em 13 de agosto de 2000. Repetiu-se aqui um quadro interessante. Quando o Ministro Adib Jatene conseguiu aprovar a criação da CPMF, obteve apoio da oposição à sua medida, assim como José Serra o teve na aprovação da vinculação orçamentária.

Reproduzindo a intenção de seus antecessores no Ministério da Saúde - Adib Jatene e Carlos César Albuquerque - José Serra apresentou a bandeira do ressarcimento ao SUS do atendimento da clientela dos planos de saúde. Aprovou somente a transferência do local de discussão e regulação dos planos e seguros de saúde do Ministério da Fazenda, para a área da Saúde, através da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, em 1999.

#### 3.1.1.2. A regulamentação do Sistema Único de Saúde

As relações institucionais do SUS começaram a ser desenhadas através da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual possui forte característica municipalista. Os dispositivos contidos que previam as formas de participação popular na gestão do SUS foram vetadas pelo então Presidente Fernando Collor, mas diante da pressão popular e parlamentar, vieram a ser regulamentadas, pouco mais de três meses depois, através da Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com apenas 7 (sete) artigos.

[20] O gasto da União na área da saúde seria pautado pela elevação de 5% (cinco por cento) para o orçamento de 2001 em relação ao do ano anterior. Desde então o orçamento da saúde deve ser o do ano anterior acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto. Por sua vez, os percentuais orçamentários mínimos para gastos na área da saúde pelos Estados e Municípios ficaram assim definidos (Brasil, 2000A:15):

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---|---|---|---|---|---|

De forma a garantir os recursos destinados à saúde, evitando que fossem desviados, ficou estabelecida a criação do Fundo Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde. O primeiro é gerido pelo Ministro da Saúde e repassa recursos para os Estados, Municípios e Distrito Federal, que também tiveram de constituir seus próprios Fundos e Conselhos (Estadual e Municipal) de Saúde, além de apresentar contrapartidas, consoante a previsão constitucional do co-financimento.

A lógica dos repasses, contudo, não sofreu alteração. Foi mantida a filosofia de remunerar pelos serviços prestados, pois os volumes de recursos levavam em conta a série histórica de gastos do INAMPS. Isso significou, num primeiro momento, a manutenção da situação até então vigente, mas também evitou que ocorresse um grande e brusco remanejamento de recursos entre os Estados (Souza, 2002: 42).

O artigo 3.º da Lei n.º 8.142/90 determinou que os repasses de recurso do governo federal seguiriam as regras fixadas pelo art. 35 da Lei n.º 8.080/90. Fixou ainda que, dos recursos federais, um percentual mínimo de 70% seriam destinados aos municípios, ficando o restante destinado aos estados.

A regulamentação do Sistema Único de Saúde teve prosseguimento com a edição da primeira Norma de Operacionalização Básica, em 1991 – a NOB/91[21]. As chamadas Normas Operacionais Básicas são instrumentos jurídicos, editados pelo Ministério da Saúde, após uma "construção democrática" no Conselho Nacional de

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Estados** | 7% | 8% | 9% | 10% | 12% |
| **Municípios** | 7% | 8,6% | 10,2% | 11,8% | 15% |

[21] Editada inicialmente pela Resolução n.º 258 do Presidente do INAMPS, em janeiro de 1991, e reeditada consoante a Resolução n.º 273, também pelo Presidente do INAMPS que a esta altura já acumulava a função de Secretário Nacional de Assistência a Saúde, em julho de 1991.

Saúde[22], que busca aprofundar e reorientar a implementação do SUS, definir os objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e regular as relações intergestores (Mourão Jr, 2003:7).

Da reedição da NOB/91 constou, nos considerandos, menção à efetiva participação do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), dentre outras instituições da sociedade civil organizada (Souza, 2002A:45).

Diferentemente do que ocorria com o Sistema Único e Descentralizado de Saúde, o relacionamento do governo federal passou a ser voltado para os governos municipais, inclusive através de repasses automáticos do Ministério da Saúde para os mesmos.

A Norma Operacional Básica de 1992, NOB/92 [23], não apresentou grandes inovações relativas à NOB/91, mas afirmava que o SUS não poderia ser entendido como um mero sucessor do SUDS ou do INAMPS. Não era um novo rótulo, mas sim um sistema inteiramente novo e inédito, diferente do que já havia existido no Brasil (Souza, 2002A: 46).

Os critérios fixados aos municípios para receberem os repasses de forma automática e regular envolviam a criação de um Fundo Municipal de Saúde, a

[22] O Conselho Nacional de Saúde foi criado inicialmente em 1937, mas sendo recriado em 1990 através do Decreto 99.438/90. Aparece no âmbito de sua competência a deliberação sobre a formulação da política nacional de saúde, definição de padrões e parâmetros assistenciais; além de decidir sobre os planos estaduais de saúde, divergências suscitadas pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde; opinar sobre a criação de novos cursos superiores na área da saúde; aprovar critérios e valores para a remuneração dos serviços de saúde e propor a convocação da Conferência Nacional de Saúde, ordinariamente a cada quatro anos, dentre outras.

[23] Editada em 07 de fevereiro de 1992, através da portaria n.º 234, assinada pelo Secretário Nacional de Assistência Social, que acumulava a função de Presidente do INAMPS.

implementação do Conselho Municipal de Saúde e Plano Municipal de Saúde, a elaboração de relatórios de gestão, a prestação de contrapartida orçamentária para a saúde e a definição de Plano de Cargos e Carreiras e Salários – PCCS.

Os Estados-membros tiveram o seu poder quase totalmente desarticulado desde a edição da NOB/91, quando praticamente se limitaram a ter a função de controle da manutenção dos requisitos, pelos municípios, para o repasse de recursos, podendo inclusive solicitar a rescisão do convênio de municipalização.

As duas primeiras NOBs (1991 e 1992) praticamente não inovaram no Sistema Único de Saúde, pois apesar de transferirem os repasses federais dos estados para os municípios, a lógica continuava a mesma (remuneração por prestação de serviços) e os instrumentos ainda eram os convênios públicos, ajustes de vontades entre entes públicos de natureza diversa, ou entre estes e particulares. Tanto é verdade que em 15 de abril de 1993, o Ministério da Saúde editou documento denominado: "Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei".

Tal documento era a Norma Operacional Básica relativa ao ano de 1993 – NOB/93[24]. Esta previu três formas de gestão local do SUS: gestão incipiente, gestão parcial e gestão semiplena. Somente a última possuía características de efetiva municipalização, pois o Município passaria a gerenciar a prestação dos serviços, bem como o gerenciamento da rede pública, excetuando os pertencentes aos Estados, passando a ter direito à transferência direta de recursos federais.

[24] Editada em 20 de maio de 1993, através da portaria n.º 545, assinada pelo Ministro de Estado da Saúde.

A adesão[25] dos Municípios à forma de gestão semiplena foi decepcionante. Em 1994 foram apenas 24 aderentes, em 1995 outros 32 aderiram, e em 1996 novos 81 Municípios se habilitaram, atingindo a marca de 137, o que representa um número ínfimo perto do universo de pouco mais de 5.500 unidades locais. (Costa, 2002: 60).

A "resistência" dos Municípios à adesão à gestão semi-plena pode ser atribuída à incerteza quanto ao efetivo repasse dos recursos, tendo em vista a crise financeira que o governo federal impunha à área da saúde, e à posição confortável de não se envolver no sistema de saúde, evitando o risco de incorrer em possíveis desgastes políticos por eventuais falhas, já que os municípios se encontravam totalmente despreparados para os novos desafios, não custa lembrar que estes tinham como função as atividades periféricas do sistema público de assistência à saúde (Magalhães Jr., 1998: 178).

Ao voltar sua atenção para a municipalização, o Sistema Único de Saúde acabou por agravar as desigualdades regionais. O Brasil, até nos dias atuais, enfrenta dificuldades não só pela sua extensão territorial, mas principalmente pela diversidade encontrada nos entes federados. Vários municípios não tinham condições de assumir os serviços de saúde, pois se encontravam totalmente à margem deste sistema. A saúde deveria ter sido ampliada a todos os municípios já a partir da Constituição de 1988, mas segundo Souza (2002:58), em 1996, 582 municípios, pouco mais de 10% do total, não recebiam recursos federais, seja por não terem se habilitado a nenhuma das três modalidades ou não possuírem infra-estrutura prestadora de serviços de assistência médica.

[25] São apresentados dados de 1994 a 1996, pois em 1996 foi editada a NOB/96, que alterou o sistema de

As disparidades existentes em nosso federalismo são gritantes[26]. Segundo dados do Censo de 2000, 48,5% dos municípios brasileiros apresentam população (urbana e rural) inferior a 10 mil habitantes, enquanto que na faixa de 10 a 20 mil habitantes, o percentual era de 41,9% do total. Ou seja, mais de 90% dos municípios brasileiros possuíam população inferior a 20 mil habitantes, representando 36,3% da população total. De outro lado apenas 0,6 % dos municípios, com população acima de 500 mil habitantes, respondiam por 27,8% da população total.

O Estado de Roraima, ainda conforme o censo de 2000, possuía apenas 15 municípios, e população total de 279 mil habitantes, ou seja, a população de um estado é menor do que a de mais de 30 municípios brasileiros. Existem municípios com pouco mais de mil habitantes, paralelos ao município de São Paulo, com mais de dez milhões de habitantes.

A NOB/93 criou ainda instituições importantes no processo de descentralização, verdadeiros espaços idealizados de negociação e pactuação entre os entes federados: a Comissão Intergestores Tripartite – CIT, (composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS, e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS) e a Comissão Intergestores Bipartite – CIB (composta por representantes da Secretaria Estadual de Saúde, do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde – CONSEMS, ou órgão equivalente, sendo

---

classificação. O interesse foi em demonstrar a falta de adesão inicial. A título de curiosidade, o Município de Belo Horizonte foi a primeira metrópole brasileira a viver a experiência da gestão semiplena do SUS (Campos, 1998:16).

[26] Por outro lado, as disparidades existentes entre os municípios do Brasil permitem que o sistema nacional se adapte às distintas realidades, tanto no tocante das demandas, recursos humanos e físicos (Arretche e Rodriguez, 1999:134).

membro nato o secretário municipal de saúde da capital). Estas seriam as arenas formais de discussão e pactuação política.

Outro fato marcante na implementação do Sistema Único de Saúde foi a extinção do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, em 27 de julho de 1993 (Souza, 2002B: 15), visto que se encerrava de vez a prestação dos serviços de saúde concentrados no governo central.

Mesmo com a edição da NOB/93, os estados ficaram com pouca ou nenhuma competência no Sistema Único de Saúde, visto que a principal forma de relacionamento se dava entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, contornando os poderes regionais.

Visando corrigir esta falha na rede da saúde, foi editada, em 1996, outra Norma Operacional Básica – NOB/96[27], cuja característica básica foi o fortalecimento do papel dos poderes regionais na coordenação dos programas vinculados ao SUS. Suas determinações, no entanto, só foram efetivamente aplicadas no ano de 1998.

Ficava delimitado como sendo papel dos gestores municipais o controle, a avaliação e auditoria dos prestadores de serviços de saúde (públicos e privados) dentro de seu limite territorial, enquanto que aos gestores estaduais competiria a mediação das relações entre os sistemas municipais. A Comissão Intergestores Bipartite, CIB, poderia fixar de maneira diversa a repartição de competências.

[27] Editada em 06 de novembro de 1996, através da portaria n.º 2.203, assinada pelo Ministro de Estado da Saúde.

Com a nova NOB/96, ocorreu uma transferência do foco, priorizando a atenção básica à saúde, através de políticas focalizadas, o que de certa forma contraria o texto constitucional, que primava pela universalização. A saúde pública passou a ser direcionada para os estratos mais pobres da população, segmentada pela renda da população.

A portaria do Ministério da Saúde n.º 3.925, de 1998, definiu a atenção básica como sendo “o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”, ou seja, abraçaria o conjunto de ações destinadas à prevenção e ao atendimento das demandas mais comuns e imediatas.

Na gestão municipal passou-se a ter dois modelos de gestão: plena da atenção básica e plena do sistema de saúde. No primeiro, os municípios passaram a responder totalmente pela assistência ambulatorial, pelas ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica, pela gerência de todas as unidades básicas de saúde pública de seu território, atendendo ainda os pacientes das cidades vizinhas. O segundo modelo acrescenta as atividades de média e alta complexidade, que passam a ser exercidas paralelamente aos Estados.

Apesar de prever uma transferência maior de responsabilidades aos Municípios, visto que, com a NOB/93, o máximo permitido era a gestão semiplena, enquanto que a NOB/96 previu a gestão plena, a adesão a esta última não foi muita elevada, em decorrência das próprias diferenças de tamanho e capacidade financeira dos municípios, já comentada. Tal adesão, contudo, passa a ser positivamente

influenciada pela eliminação da incerteza sobre as transferências federais, visto que as transferências passaram a ser de fundo a fundo, deixando de se caracterizava pela remuneração da prestação de serviços.

Em 1998, tínhamos 4.885 municípios habilitados ao atendimento pela gestão de atenção básica, equivalente a 89% de um universo de 5.507, enquanto que somente 431, representando 8% estavam habilitados no modelo de gestão plena do sistema de saúde (Costa, 2002: 61).

As transferências fundo a fundo, seja para os municípios, seja para os estados, passaram a ser a forma principal do governo federal financiar a saúde pública[28], em detrimento do sistema de remuneração pelos serviços prestados. Conforme dados do DATA/SUS[29], em 1995, pouco antes da mudança da regra, as transferências de fundo a fundo representavam somente 5% do total, passando a responder por mais de 50% dos gastos federais na assistência médica já em 1999, crescimento acentuado que se esperava desde 1996, ano de mudança das regras de repasse, a participação alcança 80,47% do total em 2003.

A NOB/96 também fixou quatro papéis básicos para os estados, que seriam: exercer a gestão do Sistema Único de Saúde no âmbito estadual; incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção a saúde de seus munícipes; assumir, em caráter transitório, a gestão da atenção a saúde das populações vinculadas a municípios que não tomaram para si tal responsabilidade; e promover a harmonização, integração e modernização dos sistemas municipais (Brasil, 2000A:25).

Ao longo do ano de 2000, a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde coordenou um processo de debate e negociação no sentido de identificar os pontos críticos a serem aperfeiçoados com vistas à consolidação do próprio SUS. Deste processo surgiu a Norma Operacional da Assistência à Saúde, editada em 2001 – NOAS/01[30].

O objetivo maior da NOAS/01 foi implementar mudanças no rumo do Sistema Único de Saúde, visando uma maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Neste sentido, a NOAS/01 fixou como marco a regionalização do processo de descentralização da saúde pública, sendo seu ponto mais importante, nesta transformação, a fixação de instrumentos de planejamento do Sistema Único de Saúde, principalmente a edição de Planos Diretores de Regionalização (Souza, 2002A:81).

O fortalecimento das capacidades gestoras do Sistema Único de Saúde (planejamento, programação, regulação, controle e avaliação) decorreu de uma série de novos instrumentos, capazes de fornecer dados para um melhor atendimento aos anseios da população, exigindo, dos poderes locais e regionais, uma pactuação sobre as diretrizes para a organização regionalizada da assistência (Souza, 2002B: 30).

A proposta da NOAS/01 para melhorar a eficácia dos serviços de saúde é a de formar módulos assistenciais resolutivos, capazes de fornecer acesso aos mesmos, de forma plena e oportuna, para todos os cidadãos. Tal medida tornou facilitar a

---

[28] Observa-se ainda a existência de despesas de manutenção e pessoal no montante total.
[29] www.datasus.gov.br
[30] Publicada em 29 de janeiro de 2001, através da portaria n.º 095, assinada pelo Ministro de Estado da Saúde.

negociação entre municípios, visto que nem todos os serviços de saúde têm implantação viável naqueles de pequeno porte.

Além desses módulos, a NOAS/01 também preconizou a regionalização das ações de média e alta complexidade, exigindo que o plano de regionalização compreenda o mapeamento das redes de referência em áreas estratégicas da saúde. Tais planos devem conter os princípios básicos para a regionalização dos serviços de assistência médica de média e alta complexidade, permitindo aos cidadãos o acesso mais próximo possível de suas residências, fixando a área de influência de todos os municípios com serviços de saúde de média e alta complexidade. Estabeleceu uma divisão territorial dos estados em regiões e microrregiões, cada qual dotada de um município-polo, portador de diversos serviços de saúde referência, que atendem também aos municípes vizinhos..

O Plano Diretor de Regionalização deve ser baseado num pacto entre os gestores, através da iniciativa das secretarias estaduais, O que se tem em mente é um planejamento integrado, fazendo com que determinados serviços de saúde não sejam pensados a nível municipal, mas sim num plano regional, permitindo ganhos de escala e sustentabilidade do custeio dos mesmos.

Com a existência do Plano de Regionalização, ganhou força um instrumento já previsto na NOB/96, regulamentando o art. 26 da Lei n.º 8.080/90, que previa a efetivação do planejamento e do orçamento do Sistema Único de Saúde de forma ascendente, do nível local até o federal, através da instituição da programação pactuada integrada – PPI.

Assim, cada município, analisando suas prioridades e os municípios com serviços de saúde de referência, aprova sua própria programação no seu conselho municipal de saúde, cabendo aos estados, juntamente com as Comissões Intergestores Bipartite, consolidar e compatibilizar as programações municipais com o plano diretor de regionalização. Ou seja, a elaboração da PPI se dá de forma vertical e ascendente, de forma a promover uma programação conjunta das ações a serem implementadas pelos entes federativos, permitindo que os demais tenham consciências das medidas planejadas, adaptando suas próprias ações. O objetivo é facilitar o atendimento fora do domicílio do cidadão, de forma pactuada e planejada, explicitando os fluxos de referências e orientando a alocação dos recursos financeiros.

Em 2002, foi editada a segunda Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/02[31]. Seu principal foco foi a viabilização de instrumentos de controle, regulação e avaliação capazes de fornecer dados reais aos gestores do Sistema Único de Saúde. Assim, estes passam a dispor de melhores condições para efetivar as correções necessárias seja no tocante à fixação das prioridades e diretrizes, seja no tocante à implementação das políticas públicas.

Um passo importante para a coordenação e solidariedade na prestação dos serviços da Saúde Pública, foi a edição do Pacto pela Saúde 2006[32] – Consolidação do SUS. Este documento aprovou as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, prevendo que os Municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema (NOB/96 e NOAS/02)

[31] Editada em 27 de fevereiro de 2002, através da Portaria n.º 373, assinada pelo Ministro de Estado da Saúde.
[32] Editada em 22 de fevereiro de 2006, através da portaria n.º 399, assinada pelo Ministro Interino de Estado da Saúde.

permaneceram com suas prerrogativas e responsabilidades até a assinatura de novo termo de compromisso de Gestão, abraçando as novas regras.

O Pacto pela Saúde 2006 renova os princípios vigentes do Sistema Único de Saúde, privilegiando a regionalização dos serviços, mas não atenua os encargos municipais. A regionalização visa garantir acesso, resolutividade e qualidade nas ações e serviços de saúde cuja complexidade ultrapasse a escala local/municipal.

Ou seja, o próprio pacto reconhece que alguns serviços não são adequadamente prestados pelo poder municipal, quando a demanda não for suficiente para a própria manutenção dos equipamentos públicos.

Por outro lado, apesar de continuar sendo de incumbência do Município a detectar as demandas da população local, e organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, impõe como dever do Município a garantia da integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar e abordagem integral.

Portanto, outra solução para o Poder Local não há, senão a adoção de medidas coordenadas seja com o Poder Regional (Estados-Membros) ou com os demais Municípios através do consorciamento.

