D1034
2009
m000100

UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS – UNIPAC

FACULDADE DE DIREITO

BACHARELADO EM DIREITO

CARLOS ALBERTO BAPTISTA DOS SANTOS

CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE

PARCEIRO DO SUS

JUIZ DE FORA

2009

UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS – UNIPAC

FACULDADE DE DIREITO

BACHARELADO EM DIREITO

CARLOS ALBERTO BAPTISTA DOS SANTOS

CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE PARCEIRO DO SUS

Monografia de conclusão de Curso apresentada ao Curso de Direito da Universidade Presidente Antônio Carlos/Juiz de Fora, como exigência para obtenção do grau de Bacharel em Direito dos requisitos necessários à obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientador: Prof. Drº José Rufino de Souza Junior.

JUIZ DE FORA

2009

FOLHA DE APROVAÇÃO

CARLOS ALBERTO BAPTISTA DOS SANTOS

Aluno

CONSÓRCIOS PÚBLICOS SAÚDE

Tema

Monografia de conclusão de Curso apresentada ao Curso de Direito, da Universidade Presidente Antônio Carlos / Juiz de Fora, como exigência para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

BANCA EXAMINADORA

JOSÉ BRUNO SOUZA JÚNIOR

LUIS CLÁUDIO DAVES TORRES

Vinícius Costa de A

Aprovada em 24 / 11 / 2009.

À minha mãe, Julieta e à minha
irmã, Marina, com carinho e gratidão.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus, aos meus familiares
e amigos que, de forma direta ou indireta
contribuíram para a construção deste trabalho.

"Entre a teoria e a prática transformadora, se insere um trabalho de educação das consciências..."

Vázques

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu como uma mudança de paradigma no desenvolvimento das políticas públicas de saúde no país e estará sempre em construção. Após longo período ditatorial, com a retomada da democracia, estabeleceu-se nessa área a descentralização dos serviços, o que veio a reconfigurar o pacto federativo, no reconhecimento dos municípios como entes capazes para as implementações das ações de saúde. Porém, em virtude de fatores históricos herdados e a vasta extensão territorial, com municípios distantes e carentes, a autonomia financeira a eles conferida não correspondia às verdadeiras necessidades para gerir a saúde. Num esforço para suprir essas faltas, os municípios adotaram forma de consórcio, mero pacto de intenções, sem respaldo jurídico que lhes revestisse de personalidade jurídica. Ainda assim, essa prática cresceu muito no país com resultados positivos, o que fortaleceu o movimento municipalista na ampliação de reivindicações que resultaram na Lei dos Consórcios Públicos, o que possibilita o estabelecimento de convênios entre todas as esferas de poder. Não é propósito deste trabalho, as formas de legalidade dos consórcios, nem tão pouco aprofundar nas formas de funcionamento desses. O que se propõe é percorrer o caminho histórico da saúde até os dias de hoje, em que a formação de consórcios públicos de saúde está em voga. Para tanto não há como deixar de falar em democracia, federalismo e descentralização, caminhos necessários para a efetivação da democracia e construção do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Democracia, Federalismo, Descentralização, SUS, Personalidade Jurídica, Consórcios de Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **09**

1. **O ESTADO E A SOCIEDADE** **11**
1.1 Democracia, Federalismo e Descentralização **13**

2. **GESTÃO PUBLICA DE SAÚDE NO BRASIL** **17**
2.1 Raízes históricas da saúde no Brasil **17**
2.2 O SUS e a municipalização da saúde **22**

3. **CONSÓRCIO – COOPERAÇÃO PUBLICA** **24**
3.1 Evolução histórica dos consórcios públicos de saúde **26**

4. **DEMOCRACIA PARTICIPATIVA** **31**
4.1 Participação popular nas políticas públicas de saúde **31**

5. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** **35**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **36**

INTRODUÇÃO

A história se constrói a partir de todas as engrenagens vinculadas à existência humana e uma dessas engrenagens é por certo as condições físicas e mentais do próprio ser. É o processo de vida dos homens ao longo da história.

O tema saúde – e aqui nos referimos à saúde como política pública – é muito vasto e ao mesmo tempo fragmentado. Trás em si toda a conjuntura social, política e econômica, ou melhor, dizendo, a saúde é o reflexo dessa conjuntura.

Como a história se constrói, as ações do ontem implicam na formação do hoje e do amanhã, independente de serem implicações positivas ou negativas. Portanto, o momento político democrático em que vivemos, com a participação da sociedade no processo de formulação e deliberação das políticas públicas é resultado positivo de um processo histórico conturbado, de luta política ideológica que, na linha do tempo recebe a terminologia de processo de transformação. Aqui falaremos especialmente de uma dessas transformações com foco em políticas públicas de saúde: os consórcios de saúde, um avanço inegável do ponto de vista da real democracia, resultante de descentralização, forma positiva na administração pública, que permite maior resolutividade na implementação das políticas públicas nos municípios, de forma inversa, ou seja, não verticalizada, hierarquizada.

Nosso país possui uma grande extensão territorial o que colabora para diferentes realidades. A descentralização de ações públicas possibilita autonomia aos municípios na adequação dessas à realidade de cada região, de cada município colocando-se como parceiro não somente para implementar, mas também para adequar, avaliar e apresentar proposições.

Em termos políticos o Brasil se define como um Estado Democrático de Direito (CF, art. 1°: 1988). A Constituição de 1988 recebeu de doutor Ulisses Guimarães o codinome de "Constituição Cidadã", uma vez a amplitude jamais vista em nosso país, uma conexão entre direitos individuais e sociais com reconhecimento de fundamentais, em defesa da pessoa humana, com pleno direito do exercício de cidadania, legalmente então amparado para "desatar os nós" de um passado fundamentado em formas centralizadoras ineficientes, "justificadoras" dos excessos de poder. A partir daí, democracia no Brasil rompe o tradicionalismo da verticalização burocrática de direcionamentos para inovar com autonomia

às comunidades locais, através da participação da sociedade civil na formulação e deliberação de políticas públicas, materializando-se a descentralização, institucionalizando avanços significativos, jamais registrados na história deste país.

No setor saúde, tamanha conquista democrática está à altura de um grande objetivo que é assegurar a construção de um modelo de política pública de saúde preventiva, universal, eqüitativa, baseado nos direitos de cidadania em defesa da vida com saúde.

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) regulamenta o Sistema Único de Saúde – SUS, iniciando-se o processo de construção desse, de forma sempre contínua, buscando adequações, experiências inovadoras no sentido de aperfeiçoamento. Ao dispor sobre organização, direção e gestão do SUS, artigo 10 daquela, versa sobre a constituição de consórcios de saúde, pelos municípios, assim como o artigo 3° da Lei 8.142/90 que também versa sobre a possibilidade dos municípios estabelecerem "consórcio para execução de ações e serviços de saúde". , remanejando, entre si, parcelas de recursos.

Os consórcios públicos de saúde são iniciativas que visam melhores formas de desenvolvimento de políticas públicas, tendo como essência a cooperação entre os entes: União, estados e municípios, com bases legais que lhes garante personalidade jurídica. Os consórcios públicos possuem personalidade jurídica e integram a Administração Pública.

A escolha do tema surgiu a partir de observações pessoais na área da saúde no município de Juiz de Fora – MG, junto ao Consórcio Intermunicipal em Saúde Pé da Serra.