#### 3.1.1.3. O controle social no Sistema Único de Saúde

A cidadania[33] é plena quando o indivíduo consegue exercer seus direitos e deveres, garantindo a possibilidade de se expressar livremente, defender seus interesses e escolher seus representantes (Brasil, 2002D:124). Não se pode dizer que a cidadania só exista em regimes democráticos, pois ela sempre acabará existindo para uma parcela da população. É preferível, portanto, adotar a noção de que a plenitude do exercício da cidadania somente é possível durante um regime democrático que garanta às pessoas a oportunidade de expressar sua opinião e, sobretudo, de acesso às informações para estabelecer seu próprio convencimento (Bonavides, 2001:250).

A participação popular na área da saúde, através dos conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde, é uma verdadeira forma de afirmação da cidadania, permitindo que a população através de membros da comunidade, tenha acesso aos dados da saúde, apresente suas demandas e ainda cobre explicações do governo correspondente.

Os movimentos comunitários de saúde, embriões dos conselhos, surgiram nos Estados Unidos, no início do século passado, com o propósito de dar resposta aos graves problemas associados à relação entre pobreza e doença. (Lucas e Campomizzi, 1998: 52).

A título de curiosidade, Belo Horizonte, em 1993, já possuía um Conselho Municipal, além de 2 (dois) Conselhos Distritais e 20 Comissões Locais de Saúde. Isto permitiu, de forma prematura se comparada com os demais municípios brasileiros, uma nova

[33] Sobre a cidadania, obrigatória se faz a leitura da obra do professor José Murilo de Carvalho: Cidadania no Brasil. O longo caminho.

mediação nesses locais democráticos de debate, contribuindo para reverter a apropriação histórica da saúde pública pelo setor privado (Campos, 1998:25).

Em 2000, quase todos os conselhos de saúde previstos na legislação já haviam sido implementados. Estavam em funcionamento o Conselho Nacional de Saúde, os dos estados e do Distrito Federal e de 98% (noventa e oito por cento) dos municípios (Brasil, 2000A:33). Isso não quer dizer que os conselhos, em termos de funcionamento, encontram-se a "pleno vapor", representando uma efetiva esfera de debates públicos na área da saúde.

Percebe-se que alguns Conselhos Municipais de Saúde foram criados simplesmente para preenchimento dos requisitos necessários, a permitir o recebimento de recursos federais. Tais conselhos não conseguem influenciar as decisões do governo local e se encontram totalmente domados e dependentes. Somente, quando a criação dos Conselhos é precedida pela luta social, através da sociedade civil organizada, é que sua atuação tende a modificar a administração pública, influenciando as decisões do executivo na implementação das políticas públicas (Neder, 1998: 43).

Os conselhos de saúde receberam das regras do SUS[34], como atribuições, a deliberação de caráter permanente dos assuntos atinentes à área da saúde, a identificação e definir as prioridades locais participar das formulações das políticas públicas de saúde e acompanhar sua implantação, a de fiscalizar, fiscalizando a execução das soluções para os problemas na área da saúde e a de fiscalizar e controlar os gastos na mesma.

[34] Podendo existir outras oriundas das Leis Orgânicas Municipais e das Constituições Estaduais (Dallari, 1998: 24).

A composição dos conselhos de todas as esferas, conforme a resolução n.º 33/92, do Conselho Nacional de Saúde, e feita na proporção de 50% oriunda dos usuários, 25% de representantes do governo e prestadores de serviços de saúde e os outros 25% dos trabalhadores da área da saúde.

Além dos conselhos, também é factível a utilização dos chamados PROCONs, órgãos encarregados da proteção e defesa dos consumidores, previstos no Código de Proteção e Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078, 11/09/90). Tais organismos também servem para fiscalizar a prestação de serviços, abrangendo, portanto, a área da saúde, acompanhando os casos de mau atendimento, condições precárias, dentre outras (Barras, 1998:36).

A população conta ainda com outra instituição pública de proteção dos interesses sociais no controle da saúde pública: o Ministério Público[35]. Este poder, além do controle político-administrativo, dispõe de mecanismos judiciais, tais como as ações civis públicas e as de improbidade administrativa[36].

De forma individual, ou coletiva, os cidadãos brasileiros podem ainda lançar mão do mandado de injunção, garantia fundamental prevista no art. 5.º da Constituição da República de 1988. Pensado para efetivar os direitos previstos no referido diploma, através da ação direta proposta pelos detentores de tais direitos, foi podado pelo Supremo Tribunal Federal, que sustenta não poder regulamentar o exercício dos

[35] O Ministério Público diante de um impasse, pode intervir na esfera política do ente federativo, através da mediação. Não poderá nunca estabelecer quais as condutas que o chefe do executivo deve assumir ou deixar de fazer (se dentro da legalidade), pois foi este o eleito para governar, tomar as decisões políticas. Portanto, caso o Ministério Pública entenda que o ente federado está a desrespeitar alguma disposição legal, deverá solicitar informações, para num segundo momento suscitar ao Poder Judiciário a declaração sobre a legalidade ou não da conduta.

direitos, sob pena de interferir no Poder Legislativo ou Executivo, que são independentes, atribuindo meros efeitos declaratórios (Silva, 2004:449).

[36] Improbidade administrativa é toda e qualquer conduta praticada por agentes públicos ou particulares que atentem contra os princípios da administração pública, promovam enriquecimentos ilícitos ou prejuízos aos erários. Está regulamentada na Lei n.º 8.429/92.

This document was created with Win2PDF available at http://www.daneprairie.com.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

# 4. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde

## 4.1. As formas de cooperação da Administração Pública

Em virtude da crise fiscal que enredou o Estado moderno, ocorreu uma limitação ou mesmo redução da capacidade de intervenção governamental, inclusive nas questões sociais, o que gerou uma transformação da forma de atuação da Administração Pública, principalmente nas últimas décadas. Por outro lado, o desenvolvimento social, que também vivenciamos no período, fez crescer as demandas sociais canalizadas para o poder público. O Brasil não escapa a essa situação.

Frente a este cenário, o Estado brasileiro passou a desenvolver uma série de medidas em busca de parcerias entre o setor privado e o setor público, ou ainda dentre deste. A descentralização, bandeira mestra da formatação do Sistema Único de Saúde, também é encarada como uma alternativa que pode contribuir para o enfrentamento das deficiências estatais[1]. Ao se transferir as decisões para a esfera de governo mais próxima da população, a interação entre a esfera pública e a sociedade civil organizada é facilitada e permite uma melhor utilização dos recursos disponíveis.

A descentralização do Sistema Único de Saúde obteve grande impulso quando da instituição do mecanismo de transferência de recursos fundo a fundo, pois permitiu aos municípios adaptarem os serviços de saúde disponibilizados às suas reais necessidades.

[1] A descentralização pode, por outro lado, acentuar as desigualdades regionais, bem como fragmentar as políticas públicas (Arretche, 1996 e Rocha, Faria, 2004).

A utilização de formas de parceria entre o setor público e o privado também contribuiu na democratização e no fortalecimento do federalismo brasileiro, pois a proximidade da esfera de decisão permite a participação da população, proporcionando um maior conhecimento recíproco, facilitando o diagnóstico dos problemas sociais, ao contrário das burocracias centralizadas, quase sempre com tendências autoritárias (Baracho, 2000: 29).

A transferência do centro de decisões para a base surgiu na doutrina social da Igreja Católica (Wanderley Júnior, 1999:129). Em 1931, o Papa Pio XI, ao promulgar a encíclica *Quadragesimo Anno*, exatamente quarenta anos após a encíclica *Rerum Novarum*, fixou os fundamentos filosóficos e sociológicos da coexistência e cooperação social, "definindo o caráter subsidiário da atividade social, valorizando a atuação livre e criativa dos membros do corpo político".

O princípio de subsidiariedade é aplicável em diversos domínios, seja no administrativo seja no econômico, e pode ser entendido como uma forma de atuação estatal em conjunto com outras entidades ou órgãos da Administração, em parcerias com instituições privadas e com a sociedade em geral.

A descentralização política promovida pela instituição federativa é amparada pela idéia de subsidiariedade. Esta noção se completa ao imaginarmos uma divisão de competências não só entre os entes federativos, mas entre estes e a própria sociedade. Nela, o Estado somente deveria atuar quando o setor privado não for capaz de propiciar os resultados adequados, e este, por sua vez, não poderá interferir nas atividades a

serem exercidas pela pessoa, ou seja, não se deve transferir a uma sociedade maior aquilo que pode ser realizado por sociedade menor (Baracho, 2000: 35)

Diante da escassez de recursos, o caminho indicado é o Estado deixar de atuar de forma direta nas áreas em que o setor privado consiga atender satisfatoriamente os anseios da população, mas é imprescindível que mantenha as funções de planejamento, normativa e fiscalizadora. Dessa forma, o setor privado passaria a ser responsável pelos investimentos e riscos inerentes à execução, permitindo que os recursos públicos passem a ser alocados onde realmente revelem-se imprescindíveis, como na área da saúde. Ressalte-se aqui que os grandes laboratórios e hospitais não se preocupam espontaneamente com o atendimento àqueles que não podem pagar pelos procedimentos.

Di Pietro (1999:11) afirma que estas novas formas de parceria entre o Estado e a sociedade civil, às vezes, não passam de antigas fórmulas transvestidas com nova roupagem, mas que visam principalmente reduzir o tamanho da máquina estatal e fortalecer a iniciativa privada, como a privatização.

Diversos são os meios de se reduzir a atuação estatal de forma direta e incisiva. As transferências das competências podem se dar entre os entes públicos e também envolver as instituições privadas. Temos assim os contratos de concessões e permissões de serviços públicos, os convênios e consórcios dentre vários.

### 4.1.1. Contratos

Os contratos são ajustes de vontades feitos por duas ou mais partes envolvidas, buscando vontades diversas. Verdadeiros negócios jurídicos, ou seja a manifestação da vontade é voltada para os efeitos jurídicos que será capaz de produzir (Martins, 2003:181).

Não obstante a discussão doutrinária no momento da criação da teoria dos contratos administrativos, estes se afastaram dos preceitos da teoria do contrato privado (Medauar, 2004:247), sendo que os contratos administrativos clássicos possuem como objeto obras, compras, serviços, alienações, concessões, permissões e locações. A lei define os contratos administrativos como sendo "todo e qualquer ajuste entre órgãos ou entidades da Administração Pública e particulares, em que haja um acordo de vontades para a formação de vínculo e a estipulação de obrigações recíprocas, seja qual for a denominação utilizada[2]".

Os contratos administrativos devem seguir os princípios do Direito Administrativo, revelando uma diferenciação entre as partes, pois pode a Administração Pública, no atendimento ao interesse público, alterar o objeto do contrato de forma unilateral, fiscalizar e punir o contratado entre outros itens.

### 4.1.2. Convênios e consórcios

[2] Art. 2.º, *caput*, da Lei n.º 8.666/93.

Nas últimas décadas, vêm aflorando novas formas de ajustes de vontades, baseadas no consenso, acordo, cooperação e parceria entre os órgãos e entidades estatais e entre estes e a sociedade civil. Não são propriamente contratos, pois divergem destes em vários itens, mas fazem parte da teoria geral dos contratos, por se caracterizarem como ajustes de vontades, com obrigações recíprocas (Medauar, 2004: 270).

Os convênios administrativos são ajustes de vontades, na busca de interesses comuns, seja entre entidades e órgãos estatais de diferentes espécies, seja entre as entidades e órgãos estatais e entidades privadas (Meirelles, 1994: 354). Uma exceção à diversidade da natureza dos entes envolvidos seriam os convênios celebrados entre duas universidades públicas, integrantes do mesmo nível federativo (Medauar, 2004: 270).

Os consórcios, por sua vez, já seriam acordos celebrados, associando esforços entre entidades da mesma espécie, visando atingir objetivos comuns, caracterizando-se por um verdadeiro compromisso de mútua cooperação[3] entre consorciados (Barros, 1995: 508).

Os convênios aparecem de forma mais constante nas regras legais que os consórcios administrativos, pois a abrangência destes é reduzida quanto aos seus componentes (o mais comum é entre municípios). Os convênios são mais amplos, pois podem existir até

[3] A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, publicou, em junho de 1997, boletim informativo que previu duas formas de consorciamento municipal: cooperação mútua e conjugação de esforços e recursos financeiros, que serão analisadas no tópico relativo aos consórcios intermunicipais de saúde.

mesmo tendo os consórcios como uma das partes. Abrange, por exemplo, a participação do setor privado no Sistema Único de Saúde[4].

Podemos também diferenciar os consórcios dos convênios através das estruturas administrativas. Diversas leis vigentes exigem que os consórcios possuam um conselho consultivo, uma autoridade executiva e um conselho fiscal, organismo não exigidos dos convênios (Gasparini, 2004:403).

Medauar nos ensina que a doutrina diferencia os convênios dos contratos quanto à natureza jurídica, remetendo aos consórcios as afirmações feitas ao convênio. A essência de diferenciação dos contratos com os convênios e consórcios se dá:

> "a)no contrato há interesses opostos; no convênio há interesses convergentes; b) o contrato realiza composição de interesses opostos; o convênio realiza conjugação de interesses; c) no contrato há partes: uma que pretende o objeto (exemplo: obra, serviço) e remunera; a outra que visa o preço; no convênio não há partes, mas partícipes com as mesmas pretensões; d) nos contratos há obrigações recíprocas, o que falta nos convênios" (2004:271).

#### 4.1.2.1. Necessidade de autorização legislativa

Apesar de algumas Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais prescreverem a necessidade dos Municípios obterem autorização legislativa para celebrar convênios, o Supremo Tribunal Federal considerou tal exigência inconstitucional, com base na

[4] Art. 199. Art. 199 – A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
§ 1º – As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

separação dos poderes[5]. Entendeu a Suprema Corte brasileira que o Poder Executivo é eleito para governar e administrar os serviços públicos, da maneira que melhor lhe aprouver, cabendo ao Poder Legislativo acompanhar a prestação dos serviços públicos e exercer o seu controle externo, auxiliado pelos Tribunais de Contas[6].

A Lei n.º 8.666/93 regulamenta as licitações e os contratos administrativos, mas também se aplica aos convênios e consórcios, por força de seu artigo 116. Conforme tal artigo, "aplicam-se as disposições desta Lei, no que couber, aos convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres celebrados por órgãos e entidades da Administração".

O §2.º do referido art. prevê a obrigação da entidade ou órgão repassador de recursos comunicar o repasse ao Poder Legislativo do ente federado que for receber tais recursos, permitindo assim o exercício do controle por este. Não é pertinente diferenciar entre convênio ou consórcio, pois em qualquer caso ainda assim persiste o dever de informar.

#### 4.1.2.2. Os tipos de consórcios previstos no Estatuto da Cidade

[5] O Supremo Tribunal Federal declarou a inconstitucionalidade de aprovação prévia pela Câmara Municipal para que os Municípios celebrassem consórcios e convênios nos dispositivos contidos na Constituição do Estado de Minas Gerais, conforme o acórdão da Ação Direta de Inconstitucionalidade n.º 770, publicado em 20/09/2002.

[6] As disposições contidas na Constituição da República de 1988 sobre o Tribunal de Contas da União são estendidas aos demais Tribunais de Contas e Conselhos de Contas dos Municípios existentes no Brasil, consoante o art. 75. Sendo de sua competência auxiliar o controle externo, a cargo do Congresso Nacional, ao julgar as contas dos administradores e demais responsáveis por dinheiros, bens e valores públicos da administração direta e indireta, incluídas as fundações e sociedades instituídas e mantidas pelo Poder Público federal, e as contas daqueles que derem causa a perda, extravio ou outra irregularidade de que resulte prejuízo ao erário público (art. 71, II).

O Estatuto da Cidade (Lei n.º 10.257/2001) criou dois institutos que envolvem a idéia de atividades consorciadas, mas que não guardam similaridade com os consórcios públicos analisados até o presente momento. Eles são ligados a atividades pertinentes às políticas públicas urbanas: operações urbanas consorciadas e consórcio imobiliário.

As operações urbanas consorciadas estão regulamentadas nos arts. 32 a 34 do Estatuto da Cidade, e são definidas como:

> "Art. 32, § 1.º - Considera-se operação urbana consorciada o conjunto de intervenções e medidas coordenadas pelo Poder Público municipal, com a participação dos proprietários, moradores, usuários permanentes e investidores privados, com o objetivo de alcançar em uma área transformações urbanísticas estruturais, melhorias sociais e a valorização ambiental".

Percebe-se que as operações urbanas consorciadas[7] se aproximam mais da idéia dos convênios do que propriamente dos consórcios, pois prescrevem a adoção de "parcerias" entre o setor público e o setor privado.

Ao contrário dos consórcios intermunicipais é necessária a edição de uma lei específica para aprovar uma operação urbana consorciada, fixando desde já valores que o setor privado deverá fornecer à Administração Pública para utilização exclusiva na mesma[8].

---

[7] São previstas nas legislações municipais dos Municípios de Belo Horizonte (Leis 7.165/96 e 7.166/96), Campinas (Lei Complementar 04/96), Campo Grande (Lei Complementar 05/95), Mauá (Lei 3272/2000) e Natal (Lei Complementar 07/1994) (Brasil, 2001: 241).

[8] Art. 33 Da lei específica que aprovar a operação urbana consorciada constará o plano de operação urbana consorciada, contendo no mínimo:

VI – contrapartida a ser exigida dos proprietários, usuários permanentes e investidores privados em função da utilização dos benefícios previstos nos incisos I e II do §2.º do art. 32 desta Lei;

§ 1.º Os recursos obtidos pelo Poder Público municipal na forma do inciso VI deste artigo serão aplicados exclusivamente na própria operação urbana consorciada.

Portanto as operações urbanas consorciadas significam a tentativa do Poder Público de transferir ao setor privado os custos das intervenções e medidas que visem alcançar melhorias sociais e valorização ambiental, normalmente em substituição ao tributo denominado "contribuição de melhoria", através do qual o Poder Público exige dos beneficiados da atividade estatal contribuição sobre a valorização sofrida por seus bens, sempre limitada ao efetivo valor gasto. Tal contribuição sofre de dificuldades operacionais, pois primeiro seria necessário fixar quais os bens que foram efetivamente beneficiados, para depois efetuar o rateio dos valores gastos.

A outra idéia de consórcio previsto no Estatuto da Cidade é o chamado consórcio imobiliário[9], definido como sendo:

> "forma de viabilização de planos de urbanização ou edificação por meio da qual o proprietário transfere ao Poder Público municipal seu imóvel e, após a realização das obras, recebe como pagamento, unidades imobiliárias devidamente urbanizadas ou edificadas" (Art. 46, § 1.º).

Tal atividade se faz presente no setor privado, sendo baseada num contrato de permuta celebrado por proprietários de lotes ou casas e construtoras, tendo como objeto a troca dos bens mencionados por apartamentos a serem construídos na respectiva área.

Está previsto no Estatuto da Cidade, pois os municípios podem vir a instituir sanções pelo descumprimento da função social da propriedade privada, através do parcelamento, edificação ou utilização compulsórios, Imposto Predial e Territorial Urbano progressivo (dobrando anualmente a alíquota até o limite de 15%). E num terceiro momento, poderá a administração municipal desapropriar o bem subtilizado

[9] Previsto na Legislação do Município de Campo Grande desde 22 de novembro de 1995, através da Lei Complementar n.º 05 (Brasil, 2001: 242).

com pagamento da indenização equivalente em títulos da dívida pública, resgatáveis em até dez anos, com juros legais de 6% ao ano.

Toda essa rede de institutos legais é perfeitamente aplicável, mediante regulamentação por lei municipal, mas são capazes também de provocar injustiças sociais. Quando o alvo forem os grandes proprietários de imóveis, teremos a promoção do interesse público sobre o privado, colocando os bens à disposição da população, seja como estacionamento, unidades residenciais ou comerciais para locar. Noutra ponta, teremos uma grande injustiça social se o imóvel subtilizado assim o seja por incapacidade financeira de seu proprietário, que juntou todas as suas economias para adquirir um lote vago, para num momento futuro começar a construir sua casa própria, justificando a prática dos consórcios imobiliários.

### 4.2. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde

A criação do Sistema Único de Saúde nos moldes da Constituição da República de 1988, conforme analisado retro, implicou num forte movimento de municipalização da saúde, através da descentralização. A campanha para aumento das competências municipais já existia dentro do próprio governo ditatorial, sendo um grande defensor desta causa Helio Beltrão:

> "O município é a grande realidade física, social e humana da Federação. Só no município podem ser bem resolvidos os problemas que afetam o dia-adia dos brasileiros. Refiro-me aos problemas de alimentação, saúde, ensino e semelhantes" (Beltrão, 2002:23).

Com a descentralização decorrente da criação do novo sistema de saúde pública brasileira, ocorreu um aumento da eficiência alocativa, de qualidade e de transparência no setor. Por outro lado, também facilitou a fragmentação das políticas públicas, perdas de escala, além de dificultar uma ação de coordenação e de integração dos serviços públicos de saúde num verdadeiro sistema único (Teixeira, Bugarin e MacDowell, 2003B:2).

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde, pela Lei Orgânica da Saúde, Normas Operacionais Básicas e Normas Operacionais da Assistência Social[10], os Municípios passaram, principalmente, a fornecer o atendimento às necessidades básicas de seus habitantes, o que leva a uma demanda de procedimentos mais complexos, nem sempre disponíveis a nível local. O não acesso aos serviços de média e alta complexidade gera uma insatisfação e revela a limitação dos gestores municipais (Bastos, 2002:3).

Essa situação é agravada em virtude de vários municípios terem sido criados sem qualquer viabilidade econômica-fiscal, fazendo surgir novos "drenos" para o erário, como despesas de remuneração de agentes políticos e de manutenção de novas sedes, que, em suma, inviabilizam o investimento público nas reais necessidades da população (Afonso, Araújo e Khair, 2002:89). Outro aspecto a considerar é o fato de vários dos sistemas municipais já se encontrarem em fases distintas de capacidade de atendimento, sendo comum o atendimento a usuários encaminhados por outro

[10] A Norma Operacional da Assistência Social de 2001 propôs a criação de módulos assistenciais resolutivos formados por um ou mais municípios, visando garantir o acesso ágil e oportuno de todos os cidadãos a serviços de saúde necessários, mas que não podem ser ofertados em todos os municípios, principalmente nos de pequeno porte.

município, implicando numa necessidade de negociação prévia entre os gestores locais.

No “anseio” de possuir suas próprias unidades de assistência médica, os municípios esbarram no problema de escala, visto que vários procedimentos não são rentáveis ou até mesmo auto-sustentáveis quando subtilizados. Certo é que os subsistemas municipais devem fornecer a totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, mas os estabelecimentos não precisam ser necessariamente de sua propriedade, podendo ser unidades estaduais e federais, inclusive sediadas fora de sua base territorial (Brasil, 2000A:8).

Como nem todas as pessoas precisam de acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade, um hospital pode realizar operações cardíacas para toda uma região ou até mesmo um estado, sem prejuízo da qualidade, ou melhor, garantindo a qualidade que se percebe através do ganho de escala.

Como forma de enfrentar este problema, nossos constituintes já prescreveram a cooperação técnica e financeira da União e Estado[11], além dos demais Municípios que compartilhem das mesmas carências de serviços, demonstrando o mesmo interesse local. Mais especificamente, a Constituição de 1988 prevê a cooperação entre os Municípios em seu art. 241, com redação dada pela Emenda Constitucional n.º 19/1998:

[11] Art. 30. Compete aos Municípios:
(...)

> Art. 241. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços prestados.

Fenômeno existente no Brasil, principalmente após a Constituição de 1988, a cooperação entre entes federados de mesmo nível não é novidade no cenário político internacional. Para efeitos ilustrativos, existem na Espanha as chamadas mancomunidades, que surgiram no ano de 1409, que representam a coordenação de políticas públicas para retomar escalas de produção mais eficientes (Teixeira, Bugarin, MacDowell, 2003B:3).

Por sua vez, a Constituição do Estado de Minas Gerais, ao tratar da saúde pública e dos serviços públicos municipais, também acoberta a atuação dos consórcios municipais, seja ao repetir os princípios gerais do Sistema Único de Saúde, determinar a sua regionalização[12] ou prever expressamente os convênios e os consórcios celebrados pelos Municípios[13].

---

VII – prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população.

[12] Art. 188 - As ações e serviços públicos de saúde no âmbito integram rede nacional regionalizada e hierarquicamente constituída em sistema único, e se pautam também pelas seguintes diretrizes: II - regionalização de ações da competência do Estado;

[13] Ressalta-se que na Constituição do Estado de Minas Gerais houve um equívoco em sua redação final, pois o inciso I seguinte menciona convênio ao invés de consórcio, enquanto que no inciso II menciona consórcio de forma equivocada:

Art. 181. É facultado ao Município:

I – associar-se a outros, do mesmo complexo geoeconômico e social, mediante convênio previamente aprovado pela Câmara Municipal, para a gestão, sob planejamento, de funções públicas ou serviços de interesse comum, de forma permanente ou transitória; (Declarada a inconstitucionalidade das expressões "previamente aprovado pela Câmara Municipal" e “previamente aprovados pela Câmara Municipal”, contidas, respectivamente, nos incisos I e II - ADIN 770. Acórdão publicado em 20/9/2002).

II – cooperar com a União e o Estado, nos termos do convênio ou consórcio previamente aprovados pela Câmara Municipal, na execução de serviços e obras de interesse para o desenvolvimento local.

O dever municipal de prestar o atendimento à saúde inclui aqueles que são desprovidos de qualquer capacidade financeira para o atendimento das demandas sociais. Diante destas dificuldades, diversos municípios acabaram por se associar a outros localizados na mesma área geográfica, através da criação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Afinal o município, ao prestar a assistência médica na integralidade para seus munícipes, pode utilizar equipamentos de outros municípios e do próprio estado ou governo federal. Tal fato demonstra a efetividade da regionalização da rede e dos próprios serviços de saúde, garantia de um melhor acesso à saúde, à cidadania, através de investimentos conjuntos e até mesmo por ganho de escala dos serviços médicos.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde podem ter atuação em dois planos distintos: um geral e outro particular. No âmbito geral, são verdadeiros instrumentos de políticas públicas atuantes em nível microregional, com ações diversificadas conforme o objetivo prescrito. No aspecto local, caracterizam-se pela realização de atividades imediatas, como a construção de hospitais e centros de diagnóstico, dentre outros (Fontes, 2002:175).

O Consorciamento dos Municípios facilita a implementação do sistema de referências, ou seja, permite uma unificação da porta de entrada, levando às consultas com especialistas somente após indicação clínica.

Deve-se ressaltar que não basta ampliar a quantidade de pessoas vinculadas ao mesmo serviço médico para obter vantagens relativas à escala e produtividade. Estas vantagens podem variar com a quantidade utilizada, bem como a periodicidade.

> "Por exemplo, a probabilidade de se detectar casos positivos de câncer de mama, dada a sensitividade do teste, será maior se exames forem conduzidos na população de risco (mulheres acima de 40 anos). Expandir o uso do teste extensivamente, ou seja, englobar outras parcelas da população (mulheres fora da faixa de risco) apresentaria produtividade decrescente, ou seja, menor número de casos detectados por exames executados. Quanto à utilização intensiva, se exames forem realizados de 10 em 10 anos e passam a ser realizados de 2 em 2 anos, por exemplo, a detecção de tumores de mama aumentaria e portanto, a produtividade marginal do recurso médico seria positiva. Alternativamente, diminuir o intervalo para uma base mensal provavelmente levará o teste para uma região da curva de produção em que a produtividade marginal do fator e decrescente" (Teixeira, Bugarin, MacDowell, 2003B:6).

Essas parcerias estabelecidas entre governos municipais geograficamente próximos aparecem, com mais força, a partir dos anos 80, em todo o país. Destacam-se as regiões sul e sudeste, onde governos estaduais oferecem incentivos para seu desenvolvimento, ainda que sem garantias efetivas de sustentabilidade (Ribeiro e Costa, 1999:8) O Estado de Minas Gerais é, em particular, aquele que conta com o maior número de experiências[14] na área (Rocha e Faria, 2004:3 e 24).

Existem estímulos formais ao consorciamento, do ponto de vista normativo, visto que a Lei Orgânica da Saúde e a Norma Operacional Básica de 1996 defendem a formação das parcerias, mas não instituem incentivos de outra espécie (Ribeiro e Costa, 1999:12).

[14] Em 1999, Minas Gerais possuía 92,4% de seus Municípios participando de pelo menos uma forma de consorciamento, seguido pelo Paraná e Santa Catarina, com 77,6% e 73,7% respectivamente (Cruz, 2001:74).

Os dois primeiros Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais foram criados por incentivo do ex-diretor da Faculdade de Ciências Médicas[15], José Rafael Guerra, que procurava ofertar aos seus alunos condições de cursar residências médicas (Rocha e Faria, 2004:25).

Uma dessas experiências pioneiras - o Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Alto do São Francisco - começou, na verdade, por um erro de planejamento. O Município de Moema havia construído um hospital com recursos do governo federal, que acabou apresentando grande capacidade ociosa, gerando dificuldades na implantação de todos os serviços previstos e a própria manutenção dos mesmos. A Faculdade de Ciências Médicas, que precisava de um hospital para que seus alunos pudessem cursar a residência médica, celebrou uma parceria com o Município de Moema, com a finalidade de manter o hospital, garantindo as vagas necessárias aos novos médicos. Tal parceria provocou aumento da demanda, através de maior fluxo de pacientes oriundos dos municípios vizinhos.

Após mapearem a origem dos pacientes atendidos, os gestores dos SUS em Moema e Luz – município contíguo ao primeiro - começaram a contatar os outros municípios vizinhos, propondo uma organização conjunta da oferta dos serviços. A idéia se defrontou com obstáculos iniciais associados principalmente à situação "confortável" de tais Municípios que já estavam sendo beneficiados pelos serviços médicos mantidos por Moema e pela Faculdade. A cooperação, no entanto, fazia se necessária para a

[15] Instituída em 1951, a Faculdade de Ciências Médicas hoje é mantida pela Fundação Educacional Lucas Machado – FELUMA, já tendo sido vinculada à Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Atualmente oferta os cursos de Medicina, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

manutenção destes, o acabou resultando na criação do Consórcio Intermunicipal de Saúde.

A outra experiência pioneira que consiste na criação do Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Alto Rio Grande, se deu de forma semelhante (Rocha e Faria, 2004: 27). A Faculdade de Ciências Médicas propôs parceria à prefeitura de Santo Antônio do Amparo com a finalidade de ali implantar um hospital universitário. A intenção era similar, ou seja, criar vagas de residência médica para os alunos da referida faculdade. O aumento do fluxo de pacientes da área de entorno também se fez presente, inclusive com criação de linha de ônibus entre os Municípios de Campo Belo e Santo Antônio do Amparo para transporte principalmente de pacientes. A argumentação para a criação do consorciamento foi a mesma do caso anteriormente citado, ou os municípios vizinhos ajudavam no custeio da manutenção, ou os serviços teriam que ser suspensos.

Quando o atual Senador Eduardo Azeredo assumiu o governo de Minas Gerais em 1995, nomeou o médico José Rafael Guerra como Secretário de Estado da Saúde, o que contribuiu para uma maior divulgação das experiências de consorciamento em todo o Estado (Rocha e Faria, 2004:28). Mais que a mera divulgação, houve a imposição de restrições de negociações com os municípios não consorciados[16].

[16] Os consórcios intermunicipais de saúde se transformaram numa marca da gestão de José Rafael Guerra. Acreditando alguns que tal prática foi orientada por objetivos político-eleitorais do mesmo, pois diversas negociações de repasse de recursos financeiros e materiais foram estabelecidas no período anterior às eleições de 1998, na qual se candidatou e foi eleito Deputado Federal (Rocha e Faria, 2004:30). Seus objetivos políticos-eleitorais, contudo, não são capazes de afastar sua verdadeira convicção dos benefícios dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

O modelo de consorciamento “propagandeado” pelo governo estadual foi o da instituição de uma associação de direito privado, sem fins lucrativos. Tal modelo, contudo, não teve receptividade e adesão generalizada. Os gestores do SUS dos Municípios de Betim e região, por exemplo, julgaram desnecessária e até mesmo descabida a criação de uma pessoa jurídica paralela ao estado, motivo pelo qual não o adotaram (Somarriba e Machado, 2002:6).

O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba (CISMEP), com sede em Betim, foi constituído sem a criação da sociedade de direito privado. A opção recaiu no consórcio administrativo em sua forma pura, o que trouxe, em seu bojo, um aumento das despesas do município sede na área da saúde, tendo atingido valores superiores a 20% do orçamento municipal (Somarriba e Machado, 2002:7).

Diante de tal quadro, o governo municipal de Betim, eleito em 2000, resolveu promover a interrupção do funcionamento do Consórcio nos moldes originais, impondo assim uma renegociação da parceria. Na renegociação, ficou decidida a criação de uma associação civil sem fins lucrativos para gerir o patrimônio e receitas do consórcio intermunicipal de saúde, com o concomitante desligamento das despesas da saúde dos municípios consorciados do orçamento do Município de Betim.

Deve-se ressaltar que os valores orçamentários do Município de Betim não podem ser analisados pelo método tradicional. Ao não existir uma pessoa jurídica diversa da do Município para gerir os recursos oriundos dos demais municípios consorciados, estas transferências devem, necessariamente, constar do orçamento. No entanto, não se

trata propriamente de receita do Município de Betim, mas sim de verbas "carimbadas" para a saúde, oriundas dos demais Municípios, não podendo ser computadas duas vezes como gastos e investimentos na área da saúde.

Portanto, Minas Gerais teve experimentos de dois tipos básicos de consorciamento intermunicipal[17]. Um modelo, como o da Região do Alto São Francisco, administrado por uma associação civil de direito privado, e outro que adotou uma estrutura diversa, como o do Médio Paraopeba, sediado em Betim, que optou por não criar nenhuma pessoa jurídica.

Outro aspecto importante do consorciamento tem a ver com a tendência de concentração dos serviços médicos nos municípios pólos, defendida por explicações técnicas de economia de escala e também pela eficiência e racionalidade macroeconômica (Ribeiro e Costa, 1999:35). A lógica da parceria que envolve o consorciamento acaba sendo, em tais circunstâncias, prejudicada pela "venda" de serviços do município sede aos demais consorciados.

A concentração de equipamentos já era levantada por José Rafael Guerra que, durante sua gestão à frente da Secretaria de Estado da Saúde, procurou incentivar a alocação dos equipamentos de saúde de forma diversificada, no intuito de permitir aos municípios menores contar efetivamente com serviços médicos especializados, aos quais não teriam acesso facilmente, de forma a não ficarem na mera condição de usuários de um

[17] A grande contribuição destes dois modelos para as políticas de consorciamento na área da saúde será melhor analisada mais adiante, quando nos detivermos do aspecto da natureza jurídica dos consórcios intermunicipais de saúde (item 4.2.2), com ou sem criação de pessoas jurídicas para administrá-los.

serviço sediado em outra localidade, fazendo os desembolsos proporcionais ao uso (Rocha e Faria, 2004:29).

Deve-se ressaltar que a tentativa de descentralização dos equipamentos e especialidades médicas não pode significar em perdas de escala, sendo este combate uma das vantagens dos consórcios intermunicipais de saúde.

Tal tendência pode ser reduzida através da implantação de sistemas de coleta locais, fornecimento de transportes[18], centrais de consultas, bem como a edificação dos serviços médicos de forma descentralizada nos municípios, dividindo assim os benefícios políticos dos mesmos aos governos e beneficiando diretamente os usuários.

### 4.2.1. Fatores que poderiam influenciar na formação do consorciamento

A Constituição de 1988 prevê dois tipos de regiões: as de desenvolvimento ou administrativas (art. 43[19]) e as metropolitanas (art. 25, §3.º[20]), além das chamadas microrregiões e aglomerações urbanas, também previstas neste último artigo.

---

[18] Importante estudo sobre o fornecimento de transportes aos usuários dos consórcios intermunicipais de saúde é o realizado por Sônia Cristina Stefano Nicoletto, Alide Marina Biehl Ferraes e Luiz Cordoni Júnior (2004). O objeto de estudo é a instituição das linhas da saúde, internas ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná (CISNOP).

[19] Art. 43 – Para efeitos administrativos, a União poderá articular sua ação em um mesmo complexo geoeconômico e social, visando a seu desenvolvimento e à redução das desigualdades regionais.
§ 1º – Lei complementar disporá sobre:
I – as condições para integração de regiões em desenvolvimento;
II – a composição dos organismos regionais que executarão, na forma da lei, os planos regionais, integrantes dos planos nacionais de desenvolvimento econômico e social, aprovados juntamente com estes.
§ 2º – Os incentivos regionais compreenderão, além de outros, na forma da lei:
I – igualdade de tarifas, fretes, seguros e outros itens de custos e preços de responsabilidade do Poder Público;
II – juros favorecidos para financiamento de atividades prioritárias;
III – isenções, reduções ou diferimento temporário de tributos federais devidos por pessoas físicas ou jurídicas;

A União poderá fomentar o desenvolvimento de um complexo geoeconômico e social, através de ações articuladas, através da instituição de uma região administrativa, ou seja, poderá o Poder central articular suas políticas para atuar como um todo numa determinada realidade social.

É de se ressaltar que os Estados-membros e os Municípios também podem dividir sua base territorial em regiões administrativas, buscando a modernização do Estado para atender eficientemente as demandas da população, numa verdadeira tentativa de simplificação de uma realidade altamente complexa (Arruda e Abreu, 1996:1).

Diferentemente dos consórcios intermunicipais de saúde, que é uma agremiação de municípios, a implementação de uma região administrativa se dá de cima para baixo, sem a necessária participação dos poderes locais e regionais, cabendo à lei complementar que a definir fixar os organismos que executarão os planos regionais integrantes do plano nacional de desenvolvimento econômico e social.

As preocupações sobre a idéia de agrupamentos de municípios para a instalação, exploração e administração de serviços públicos comuns já se faziam presentes na Constituição de 1937. Somente na Constituição de 1967, contudo, é que as regiões

---

IV – prioridade para o aproveitamento econômico e social dos rios e das massas de água represadas ou represáveis nas regiões de baixa renda, sujeitas a secas periódicas.
§ 3º – Nas áreas a que se refere o § 2º, IV, a União incentivará a recuperação de terras áridas e cooperará com os pequenos e médios proprietários rurais para o estabelecimento, em suas glebas, de fontes de água e de pequena irrigação.

[20] Art. 25 – Os Estados organizam-se e regem-se pelas Constituições e leis que adotarem, observados os princípios desta Constituição.
§ 3º – Os Estados poderão, mediante lei complementar, instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamentos de municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum.

metropolitanas foram preliminarmente definidas, sendo tratadas como áreas "constituídas por municípios, que independente de sua vinculação administrativa, integram a mesma unidade sócio-econômica, visando a realização de serviços comuns" (Plambel, 1988:3).

Na Constituição de 1988, a competência para se instituir as regiões metropolitanas é dos Estados, enquanto que na de 1967 este poder era da União (Silva, 2004:646). A União, através da Lei Complementar n.º 14, de 8 de junho de 1973, implementou as regiões metropolitanas de São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador, Curitiba, Belém e Fortaleza, e, no ano seguinte, estabeleceu a região metropolitana do Rio de Janeiro, através da Lei Complementar n.º 20, de 01 de julho de 1974 (Silva, 2004:646). Atualmente temos um total de 26 regiões metropolitanas, sendo que as mais recentes foram as do Foz do Itajaí, Carbonífera e de Tubarão, estabelecidas em janeiro de 2002, no Estado de Santa Catarina.