Não é propósito desse trabalho, esmiuçar os protocolos legais de formação e funcionamento desses consórcios, mas entendê-lo como essência maior necessária na construção do SUS, dissertar sobre o tema saúde, numa trajetória histórica.

O ESTADO E A SOCIEDADE

Vivendo em sociedade, o homem cria formas de organização, com regras e normas de conduta, imposições necessárias para evitar conflitos protegendo assim a própria sociedade, pois o contrário seria o caos, com o individual prevalecendo sobre o coletivo, o que nos remete à idéia de justiça.

Para Platão, a justiça é a única "virtude" capaz de garantir a saúde do Estado, considerando a idéia de justiça como a expressão da própria idéia de Estado. A criação deste é justo para atender aos anseios do ser em sua coletividade, equivalendo dizer que a figura do Estado não se confunde com a figura da sociedade.

Gramsci (1989) define o Estado como uma superestrutura composta de sociedade política, e sociedade civil. A primeira é o conjunto de aparelhos coercitivos e legais através dos quais a classe dominante exerce o poder e a segunda é o conjunto dos aparelhos privados de hegemonia, como associações, escolas, igrejas, etc.

Segundo Coutinho (1981), ambas atuam com o mesmo fim, mas explica que na perspectiva gramsciana, esse processo pode variar conforme abordagem. No espaço democrático, as classes que compõem a sociedade civil buscam aliados para consenso e direção política, enquanto que na sociedade política, para se manterem, as classes exercem sempre uma ditadura fazendo uso do poder coercitivo, o que acaba por influenciar a vida da sociedade civil, mas, dialeticamente, através de instituições autônomas, pode-se construir uma "contra hegemonia", lutando por fazer reconhecidas suas demandas. E, o caráter predominante de um Estado – coercitivo ou consensual – "*vai depender do grau de desenvolvimento e independência*" das esferas que compõem a sociedade civil.

Podemos assim perceber que as transformações ocorridas ao longo dos tempos, em termos de formas de governo, são resultado direto dos conflitos deste com a sociedade. A evolução da sociedade acaba por gerar insatisfações que impulsionam para o aperfeiçoamento dessa relação que, na história da humanidade na busca pela justiça e liberdade para o exercício de cidadania não ocorreu de forma linear, cronológica, nem tão pouco pacífica. Ocorreram em diferentes sistemas, épocas e locais diversos.

Nesse sentido consideraremos não a história evolutiva, mas apenas alguns marcos históricos, como a famosa "Magna Carta" editada pelo rei João Sem-Terra, na Inglaterra , em 1215, que limitava o poder do rei e instituía os direitos dos Lordes e Barões, marco que precedeu o advento do assim denominado Estado Constitucional, definido assim por Magalhães (1997 p.31) " (...) necessidade da limitação do poder do Estado por um texto legal maior que todos os poderes do Estado, reconhecendo direitos de outros grupos no ordenamento legal."

As revoluções burguesas da Inglaterra e da França e a luta pela independência das colônias norte-americanas, também constituíram marco histórico na institucionalização do Estado Constitucional, fruto de ações revolucionárias contra o poder absolutista, modelo de Estado que já não correspondia á evolução daquelas sociedades. Para Florenzano (1981:8), classe revolucionária, como a burguesia e o proletariado, assim são consideradas, "(...) porque são capazes de elaborar e por em prática um projeto social novo."

O Estado Constitucional surge na superação do antigo modelo de governo absolutista, criando o sistema de garantias constitucionais democráticas, base do Estado de Direito.

Para Almeida Diniz (1995 p.79) "... nenhum sistema político se torna realidade sem a consideração desta realidade primeira da comunidade: a pessoa humana".

Retomando a perspectiva gramsciana interpretada por Coutinho (1981), em a citada "contra–hegemonia", compreendemos que as Constituições contemporâneas são frutos de árduas lutas enfrentadas pelas sociedades com finalidade de aperfeiçoamento das políticas públicas para atendimento às suas demandas, sempre crescentes, impulsionadas em virtude das transformações do meio em que está inserido o indivíduo, como o avanço tecnológico, novas metodologias de trabalho, globalização e seus reflexos na coletividade.

A situação imposta ao Estado contemporâneo na solução de conflitos desdobra-se em dois sentidos: os de *interesse geral*, que diz respeito à nação, problemas de amplitude nacional e os de *interesse regional* (ou local), referente às comunidades locais, ou seja, direcionado à pessoa humana.

Ao nos referirmos a Constituições contemporâneas, nos remetemos às suas bases, pilares centrais em que o Estado está alicerçado, ou seja: democracia, federalismo e descentralização, temas que veremos adiante.

1.1 Democracia. Federalismo e Descentralização

Em relação às outras formas de Estado, o federal é o que se apresenta como aquele que permite a plena aplicação do princípio da descentralização, organizando territorialmente as competências funcionais do Estado e a defesa dos ideais democráticos de participação popular nas decisões do poder.

Para Magalhães (1997 p.48) "... é necessário nos referirmos ao Estado Federal como a forma adequada de Estado para permitir uma estrutura estatal mais democrática".

O federalismo brasileiro, presente desde a Constituição de 1891, como na maioria dos sistemas, se apresentava de forma dualista, composto pelo Estado Federal, como nação e estados federados, não entendia o município como parte da federação. A política do Governo Federal (a exemplo do modelo centralizador de 1937) adota principalmente a partir da implantação do governo militar, em 1964, medidas de cerceamento e diminuição das competências, por força do texto constitucional de 1967 e da Emenda de 1969. Sob um regime de ditadura, o federalismo brasileiro sofreu descaracterização provocada por políticas autoritárias, próprias de Estados unitários. O resultado foi funesto, com o estrangulamento das políticas locais e o emperramento da máquina administrativa, tendo como conseqüência o agravamento dos reflexos de uma crise econômica mundial, vivenciada na década de 70, em virtude dos valores, sempre crescentes, dos barris de petróleo.

A sociedade brasileira estava literalmente doente, principalmente a classe operária e os mais desfavorecidos. Problemas de todas as ordens: inflação, desemprego, moradia e o caos na saúde pública, sendo esse último o resultado da redução de investimentos nos serviços públicos em detrimento do privado, conhecido historicamente como *hospitalocêntrico.* , com o governo subsidiando a iniciativa privada, financiando hospitais particulares, enriquecendo os donos de hospitais com a priorização da medicina curativa em detrimento da preventiva e da "coisa pública", o que provocou o sucateamento dos serviços de saúde da rede pública.

Com a "abertura política", em 1975, iniciada pelo governo militar para devolução do poder aos civis, a sociedade inicia o processo de redemocratização e nesse sentido tornou-se necessário a reformulação do modelo federativo brasileiro, naquele momento sem autonomia, pois o que se tinha um "falso federalismo" com o poder concentrado nas mãos do governo federal.

Nesse contexto, a importância do município foi muito debatida e defendida. Pleiteava-se o seu reconhecimento como ente federativo uma vez que esse possuía as características necessárias para assumir seu papel na estrutura da federação, juridicamente

entendido como um *Estado*, caracterizado pela existência de um *poder*, exercido dentro de um *território* delineado, sobre um *povo* que habita esse território:

> A existência na Federação brasileira de três esferas de governo que são federal, estadual e municipal, gera a distribuição de encargos e serviços, nas áreas de competências, mas, gera, também, particularidades no que toca à definição institucional dos entes destacados. (BARACHO, 1986, P. 96)

A teoria municipalista ganhou vulto às portas da convocação para a Assembléia Nacional Constituinte (1986), e logrou demonstrar a importância do município como ente autônomo, com atribuições descentralizadas, política e administrativamente.