Os serviços metropolitanos devem buscar a promoção do desenvolvimento econômico e social num enfoque interno, através da atuação dos três níveis federativos brasileiro (Plambel, 1988:9). Um aspecto importante é a fixação dos critérios de compensação financeira para municípios de regiões metropolitanas sobre os quais recaiam os ônus da metropolização, como os municípios-dormitório e aqueles que tem áreas definidas como sendo de proteção ou reserva de mananciais (Plambel, 1988:10).

A fixação do que se deve, ou não, considerar como de competência das regiões metropolitanas é uma tarefa complexa. A Lei Complementar 14/73 apresentou uma

listagem de funções, mas que não é taxativa. Diversas regiões vêm trabalhando em conjunto assuntos não listados na referida lei. Pode-se dizer, portanto, que as principais funções de interesse comum metropolitano seriam as seguintes:

> - "Aquelas com capacidade de impulsionar o desenvolvimento regional;
> - aquelas que, do ponto de vista espacial, atendam a vários municípios ou impliquem interdependência entre eles, quer em termos do beneficiamento ou utilização comum de atividades localizadas em um município, quer em termos das externalidades geradas por uma atividade localizada em um deles;
> - aquelas que, do ponto de vista da eficiência econômica ou da qualidade do atendimento, imponham uma solução organizacional supra local;
> - aquelas em que as limitações financeiras ou técnicas dos municípios imponham uma atuação, mesmo que supletiva, da entidade metropolitana" (Plambel, 1988: 14).

Em 1984, Fernandes (1984:26) defendia que a gestão das regiões metropolitanas fosse organizada de forma colegiada, cabendo as funções executivas a um colégio dos Prefeitos dos Municípios integrantes e as funções legislativas uma Assembléia Metropolitana composta por vereadores e membros eleitos diretamente pela comunidade da Região. Também deveriam ter sido garantidos uma fonte de recursos próprios às Regiões Metropolitanas, através de um imposto metropolitano e do estabelecimento de transferências sistemáticas de recursos.

O texto constitucional vigente prevê também as chamadas microrregiões, formadas por grupos de Municípios limítrofes, dotados de certa homogeneidade tanto nas características físicas como nos problemas administrativos (Silva, 2004:646).

O diálogo oriundo destas formas de divisão administrativa do Estado brasileiro acaba por gerar um capital social catalisador da formação dos consórcios intermunicipais de

saúde, principalmente se aliada à homogeneidade das culturas políticas e administrativas. (Rocha e Faria, 2004:13).

Interessante se faz analisar as relações entre as instituições pré-existentes e o processo de formação dos consórcios intermunicipais de saúde em Minas Gerais. Para tanto fixamos uma comparação entre as regiões administrativas instituídas pela Lei n.º 11.962, de 30 de outubro de 1995, totalizando um total de 25, e que objetivam a descentralização pública estadual (Minas Gerais, 1997), bem como das regionalizações determinadas pelo Estado de Minas Gerais na área da Saúde, conforme o Plano Diretor de Regionalização e as composições dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

As regiões administrativas existentes em Minas Gerais permitem um comparativo sobre a sua instituição e a criação dos consórcios intermunicipais de saúde em Minas Gerais, pois foi no ano de 1995 que o Governo Estadual iniciou uma forte campanha sobre as vantagens destes[21]. Contudo podemos afirmar que inexiste uma correlação direta entre as regiões administrativas e os Consórcios Intermunicipais de Saúde , visto que a maioria destes, 65% do total possuem municípios vinculados a duas ou mais regiões.

Outra forma de regionalização que poderia afetar o processo de consorciamento dos Municípios é o instituído através do Plano Diretor de Regionalização, já analisado no capítulo anterior. Dos 63 Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais, 44 (70%) destes são compostos por Municípios de uma única macrorregião de planejamento, enquanto 18 (28%) reúne Municípios de 2 ou mais macrorregiões,

[21] Como visto no item 4.2 desta dissertação.

existindo ainda 1 Consórcio Intermunicipal de Saúde que envolve municípios de Minas Gerais, Bahia e Espirito Santo, mas ao verificarmos a composição dos Consórcios com base nas microrregiões, apenas 17 (27%) dos consórcios agrupa municípios de uma só microrregião, 39 (62%) dos consórcios são composto por municípios de 2 ou 3 microrregiões e 7(11%) dos consórcios reúnem municípios de 4 ou mais microrregiões.

Ao analisarmos a distribuição geográfica dos consórcios intermunicipais de saúde em Minas Gerais, podemos perceber que estes se formaram sem estrutura lógica aparente: 17 apresentam vazios territoriais, ou seja, são formados por municípios não limítrofes, bem como 3 se fazem presentes no entorno de cidades médias, as quais apesar de cercadas por municípios consorciados optaram por não aderir ao consorciamento. Por exemplo, temos o Município de Teófilo Otoni que abriga a sede do Consórcio Intermunicipal de Saúde Entre os Vales Mucuri e Jequitinhonha.

Também não existe relação dos consórcios intermunicipais de saúde com a malha viária existente em Minas Gerais. Não que inexistam estradas ligando os entes consorciados, mas não existe um padrão de ocorrência. Encontramos consórcios intermunicipais de saúde que não são cortados pelos principais troncos viários[22], enquanto que outros são atravessados por duas rodovias principais. O mais comum é a ligação entre membros dos consórcios intermunicipais de saúde de menor distância ser feita através de vias não pavimentadas.

[22] BR-040, BR-050, BR-116, BR-153, BR-251, BR-262, BR-265, BR-365, BR-381, BR-491 e MG-050

Além das experiências e práticas políticas e institucionais envolvendo as demandas regionais, diversos outros fatores também podem influenciar o consorciamento dos municípios. É ilustrativo o estudo desenvolvido por Teixeira, Bugarin e MacDoweel (2003B) que isolaram duas variáveis: demandas por serviços médicos e renda per capita, para verificar qual a combinação mais favorável para a cooperação.

Na análise dos autores, a situação ideal seria a homogeneidade total entre os municípios[23], ou seja, quando possuem interesse pelos mesmos serviços especializados e mesmo nível de renda. Nesta situação, o consórcio intermunicipal de saúde ofertará ganhos de produção suficientes para a sua formação, desde que solucionado o problema do *free rider*.

Caso os municípios possuam preferências homogêneas, mas rendas per capita distintas, o maior interesse de se consorciar partiria dos municípios mais ricos, pois normalmente já atendem os cidadãos de municípios vizinhos, não recebendo contra prestação para tanto. Portanto, nos Consórcios Intermunicipais de Saúde que possuem um município pólo destoante dos demais, os municípios mais pobres terão um ganho na produção de saúde, visto ter acesso a serviços antes indisponíveis diretamente, enquanto que o mais desenvolvido perceberá uma redução no gasto com a saúde, pois os vizinhos passariam a contribuir mensalmente para manutenção dos serviços eventualmente já existentes.

[23] Tal característica também é constatado por Rocha e Faria (2004).

No caso das rendas serem equivalentes, mas com preferências heterogêneas, os autores acreditam existir um grande empecilho na formação dos Consórcios, devendo o mesmo fornecer ganhos elevados até mesmo para a sua criação. Sendo que nos casos de renda e preferência heterogêneas, os autores acreditam que o consórcio não seja nem mesmo cogitado.

Concluem os autores[24] afirmando que:

> "As reduzidas evidências empíricas recolhidas parecem suportar os resultados obtidos no que diz respeito à homogeneidade de renda. A análise da renda *per capita* dos consórcios existentes no Estado de Minas Gerais mostra que há homogeneidade de rendas entre os municípios participantes de um mesmo consórcio. Em 31 dos 64 consórcios atuantes em 2003 – que englobam 754 municípios do Estado – 70% a 100% dos municípios participantes da mesma associação são separados por apenas um decil de renda. Além disso, em uma mesma Diretoria Regional de Saúde, verifica-se que 59,1% dos municípios consorciados apresentam rendas homogêneas do que municípios que não formaram parcerias." (Teixeira, Burgarin, MacDowell, 2003B: 20)

Uma última característica favorável ao consorciamento é a possibilidade de incremento do poder de diálogo, pressão e negociação dos governos municipais frente ao governo estadual e até mesmo o federal.(Rocha e Faria, 2004:16)

### 4.2.2. Natureza Jurídica

Grande dilema sobre os Consórcios Intermunicipais de Saúde é sobre a sua natureza jurídica, em virtude das diversas formas de sua organização. Ao analisarmos

[24] O estudo dos autores é baseado em variáveis hipotéticas, tanto que acentuam serem poucas as evidências empíricas colhidas. Certo é que os municípios localizados numa dada região, normalmente, encontram-se num mesmo grau de desenvolvimento, o que induziria no acerto do trabalho analisado. Apesar de não ser impossível, é improvável que municípios distantes promovam um consorciamento.

juridicamente o termo consórcio, encontramos tal instituto em três ramos distintos do Direito: o Direito Civil, o Empresarial e o Administrativo.

No Direito Civil temos um tipo de consórcio[25] voltado para a aquisição de bens comuns, seja por lance ou por sorteio, através de obtenção comum de capital, mediante contribuições mensais, carateriza-se por não ter personalidade jurídica, fazendo-se representar por meio de uma Administradora de Consórcio, remunerada por taxas de administração.

Trata-se na verdade de um mecanismo de autofinanciamento para aquisição de bens ou serviços, resultando num condomínio sobre os recursos, que ficam sobre a fiscalização bancária e administração de uma empresa especializada, organizada na forma de uma sociedade civil ou comercial (Fiuza, 2004:664).

Este tipo de consórcio foi denominado, pelo Conselheiro Fued Dib (1997:52), do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais, como sendo um "consórcio comercial", pois seria uma verdadeira modalidade de compra e venda de bens patrimoniais duráveis.

Por outro lado, Wanderley Júnior (1999:149) prefere denominar tal tipo de consórcio como sendo "Consórcio de Direito Civil", pois sua estrutura e a entidade que o gerencia

[25] O Ministério da Fazenda, através da Portaria 190, definiu este tipo de consórcio como sendo "o agrupamento de um determinado número de pessoas, que assumindo as mesmas obrigações e visando os mesmos benefícios, formam uma poupança comum, através de autofinanciamento, para a aquisição de bens e serviços".

é de tal ramo do direito. A natureza do mesmo seria contratual, pois cada participante pretende obter objetos diferentes, embora da mesma espécie.

Outra forma de consórcio existente no ordenamento jurídico é o derivado do agrupamento de empresas, sob o mesmo controle ou não, para obter um fim comum, sem a criação de uma nova pessoa jurídica. Prevista inicialmente pela Lei n.º 6.404/76, o presente tipo de Consórcio de Direito Comercial, também atua perante a Administração Pública através de participação nas privatizações ou licitações (Wanderley Júnior, 1999: 150).

Segundo Fiuza (2004:666), outro tipo de consórcio é o derivado da união de instituições financeiras com o objetivo exclusivo de lançar títulos no mercado de capitais. Ou seja, elas se consorciam para poder lançar títulos com valores superiores ao que poderiam emitir de forma isolada, inexistindo o surgimento de nova personalidade jurídica[26].

Por último temos o consórcio tipicamente de Direito Administrativo, caracterizado pelo agrupamento de pessoas jurídicas de Direito Público de mesma natureza, já analisado detalhadamente junto com os convênios administrativos, no item 4.1.2.

Podemos perceber que os consórcios previstos no Direito nunca implicaram na criação de novas pessoas jurídicas, pois tratam somente de uma junção de forças para fins

[26] No Direito brasileiro a personalidade jurídica existe em relação às pessoas físicas e às jurídicas. A personalidade da pessoa física começa com o nascimento com vida (entrada de ar nos pulmões) e extingue com a última expiração. A existência legal das pessoas jurídicas surge com a inscrição de seus contratos, atos constitutivos, estatutos ou compromissos em seu registro peculiar, terminando com a dissolução ou extinção (Martins, 2003: 172 e 175).

comuns, seja a aquisição de bens comuns (civil), seja a execução de um empreendimento (comercial), seja a prestação de serviços públicos (administrativo).

No Consórcio Civil temos a administração do fundo por uma administradora especializada, enquanto no Consórcio Comercial inexiste a instituição de uma pessoa jurídica com o objetivo de administrar o fundo, sendo escolhido uma das empresas consorciadas para tal fim.

A doutrina tradicional do Direito Administrativo define os consórcios administrativos como sendo entes despersonalizados, cuja formação se daria com a simples formalização do documento, com valor entre as partes e o mundo jurídico. Apesar disso, temos, na prática, a cooperação entre entes públicos de mesma natureza através de associações civis sem fins lucrativos, que recebem erroneamente o nome de Consórcios Intermunicipais, conforme podemos perceber da conclusão de Bruno Wanderley Júnior:

> "Adotamos o posicionamento de que os Consórcios administrativos, incluíndo os Consórcios Intermunicipais de Saúde, não têm personalidade jurídica, pois são meros atos da Administração, apenas um acordo de vontades, permanecendo a personalidade jurídica de cada partíticpe, sendo que cada um responde por sua parte em direitos e deveres durante a duração do consórcio, salvo se escolherem um Município líder, que gerencie as ações comuns do consórcio, sendo que, as associações que se formaram sob a forma de pessoas jurídicas de direito privado, não configuram consórcios públicos, mas sociedades de direito civil, impropriamente denominadas como tal, embora sujeitas, em qualquer caso, às normas gerais de direito público e ao controle externo feito pelos Tribunais de Contas" (1999:152).

Nesta linha de pensamento, o Egrégio Tribunal Regional do Trabalho da 3.ª Região, ao julgar um recurso ordinário, em 23/05/2001 decidiu que os Consórcios Intermunicipais de Saúde seriam entidades sem natureza jurídica:

> "Não vieram aos autos os atos constitutivos do reclamado (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Grande). Percebe-se da cópia de fls. 37 ser ele a resultante de vários municípios localizados no Vale do Rio Grande, com o objetivo de racionalizar o atendimento público na área da saúde. A denominação de consórcio afasta a possibilidade de possuir ele personalidade jurídica própria. Isso porque, segundo as normas do Direito Comercial, o consórcio é um contrato feito entre sociedades com a finalidade de executar um determinado empreendimento, cabendo a cada uma das consorciadas responder pelas obrigações assumidas. A transposição dessa figura para o Direito Administrativo, a meu ver, mantém incólume essa característica, tornando inviável o reconhecimento do vínculo diretamente com o consórcio de municípios, pois não possui ele personalidade jurídica". Tribunal Regional do Trabalho 3.ª Região; RO 4235/01; Órgão Julgador: Segunda Turma; Juiz Relator: Exma Juíza Cristiana M. Valadares Fenelon. Data de publicação: 23/05/2001

#### 4.2.2.1. De Direito privado

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde têm sido, em sua maioria, organizados sob a forma de associações civis, chegando vários doutrinadores, do direito e da área da saúde, sequer a mencionar outras formas viáveis de consorciamento.

Castro (2001:383) elogia a formatação dos consórcios intermunicipais de saúde, destacando a agilidade que ele proporciona, mas vincula a sua existência à criação de uma pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos:

> "Consórcio Intermunicipal de Saúde, como qualquer outro, tais como de aterro sanitário, de industrialização de lixo urbano, de universidade, de agência de turismo, de desenvolvimento etc, materializa-se no ajuste de direito administrativo entre os Municípios interessados, através de lei municipal de cada município consorciado, indicando-se na mesma lei o quantum para a participação sua no consórcio. Assim para operacionalizar o consórcio, impõe-se a criação de uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, cujas

despesas devem ser controladas e fiscalizadas pelo Tribunal de Contas, já que essa entidade receberá recursos públicos".

O Poder Judiciário também tem seus seguidores nesta corrente, conforme podemos perceber do seguinte julgado:

> "Consoante se vê de fls. 33 do instrumento de agravo, o agravante fora constituído 'sob a forma jurídica de associação civil de direito privado interno', assim emergindo no plano da existência. Essa constituição atende, inclusive, à diretriz dada em publicação da Fundação Prefeito Faria Lima Boletim Informativo Jurídico do CEPAM, ano X, n.º 11, novembro/1995, pág. 58, também citado na mesma dissertação de mestrado (Bruno Wnaderley Júnior, 1999). (...) Assim sendo, tratando-se de pessoa jurídica de direito privado, entende a douta maioria ser impossível o acolhimento da pretensão da agravante de ver-se beneficiada pelos privilégios concedidos aos entes públicos. Malgrado Ter como consorciados os Municípios integrantes da microrregião, com sua constituição enquanto pessoa jurídica de direito privado, nesta qualidade e não com outra qualidade qualquer fora convocada ao processo e deve submeter-se aos mesmos pressupostos e requisitos previstos na lei trabalhista, inclusive para manejar o remédio recursal. (...) Insustentável a tentativa de equiparar-se às pessoas jurídicas de direito público fundando-se no r. decisório recorrido quando determina a expedição de ofício ao Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais. Cumpre, sim, estando envolvido um interesse público relativo à administração municipal, seja feita a comunicação ao Eg. Tribunal de Contas para que possa apurar o real envolvimento dos Municípios e os reflexos que poderão advir ao erário público municipal". Tribunal Regional do Trabalho 3.ª Região; AI –637/00; Órgão Julgador: Terceira Turma; Juiz Relator: Exmo Juiz Carlos Augusto Junqueira Henrique. Data de publicação: 13/02/2001

Ainda nesta linha, alguns doutrinadores tentam forçar a tendência de se criar uma pessoa jurídica de Direito Privado, como se fosse a única forma, demonstrando uma lógica totalmente questionável:

> "O único ponto de contato entre esses consórcios – de empresas - (formalizados em contrato particular) e o consórcio administrativo intermunicipal está que em uns e outro se destinam a congregar esforços e recursos para um fim determinado. Mas enquanto os consórcios de empresas não podem formar uma pessoa jurídica porque então seria uma outra entidade, o consórcio de municípios tem necessidade de criar uma pessoa jurídica privada, uma vez que os municípios são entidades estatais, políticas, e não poderiam agir em conjunto a não ser por intermédio de uma pessoa jurídica e, obviamente, de natureza jurídica privada" (Carvalho e Santos, 1995:112).

Caso seguíssemos à risca o entendimento acima, o Brasil deveria ser uma pessoa jurídica de direito privado, pois representa a vontade dos Municípios e Estados brasileiros, todos estes entidades estatais.

Todos os tipos de consórcios existentes no Direito (Civil, Comercial e Administrativo) não implicam automaticamente na criação de uma nova pessoa jurídica, existindo no primeiro a contratação de uma administradora para exercer a função de administrar o fundo. Já no segundo, uma das entidades consorciadas exerce tal atividade.

Já nos consórcios administrativos, a doutrina clássica prescreve a não criação de pessoa jurídica, visto tratar os consórcios de forma similar aos convênios. Contudo, na prática, temos tido uma predominância da tendência de se criar uma pessoa jurídica de direito privado para exercer a função administrativa, tal como nos consórcios de direito civil.

#### 4.2.2.2. De Direito público

Por outro lado, temos os doutrinadores e juízes que entendem ser o Consórcio Intermunicipal de Saúde de natureza de Direito Público, independente da forma que venham assumir. Francisco Campos (*Apud* Sena, Monteiro, 1970:215) analisou a natureza jurídica do antigo Instituto Mineiro do Café, que se afirmava ser pessoa jurídica de Direito Privado, deixando a magistral lição:

> "O direito, se existe ou para que existe, pressupõe que os atos que ele regula tenham a sua natureza e os seus efeitos determinados independentemente do

> capricho das partes em lhes atribuir o nome ou em os revestir desta ou daquela forma, ao sabor do seu arbítrio ou da sua fantasia. O nomem juris não pode ser, portanto, da essência do negócio. O erro em que, em relação a ele, incidem as partes, não poderá influir na essência do negócio entre elas estipulado um nome jurídico, ou o capitulam em uma determinada categoria jurídica, não é o nome que se atende, mas à substância do negócio, para interpretá-lo ou formular a sua construção jurídica."

Seguindo este caminho, temos vários julgados que declaram a natureza jurídica dos Consórcios Intermunicipais de Saúde como sendo de Direito Público, podendo ser citado:

> "O recorrido (Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios dos Lagos do Sul de Minas), portanto, atuando com poder de polícia, exercendo função típica de Estado e formado apenas por Entidades estatais, ainda que detenha o nomen juris de associação civil ou, como alude o recorrente, de entidade paraestatal, detém personalidade pública e, por conseguinte, submete-se às disposições contidas no art. 37, da Constituição Federal" Tribunal Regional do Trabalho 3.ª Região; RO – 20.207/98; Órgão Julgador: Segunda Turma; Juiz Relator: Exmo Juiz Antônio Fernando Guimarães. Data de publicação: 25/08/1999.

A natureza de Direito Público é tão óbvia, que o próprio poder judiciário reconhece aos Consórcios Intermunicipais de Saúde, mesmo que tenham formalizado associações civis, a imunidade tributária prevista na Constituição da República, através da qual a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios estão imunes à incidência de impostos sobre seus patrimônios, sobre suas rendas ou sobre os seus serviços, sendo vedado aos mesmos instituir e cobrar impostos uns dos outros, conforme se percebe a seguir:

> "Examinando os autos, vê-se que o embargante/apelado (Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Ubá) é constituído sob a forma jurídica de associação civil com finalidade de representação do conjunto dos Municípios que o integram em assuntos de interesse comum; sem fins lucrativos. (...) Na hipótese dos autos, incide a limitação do poder de tributar, constante do art. 150, VI, letra 'a', da Constituição da República, pois o consórcio entre os Municípios que implantou a farmácia de manipulação intermunicipal tem por objetivo fabricar medicamentos e derivados para atender

> aos municípios integrantes do CIS-Ubá; e, eventualmente, fornecer, gratuitamente, medicamentos a outras entidades públicas, filantrópicas ou beneméritas. (...) Quanto à natureza jurídica do consórcio de municípios, tem se que o seu objeto lhe empresta feição pública, ainda que constituído na forma de direito privado, aplicando-se lhes as normas de direito público". Tribunal de Justiça de Minas Gerais; Processo 1.0699.01.015.371-5/001(1). Relator Des. Edivaldo George dos Santos. Data do Acórdão 17/02/2004, Data da publicação 14/04/2004.

### 4.2.3. Relações de trabalho com os Consórcios Intermunicipais de Saúde

Outro tema relevante aos consórcios intermunicipais de saúde é o relativo à contratação de mão de obra, visto que vários deles possuem, como finalidade, a oferta de serviços especializados antes inexistentes na área.

A Constituição de 1988 instituiu para a Administração Pública, direta ou indireta, o sistema meritocrático de acesso aos cargos e empregos públicos em seu artigo 37, inciso II, ao prescrever a aprovação prévia em concurso público de provas ou provas e títulos, ressalvadas as nomeações para os cargos comissionados. Exceção existe no inciso IX do mesmo artigo constitucional, quando se remete à previsão legal infraconstitucional dos "casos de contratação por tempo determinado, para atender necessidade temporária de excepcional interesse público".

O Supremo Tribunal Federal já decidiu, reiteradas vezes, que a contratação por tempo determinado para atender necessidades permanentes[27] é inconstitucional. Deve-se realizar concurso público toda vez que a necessidade se demonstre não temporária. Como fazem Estados e Municípios ao tentar classificar, como temporárias, contratações

[27] Como exemplo temos Ação Direta de Inconstitucionalidade 2.125/DF, Medida Cautelar, Rel. Maurício Corrêa. Informativo STF n.º 184.

semestrais ou anuais nas áreas da saúde e educação, a contratação temporária somente é possível quando se fizer presente três elementos essenciais: excepcional interesse público, temporariedade da contratação e hipóteses previstas em lei.

A existência de contratos sucessivos para um dada função, ainda que mudando a figura do trabalhador, restará comprovada a necessidade constante da mesma, o que atrai a realização de concursos públicos.

Nesta linha, os consórcios intermunicipais de saúde precisam realizar concursos públicos para a contratação de sua mão de obra, seja diretamente pelas sociedades civis criadas ou pelos municípios para prestação dos novos serviços implementados. Neste sentido, a jurisprudência é clara, como podemos perceber:

> "(...) E ainda que se tratasse de uma entidade criada com o objetivo de coordenar o atendimento público de saúde na região, resta claro que o patrimônio disponibilizado para esse fim é público, pertencentes aos Municípios interessados. Estar-se-ia, por isso, diante de uma entidade criada e mantida com dinheiro público, o que torna indispensável a realização de concurso público para a contratação de qualquer servidor, mesmo o empregado regido pela CLT. Restando incontroverso nos autos que o reclamante não se submeteu a prova alguma, correta a decisão que declarou a nulidade do contrato". Tribunal Regional do Trabalho 3.ª Região; RO 4235/01; Órgão Julgador: Segunda Turma; Juiz Relator: Exma Juíza Cristiana M. Valadares Fenelon. Data de publicação: 23/05/2001

> "Pondere-se, ainda que tomasse a feição de empresa pública (o que na realidade não lhe caberia, à função pública de sua finalidade, a não confundir com intervenção na economia), os empregados do recorrido (Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios dos Lagos do Sul de Minas) deveriam se submeter a concurso público, uma vez que compreendida na regra do art. 37, a Administração Pública Indireta. (...) A nulidade do ato alcança a sua origem e, em conseqüência, não produz o ato qualquer efeito jurídico, cabendo, se for o caso, o ressarcimento de qualquer prejuízo e a punição de autoridade responsável em instância diversa, que não a trabalhista". Tribunal Regional do Trabalho 3.ª Região; RO 20207/98; Órgão Julgador: Segunda Turma; Juiz Relator: Exma Antônio Fernando Guimarães. Data de publicação: 25/08/1999.

Normalmente os consórcios intermunicipais de saúde, por se considerarem entidades privadas, contratam pessoal segundo a lógica do mercado, resultando em pagamentos de incentivos por produtividade, nem sempre extensíveis aos servidores públicos municipais (Ribeiro e Costa, 1999:12).

Como também os Municípios podem fornecer seus próprios funcionários públicos para prestar serviços aos consórcios intermunicipais de saúde, acabamos por ter dois tipos de trabalhadores, os contratados diretamente pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde (Associação Civil) e os funcionários públicos cedidos pelos Municípios consorciados.

Esse fato tende a acarretar um conflito futuro a ser resolvido, visto que os benefícios pagos aos funcionários do Consórcio Intermunicipal de Saúde poderão vir a ser reclamados pelos servidores estatutários, pelo princípio da igualdade, requerendo a equiparação de salários.

Apesar de alguns autores[28] passarem a impressão de que o pagamento de incentivos financeiros variáveis aos trabalhadores dos consórcios não pode ser estendido aos servidores públicos estatutários, isto não é verdade. A Lei de Responsabilidade Fiscal exige dos entes públicos um maior rigor na aplicação dos recursos públicos, limitando as despesas com pessoal à receita corrente, mas não impede a administração pública de compensar seus funcionários por esforços de produtividade, pois desta forma estaria

[28] Como exemplo temos Teixeira, Bugarin, MacDowell (2002).

apto a melhor atender os cidadão atingindo assim também seus objetivos constitucionais[29].

Fato é que um trabalhador que prestar serviços a um dado Consórcio Intermunicipal de Saúde poderá, a qualquer tempo, reclamar na Justiça direitos que acredite possuir, e, no caso de sucesso, provavelmente enfrentará problemas no recebimento dos valores, visto que os Consórcios Intermunicipais, normalmente, não possuem patrimônio próprio, mantendo-se com base nas contribuições mensais dos municípios consorciados.

O Tribunal Regional do Trabalho, 3.ª Região, responsável pela jurisdição trabalhista[30] em segunda instância em Minas Gerais, possuí posicionamento sobre a responsabilidade dos municípios consorciados junto aos consórcios intermunicipais de saúde condenados a pagar verbas trabalhistas, afirmando a mesma ser subsidiária, ou seja, o credor deve executar primeiro o Consórcio Intermunicipal de Saúde, para num segundo momento e ao demonstrar a insuficiência de recursos para satisfação da dívida, cobrar de qualquer dos Municípios consorciados.

> "O Consórcio, como decorre de exame perfunctório da documentação dos autos, foi constituído por vários Municípios integrantes da micro-região do Alto Rio Grande e visava concretizar os planos e ações de saúde na região. Nesta condição, contratada pelo Consórcio, a reclamante prestou seus serviços a todos aqueles Municípios, tanto que os incluiu, sem nenhuma exceção no preâmbulo da petição inicial, requerendo a sua citação como réus na ação trabalhista. (...) Houve também condenação do Consórcio, como devedor

[29] Tal forma de incentivo foi utilizada pelo Município de Betim, no ano de 2000, em virtude da impossibilidade de se conceder aumento salarial por ser ano eleitoral. Foram instituídos prêmios variáveis conforme o atendimento de metas fixadas pelos setores da área da saúde, juntamente com o gabinete do Secretário Municipal de Saúde e representantes do Sindicato. Quase todos os setores atingiram o benefício máximo (100%), e os que não conseguiram atingir suas metas tiveram o pagamento proporcional.

[30] É analisada o posicionamento da Justiça Federal Especializada, pois é esta a competente para julgar as ações das relações de trabalho existentes entre os entes federados e os trabalhadores contratados no regime da Consolidação das Leis Trabalhistas.

principal, que apresentou recurso, não recebido por deserto. O fato é que, mantida a condenação, e tendo em vista os documentos dos autos que tratam da constituição do Consórcio, a responsabilidade recairá sobre todos os integrantes". Tribunal Regional do Trabalho 3.ª Região; RO 13867/00; Órgão Julgador: Quarta Turma; Juiz Relator: Exmo Juiz João Bosco Pinto Lara. Data de publicação: 19/05/2001.

"De mais a mais, não se pode esquecer que os créditos trabalhistas, de natureza alimentar, têm privilégio, valendo os princípios gerais de direito do trabalho, tais como da proteção do hipossuficiente, como norma imperativa, com força para suplantar a celeuma acerca da natureza do acordo (...). Finalmente, o fato de ter sido citado somente o Município de São Lourenço não torna injusta sua inclusão no pólo passivo como responsável subsidiário, por ser beneficiário dos serviços prestados pelo Reclamante. Se entender prejudicado ao arcar, sozinho, com a condenação, existem os meios judiciais competentes para acionar os demais municípios, não podendo, no entanto, ser penalizado o trabalhador, parte mais fraca, por esta celeuma. A relação deve ser vista, aqui, sob o ângulo do Direito do Trabalho, que protege o hipossuficiente". Tribunal Regional do Trabalho 3.ª Região; RO 13867/00; Órgão Julgador: Quarta Turma; Juiz Relator: Exmo Juiz Luiz Otávio Linhares Renaltu. Data de publicação: 20/10/2001[31].

### 4.2.4. Procedimentos de constituição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde

O primeiro passo para a formação de parcerias entre os diversos municípios é a identificação de seus próprios problemas e carências na área da saúde, a contabilização dos investimentos necessários e a capacidade orçamentária municipal.

Constatado a real necessidade de investimentos além da possibilidade do município, ou o aumento de eficiência com a ampliação da escala, deve-se iniciar conversações com os diversos gestores de saúde da mesma região, a fim de verificar se as demandas são equivalentes ou complementares, justificando uma parceria na busca das soluções.

[31] É de se destacar que neste julgamento o Ministério Público do Trabalho, integrante do Ministério Público da União, responsável pela defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis opinou pela irresponsabilidade dos municípios sobre as dívidas trabalhistas dos consórcios intermunicipais de saúde, por serem pessoas jurídicas diversas.

O Ministério da Saúde recomenda aos municípios quais seriam os elementos essenciais para a formalização dos consórcios intermunicipais de saúde, delineando um modelo, ao fixar o que deveria figurar no instrumento consorcial:

> "objeto, duração, sede e foro, obrigação dos consorciados, atribuições e poder do consórcio, admissão e exclusão de consorciados, sanções por inadimplência, alocação de recursos, prestação de contas, observação das normas do SUS (municipal, estadual e federal), controle social, definição da necessidade ou não de criação da pessoa jurídica de direito privado para gerenciar o consórcio e submissão às normas de direito público (licitação, seleção pública etc), se houver pessoa jurídica" (1997:17).

A decisão de se consorciar com outros municípios não carece de autorização legislativa, pois se encontra no âmbito de decisões do Poder Executivo[32]. A partir do entendimento ou avaliação de ser esta a melhor forma de se prestar determinado serviço público de âmbito municipal, caberá ao Prefeito as providências necessárias para a sua execução, cabendo ao Poder Legislativo o controle político, financeiro e contábil da administração como um todo, auxiliado pelos Tribunais de Contas, da administração como um todo.

Contudo, caso a escolha seja pela criação da associação civil, ou qualquer outra forma de pessoa jurídica, há a necessidade da autorização do Poder Legislativo. Destacando a orientação do Ministério da Saúde:

> "Na maioria das vezes, os consórcios em saúde têm sido constituídos sob a forma de sociedade civil sem fins lucrativos e, consequentemente, de interesse público. Nesse caso faz-se necessário que cada município integrante do consórcio solicite, junto ao respectivo poder legislativo, autorização para participar de pessoa jurídica, que se expressa mediante lei específica, na qual deve estar explicitada, também, a destinação de recursos. Para o município-

[32] Ubiratan Laranjeiras Barros destaca a diferenciação entre o ato de consorciar e o de criar uma entidade civil ou comercial (1995).

> sede da pessoa jurídica, a lei autorizadora deve, ainda, declarar que esta pessoa é de utilidade pública." (1997:19).

Importante destacar que o Conselho Municipal de Saúde, como órgão de participação popular, ou seja, no exercício do controle social, deverá sempre autorizar o Município a participar de um Consórcio Intermunicipal de Saúde, com ou sem criação de uma pessoa jurídica (Wanderley Júnior, 1999:166).

### 4.2.5. Financiamento e formas de incentivo à manutenção dos Consórcios Intermunicipais de Saúde

Existem três formas básicas de financiamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde: quotas mensais dos municípios consorciados, recursos provenientes dos Fundos Estaduais e Nacional de Saúde (SUS) e de investimentos realizados pelas Secretarias Estaduais de Saúde (Teixeira, Bugarin, MacDowell, 2003A:253).

Apesar de todas as potenciais vantagens que o consorciamento proporciona aos Municípios aderentes, existem situações em que estes podem decidir abandonar as parcerias, principalmente pela alternância dos governantes e partidos vencedores das eleições municipais.

O grande problema relacionado à cooperação que temos na área da saúde é que os cidadãos de determinado município que deixe de participar do Consórcio Intermunicipal de Saúde não podem ter o atendimento médico negado. Nas outras formas de consorciamento intermunicipal, bastaria a suspensão da contribuição mensal, bem

como não mais utilizar-se dos serviços para o desligamento efetivo de um dado município.

Isto pode ser ilustrado pelo Consórcio Intermunicipal Extremo Sul Minas, cujos objetivos básicos consistiam na realização de obras e ou serviços na área da infra estrutura urbana e rural, e na articulação para aquisição de equipamentos, dentre outros. Basta o desligamento da utilização dos produtos para se ter direito a não mais contribuir mensalmente.

> "Na reunião do Conselho Administrativo do Consórcio, levada a efeito em 01/08/2000, o Sr. Waldemar Gomes, Prefeito de Camanducaia, manifestou 'desinteresse em participar do Ciexsul (Consórcio Intermunicipal Extremo Sul), uma vez que não dispõe de recursos para arcar com as despesas geradas pela produção de brita e demais materiais produzidos pela pedreira'. Analisando-se a documentação apresentada pelo apelante, constata-se que o município réu promoveu a retirada de materiais até o mês de julho de 2000. O pedido de retirada do Consórcio Intermunicipal, e a não retirada de materiais a partir do mês de agosto de 2000, evidenciam o propósito do município de Camanducaia de não mais participar do Consórcio, não se justificando seja-lhe cobrada a mensalidade dos meses posteriores, o que torna indevidos os valores tais pleiteados na inicial." TJMG. Processo n.º 1.0000.00.295693-6/000(1) Relator Des. Wander Marotta. Data do Acórdão 21/10/2002, publicado em 04/02/2003.

Em virtude das peculiaridades que envolvem a área da saúde, é mais aconselhável a previsão de cláusulas punitivas aos municípios que demonstrem interesse em se desligar dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, que, como já vimos, poderiam tranqüilamente deixar de contribuir mensalmente, e continuar a enviar seus munícipes para atendimento nos equipamentos da saúde pública dos municípios integrantes do consórcio, já que o acesso é assegurado por ser um dever de todo o Estado brasileiro.

Teixeira, Bugarin e MacDowell (2003A) formulam estudo usando o instrumental da teoria dos jogos, e comparam dois modelos distintos para tratar do assunto. Um destes

envolve mecanismo para se evitar a interrupção do pagamento das quotas mensais dos associados, através da medida inconstitucional de se suspender o atendimento dos cidadãos oriundos do Município inadimplente[33]. O outro segue o preceito constitucional da universalidade da saúde pública, não adotando a regra da suspensão do atendimento.

A principal conclusão a que chegam é que, caso um município consorciado deixe de contribuir com sua quota mensal, mas continue a encaminhar informalmente sua população, a qualidade do serviço médico irá cair, causando prejuízos não somente aos cidadãos dos demais municípios associados, mas aos seus próprios.

A inexistência de mecanismos coercitivos aos municípios inadimplentes torna os Consórcios Intermunicipais de Saúde muito instáveis, e diante da inconstitucionalidade de se impor a suspensão ao atendimento nos serviços médicos, é necessário pensar medidas alternativas. Não se pode, no entanto, impor regras por demais punitivas, pois isto poderia até mesmo impedir a formação dos consórcios intermunicipais de saúde. Uma solução encontrada é o pagamento de incentivos federais aos municípios consorciados, que perderiam os recursos extras caso se desligassem da parceria, o que geraria um aumento de dispêndios por parte da União, não sendo essa a ideologia fiscal dominante hodiernamente.

Outra solução apresentada por Teixeira, Bugarin e MacDowell (2002) seria a transferência da regulação dos repasses mensais para o governo federal ou estadual,

[33] Apesar de nitidamente inconstitucional, tal procedimento é adotado por alguns Consórcios Intermunicipais de

permitindo a estes reter parcelas equivalentes[34] das transferências constitucionais[35] devidas, remetendo os valores devidos diretamente aos consórcios intermunicipais de saúde. Desta forma o ente federativo de nível superior estaria a exercer a coordenação pela atividades dos demais entes federativos situados na sua área territorial de influência.

Há ainda a alternativa de se incentivar a manutenção dos consórcios através da fixação de períodos mínimos de "aviso prévio" no tocante à "saída do jogo", ficando o município vinculado a um prazo de desvinculação razoavelmente longo, suficiente para, ou convencê-lo a manter-se consorciado, ou permitir ao próprio consórcio uma adaptação de seu plano de ação à perda da receita mensal, na linha do procedimento adotado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Calcário.