Com a Constituição de 1988, num processo de aperfeiçoamento da democracia, iniciou-se efetivamente a implantação de um federalismo real no Brasil, dando forma às aspirações de descentralização e reforma social. A Constituição brasileira dispõe:

> A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: I – a soberania; II- a cidadania; III – a dignidade da pessoa humana; IV os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V – o pluralismo político. Parágrafo único: Todo poder emana do povo que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição. (CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA, 1988,art. 1°)

O sistema federal foi "redesenhado" em favor dos estados e municípios, sendo esses últimos reconhecidos como entes federativos com o mesmo *status* legal dos demais níveis de governo. A descentralização na superação do centralismo enseja a sociedade na participação política, sem a qual o fundamento constitucional de cidadania não se completaria. Nesse sentido último, para Coutinho (1981), significa uma "contra-hegemonia" e para Baracho, a descentralização pode ser entendida "como antídoto do poder opressor", completando que:

> Quando a descentralização política consagra a existência do poder local, no seu significado mais amplo, é para apoiar e nutrir esse poder, com o surgimento de uma idéia de direito distinta daquela que serve de fundamento ao Estado central ou à União. É essa sustentação consagrada no exercício desse poder que fornece o conteúdo político à descentralização. (BARACHO, 1984, p. 4)

A nova realidade nacional, Estado Democrático de Direito, possibilita a reorganização do Estado que atribui competências e responsabilidades aos entes federados, com ampliação crescente do poder local, os municípios, onde estão todos e tudo acontece,

numa aproximação do poder público com a sociedade. Dessa forma, promovendo a descentralização administrativa com estabelecimento de parcerias, o preceito constitucional de cidadania e dignidade da pessoa humana se materializa, efetivando-se a democracia de forma participativa direta da sociedade na formulação e fiscalização de políticas públicas.

Nesse mesmo sentido, para Baracho, temos que:

> Um dos temas inerentes à descentralização é o seu profundo relacionamento com a teoria democrática, desde que ela constitua um excelente fator para o atendimento de todas as formas de pluralismo. A doutrina dá relevo à dicotomia descentralização política e descentralização administrativa. No que se refere à teoria jurídica pura, a descentralização coloca-se, de certa maneira, igualmente para todas as coletividades políticas, seja o próprio Estado ou o agrupamento infra ou supra-estatais. A doutrina considera o federalismo como uma aplicação particular da teoria da descentralização. A uma coletividade reconhece-se a competência para editar ela própria, com a cautela de respeitar o quadro de atribuições anteriormente definidas, o exercício de sua atividade normativa. Esta compreensão aplica-se à comuna, à província ou ao Estado membro de uma federação. (BARACHO, 1984, p. 6-7)

A grande extensão territorial e as práticas políticas, retrógadas, que marcaram nossa história, desde sua ocupação pelos europeus resultaram em diferentes e por vezes cruéis realidades que, com o reconhecimento dos municípios como entes federados e a descentralização administrativa, tende a minimizar em todos os sentidos. A descentralização é uma característica positiva de administração, principalmente pública. Não significa diminuir, mas partilhar responsabilidades, prática democrática em que todos ganham, principalmente os municípios, num sentido de "mão dupla", pois assim também ganha a nação.

Nesse sentido Magalhães faz uma interessante análise:

> Embora torne mais complexa à estrutura administrativa, permite a simplificação e a aceleração dos procedimentos e decisões administrativas descentralizadas. (...) permitem identificar a Administração Pública com a figura do servidor público, que pode decidir e resolver a questão colocada pelo administrado, fazendo com que este veja o Estado mais próximo, o que por sua vez, permite que o Estado possa estar mais sensível às necessidades, expectativas e comandos da população. (MAGALHÃES, 1997, p. 46)

Podemos assim entender as transformações descentralizadoras como positivas, de modo que a Administração Pública, antes modelo rígido burocrático, flexibiliza sua atuação, não prioriza mais os meios e sim os resultados.

No federalismo, o município é tido como instrumento intermediário entre o Estado e o cidadão, sendo por excelência a materialização da democracia. Nessa trajetória, com a

autonomia do poder local teremos a defesa direta da democracia, com uma administração pública mais eficaz, delegando aos entes e à sociedade as suas respectivas parcelas de atribuições subsidiárias, em parceria na edificação de uma sociedade justa.

GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE

2.1 Raízes históricas da saúde no Brasil

Como foi dito inicialmente, o tema saúde muito complexo, o que vale algumas colocações pontuais sobre sua evolução no processo da linha do tempo:

Historicamente, a saúde no Brasil, que se confunde com a história da previdência social recebendo atenção pela primeira vez na Constituição de 1934, em apenas um inciso.

Antes da Constituição de 1988, apenas quem tivesse carteira de trabalho assinada com recolhimento para a Previdência Social, tinha assistência médica. Os demais eram chamados de indigentes ou carentes, a mercê da sorte e das entidades de caridade.

Em virtude dos movimentos trabalhistas urbanos, em 1923, foi instituída a Lei Elói Chaves, que criou as CAPs. – Caixas de Aposentadorias e Pensões, organizadas por empresas que mais tarde no governo Vargas, 1933, foram transformadas em IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões – com forte peso dos sindicatos de trabalhadores e entidades patronais, em relação ao governo, organizados por categorias profissionais e não mais por empresas, modifica a participação de indireta para direta, tanto na administração como no custeio, esse, dividido entre empregadores, empregados e a União. Foi o marco inicial do controle social no país, por parte de um único segmento da sociedade civil, os sindicatos urbanos.

O sistema era uma fortíssima rede de capitalização de recursos financeiros, razão maior pela qual, o governo militar, na década de 60, providenciou a unificação de todos os IAPs, criando o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social - processo que se deu sob forte influência dos técnicos de um dos mais articulados institutos, o IAPI – Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários.

O Estado autoritário delimitou os direitos políticos e sociais, utilizando seu poder coercitivo. Alavancou a industrialização com empréstimos internacionais e o dinheiro da previdência, orçamento altamente significativo, só comparado ao orçamento da união, mas sem controle institucional. Com o crescimento da industrialização, ampliava-se as arrecadações previdenciárias, com o governo subsidiando a iniciativa privada, financiando hospitais particulares, enriquecendo os donos de hospitais com a priorização da medicina

curativa em detrimento da preventiva e da "coisa pública", o que provocou o sucateamento dos serviços de saúde da rede pública. A crise econômica internacional na década de 70, com aumento do custo petróleo, provoca queda nos investimentos que eram baseados nos empréstimos internacionais e na arrecadação previdenciária. A conseqüência dessa crise foi o desemprego, arrocho salarial, altíssima inflação, que provocou um caos social.

Os donos de hospitais particulares que haviam sido construídos e equipados com dinheiro público cortaram convênios. Os serviços públicos de saúde estavam sucateados, ações preventivas foram abandonadas e doenças consideradas erradicadas começaram a reaparecer.

Como conseqüência do desequilíbrio econômico, a desigualdade social se acentuou, com o aumento da miséria: aumento de áreas de favelas, aumento da mortalidade infantil, da marginalidade, etc.