> "Por se tratar de ajuste de consórcio administrativo, impõe-se interpretar as cláusulas do termo de consórcio como previsões de cooperação conjunta entre os partícipes, obrigando-se, portanto o Município a contribuir mensalmente (1% e 1,5%) para o fundo comum do consórcio. Logo, o fato de o Município não ter efetuado os repasses nos percentuais previstos e ainda ter utilizado como parâmetro de cálculo dos repasses o valor do FPM, apurado após proceder a outros descontos não ajustados entre os consorciados, nem previstos nas Lei Municipais n.º 2142/1996 e 2418/1999, levou à constituição do débito para com o Consórcio Intermunicipal de Saúde Região Calcário, impondo-se o pagamento conforme ajustado. (...) Verifico, também, que em outubro de 2000 o Município de Pedro Leopoldo comunicou a sua retirada do Consórcio, ocorre que consta do Protocolo de Constituição do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Calcário que, 'qualquer associados poderá retirar-se do consórcio a qualquer momento, mediante comunicação prévia e por escrito, com antecedência mínima de 180 (cento e oitenta) dias', justificando a cobrança da cota mensal dos meses subsequentes, a saber, novembro e dezembro de 2000, conforme constou da exordial." TJMG. Processo n.º 1.0210.00.003960-7/001(1). Relator Des. Eduardo Andrade. Acórdão de 10/08/2004, publicado em 20/08/2004.

### 4.2.6. Diversidades de características

---

Saúde como o de Penápolis/SP.

Segundo Menicucci[36] (2004:14) é possível delinear um padrão regulatório brasileiro, no tocante à saúde, "que combina várias formas de ação regulatória":

> "1) a propriedade pública, pela manutenção e até, expansão de uma ampla rede de prestação de serviços diretamente pelo Estado;
> 2) a atividade regulatória, por órgãos da burocracia do Executivo, no caso de regulação das atividades dos prestadores privados vinculados diretamente ao SUS;
> e 3) a regulação por meio de uma agência reguladora, no caso da assistência suplementar".

A Noas/02[37] trata as formas de regulação 1 e 2 de forma paralela ao controle e avaliação, o que reforça a idéia da existência de uma atuação planejada na área da saúde, conforme já demonstramos no capítulo anterior. O controle e a avaliação baseiam-se no conhecimento e cadastramento dos estabelecimentos de saúde, bem como o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, por sua vez, a regulação seria a atuação comissiva sobre o acesso dos cidadãos aos serviços. Visa ampliar e remanejar a oferta programada, inclusive através das referências intermunicipais.

Existem consórcios intermunicipais de saúde constituídos de diversas maneiras, cada qual com suas peculiaridades, pois o texto constitucional original não fazia qualquer espécie de menção aos consórcios intermunicipais, tendo sido suprimida esta lacuna através da Emenda Constitucional n.º 19/98. Atualmente, o texto vigente não impõe

---

[34] Esta forma de garantia de cumprimento dos contratos foi utilizada pela União no momento de renegociação das dívidas públicas estaduais, tendo sido questionada perante o Supremo Tribunal Federal pelo Governador Itamar Franco, quando da inadimplência do Estado de Minas Gerais, em 1999.
[35] Para mais detalhes verificar o item 2.2.1.2 deste trabalho, bem como o anexo I.
[36] Excelente texto sobre a regulamentação na área da saúde, principalmente sobre a atuação dos prestadores de serviços médicos privados e dos planos de saúde, é da profa. Telma Menicucci: Política e Instrumentos Regulatórios: o caso da saúde no Brasil (2004).
[37] Editada em 27 de fevereiro de 2002, através da Portaria n.º 373, assinada pelo Ministro de Estado da Saúde.

restrições ao consorciamento intermunicipal, exige somente a regulamentação dos mesmos em lei.

E diante de um arranjo federativo, no qual cada ente possui autonomia para dispor e organizar sobre a sua estrutura administrativa, inclusive prestação de serviços públicos de forma consorciada, os Municípios editavam a sua própria lei, regulamentando seus consórcios. Devemos ressaltar que vários consórcios intermunicipais foram criados antes mesmo da previsão constitucional, ou seja, já eram atos jurídicos perfeitos antes da previsão de regulamentação. Para tais consórcios não ficou fixado prazo para a adequação de suas estruturas às instituídas pelo ordenamento jurídico. Simplesmente facultou aos mesmos a adequação às novas regras, sem qualquer restrição pela não opção.

Enfim, as normas jurídicas que normalizaram o consorciamento de municípios são recentes: Lei n.º 11.107, de 06 de abril de 2006, e Decreto 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Não podemos dizer que as mesmas possuem as melhores escolhas normativas sobre o fenômeno dos consórcios intermunicipais de saúde, cabendo a nós fazermos uma breve análise, pois uma mais aprofundada demandará inclusive a análise de eventuais questionamentos judiciais.

Para começar, conforme o artigo 1.º da referida Lei, o consórcio público poderá ser constituído através de uma associação pública ou pessoa jurídica de direito privado. A Lei deixou claro que a associação pública terá personalidade jurídica de direito público, enquanto que a outra forma deverá, necessariamente, seguir as regras públicas de

licitação, celebração de contratos, finanças públicas, prestação de contas e admissão de pessoal, regido pela CLT. Ou seja, os consórcios poderão escolher a qual ramo do direito se vincular, não dando a almejada segurança jurídica à sociedade.

O Decreto 6.017/2007, em seu artigo 2.º, inciso I, definiu o consórico público como sendo:

> "pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da Federação, na forma da Lei n.º 11.107, de 2005, para estabelecer relações de cooperação federativa, inclusive a realização de objetivos de interesse comum, constituída como associação pública, com personalidade de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos".

A lei ainda exige que o consórcio seja criado através da assinatura de um contrato, denominado "Contrato de Consórcio", o qual deverá ser precedido de subscrição do protocolo de intenções. Contudo é exigência legal que tal protocolo seja ratificado por lei, ou seja, o consorciamento, apesar de ser matéria adstrita à função administrativa, deverá ser apreciado pelo Poder Legislativo. Resta esperar um questionamento judicial, para sabermos se o Poder judiciário irá entender ou não tal exigência como inconstitucional, pois afeta a independência dos Poderes.

No tocante ao financiamento das atividades do consórcio público, não é possível o estabelecimento de contribuições financeiras ou econômicas de ente da Federação ao consórcio público, salvo doações, cessão ou transferência de bens, bem como o rateio das despesas. Impedindo que seja estipulado um repasse fixo ou em percentual dos fundos de participação direta para o consórcio público. Não existe impedimento para que o rateio se dê de forma não simétrica, ou seja, poderá ser levado em consideração

o volume de munícipes atendidos, bem como as diferenças de arrecadação entre os entes federados.

A retirada de um ente da Federação do consórcio público deverá ser feita mediante ato formal em assembléia geral, conforme dispuser o contrato de consórcio. Em qualquer hipótese, deverá o ente que se retira honrar os compromissos e obrigações firmadas a título de serviços utilizados ou pagamento de indenizações eventualmente devidas.

Firmar contrato de rateio com insuficiência de recursos configura ato de improbidade administrativa, por causar danos ao erário, implicando em perda da função pública, suspensão dos direitos políticos de 5 a 8 anos, bem como vedação de se contratar com a Administração Pública, além de multa até 2 vezes o valor do dano.

Percebe-se que a Lei 11.107/2005 não contribuiu claramente para evitar a retirada prejudicial dos entes federados, mas deixou aberta a possibilidade de se esquivar de maiores prejuízos através das regras fixadas no contrato de consórcio celebrado.

Uma importante mudança ocorreu nas regras de licitação, criando exceções para os consórcios públicos. Até então, somente a pessoa jurídica pública que fosse celebrar o contrato é que poderia licitar a compra. Mesmo que tal contrato fosse oriundo de um convênio, a parte que fosse efetuar o pagamento é que deveria selecionar a proposta mais vantajosa.

Com o advento da Lei n.º 11.107/2006, o consócio poderá promover a licitação, informando no edital, que os contratos administrativos dela decorrentes serão celebrados pelos entes da Federação designados, ou seja, uma pessoa jurídica irá licitar para que outra compre o produto.

Tal possibilidade permite uma fraude simples, quando os entes federados devem observar o limite de 10% dos valores limites da carta convite para promoverem dispensas de licitação, enquanto que os consórcios públicos terão que observar o limite de 20%. Ou seja, poderá ser utilizado o consórcio público para aumentar o valor das compras por dispensa, que seriam realizadas originariamente pelos entes federados, promovendo uma fuga do controle.

No aspecto de pessoal, o Decreto n.º 6.017/2007 previu a criação somente de empregos públicos (art. 22), contudo, caso o consórcio público tenha sido constituído sob a forma de associação, não existe óbice legal para a criação de cargos públicos. Caso o consórcio público venha a ser extinto, os seus funcionários públicos terão os seus cargos ou empregos públicos extintos, devendo ser absorvidos pelos entes que faziam parte do consórcio público.

Ressalvada a vedação dos convênios utilizarem as regras contidas na Lei 11.107/2006, restou destruída a diferenciação doutrinária dos consórcios e convênios, pois a União pode ingressar nos consórcios intermunicipais, quando os Estados dos Municípios consorciados também fizerem parte do mesmo. Ou seja, os consórcios não mais seriam intermunicipais, mas somente de pessoas públicas.

Apesar desta inovação deixar imprecisa a terminologia de consórcio intermunicipal, continuamos a adotá-la por ser usual e de fácil identificação com o seu objeto. Portanto, apesar de nos referirmos a Consórcio Intermunicipal de Saúde, com o advento da Lei n.º 11.107/2006, o mesmo não necessariamente será formado somente por Municípios.

Ribeiro e Costa (1999:16), antes da existência das normas supracitadas, fixaram as características mais comuns, permitindo dizer sobre a existência de um padrão básico de formação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde:

- "Formam sociedades civis de direito privado;
- Ampliam e ordenam a oferta de serviços em municípios de pequeno e médio porte, principalmente por meio de especialistas médicos e suporte para diagnóstico;
- Compram serviços e contratam profissionais segundo regras de mercado;
- Concentram a decisão política em conselhos de prefeitos;
- Delegam a operação do sistema aos secretários de Saúde da região e / ou técnicos qualificados e, em alguns casos, integram sua atuação com os conselhos de saúde locais;
- Flexibilizam a remuneração dos profissionais com pagamentos de incentivos;
- Buscam, via medidas de otimização dos recursos disponíveis, melhorar o acesso e a qualidade do SUS; e
- Concentram as atividades de maior complexidade em um município pólo".

Tal similaridade se dá, pois independente de ser mais eficientes, existe uma tendência de se fazer as coisas de forma semelhante, o que é trabalhado como sendo o isomorfismo institucional[38]. Um grupo social tende a se comportar de forma parecida com outras unidades que enfrentam o mesmo conjunto de condições ambientais.

[38] Sobre o Novo Institucionalismo leitura obrigatória é Powell e DiMaggio. The new institutionalism in organizational analysis. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1991. A abordagem institucional da Administração é uma verdadeira resposta às críticas do paradigma racionalista, que se limitava a observar os processos gerenciais, sem se preocupar com as questões simbólicas (Meirelies e Paixão, 2003:369). A teoria institucional se preocupa com o poder, a cultura e o ambiente institucional[38], composto por normas e valores ligados à obtenção de legitimidade. Os teóricos institucionalistas não negam a importância da competição, enfatizam a variabilidade histórica e intersocial dos regimes competitivos e o papel das instituições na constituição destes regimes (Powell & DiMaggio, 1991:32), mas reconhecem uma forte tendência ao isomorfismo, pois as normas institucionalizadas transformam-se em verdadeiros mitos, capazes de mudar os conceitos de eficiência, modernidade

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde, segundo levantamento em andamento[39], realizado pelo Conselho de Secretários Executivos dos Consórcios de Saúde de Minas Gerais, não apresentam variações ao padrão básico, valendo destacar a predominância das seguintes características:

- Os consórcios intermunicipais de saúde em Minas Gerais tiveram forte expansão no período de gestão do governo Eduardo Azeredo, através do incentivo do, então, Secretário Estadual de Saúde, Rafael Guerra;
- Apesar do forte incentivo e pressão exercida pelo governo estadual, os municípios é que decidiram se consorciar, inclusive elegendo os parceiros envolvidos, não existindo relação entre as regionalizações, administrativas ou de saúde, implementadas pelo Estado de Minas Gerais com os municípios consorciados;
- Os consórcios intermunicipais de saúde preferiram criar associações civis sem fins lucrativos para gerir os consórcios intermunicipais de saúde, tendo inclusive o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba, com sede em Betim, modificado sua estrutura original para criar a associação civil;
- Apesar de existirem os investimentos nos equipamentos da saúde pública, o principal objetivo é a disponibilização de especialidades médicas até então indisponíveis para a população, seja pela ausência de profissionais, seja pelo custo das especialidades;
- A estrutura decisória dos consórcios intermunicipais de saúde é de natureza política, através de assembléias dos prefeitos dos municípios consorciados, com a eleição de um presidente que fica incumbido de acompanhar de perto as atividades do consórcio;
- A estrutura gerencial, por sua vez, fica na mão de técnicos da área de saúde, trabalhando de forma singular, mas com seus assessores;
- O controle social é exercido pela população através dos conselhos municipais de saúde, representações aos representantes do Ministério Público, sendo comum o agendamento de audiência isolada com os gestores dos consórcios intermunicipais de saúde;
- O financiamento dos consórcios intermunicipais de saúde se dá principalmente por percentuais do fundo de participação dos municípios, que são repassados pelos entes consorciados e não diretamente;
- Os consórcios utilizam servidores cedidos pelos municípios consorciados na parte administrativa, e da forma de credenciamento para os prestadores de serviços da área médica;
- Os equipamentos médicos são disponibilizados de forma a não prejudicar o bom funcionamento dos serviços médicos, sendo que as consultas de especialistas acabam sendo marcadas nos municípios havendo rodízio na localidade de atendimento;

---

dentre outros (Meireles e Paixão, 2003:371), além de causar impacto nas ideologias em voga, mudando inclusive as estruturas organizacionais, pois eles definiriam um novo domínio da atividade racional.

[39] O Conselho de Secretários Executivos de Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais elaborou e aplicou questionário aos consórcios intermunicipais de saúde existentes em Minas Gerais, buscando identificar estas características básicas, além de estrutura os nomes dos secretários de saúde dos Municípios consorciados, os serviços médicos disponíveis em cada município, bem como o tráfego dos pacientes, mas o resultado final encontra-se em fase de tabulação, o que inviabilizou a utilização total das informações.

- A regra é inexistir formas de punição aos municípios inadimplementes, havendo somente a fixação prévia de prazo determinados para a denúncia do consórcio e o desligamento de municípios.

Podemos verificar que os dois grupos de características podem ser consideradas como pré-forma das normas positivadas através da Lei n.º 11.107/2005 e Decreto n.º 6.017/2007. Contudo, tais normas não solucionaram por completo as críticas e divergências doutrinárias e judiciais a cerca dos consórcios públicos, em especial dos consórcios intermunicipais de saúde.

## 5. Conclusão

O presente estudo permitiu extrair conclusões sobre diversos pontos do arranjo federativo brasileiro, do Sistema Único de Saúde e principalmente do consorciamento intermunicipal para a prestação de serviços ou investimentos na área da saúde.

Nosso federalismo não é recente. Surgiu com a instituição da República brasileira, mas seus ideais já se faziam presente no declínio do período monárquico. O pacto federativo atual é moderno e capaz de se adaptar às diversas realidades brasileiras, mas também possui seus problemas.

A coexistência dos poderes políticos ainda não se dá de forma harmoniosa, existindo várias disputas por serem travadas, principalmente na fixação das competências de cada ente federado. Com a Constituição de 1988, pode-se perceber que os municípios foram consagrados com diversas competências materiais, além de aumento das receitas próprias, mas os novos recursos se mostraram insuficientes face as novas obrigações.

O modelo de redistribuição federativa de receitas, estruturado através dos Fundos de Participação, permite uma transferência de recursos entre as regiões brasileiras, mas acabou também por incentivar o surgimento de novos municípios totalmente dependentes dos repasses de recursos.

Diante da incapacidade econômica de se prestar os serviços de sua competência, os Municípios acabam por praticar comportamentos predatórios, transformando o

federalismo brasileiro num federalismo não cooperativo, no qual os entes federados acabam por serem premiados ao adotarem o comportamento do *free rider*.

A saúde pública brasileira evoluiu com o tempo, deixando de ser mera liberalidade estatal para um dever do mesmo e direito dos homens. Muito ainda há que se fazer. Existem pessoas segregadas do sistema político nacional, desprovidos de qualquer tipo de direito ou sorte, mas, para muitos, a saúde pública se tornou um porto de esperanças.

Com a promulgação da Constituição de 1988, ocorreu uma mudança de paradigma, com mudanças dos papeis dos entes federados, o que acabou por acarretar um período de indecisão política. As competências só se fizeram clarear no ano de 1993, com a edição da 3ª NOB.

A União adotou o ideal de municipalização da saúde pública, alijando, em larga medida, os Estados-membros do processo decisório, passando a "negociar" a transferência dos serviços médicos diretamente com os municípios. Esse procedimento acabou por promover diversas disparidades e desperdícios de recursos públicos.

A mentalidade anterior à Constituição de 1988 gravitava em torno do tratamento hospitalar. O município que tivesse o seu hospital prestaria serviços de saúde pública, mas o que se percebe é a necessidade de escala para uma gama grande de serviços médicos, sem a qual os investimentos se tornam ociosos e não compensatórios.

Somente em 1996 é que os Estados foram inseridos novamente no sistema de gestão do Sistema Único de Saúde, com fixação de competências próprias no que diz respeito à regionalização.

Inserção essa reforçada pelo Pacto pela Saúde 2006, que redirecionou de forma inequívoca o Sistema Único de Saúde para a regionalização. Assim os Estados Membros tiveram um reforço no seu papel institucional na organização da Saúde Pública, sem desmerecer a manutenção do destaque das competências municipais.

O surgimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde é fato interessante e desafiador da estrutura federativa na Constituição de 1988, pois os interesses regionais deveriam ser atendidos pelos Estados, sendo inclusive sua a função de promover a regionalização da saúde pública.

Conforme verificada na inexistência de relação entre as regiões administrativas e os consórcios intermunicipais de saúde, estes representam exatamente a regionalização promovida pelos Municípios, ao se reunirem em grupos e promoverem investimentos ou disponibilizando novas especialidades médicas às populações, acabam por exercer o papel coordenador dos Estados. Trata-se de uma espécie de coordenação espontânea ou descentralizada, convergente com a idéia de mercado.

Problema maior não há, até mesmo porque, assim como os Estados, os Municípios e a União também possuem como dever o atendimento à saúde. Trata-se de uma verdadeira aplicação do princípio de subsidiariedade, através do qual uma menor esfera decisória deve agir preferencialmente sobre uma outra de maior amplitude territorial.

Portanto a União e os Estados só devem fornecer serviços médicos de forma subsidiária aos Municípios, pois estes conseguem perceber melhor quais as verdadeiras demandas da população, permitindo que o atendimento seja personalizado conforme as necessidades. Isso não implica que os primeiros possam auxiliar os Municípios na implementação e manutenção dos equipamentos médicos.

Os consórcios intermunicipais de saúde são consórcios públicos, em nada comparado com os modelos existentes no direito privado (consórcio de carro, de empresas etc). Devem se submeter às regras do direito público como concurso público de seus funcionários, licitação e prestação de contas aos Tribunais de Contas respectivos.

A doutrina do Direito Administrativo majoritária defende que os consórcios públicos não precisam instituir uma pessoa jurídica para a sua administração, pois seriam equivalentes aos convênios públicos, distinguindo-se basicamente pela natureza dos entes envolvidos.

Na prática, percebe-se que os consórcios intermunicipais de saúde são instituídos com a criação de uma pessoa jurídica de direito privado, uma associação civil sem fins lucrativos, o que transmuda o instituto. A complexidade imbricada na gestão das atividades pertinentes aos consórcios intermunicipais de saúde pode ser avocada como possível explicação para a opção preferencial pela estipulação de uma pessoa jurídica específica para o desempenho da função.

A Lei n.º 11.107/2005 acabou por abraçar estas características predominantes, mas não respondeu os maiores questionamentos existentes na prática diária, apontados ao longo do capítulo IV.

Inovação máxima é a possibilidade dos Estados e da União em ingressarem nos consórcios intermunicipais, antes restritos a pessoas jurídicas de mesma natureza. Fato é que no momento em que se cria o consórcio intermunicipal de saúde, seja sob a forma de pessoa jurídica de direito público ou de direito privado, os Estados e a União ao aderirem ao consorciamento, transmutam este de intermunicipal para simplesmente público.

Não obstante a divergência do prescrito em lei, em relação ao que acontecia na prática amparada pela doutrina, continuamos a dizer consórcios intermunicipais de saúde, ao invés de consórcio público de saúde, pois não é de nosso conhecimento a adesão dos Estados ou mesmo da União nos consorciamentos municipais, bem como dificultaria a identificação do principal alvo deste livro.

Ainda existem muitas dúvidas sobre os consórcios intermunicipais de saúde. Os novos gestores dos consórcios ainda não sabem muito bem como se portar. Sabem que os consórcios intermunicipais de saúde são poderosos instrumentos na prestação da saúde pública e que sem estes as regiões acabam por ficar desprovidas de atendimento médico satisfatório.

Existe um padrão normativo (Lei n.º 11.107/2006) para os consórcios públicos, inclusive para os consórcios intermunicipais de saúde, caracterizado pela criação de uma associação civil sem fins lucrativos. Na prática estes oferecem especialidades médicas e suporte para diagnóstico inviáveis aos municípios isolados, compram serviços no mercado, flexibilizam a remuneração dos profissionais, além de conciliar um centro de decisão política com outro de gestão técnica.

Por outro lado, inexiste um padrão sobre a forma de agrupamento ou composição dos os municípios envolvidos e os propósitos visados. Em Minas Gerais, temos consórcios que envolvem somente uma microrregião administrativa, outros que abrigam municípios de 8 microrregiões de saúde, consórcios com muitos municípios, consórcios com somente 3 municípios, consórcios para disponibilizar especialidades médicas até então inviáveis, consórcios para investimento na área da saúde, como a construção de hospitais e postos de atendimento etc. Tal heterogeneidade pode ser vista como natural ou mesmo salutar, pois permite a adequação da instituição consórcio intermunicipal de saúde à realidade ou contexto em que se insere.

Os consórcios públicos de saúde decorrem da necessidade dos municípios em promover o atendimento às necessidades médicas de seus munícipes, principalmente após a municipalização e universalização da saúde pública pós Constituição de 1988. O arranjo federativo favorece práticas predatórias em seu bojo, sendo que o consorciamento é um forte mecanismo para reduzir tais condutas, ao permitir que, com a ajuda de todos, os municípios forneçam serviços e especialidades médicas até então inacessíveis

Concluí-se que o consórcio de saúde é uma instituição que ainda se encontra em formação, tendo contribuído muito para o atendimento médico da população brasileira, sobretudo dos segmentos mais dependentes da atuação estatal. É uma tendência que se aparenta irreversível na forma de se prestar a saúde pelos municípios, pois estes se encontravam desprovidos de condições para o fazerem de forma isolada quando da promulgação da Constituição de 1988.

# 6. BIBLIOGRAFIA

ABRANTES, Marcelo Militão. **Textos com aspectos importantes do Sistema Único de Saúde (SUS).** Mimeo. Segundo semestre de 2004.

ABRUCIO, Fernando Luiz e COSTA, Valeriano Mendes Ferreira. **Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro**. Pesquisas n.o. 12. São Paulo: Konrad-Adenauer-Stiftung, Centro de Estudos. 1998.

ABRUCIO, Fernando Luiz. **O impacto do modelo gerencial na Administração Pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente.** Cadernos ENAP, N.º 10, Brasília: Fundação Nacional de Administração Pública, 1997.

_____. Os avanços e os dilenas do modelo pós-burocrático: a reforma da administração pública à luz da experiência internacional recente. *In:* PEREIRA, Luiz Carlos Bresser e SPINK Peter (org.) **Reforma do Estado e Administração Pública gerencial**. 4.ª Ed. Rio de Janeiro: Editora FGV: 2001, p. 173 a 200.

AFONSO, José Roberto Rodrigues, ARAÚJO, Erika Amorim e KHAIR, Amir. Federalimso fiscal no Brasil: a importância dos governos municipais. *In:* FIGUEIREDO, Carlos Maurício e NÓBREGA, Marcos. **Administração pública: direitos administrativo, financeiro e gestão pública: prática, inovações e polêmicas**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002.

AFONSO, José Roberto Rodrigues, RAIMUNDO, Júlio César Maciel e ARAÚJO, Érika Amorim. **Breves notas sobre o federalismo fiscal no Brasil**. Capturado no sítio: http://federativo.bnds.gov.br/bf_bancos/estudos/e0000168.doc, acessado em 15/10/2003.

ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes de. **Competências na Constituição de 1988**. São Paulo: Atlas, 1991.

ARAÚJO, Aloízio Gonzaga de Andrade**. O direito e o Estado como estruturas e sistemas**. Tese de doutoramento. Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2001.

ARRETCHE, Marta T.S. Mitos da descentralização. Mais democracia e eficiência nas políticas públicas? **Revista brasileira de Ciências Sociais**. N.º 31, An6 11, Junho de 1996.

_____. **Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em um estado federativo.** Mimeo. São Paulo: UNESP / Campus Araraquara. 1998.

ARRETCHE, Marta T.S. RODRIGUES, Vicente. Descentralizar e universalizar a atenção à saúde. *In:* **Descentralização das Políticas Sociais no Brasil**. São Paulo/Brasília : FUNDAP/FAPESP/IPEA, 1999, v.1, p. 126-158.

ARRUDA, Maria Aparecida e ABREU, João Francisco de. **Regiões Administrativas.** Mimeo. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, Janeiro de 1996.

AZEREDO, Beatriz. O financiamento dos programas sociais: impasses e perspectivas. **Revista de Administração Pública.** Rio de Janeiro. Jan/Mar 1988. p. 3 a 13.

BARACHO, José Alfredo de Oliveira. **Princípio da subsidiariedade. Conceito e evolução.** Rio de Janeiro: Forense, 2000.

_____. **Teoria geral do federalismo**. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

BARRAS, Elizabeth. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. *In:* **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde.** NESP; UnB. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BARROS, Ubiratan. Consórcio Intermunicipal de Saúde. **Boletim de Direito Municipal**. São Paulo:NDJ, v.11, n.º 10, Out., 1995.

BASTOS, Celso Ribeiro. **Curso de direito constitucional**. 11ª Ed. São Paulo: Saraiva, 1989.

BASTOS, Francisco Avelar. Uma experiência de associativismo municipal na área da saúde: o Consórcio Intermunicipal de Saúde da região centro do Estado do Rio Grande do Sul. Painel: A nova regionalização: coordenação e modelos institucionais inovadores. **VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública.** Lisboa, Portugal. Outubro 2002.

BAUM, Joel A. C. Ecologia organizacional. *In*: CLEGG, S.R.; HARDY, C.; NORD, W (orgs.) **Handbook de estudos organizacionais**. São Paulo: Atlas, 1999.

BELTRÃO, Helio. **Descentralização e liberdade**. 3.ª Ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília / Instituto Helio Beltrão, 2002.

BIASOTO JÚNIOR, Geraldo. A universalição da saúde e a construção do SUS. *In:* URANI, André, GIAMBIAGI, Fabio e REIS, José Guilherme (Org.). **Reformas no Brasil: balanço e agenda.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004.

BOBBIO, Norberto. **Estado, governo, sociedade; por uma teoria geral da política**. Tradução Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 10.ª edição. 2003.

_____. **O futuro da democracia.** Tradução de Marco Aurélio Nogueira. 7.ª edição. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

_____. **A teoria das formas de governo.** Tradução Sérgio Bath. 10.ª Edição. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.

_____. **Direito e Estado no pensamento de Emanuel Kant.** Tradução Alfredo Fait. 2.ª Edição. São Paulo: Mandarim, 2000.

BONAVIDES, Paulo. **Teoria do Estado**. 3.ª Ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2001.

BRASIL. **Decreto n º 6.017, de 17 de janeiro de 2007**. Regulamenta a Lei n º 11.107, de 06 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n º 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Institui o Pacto pela Saúde 2006, 2006.

_____. **Lei n º 11.107, de 06 de abril de 2005.** Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências, 2005.

_____, Ministério da Saúde. **Guia do Conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde**. Secretaria de gestão de investimento em saúde. Departamento de gerenciamento de investimentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002A.

_____. **Sistema Único de Saúde (SUS). Sistemas de gestão em saúde.** Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde. 2002B.

_____. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002C.

_____. **Guia do conselheiro. Curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde.** Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002D.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n º 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Institui a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/02, 2002E.

_____. **Estatuto da Cidade: Lei n.º 10.257, de 10 de julho de 2001, que estabelece diretrizes gerais de políticas urbanas.** Brasília: Câmara dos Deputados. Coordenação de publicações, 2001A.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n º 095, de 29 de janeiro de 2001.** Institui a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/01, 2001B.

_____. **Sistema Único de Saúde (SUS). Princípios e conquistas.** Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde. 2000A.

_____. **Sistema Único de Saúde (SUS). Descentralização**. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde. 2000B.

_____. **O Consórcio e a Gestão Municipal em Saúde.** Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde. 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n º 2.203, de 06 de novembro de 1996**. Institui a Norma Operacional Básica – NOB/96, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n º 545, de 20 de maio de 1993.** Institui a Norma Operacional Básica – NOB/93, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n º 234, de 07 de fevereiro de 1992**. Institui a Norma Operacional Básica – NOB/92, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Resolução n º 273, de julho de 1991.** Institui a Norma Operacional Básica – NOB/91, 1991.

BRAVO, Maria Inês Souza. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. *In:* PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira e BRAVO, Maria Inês Souza. **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ. 2001.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Direito Administrativo e Políticas Públicas.** São Paulo:Saraiva, 2002.

CAMPOS, Cezar Rodrigues. A produção da cidadania – Construindo o SUS em Belo Horizonte. *In:* _____; REIS, Afonso Teixeira dos; MALTA, Deborah Carvalho; SANTOS, Alaneir de Fátima dos & MERHY, Emerson Elias. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998.

CAMPANHOLE, Adriano e CAMPANHOLE, Hilton Lobo. **Constituições do Brasil**. 14ª Ed. São Paulo: Atlas, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da reforma, repensando a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 1992.

CAPPELLETTI, Mauro. **O controle judicial de constitucionalidade das leis no direito comparado**. 2ª Ed. Tradução Aroldo Plínio Gonçalves. Porto Alegre, Fabris, 1992.

CARVALHO, André Regis de. Reengenharia federativa: a questão dos consórcios intermunicipais. *In:* FIGUEIREDO, Carlos Maurício e NÓBREGA, Marcos (org.) **Administração Pública. Direito administrativo, financeiro e Gestão Pública: prática, inovações e polêmicas.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002

CARVALHO, Guido Ivan de, SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90).** 2.ª Ed., atualizada e ampliada. São Paulo:Hucitec, 1995.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil. O longo caminho.** 4.ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____. Cidadania na encruzilhada. *In:* **Pensar a República.** Bignotto, Newton (org.) Belo Horizonte: ED. UFMG, 2002.

CASTRO, José Nilo de. **Direito Municipal Positivo**. 5.ª Ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

CATALÁ, Joan Prats I. Governabilidade democrática na América Latina no final do Século XX. *In:* PEREIRA, Luiz Carlos Bresser e SPINK, Peter (org.) **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. 4.ª Ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001

CENEVIVA, Walter. **Direito Constitucional Brasileiro.** São Paulo: Editora Saraiva, 2003.

CINTRA, Marcos Antônio, ARAÚJO, João Carlos. Transferências da União em saúde para o Estado de São Paulo. **Revista do Serviço Público/Fundação Escola Nacional de Administração Pública**. Ano 52, n.º3, Brasília: ENAP. Jul/Set 2001.

CLARK, Giovani. **O município em face do Direito Econômico**. Belo Horizonte: Livraria Del Rey, 2001

COASE, Ronald H. The Institucinal Structure of Production. **The American Economic Reniew.** Volume 82, Issue 4 . Setembro de 1992.

COELHO, Paulo. **Manual do guerreiro da luz.** Rio de Janeiro: Rocco, 2003.

COHN, Amélia. A saúde na Previdência Social e na Seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios. *In:* COHN, Amélia e ELIAS, Paulo E. **Saúde no Brasil. Políticas e organização de serviços**. 3.ª Ed. Revista e ampliada. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1999.

_____. Os governos municipais e as políticas sociais. SOARES, José Arlindo, BAVA, Silvio Caccia (Org.). **Os desafios da gestão municipal democrática.** São Paulo: Cortez, 1998.

COSTA, Nilson do Rosário. Inovação política, distributivismo e crise: a política de saúde nos anos 80 e 90. **Revista Dados**. Rio de Janeiro, v. 39, n.º 3, p. 479-511, set-dez 1996.

COSTA, Nilson do Rosário, SILVA, Pedro Luiz Barros, RIBEIRO, José Mendes. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público/Fundação Escola Nacional de Administração Pública**. Ano 50, n.º3, Brasília: ENAP. Jul/Set 1999.

COSTA, Ricardo César Rocha da. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista de Sociologia e Política.** Curitiba, n.º 18, 49-71, jun. 2002.

CRISTINELIS, Marco Falcão. **Políticas públicas e normas jurídicas**. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2002.

CRUZ, Maria do Carmo Meirelles T. **Consórcios Intermunicipais: uma alternativa de integração regional ascendente.** São Paulo: Pólis. 2001

DAFT, Richard L. **Organizações. Teoria e projetos.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

DALLARI. Sueli Gandolfi. A Constituição Brasileira e o Sistema Unido de Saúde. *In:* **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde.** NESP; UnB. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

DEL PRIORE, Mary e VENÂNCIO, Renato. **O livro de ouro da História do Brasil**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2001.

DELACAMPAGNE, Christian. **A filosofia política hoje: idéias, debates, questões.** Trad. Lucy Magalhães. Revisão técnica Danilo Marcondes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores. 2001.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na Administração Pública**. 3.ª Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

DIB, Fued. Parecer em resposta a consulta formulada pelo Município de Tiradentes acerca de participação em Consórcio Intermunicipal de Saúde. **Revista do Tribunal**

**de Contas do Estado de Minas Gerais.** V. 22, n.º 1, Belo Horizonte, TCEMG. Jan/Mar 1997.

DONALDSON, Lex. Teoria da contingência organizacional. *In*: CLEGG, S.R.; HARDY, C.; NORD, W (orgs.) **Handbook de estudos organizacionais**. São Paulo: Atlas, 1999.

DYE, Thomas R. **American Federalism: Competition among governments**. Massachusetts: Lexington Books. 1990.

ELAZAR, Daniel. **Intrnational and Comparative Federalism**. Political Science and Politics. Vol. XVI, n.o. 2. Washington D.C.

ELIAS, Paulo Eduardo. Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil. *In:* COHN, Amélia e ELIAS, Paulo E. **Saúde no Brasil. Políticas e organização de serviços**. 3.ª Ed. Revista e ampliada. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1999.

ELSTER, Jon. **Peças e engrenagens das ciências sociais.** Trad. Antônio Trânsito. Rio de Janeiro: Ed. Relumé-Dumará, 1994.

FAORO, Raymundo. **Os donos do poder. Formação do patronato político brasileiro.** 3.ª Ed. rev. São Paulo: Globo, 2001.

FEREIRA FILHO, Manoel Gonçalves. **Curso de Direito Constitucional**. 1990.

FERNANDES JÚNIOR, Edésio. **O ordenamento jurídico-institucional das regiões metropolitanas brasileiras. Avaliação crítica. Proposta de reformulação.** Mimeo. Belo Horizonte, PLAMBEL, Novembro de 1984.

FIUZA, César. **Direito Civil. Curso completo.** 8.ª Ed. Ver, atual. e ampl. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

FONTES, Ângela. Descentralização, desenvolvimento regional e consórcios intermunicipais. *In:* ROCHA, Nilton Almeida (org.) **Novas Leituras de administração municipal**. Rio de Janeiro: IBAM, 2002.

FRANÇA, Júnia Lessa. **Manual para normalização de publicações técnico-científicas.** 6.ª Ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2003.

FRANÇA, Susete Barbosa. A presença do Estado no setor saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público.** Brasíla: ENAP. Ano 49, n.º 3, Jul-Set /1998.

FREIRE, Silene de Moraes. Estado, Democracia e Questão Social no Brasil. *In:* PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira e BRAVO, Maria Inês Souza. **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ. 2001.

FRIEDBERG, Erhard. Organização. *In*: BOUDON, Raymond (org.) **Tratado de sociologia.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995.

FRIEDE, Reis. **Curso de Ciência Política e Teoria Geral do Estado. Teoria constitucional e relações internacionais.** 2.ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

GASPARINI, Diogenes. **Direito Administrativo**. 9.ª Ed. rev. e atual.. São Paulo: Saraiva, 2004.

GONÇALVES, Juliana. **Os consórcios intermunicipais de saúde.** Monografia de final de curso. Orientador: CARVALHO, Paulo Neves de. Belo Horizonte: Faculdade de Direito da UFMG, 2003.

HITT, Michael A.; IRELAND, R. Duane; HOSKISSON, Robert E. **Administraç!ao estratégica.** Trad. José Carlos Barbosa dos Santos e Luiz Antônio Pedroso Rafael. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

JATENE, Adib D. **Eles não tinham razão**. Jornal do Brasil. 07 de março de 1997. Sítio: www.ahmg.com.br/jornal/jatene.shtml, acessado em 14/06/2004.

JAYME, Fernando Gonçalves. **Tribunal Constitucionali: exigência democrática**. Belo Horizonte: Livraria Del Rey, 1999.

JEPPERSON, Ronald L.; MEYER, John W. The public order and the construction of formal organizationns. *In:* POWELL, W.; DIMAGGIO, P. (orgs.) **The new institutionalism in organizational analysis.** Chicago and London: The University of Chicago Press, 1991.

JORGE, Elias Antônio. Financiamento setorial do SUS e a questão da municipalização da saúde. *In:* **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde.** NESP; UnB. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

KELSEN, Hans. **Teoria Geral do Direito e do Estado**. Trad. Luís Carlos Borges. 3ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LEÃO JÚNIOR, Fernando Pontual de Souza. **Formação e estruturação de campos organizacionais: um modelo para análise do campo cultural.** Sítio:

http://www.anpad.org.br/enanpad2001-trabs-apresentados-teo.html. Capturado em 20/12/2003.

LEITE, Lesley Gasparini. Parecer Jurídico elaborado em 23/03/92. transcrito na integra *in* **Informativo Jurídico do CEPAM (Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal)**. Ano X, n.º 11, novembro de 1995.

LEMOS, Maurício B. Territorialidade e Política Social. **Política Social.** Julho/Agosto de 2001.

LIJPHART, Arend. **Modelos de democracia. Desempenho e padrões de governo em 36 países.** Trad. Roberto Franco. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

LIMA, Ana Paulo G. **Os consórcios municipais de saúde e o sistema único de saúde – um estudo de caso em Mato Grosso**. V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Comunicação Coordenada. Anais. Rio de Janeiro. Abrasco, 1997.

LIMA, Marta de Souza. **Gestão consorciada: a experiência de Minas Gerais**. Revista de Administração Municipal. Rio de Janeiro: IBAM. Ano 47, n.º 235, Maio/Junho 2002.