Este momento crítico coincide com a abertura política, no governo do general Figueiredo, 1975, e a sociedade civil, (setores da igreja, sindicatos, partidos políticos, técnicos da saúde, associações de bairro e outros) começaram a se unir no sentido de luta pela retomada da democracia e atendimento imediato das demandas moradia e saúde, principalmente.

O movimento social pela saúde cresceu e ganhou as ruas, exigindo atendimentos. Os profissionais de saúde, especialmente os médicos sanitaristas, iniciaram um trabalho no sentido de resgate e aperfeiçoamento na gestão da saúde pública no país. Esse movimento ficou conhecido como "Movimento Sanitário", do qual originou a proposta da Reforma Sanitária que, através da descentralização viria a se construir uma relação democrática entre a sociedade civil e o aparato estatal.

Estava lançado o debate no campo político-ideológico com profissionais da saúde se organizando: início de um ciclo regular de Conferências Nacionais de Saúde, em 1975; a criação da CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, em 1976 e em 1979 a ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. A organização no campo da saúde

Em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Previdência Social e com ele, a organização símbolo do modelo médico, o INAMPS.

No final da década, 1978, foi realizada a Conferência Internacional de Saúde em Alma-Ata, na Rússia, onde foram sancionados os mandamentos técnico-políticos preconizados pela OMS – Organização Mundial da Saúde, condensados na meta de "Saúde para todos até o ano 2000".

O Projeto da Reforma Sanitária, reforçado por essa iniciativa mundial, busca superar o modelo de saúde assistencial, deficiente, do governo militar.

O governo reconhece a falência da previdência. Muito tardiamente tenta remediar e cria o CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária. Foi uma iniciativa que passou a absorver técnicos ligados ao movimento sanitário, rompendo com a dominância burocrática. Esse conselho iniciou uma fiscalização rigorosa junto aos prestadores de serviços conveniados, com o intuito de combater as fraudes. O CONASP encontrou forte oposição da Federação Brasileira de Hospitais e de Medicina de Grupo, que viam nessa tentativa, a perda de sua hegemonia dentro do sistema e a perda do *status*. Como alternativa à crise, o CONASP criou o "Plano de Reorientação da Assistência à Saúde Previdenciária"

Carvalho expressa muitíssimo bem, a retomada das políticas através da participação:

> O Plano do CONASP é, assim, o marco que delimita a inauguração do cenário institucional onde se desenvolvem as novas idéias e práticas da institucionalização da participação. Um cenário claramente de transição, onde a disputa passa a ser cada vez mais marcada pelos ventos que sopram na sociedade e não apenas os sopros de grupos com entrada privativa, nos corredores do poder. (CARVALHO, 1995, p.44)

O cenário político nacional era de transição, retomada democrática e os debates em busca de acertos continuaram, acreditando-se cada vez mais que a redistribuição de poder entre Estado e sociedade era o caminho.

A mobilização popular exigiu a Assembléia Nacional Constituinte, finalmente convocada pelo presidente José Sarney, em novembro de 1985.

Nesse ano, sanitaristas assumiram o comando de várias entidades, como Sergio Arouca, na Fiocruz e Hélio Cordeiro e depois José Gomes Temporão, no INAMPS. Essas colocações certamente contribuíram para o fortalecimento do Movimento Sanitário que incessantemente trabalhava em prol da superação da dicotomia estabelecida: de um lado as grandes endemias, no Ministério da Saúde e do outro lado a assistência individual aos que tinham carteira de trabalho assinada, em um dos setores do Ministério da Previdência, o Inamps.

Em 1986 foi convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada como marco histórico em que o setor saúde promoveu sua "pré-constituinte". Pela primeira vez aberta à sociedade civil, ganhou força política onde os temas centrais foram: a saúde como direito universal; a criação do SUS e a garantia de financiamento para sua implantação e implementação. A estatização da saúde foi um projeto cuidadosamente discutido e elaborado anos antes, propostas consolidadas naquela marcante conferência. Foi o único setor a levar um

texto pronto à Constituinte. "O SUS foi escrito a centenas de mãos, e quem disser que escreveu o texto, está fazendo apropriação indébita" - ressalta o sanitarista Gilson Carvalho, (apud RADIS nº72 p.14. 2008).

Por força desse Movimento, em 1987, foi possível a implantação do Sistema Unificado e descentralizado de Saúde – SUDS, possibilidade que antecedeu a efetivação do SUS.

Todos os setores comprometidos com a Reforma Sanitária mantiveram-se firmes e articulados com o objetivo de garantirem que os ideais, as diretrizes traçadas na VIII Conferência ganhassem força de lei, ou seja, fossem inseridas no novo texto constitucional que estava sendo elaborado.

Havia interesses de vários grupos em jogo, onde todos passaram a apresentar diferentes propostas para formatação da Lei Orgânica da Saúde - LOS. Segundo Carvalho estas se dividiram em três direções: as comprometidas com a Reforma Sanitária, organizadas na Plenária Nacional de Entidades de Saúde; aquelas que se opunham ao SUS, defendendo o mínimo de regulação, articulando-se em torno da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e as encaminhadas por entidades representativas do setor privado.

A Constituição Federal de 1988 reconheceu pela primeira vez no Brasil, incluindo no capítulo da Seguridade Social, a saúde, como direito social de todos os brasileiros, assegurando o acesso universal e gratuito aos serviços de saúde.

A Constituição brasileira de 1988 reconhece a saúde como principal pilar de uma sociedade democrática, assim disposto no artigo 196: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação."

O artigo 198 da Constituição Federal de 1988 dispõe que:

> Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizados com as seguintes diretrizes: I- descentralização com direção única em cada esfera de governo;
>
> II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
>
> III - participação da comunidade.

A Lei Orgânica da Saúde – LOS, regulamenta o dispositivo constitucional, dando vida à luta incansável dos militantes do movimento em prol da saúde pública, liderado por

médicos sanitaristas como Sérgio Arouca. É ampliado o conceito de saúde, não mais entendido como ausência de doenças, mas como expresso na Lei:consta no artigo 3º desta:

> A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (LEI 8.080 art. 3º, 1990)..

A definição do SUS é entendida no art. 4º, a partir da Lei 8.080/90:

"O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS."

No tocante à participação da sociedade, a Lei recebeu vários vetos do então presidente, Collor de Melo. A reversão desse quadro se deu quase que imediatamente, em dezembro do mesmo ano, com a Lei 8.142/90, restabelecendo e regulamentando os preceitos da "participação da comunidade":

> Art. 1º - O Sistema Único de Saúde – SUS – de que trata a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:
> I – a Conferência de Saúde; e II – o Conselho de Saúde. (LEI 8.142/90, art. 1º, 1990).

Nesses dois espaços, Conferências e Conselhos, é que a participação popular na esfera política se efetivou para o exercício do controle social.

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, congregando representantes do governo e sociedade civil, de forma paritária. São instâncias fiscalizadoras, normativas, deliberativas e permanentes. São essenciais aos municípios para a gestão com repasse de verbas.

As Conferências se realizam de quatro em quatro anos, indo da esfera municipal à nacional, onde são apontadas diretrizes, indicativos necessários à gestão do SUS.

Nesse novo cenário político, consolidou-se a implantação do SUS, sistema reconhecido mundialmente como positivo, permanentemente em estado de construção para o enfrentamento das variáveis necessidades da sociedade brasileira; a descentralização consolida a municipalização da saúde, em cumprimento ao texto constitucional para a promoção e recuperação da saúde, sem a qual não há dignidade humana e a participação da sociedade na formulação e fiscalização dessas políticas públicas, através do controle social.

2.2 O SUS e a municipalização da saúde

Os municípios foram reconhecidos como entes federados com autonomia política, administrativa e tributária e, por outro lado vieram também as responsabilidades. Em relação à gestão da saúde pública, levando-se em conta as diferentes realidades dos municípios, a grande extensão territorial do país e o fato de que tudo se constrói através de processos, várias medidas foram formuladas, para que, gradativamente acontecessem as adequações necessárias.

Nesse sentido, ensina Magalhães:

> A saúde, por indicação de toda atual política de saúde pública, não pode ser gerida por esferas administrativas maiores como a União e os Estados, que ao centralizar a gestão e o controle, inviabilizam uma administração competente, onde os recursos investidos cheguem até o destinatário do serviço de saúde. Por esse motivo, que é de conhecimento notório no nosso país hoje, caminha-se para uma municipalização da saúde no país, o que pede a municipalização da gestão e dos recursos. (MAGALHÃES, 1998, p. 197)

A Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da sociedade e as transferências de recursos para a gestão do SUS. No que tange a participação social, as determinações são a formação dos conselhos e conferências de saúde e, referente à transferência dos recursos, as determinações são, conforme art. 4º desta Lei, a criação do Fundo de Saúde (estadual e municipal), pois as transferências se dão de fundo para fundo, nacional para estadual e municipal e estadual para municipal; a formação de conselho de saúde, aqui se levando em conta o caráter permanente, deliberativo, normativo e fiscalizador; a elaboração de Plano de Saúde (estadual e municipal); relatórios de gestão; contrapartida de recursos no respectivo orçamento e a elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários.

O processo de municipalização da saúde foi orientado através das Normas Operacionais Básicas de Saúde – NOBS – elaboradas por técnicos do Ministério da Saúde e os municípios foram aderindo ao modelo gestão que, naquele momento se enquadravam, com adequação gradativa indo de gestão insipiente à gestão plena.

Instâncias de negociação foram criadas para formalização do processo de descentralização: a Comissão de Intergestores Tripartite – CIB (União, estado e município), e a Comissão de Intergestores Bipartite – CIB, (estado e município), ambas com perfil técnico para pactuação de serviços pertinentes à realidade dos municípios e regiões, o que obrigatoriamente é homologado pelos respectivos conselhos de saúde.

Ao criar o SUS, a Constituição Federal não assegurou, como para a área da educação, um percentual de aplicação obrigatória para o setor. O art. 198 da CF assim define, em Parágrafo Único, o financiamento: "O Sistema de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes."

A saúde é considerada pela Constituição como direito de todos e dever do Estado. Isso quer dizer que o cidadão não pagará diretamente pelo atendimento, mas pagará indiretamente, o que significa que não é gratuito, pois os serviços serão custeados com recursos públicos, através de impostos e contribuições destinadas à Seguridade Social (Saúde, previdência e assistência).

Tendo em vista essa fragilidade de financiamento, foi elaborada uma Emenda Constitucional, exatamente a EC29, considerada como um marco favorável ao financiamento do SUS, que garante a aplicação de um montante mínimo de recursos para a saúde, nas três esferas de governo, "provisoriamente", até a publicação de Lei Complementar.

Conforme a NOB/96, o financiamento do SUS "é de responsabilidade das três esferas de governo e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos, ao respectivo fundo de saúde."

A correlação demanda e financiamento é ainda uma barreira a ser superada assim como uma melhor administração do Sistema. Os pequenos municípios e seus distritos encontram dificuldades, mas, constitucionalmente amparados, podem buscar formas de parcerias entre si e com as demais esferas de governo, para atendimento de suas demandas, podendo também fazê-lo com a iniciativa privada, através de convênios, em caráter complementar, mas prevalecendo sempre uma ordem de priorização para o público e o filantrópico.

Para o cumprimento dos preceitos constitucionais de universalidade e integralidade de atendimento, é notório que os recursos são insuficientes, devendo assim, serem muito bem administrados, o que não acontece, haja vista, as manchetes nas mídias, relativas a compras desnecessárias, medicamentos vencidos, corrupção, clientelismo e outros.

CONSÓRCIO - COOPERAÇÃO PÚBLICA

Na Administração Pública, temos a concessão, a permissão, a terceirização, o contrato, o convênio e o consórcio. Esse último tem sido um meio de superação para o enfrentamento das dificuldades dos municípios menores, viabilizando assim a acessibilidade aos serviços de saúde, o que dá plenitude à cidadania e à democracia consagrada constitucionalmente.

No Direito Administrativo temos três tipos de consórcios: dois de direito privado e um de direito público.

O primeiro deles é o consórcio comum que tanto vemos no nosso cotidiano, que as pessoas físicas utilizam para aquisição de bens duráveis, como a compra de bens duráveis. Esse consórcio recebeu definição legal pela Portaria 190 do Ministério da Fazenda, entendido como "O agrupamento de um determinado número de pessoas que, assumindo as mesmas obrigações e visando os mesmos benefícios, formam poupança comum, através de autofinanciamento, para a aquisição de bens e serviços." Portanto, trata-se de um *Consórcio Comercial de Direito Civil.*

O segundo tipo é o consórcio criado pela Lei 6404/76, (art. 278 e 279), chamada "lei das Sociedades anônimas". Prevê que empresas comerciais, Sociedades Anônimas ou não, sob o mesmo controle ou não, podem constituir consórcio por meio de um contrato a ser registrado no Registro do Comércio do lugar de sua sede.

Por natureza estritamente comercial é denominado de *Consórcio de Direito Comercial.*

O terceiro tipo é o *Consórcio de Direito Administrativo* ou *Consórcio Administrativo*, definido como acordo firmado entre entidades estatais de um mesmo nível, conforme vimos anteriormente, município com município, autarquia com autarquia, objetivando sempre o interesse comum.

Com o conhecimento dessas definições podemos compreender a denominação de "consórcio público" da Constituição Federal de 1988, por ser esse, o único dentre os três tipos, eminentemente de direito público. Nesse sentido, a natureza do consórcio administrativo é de direito público, sem personalidade jurídica, pois, o consórcio é um ato facultativo, um ajuste, acordo firmado. Nesse sentido, assim como muitos estudiosos, Meireles afirma em relação aos consórcios administrativos:

> Não são pessoas jurídicas, não têm capacidade para exercer direitos e assumir obrigações em nome próprio, pelo que é de toda conveniência a organização de uma entidade civil ou comercial, paralela, que administre os seus interesses e realiza seus objetivos como desejado pelos consorciados. (MEIRELES, 1993, p.309)

Para Barros (1995.p.508), consórcio administrativo "(...) é uma forma associativa de esforços entre entidades da mesma espécie, visando atingir objetivos comuns. É, na verdade, um compromisso de mútua cooperação entre associados.