LUCAS, Simone Dutra, CAMPOMIZZI, Jader Bernardo. A participação cidadã no controle do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. *In:* CAMPOS, Cezar Rodrigues; REIS, Afonso Teixeira dos; MALTA, Deborah Carvalho; SANTOS, Alaneir de Fátima dos & MERHY, Emerson Elias. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998.

MAGALHÃES, José Luiz Quadros. **Direito Constitucional. Tomo I.** Belo Horizonte: Mandamentos, 2000.

_____. **Direito Constitucional. Tomo II.** Belo Horizonte: Mandamentos, 2002.

MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio. Estrutura administrativa – Um enfoque necessário na consolidação do SUS. *In:* CAMPOS, Cezar Rodrigues; REIS, Afonso Teixeira dos; MALTA, Deborah Carvalho; SANTOS, Alaneir de Fátima dos & MERHY, Emerson Elias. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998.

MALUF, Sahid. **Teoria Geral do Estado**. 22ª Ed. São Paulo: Saraiva, 1993.

MARCH, James G.; SIMON, Herbert A. **Teoria das organizações**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1975.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Instituições de Direito Público e Privado**. 3.ª Ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MATTOS, Maurílio Castro de, BRAVO, Maria Inês Souza. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. *In:* PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira e BRAVO, Maria Inês Souza. **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ. 2001.

MEDAUAR, Odete e ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes de (Org.). **Estatuto da Cidade. Lei 10.257, de 10.07.2001. Comentários.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

MEDAUAR, Odete. **Direito Administrativo Moderno**. 8.ª Ed. Revista e ampliada. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Municipal Brasileiro.** 13.ª Ed., Atualizada por PRENDES, Célia Marisa e REIS, Márcio Scheneider. São Paulo: Malheiros, 2003.

_____. **Direito Administrativo Brasileiro**. 19.ª Ed. 1994.

MEIRELES, Manuel e PAIXÃO, Marisa Regina. **Teorias da administração: clássicas e modernas**. São Paulo: Futura, 2003.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Política e instrumentos regulatórios: o caso da saúde no Brasil.** Fundação João Pinheiro, Escola de Governo. Texto para discussão n.º 12. Junho de 2004.

MEYER, John W.; ROWAN, Brian. Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. *In:* POWELL, W.; DIMAGGIO, P. (orgs.) **The new institutionalism in organizational analysis.** Chicago and London: The University of Chicago Press, 1991.

MINAS GERAIS. **Informações referentes às Regiões Administrativas do Estado de Minas Gerais.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado do Planejamento e Coordenação Geral. Superintendência Central de Planejamento Institucional, 1997.

MOARES, Alexandre de. **Constituição do Brasil interpretada e legislação constitucional**. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Direito Constitucional**. ??? Ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MONNERAT, Giselle Lavinas, SOUZA, Rosimary Gonçalves de , CASTRO, Mônica de. Tendências atuais da descentralização e o desafio da democratização na gestão

da saúde. *In:* PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira e BRAVO, Maria Inês Souza. **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ. 2001.

MOURÃO JÚNIOR, Carlos Alberto. **Evolução das políticas públicas de saúde – da Constituição de 1988 à NOAS/SUS2002.** Sítio: http://www.ufrgs.br/eenf/DisciplinasEnf/enf01001/politicas%20saude%20ate%202002.doc. Acessado em 17/12/2003.

MUKAI, Toshio. **Licitações e Contratos Públicos: comentários à Lei n.º 8.666/93, com as alterações da Lei n.º 9.648/98 e análise das licitações e contratos na Emenda Constitucional n.º 19/98 (reforma administrativa).** 5.ª Ed., São Paulo: Saraiva, 1999.

NEDER, Carlos. Atribuições dos conselhos de saúde e de seus conselheiros. *In:* **Incentivo à participação popular e controle social no Sistema Único de Saúde: textos técnicos para conselheiros de saúde.** NESP; UnB. 2.ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

NICOLETTO, Sônia, Cristina Stefano, FERRAES, Alide Marina Biehl, CORDONI JÚNIOR, Luiz. **A importância dos consórcios intermunicipais de saúde e o transporte dos usuários.** www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v4n1/ indice1.htm. Acessado em 13/06/2004.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo, TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. **(Im) Previdência Social. 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Editora Vozes, 1986.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Sociologia das organizações. Uma análise do homem e das empresas no ambiente competitivo.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

OSTROM, Vincent. **The Meaning of American Federalism: Constituting a Self-Governing Society.** San Francisco:ICS Press, 1991.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Estado, Regulação Social e Controle Democrático. *In:* PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira e BRAVO, Maria Inês Souza. **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ. 2001.

PIRES, Roberto Coelho Rocha. CSAP – Monografias premiadas. **Orçamento participativo e planejamento municipal: uma análise neoinstitucional a partir do caso da prefeitura de Belo Horizonte.** Belo Horizonte: Escola de Governo/Fundação João Pinheiro, 2001.

PIOLA, Sérgio Francisco; RIBEIRO, José Aparecido C. & REIS, Carlos Otávio Ocké. Financiamento das políticas sociais: o caso do Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público.** Brasíla: ENAP. Ano 51, n.º 3, Jul-Set /2000.

PLAMBEL. **A questão metropolitana e o processo constituinte.** Mimeo, Belo Horizonte. Agosto de 1988.

POWELL, Walter W. e DIMAGGIO, Paul J. The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *In:* POWELL, W.; DIMAGGIO, P. (orgs.) **The new institutionalism in organizational analysis.** Chicago and London: The University of Chicago Press, 1991.

_____. (orgs.) **The new institucionalism in organizationa analysis**. Chicago: The University of Chicago Press, 1991.

PUGH, Derek S. e HICKSON, David J. **Os teóricos das organizações**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

REED, Michael. Teorização organizacional: um campo historicamente contestado. *In*: CLEGG, S. R.; HARDY, C.; NORD, W. (Orgs.) **Handbook de estudos organizacionais**. São Paulo: Atlas, 1976.

REIS, Elisa P., CHEIBUB, Zairo B. Pobreza, desigualdade e consolidação democrática. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, Vol. 36, n.º 2, 1993, pp. 233 a 259.

RIBEIRO, Deborah Fialho. Planejamento municipal e "Glocalização". *In:* FERRAZ, Luciano e MOTTA, Fabrício (coord.) **Direito público moderno. Homenagem especial ao professor Paulo Neves de Carvalho**. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

RIBEIRO, José e COSTA, Nilson do Rosário. **Consórcios Municipais no SUS**. Texto para discussão n.º 669. Brasília: IPEA, 1999.

ROCHA, Carlos Alberto Vasconcelos, FARIA, Carlos Aurélio Pimento. **Cooperação intermunicipal, reterritorialização da gestão pública e provisão de bens e serviços sociais no Brasil contemporâneo: a experiência dos consórcios de saúde em Minas Gerais.** Mimeo. Belo Horizonte: PUC-Minas. 2004.

RODRIGUES, Alcides Redondo; RESTON, Jamil e GONÇALVES, Marcos Flávio R. **O vereador e a Câmara Municipal**. Rio de Janeiro: IBAM, 2001.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A reforma sanitária e o sistema único de saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. *In:*

**Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde.** NESP; UnB. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

ROSA, Júnia Santa. Princípios e Condicionantes da descentralização intramunicipal. **Política Social**. Julho/Agosto de 2001.

ROVIRA, Enoch Alberti. **Federalismo y cooperacion en la Republica Federal Alemana**. Madid: Centro de estudios constitucionales, 1986

SANTANA, Jair Eduardo. **Competências Legislativas Municipais.** Belo Horizonte: Livraria Del Rey. 2ª Ed. Rev. Atual e amp. 1998.

SANTOS, André Luiz Lopes dos. Democracia, participação popular e Cidadania – Transitando entre o Político e o Jurídico na formação de nossos agentes do Direito. *In*: SANTOS, André Luiz Lopes dos, ANDRADE, Rogério Emílio de (coord.). **Direito e política: nos marcos da interdisciplinariedade.** Campinas: Edicamp, 2003.

SANTOS, Fausto Pereira dos. O novo papel do município na gestão da saúde – O desenvolvimento do controle e avaliação. *In:* CAMPOS, Cezar Rodrigues; REIS, Afonso Teixeira dos; MALTA, Deborah Carvalho; SANTOS, Alaneir de Fátima dos & MERHY, Emerson Elias. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira.** 2.ª Edição. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SCANTIMBURGO, João de. **A crise da república presidencial: de Deodoro a Fernando Henrique Cardoso.** São Paulo: LTr, 2000.

SCHNEIDER, Anamaria Carvalho. **Consórcios intermunicipais de saúde: instrumento de organização do sistema de saúde.** Dissertação de mestrado apresentado ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1998.

SCOTT, W. Richard; MEYER, John W. The organization of societal sectors: propositions and early evidences. *In:* POWELL, W.; DIMAGGIO, P. (orgs.) **The new institutionalism in organizational analysis.** Chicago and London: The University of Chicago Press, 1991.

SENA, Homero, MONTEIRO, Clóvis Zobaran. **Fundações no Direito e na Administração.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. 1970.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 23.ª Ed. São Paulo: Melhoramentos. 2004.

SILVA, Silvio Fernandes da. **Municipalização da saúde e poder local: sujeito, atores e políticas.** São Paulo: Hucitec, 2001.

SOARES, Mário Lúcio Quintão. **Teoria do estado: o substrato clássico e os novos paradigmas como pré-compreensão para o direito constitucional.** Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

SOMARRIBA, Mercês e MACHADO, Edite Novaes da Mata. **Organização da saúde na região metropolitana de Belo Horizonte e consórcios intermunicipais de saúde**. Mimeo. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, Novembro de 2002.

SOUZA, Celina. **Administração pública, federalismo e relações intergovernamentais em contexto de desenvolvimento regional desigual.** Mimeo. Belo Horizonte: Escola de Governo / Fundação João Pinheiro, 2001.

SOUZA, Renilson Rehem de. **Construindo o SUS. A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo.** Dissertação de mestrado. Orientador: PIERANTONI, Célia. Rio de Janeiro: Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2002A.

_____. **O sistema público de saúde brasileiro.** Trabalho apresentado no Seminário Internacional de Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, Brasil. 11 a 14 de agosto de 2002B.

SUNDFELD, Carlos Ari. **Fundamentos do Direito Público**. São Paulo: Melhoramentos.

TEIXEIRA, Luciana, BUGARIN, Maurício, MAC DOWELL, Maria Cristina. Consórcios intermunicipais de saúde: uma análise à luz da teoria dos jogos. **Revista Brasileira de Economia** 57 (1): 253-281. Rio de Janeiro, 2003A.

_____. **Economia Política da Formação de Consórcios Intermunicipais de Saúde: Efeitos da Heterogeneidade de Renda e Preferências entre Municípios.** Texto para discussão n.º 301. Brasília: Universidade de Brasília / Departamento de Economia. 2003B.

_____. **Incentivos em consórcios intermunicipais de saúde: uma abordagem da teoria dos contratos**. Texto para discussão n.º 894. Brasília: IPEA, 2002.

VIANNA, Maria Lucia Werneck. O silencioso desmonte da seguridade social no Brasil. *In:* PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira e BRAVO, Maria Inês Souza. **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ. 2001.

WANDERLEY JÚNIOR, Bruno. **Dos consórcios intermunicipais de saúde**. Dissertação de mestrado. Orientador: MAGALHÃES, José Luiz Quadros. Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais. Defendida em 09/04/1999.

# Anexo I

<table>
<tr><th colspan="3">Distribuição das competências tributárias</th></tr>
<tr><td colspan="3">Art. 153 Compete à União instituir os impostos sobre:<br>I – importação de produtos estrangeiros;<br>II – exportação, para o exterior, de produtos nacionais ou nacionalizados;<br>III – renda e proventos de qualquer natureza;<br>IV – produtos industrializados;<br>V – operações de crédito, câmbio e seguro, ou relativas a títulos ou valores mobiliários;<br>VI – propriedade territorial rural;<br>VII – grandes fortunas, nos termos de lei complementar.<br>Art. 154 A União poderá instituir:<br>I – mediante lei complementar, impostos não previstos no artigo anterior, desde que sejam não-cumulativos e não tenham fato gerador ou base de cálculo próprios dos discriminados nesta Constituição.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Art. 155 Compete aos Estados e ao Distrito Federal instituir impostos sobre:<br>I – transmissão causa mortis e doação, de quaisquer bens ou direitos;<br>II – operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, ainda que as operações e as prestações se iniciem no exterior;<br>III – propriedade de veículos automotores.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Art. 156 Compete aos Municípios instituir impostos sobre:<br>I – propriedade predial e territorial urbana;<br>II – transmissão inter vivos, a qualquer título, por ato oneroso, de bens imóveis, por natureza ou acessão física, e de direitos reais sobre imóveis, exceto os de garantia, bem como a cessão de direitos a sua aquisição;<br>III –serviços de qualquer natureza, não compreendidos no art. 155, II, definidos em lei complementar.</td></tr>
<tr><th colspan="3">Redistribuição de impostos da competência da União</th></tr>
<tr><th>Imposto</th><th>Ente beneficiado</th><th>Condições</th></tr>
<tr><td rowspan="6">Imposto de Renda<br>(CR, art. 153, III)</td><td rowspan="2">Estados e Distrito Federal</td><td>O produto da arrecadação incidente na fonte, sobre rendimentos pagos por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem (CR, art. 157, I)</td></tr>
<tr><td>Vinte e um inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal (CR, art. 159, I, a), nos termos do § 1.º, do art. 159.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Municípios</td><td>O produto da arrecadação incidente na fonte, sobre rendimentos pagos por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem (CR, art. 158, I)</td></tr>
<tr><td>Vinte e dois inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Municípios (CR, art. 159, I, b), nos termos do § 1.º, do art. 159.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Região Norte, Nordeste e Centro-Oeste</td><td>Três por cento, para aplicação em programas de financiamento ao setor produtivo das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, mediante suas instituições financeiras de caráter regional, de acordo com os planos regionais de desenvolvimento, ficando assegurada ao semi-árido do Nordeste a metade dos recursos destinados à Região, na forma que a lei estabelecer (CR, art. 159, I, c).</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Imposto Residual<br>(CR, art. 154, I)</td><td>Estados e Distrito Federal</td><td>Vinte por cento do produto da arrecadação do imposto que a União instituir (CR, art. 157, II).</td></tr>
<tr><td>Imposto sobre a propriedade territorial rural (CR, art. 153, VI)</td><td>Municípios</td><td>Cinqüenta por cento do produto da arrecadação do imposto da União sobre a propriedade territorial rural, relativamente aos imóveis neles situados (CR, art. 158, II).</td></tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| Imposto sobre produtos industrializados (CR, art. 153, IV) | Estados e Distrito Federal | Vinte e um inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Estados e Distrito Federal (CR, art. 159, I, a), nos termos do § 1.º, do art. 159. |
| | | Dez por cento do produto da arrecadação aos Estados e ao Distrito Federal, proporcionalmente ao valor das respectivas exportações de produtos industrializados (CR, art. 159, II), nos termos do§ 2.º, do art. 159 |
| | Municípios | Vinte e dois inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Municípios (CR, art 159, I, b), nos termos do § 1.º, do art. 159. |
| | | Os Estados entregarão aos respectivos Municípios vinte e cinco por cento dos recursos que receberam nos termos do inciso II, observados os critérios estabelecidos no art. 158, parágrafo único, I e II. |
| | Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste | Três por cento, para aplicação em programas de financiamento do setor produtivo das Regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, mediante suas instituições financeiras de caráter regional, de acordo com os planos regionais de desenvolvimento, ficando assegurada ao semi-árido do Nordeste a metade dos recursos destinados à Região, na forma que a lei estabelecer, (CR, art. 159, I, c). |
| **Redistribuição de impostos da competência dos Estados** | | |
| **Imposto** | **Ente beneficiado** | **Condições** |
| Imposto sobre propriedade de veículos automotores (CR, art. 155, III) | Municípios | Cinqüenta por cento do produto da arrecadação do imposto do Estado sobre a propriedade de veículos automotores licenciados em seus territórios (CR, art. 158, III). |
| Imposto sobre a circulação de mercadorias e sobre a prestação de serviços (CR, art. 155, II) | | Vinte e cinco por cento do produto da arrecadação (CR, art. 158, IV), nos termos do parágrafo único do art. 158 |

Fonte: Moraes, 2002: 1767/1769

## Anexo II

As funções gestoras no Sistema Único de Saúde, no tocante a cada nível federativo e tema pode ser assim estruturado (Souza, 2002B: 42).

| Federal | Estadual | Municipal |
|---|---|---|
| **Formulação de Políticas e Planejamento** | | |
| • Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito nacional;<br>• Papel estratégico e normativo;<br>• Manter a unicidade, respeitando a diversidade;<br>• Busca da equidade;<br>• Apoio e incentivo para o fortalecimento institucional e práticas inovadoras de gestão estadual e municipal. | • Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito estadual;<br>• Promoção da regionalização;<br>• Estímulo à programação integrada;<br>• Apoio e incentivo ao fortalecimento institucional das Secretarias Municipais de Saúde. | • Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal;<br>• Planejamento de ações e serviços necessários;<br>• Organização da oferta de serviços públicos e contratação de privados (caso necessário). |
| **Financiamento** | | |
| • Peso importante dos recursos federais;<br>• Papel redistributivo;<br>• Busca da equidade na alocação;<br>• Definição de prioridades nacionais e critérios de alocação entre áreas e entre estados. | • Definição de prioridades estaduais;<br>• Garantia de alocação de recursos próprios;<br>• Definição de critérios claros de alocação de recursos federais e estaduais entre áreas da política e entre municípios. | • Garantia da aplicação de recursos próprios;<br>• Critérios claros de aplicação de recursos federais, estaduais e municipais. |
| **Coordenação, Regulação e Avaliação** | | |
| • Coordenação e regulação de sistemas estaduais<br>• Apoio à articulação interestadual;<br>• Normas de orientação quanto à regulação de sistemas;<br>• Avaliação do desempenho dos sistemas estaduais;<br>• Avaliação dos resultados das políticas nacionais. | • Coordenação e regulação de sistemas municipais;<br>• Apoio à articulação intermunicipal;<br>• Coordenação da PPI no estado;<br>• Implantação de mecanismos de regulação (centrais);<br>• Avaliação do desempenho dos sistemas municipais;<br>• Avaliação dos resultados das políticas estaduais. | • Organização das portas de entrada do sistema;<br>• Estabelecimento de fluxos de referência;<br>• Integração da rede de serviços;<br>• Articulação com outros municípios para referências;<br>• Regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados;<br>• Avaliação dos resultados das políticas municipais. |
| **Prestação Direta de Serviços** | | |
| • Em caráter de exceção;<br>• Em áreas/ações estratégicas. | • Em caráter de exceção;<br>• Em áreas estratégicas;<br>• Serviços de referência estadual/regional;<br>• Em situações de carência de serviços e de omissão do gestor municipal. | • Peso importante na execução de ações/prestação direta de serviços;<br>• Gerência de unidades de saúde;<br>• Contratação, administração e capacitação de profissionais de saúde. |

## Anexo III

Municípios integrantes da Região Metropolitana de Belo Horizonte

- Belo Horizonte;
- Betim;
- Brumadinho;
- Caeté;
- Confins;
- Contagem;
- Esmeraldas;
- Ibirité;
- Igarapé;
- Juatuba;
- Lagoa Santa;
- Mário Campos;
- Mateus Leme;
- Nova Lima;
- Pedro Leopoldo;
- Raposos;
- Ribeirão das Neves;
- Rio Acima;
- Sabará;
- Santa Luzia;
- São Joaquim de Bicas;
- São José da Lapa;
- Sarzedo;
- Vespasiano