Medauar (1995, apud Di Pietro, 2002, p. 194) nos diz que o consórcio administrativo – assim como o convênio – diferencia-se do contrato, embora os três institutos sejam tipos de ajuste, de parceria, suas características básicas têm diferenças fundamentais, sendo que no contrato os interesses das partes "(...) são antagônicas, se compõem, mas não se adicionam(...)" conjunto e possuem o mesmo objetivo.

Di Pietro(2002, p195), coloca que, existe muita semelhança entre consórcio e convênio na administração pública pois em ambos está caracterizado a reunião de esforços para atingir fins comuns com o acordo de vontades diferenciado de contrato. A diferença consiste em que os convênios podem ser firmados entre entes públicos de qualquer natureza ou mesmo entre público e privado, enquanto que os consórcios, somente entre entidades da mesma natureza, seja pública ou privada.

Considerados como instrumentos de cooperação, são inúmeras as áreas em que se pode estabelecer essa prática, desde educação, meio ambiente, saúde, habitação, água, até aquisição de máquinas e equipamentos.

A prática de consórcios administrativos na área da saúde vem sendo desenvolvida há décadas. Contudo, a ausência de lei que definisse a natureza jurídica dos consórcios, fez com que esses institutos fossem implantados em diversas localidades, sem o devido respaldo para, de fato, funcionarem como parceiros administrativos públicos, sendo utilizados como instrumentos de conveniência política, no sentido de "ocupar espaço" e atendimento a interesses particulares.

No que tange à sua especificidade, os consórcio intermunicipais se apresentam como instrumento ideal na administração pública, de parceria entre os entes federativos, para execução de serviços comuns, com qualidade, no sentido de racionalização de verbas, principalmente.

Sua importância há muito reconhecida, necessitava de regulamentação institucional como veremos adiante.

3.1 Evolução histórica dos consórcios

Os franceses adotaram essa prática após a Segunda Guerra Mundial, especificamente no serviço gestão dos recursos hídricos, que antes eram delegados à iniciativa privada.

No Brasil, 1891, os consórcios públicos eram contratos celebrados entre municípios ou entre estados e dependiam de aprovação hierárquica.

A Constituição de 1937 trouxe mudanças, em seu artigo 29 sobre o tema: "Os municípios da mesma região podem agrupar-se para a instalação, exploração e administração de serviços públicos comuns. O agrupamento, assim constituído, será dotado de personalidade jurídica limitada a seus fins." Esse reconhecimento foi meramente formal porque durante o Estado Novo, o regime foi ditatorial, centralizador.

Com o advento da Constituição de 1946 foi restabelecido a forma federativa de Estado, iniciando o debate sobre cooperação federativa na promoção e desenvolvimento regional e nacional.

Como resultado dessa conjuntura, em 1961 foi criado o Banco Regional de Desenvolvimento do Extremo Sul – BRDE, autarquia interfederativa dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Esse foi o primeiro exemplo de consórcio público, do tipo moderno.

No campo da doutrina jurídica debatia-se para que essas iniciativas de consórcio público fossem adequadas, com personalidade jurídica de direito público. Esse debate foi interrompido em 1964 em virtude do regime autoritário militar.

Em geral, nas Leis Orgânicas dos municípios, conforme cita Di Pietro, "há a previsão de consórcios municipais".

"A Constituição paulista de 1969 previa os consórcios, mas nada dizia sobre sua personalidade jurídica. A Constituição atual estabelece no artigo 201: "O Estado apoiará a formação de consórcios entre os municípios, objetivando a solução de problemas comuns relativos à proteção ambiental, em particular à preservação de recursos hídricos e ao uso equilibrado dos recursos naturais." Idem

A Constituição Mineira, art. 181, faculta aos municípios a prática cooperativista: "(...) 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 para o desenvolvimento local. (...)"

Embora as Constituições de 1967 e 1969 afirmarem o país como República Federativa, na prática era um Estado Unitário, em que os instrumentos de cooperação federativa não funcionavam, tendo em vista, na época o regime ditatorial.

Os primeiros consórcios públicos de saúde foram criados na década de 80: o de Penápolis – SP e o Hemolagos, assim denominado por ser firmado entre os municípios da Região dos Lagos – RJ, com o objetivo de coletar, processar e distribuir sangue e hemoderivados naquela região.

Esses consórcios, tendo em vista o Direito Administrativo, recebiam a denominação de consórcios administrativos e consórcios intermunicipais, entendido como mero pacto de colaboração, com entendimento de que não podiam possuir personalidade jurídica, pois os municípios separadamente é que possuem personalidade jurídica, conforme entendimento de muitos juristas.

A Constituição de 1988 veio a consolidar o processo de redemocratização e o sistema federativo foi restaurado, onde a cooperação federativa readquire importância. Mas, no que diz respeito aos consórcios públicos, não faz menção específica. Apenas no art. 23, parágrafo único, referente às atividades de competência concorrente da União, estados, distrito federal municípios, estabelece que "lei complementar fixará normas para a cooperação entre União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional".

Nesse contexto, mesmo com a crescente prática de consórcios, esses compromissos continuaram considerados como meros pactos de colaboração ou "cartas de boas intenções", o que não foi impeditivo para que o número de consórcios continuasse a crescer tendo em vista as dificuldades dos municípios, considerando essa forma, como meio de superação e conjugação de esforços.

De acordo com o último levantamento do Colegiado de Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais – COSECS, realizado em janeiro de 2005, existe 64 consórcios no estado, correspondendo a 672 municípios consorciados, o que representa 72,5% dos municípios mineiros, cobertura para uma população de 10.933.198 habitantes.

Os números apontados nos dados de pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro Geográfico Estatístico (IBGE,2001) confirmam os fatos no território nacional:

NÚMERO DE MUNICÍPIOS CONSORCIADOS	
Tipo de consórcio	**Número de Municípios**
Educação	241
Habitação	64
Aquisição e/ou uso de máquinas e equipamentos	669
Serviços de abastecimento de água	161
Serviços de esgotamento sanitário	87
Limpeza urbana	85
Coleta de lixo	138
Coleta seletiva de lixo	105
Reciclagem de lixo	139
Remoção de entulhos	85
Coleta de lixo especial	105
Tratamento ou disposição final de lixo	216
Processamento de dados	88
Saúde	1969

Fonte: Perfil dos Municípios Brasileiros – Gestão Pública (IBGE,2001)

Os dados contidos neste gráfico demonstram claramente o quanto à área da saúde é propícia para a criação de consórcios na gestão pública. Os números se destacam em relação aos demais, retratando a necessidade de regulamentação desses, o que proporcionará melhoria de atendimento, principalmente para as populações de municípios menores, que como qualquer outro grande centro, possui demandas de atendimentos complexos, mas em menor escala, o que, administrativamente fica mais viável, atender através de pactuação com centros considerados "pólos", de forma regionalizada, tendo em vista o alto custo de equipamentos e tratamentos.

Mesmo diante da fragilidade jurídico-institucional, a gestão dos consórcios, então denominados consórcios administrativos ou intermunicipais, pactos de colaboração sem personalidade jurídica, configurava-se difícil em virtude das dificuldades herdadas. Como vimos, até então, a formação desses só era possível entre entes da mesma natureza jurídica e sem personalidade jurídica. No nosso caso, a realidade dos municípios sempre foi de dificuldades, mesmo com a descentralização, persistia a escassez de recursos de todas as

naturezas, motivação essa que os compelia à formação dos consórcios, como meio de reunir forças para atenuar as dificuldades.

Essa situação, perpetuando após o processo de redemocratização no país elevou as reivindicações, especialmente das entidades municipalistas, resultando na Emenda Constitucional 19 de 1998, dez anos depois da promulgação da Constituição, em uma nova redação ao art. 241 da Constituição de 1988, que pela primeira vez passou a prever os consórcios públicos e a gestão associada de serviços públicos.

A Emenda Constitucional nº 19 de 1998 trouxe mudanças determinantes para novo entendimento jurídico dos consórcios públicos, classificando-os como pessoas jurídicas que integram a administração pública de todos os entes consorciados; possibilidade de serem formados por entes federados de níveis distintos e a possibilidade de autorizarem a gestão associada de serviços públicos.

Assim configura a nova redação do art.241 da Constituição Federal de 1988 promovida pela Emenda Constitucional nº 19:

> A União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre 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 transferidos. (Nova redação do Art. 241 da Constituição Brasileira)

Importante destacar a inovação contida nesta Emenda, que é a possibilidade de formação de consórcios dentre as três esferas de governo, de forma mista, horizontal e vertical. Anteriormente, sem personalidade jurídica, os "consórcios públicos" só podiam ser constituídos entre entes da mesma natureza.

De acordo com Di Pietro (2002:191), tudo isso estava implícito no art.23, mas, "Agora essa possibilidade de cooperação ou de "gestão associada" consta expressamente na Constituição".

Em processo ainda muito lento, só em 2005 é elaborada a Lei dos Consórcios Públicos, Lei nº 11.107/05 e dois anos depois, a sua regulamentação através do Decreto 6.017 de 17.01.de 2007, que assim define consórcio público:

> I – consórcio público: pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da Federação, na forma da Lei nº 11.107, de 2005, para estabelecer relações de cooperação federativa, inclusive à realização de objetivos de interesse comum, constituída como associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos. (DECRETO 6.017, art. 1, 2007)

Os consórcios administrativos são aqueles que antecederam à Lei dos consórcios Públicos. Pactos de mera colaboração, sem personalidade jurídica ou associações civis, regidas pelo direito privado. A maioria dos consórcios de saúde constituídos no Brasil adquiriu personalidade jurídica de direito privado, constituindo-se sob forma de sociedade civil sem fins lucrativos. Conforme previsão expressa do decreto regulamentar da Lei de Consórcios, esses poderão se converter em consórcios públicos, o que é altamente relevante em virtude de que a partir do exercício do ano de 2008, conforme artigo 39 do Decreto 6.017/07, os consórcios de direito privado não mais poderão celebrar convênio com a União.

A lei dos Consórcios Públicos prevê que os consórcios públicos de direito público são associações públicas consideradas autarquias, que integram a administração indireta de todos os entes federativos que o formam, tanto na ordem horizontal como vertical ou mista, concluindo que consórcios públicos de direito público são entes da administração indireta.

Conforme inciso segundo do artigo primeiro da Lei dos Consórcios Públicos, "A União somente participará de consórcios públicos em que também façam parte todos os estados em cujos territórios estejam situados os municípios consorciados". Equivalendo-se assim o emprego do princípio da subsidiariedade, competindo primeiramente, cooperação entre os municípios, insuficiente essa, é que se legitima a cooperação do estado e, somente quando a do estado for insuficiente é que se admite a cooperação da União.

Ainda nesse artigo, inciso terceiro, temos: "Os consórcios públicos, na área da saúde deverão obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde – SUS."

A principal característica dos consórcios públicos é que são instrumentos de cooperação voluntária, podendo ser desfeito por decisão de qualquer dos partícipes, desde que cumpridas as obrigações. A Lei não extingue os consórcios anteriores, apenas acrescenta mais uma forma de cooperação, positivamente instituída juridicamente, podendo os anteriores aderir a essa nova forma para efeitos legais de repasses de verbas.

Podemos perceber um grande avanço no sentido de adequação jurídica institucional em relação aos consórcios de saúde. Digo adequação, porque em verdade, a execução, nesse caso, antecedeu aos legisladores, como forma de somar esforços para superação das dificuldades administrativas, nesse vasto território nacional, onde as diferenças são tão acentuadas.

DEMOCRACIA PARTICIPATIVA

4.1 Participação Popular nas Políticas Públicas de Saúde

Controle social é o controle exercido, sobre o Estado pela sociedade civil organizada visando o benefício da sociedade como um todo, devendo ser de forma organizada e permanente para a efetivação do Estado Democrático.

Em sua obra "Do Contrato Social", Jean-Jacques Rosseau, lembrando que o contexto histórico rousseauniano precede ao desenvolvimento de Estado-nação e mesmo de instituições democráticas, sua análise teórica veio a alterar a idéia contratualista, de Hobbes e John Locke no século XVII, em que a sociedade outorga ao soberano a realização de sua vontade, para a participação individual direta dos cidadãos na tomada de decisões públicas.

A partir da Constituição de 1988, a participação popular ou controle social foi sistematizado, institucionalizando avanços significativos na área social, jamais registrado na história

Na área da saúde isso significou conquistas das mobilizações sociais dos anos 70 e 80 que puderam ser implementadas posteriormente com a criação dos SUS, que, para sua efetividade legal instituiu os Conselhos de Saúde que integram a estrutura do poder Executivo, da esfera municipal à esfera nacional.

Essas novas instâncias possuem composição e características inusitadas e diferenciadas: sua composição é tão heterogênea e plural quanto à própria sociedade, pois lá, ela, a sociedade, se faz representar através dos Conselheiros de Saúde, personagens que diretamente participam da formulação das políticas de saúde. Tamanha conquista democrática está à altura de um grande objetivo que é assegurar a construção de um modelo de política pública de saúde preventiva, universal, eqüitativa, baseado nos direitos de cidadania em defesa da vida com saúde.

Os conselhos de saúde são de natureza deliberativa, normativa, fiscalizadora e permanente. A representação é paritária nos conselhos de saúde, mas, sob a perspectiva gramsciana, de um lado a *Sociedade Política*: Governo, trabalhadores em saúde e prestadores de serviços que compõem parte de 50%; os outros 50% são usuários representantes dos mais

diversos instrumentos de participação social como sindicatos, ONGs, associações, movimento de igrejas, etc., que dentro da mesma perspectiva é a *Sociedade Civil.*

Em termos práticos, ambas participam do processo deliberativo sob o preceito da paridade. O diferencial reside no extra-conselho em que a sociedade política é *executora* as ações de saúde e a sociedade civil é por assim dizer, a "receptora" dessas ações. Portanto, posições diferenciadas vistas sob prisma real, pois ideologicamente, ambas deveriam ter os mesmos objetivos. As deliberações são sujeitas às votações, em que a paridade não corresponde, em virtude da própria trajetória histórica de formação do Estado brasileiro, que ainda perpetua.

Juntas, essas duas sociedades compõem o CMS – Conselho Municipal de Saúde, que normatiza, regula , traça diretrizes e delibera sobre as políticas de saúde.

A princípio transparece um equilíbrio de forças. Mas, Segundo a interpretação de Coutinho (1981), em Gramsci, a "contra-hegemonia" só é possível mediante o "*grau de desenvolvimento e independência das esferas que compõem a sociedade civil*".

Sem a clareza do que significa esse objetivo e o conseqüente compromisso, o controle social fica exposto às pressões estreitas de tendências e grupos, correndo o risco de desviar-se e acarretar fragilidade e descrédito à conquista histórica.

Daniel Schugurensky, de nacionalidade argentina, Ph D em educação e professor na Universidade de Toronto, admirador e disseminador das idéias de Paulo Freire pelo mundo, em entrevista à revista CONASEMS, também cita a experiência do Orçamento Participativo de Porto Alegre como fonte de seu estudo, e fala que essa experiência "vem resultando em uma escola de cidadania". Ainda referindo-se ao orçamento participativo de Porto Alegre, onde as deliberações populares são acatadas e implementadas pelo governo. Ele faz uma comparação com o processo democrático de Toronto, onde a participação social termina sempre em "recomendações" que poderão ou não, serem implementadas.

Segundo a reportagem, em relação à participação popular na área da saúde, Schugurensky também acredita que as deliberações devam partir das necessidades indicadas pelas comunidades sempre "vinculadas aos orçamentos, para não gerar decepções". Acredita que democracia participativa traz em si um potencial pedagógico educativo muito grande, sob todos os aspectos, como aprendizado social e político. Schugurensky é um estudioso educador, admirador das idéias de Paulo Freire: "as idéias de Paulo Freire são muito bem aceitas por educadoras e educadores progressistas de todo o planeta (...), quando falamos de educação, temos que falar também de saúde, de inclusão social, de direitos humanos..." E,

como escreveu Vásqués ( ): Entre a teoria e a prática transformadora se insere um trabalho de educação das consciências..."

No Brasil, o discurso ideológico hegemônico desde o início do processo democrático participativo na área da saúde tem sido o de ampliação com a capacitação de conselheiro, o que na prática é extremamente difícil de acontecer, tendo em vista a complexidade do próprio Sistema, a capacidade individual dos conselheiros e os vícios do autoritarismo ou das artimanhas da política clientelista, desempenhadas por gestores da saúde, pelo país afora, que nada empenham nesse sentido, e por outro lado, a prática de cooptação, que fragiliza o controle social tendo como agravante a falsa representatividade, em que as decisões são pessoais e não da entidade que representa, trazendo em si o interesse coletivo e não o individual daquele representante. A sociedade civil parece não ter percebido o quanto tem de potencial perante o Estado de Direito Democrático em que está alicerçado nosso viver.

O preceito constitucional de participação da sociedade nas políticas públicas, especialmente na saúde, é formato através da criação de conselhos nas três esferas de governo, não existindo amparo legal para criação de conselhos intermunicipais, donde podemos concluir que, individualmente, o conselho de cada ente participativo, antes, deverá deliberar sobre todas as formas de participação deste e ao mesmo tempo fiscalizá-las, tendo em vista o retorno, em cumprimento aos preceitos da legalidade, publicidade e transparência, no direito administrativo.

Em relação à fiscalização dos consórcios de saúde como um todo, temos que:

> O consórcio público está sujeito à fiscalização contábil, operacional e patrimonial pelo Tribunal de Contas competente para apreciar as contas do seu representante legal, inclusive quanto à legalidade, legitimidade e economicidade das despesas, atos, contratos, e renúncia de receitas, sem prejuízo do controle externo a ser exercido em razão de cada um dos contratos que os entes da Federação consorciados vierem a celebrar com o consórcio público.(DECRETO 6.017, art. 12, 2007)

No entanto, ainda nesse Decreto podemos perceber que ainda há "lacunas a serem preenchidas" levando-se em conta os princípios do SUS:

> Admitir-se-á à exceção da assembléia geral:
> I – a participação de representantes da sociedade civil nos órgãos colegiados do consórcio público;
> II – que órgãos colegiados do consórcio público sejam compostos por representantes da sociedade civil ou por representantes apenas dos entes consorciados diretamente interessados nas matérias de competência de tais órgãos. (DECRETO 6.017, art. 5º, inciso segundo, 2007)

Em termos políticos o Brasil se define como um Estado Democrático de Direito (CF, art. 1°, 1988) o que propiciou a inclusão da participação popular na gestão das políticas sociais, intitulado, controle social.

Controle social é o controle exercido, sobre o Estado pela sociedade civil organizada visando o benefício da sociedade como um todo, devendo ser de forma organizada e permanente para a efetivação do Estado Democrático. No caso dos consórcios públicos intermunicipais de saúde, ainda há o que aperfeiçoar.

Apropriado se faz citar o desfecho da redação do editorial da revista RADIS, intitulado "Nascimento e crítica de um sonho":

> Para o presidente do Conselho Nacional de Saúde, o controle social ainda é "um faz de conta", (...) na avaliação de outra fonte (...) há um direito que não está escrito entre tantos na Constituição. Quando compara o SUS incompleto de hoje à precariedade da Saúde antigamente, o super crítico mas esperançoso sanitarista Gilson Carvalho lembra: só não temos "o direito de desanimar" (ROCHA, R. L. Nascimento e crítica de um sonho, **RADIS** n°72 p.4. 2008).

Os conselhos municipais de saúde, de forma generalizada, têm sido alvos de críticas negativas.

De acordo com Evelina Dagnino (2002, p. 283) existem bloqueios que dificultam a partilha do poder nesses espaços. Tanto por parte do Estado como por parte da sociedade civil. Referente ao primeiro, destacamos "(...) o predomínio de uma razão tecno-burocrática (...) a falta de sensibilidade e o despreparo". Referente ao segundo, a autora destaca como mais importante obstáculo à participação, a distância entre o querer e o saber como querer, em virtude da exigência perversa (implícita) de conhecimento técnico para a atuação nesse tipo de governo.

Essas dificuldades precisam ser mais debatidas a fim de que possamos avançar no controle social, do equilíbrio de que nos fala Gramsci, para que a luta histórica travada para a criação do SUS não tenha sido em vão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A idéia inicial de dissertar sobre tema relativo consórcios de saúde como parceiros do SUS, sua trajetória histórica e dificuldades no campo jurídico institucional, desdobraram-se em ampla consulta bibliográfica enriquecendo o conteúdo deste, embora simples e despretensioso, mas objetivo no sentido de interligação das idéias necessárias ao entendimento da evolução do próprio Sistema Único de Saúde e dos consórcios de saúde.

Ambos retratam a estrutura política do país, no caso, a retomada da democracia após longos anos de ditadura militar. A ânsia de fortalecer o pilar democrático de federalismo, com a descentralização das ações de saúde, subsidiando funções, com autonomia e recursos necessários à implementação das políticas públicas de saúde.

O reconhecimento dos municípios como entes federativos foi muito importante, mas não suficiente em virtude das diferentes realidades desses neste imenso país. Medidas inovadoras tornaram-se necessárias, como formação dos consórcios intermunicipais de saúde, representando uma reunião de esforços para a superação das dificuldades apresentadas.

Podemos concluir os consórcios públicos de saúde como uma ferramenta a mais para positivar a gestão do SUS, um sistema que estará sempre em construção e que a afirmação da democracia se dá através de políticas como essa, sob o controle social, a participação da sociedade civil nas políticas públicas, um tema instigante a ser trabalhado.

Esperamos que esse trabalho, singelo e despretensioso contribua para discussão em direção de uma sociedade mais justa, com incessante busca de saúde para todos, sempre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA DINIZ, A. J. **Novos paradigmas em direito internacional público**. Fabris. Ed. Porto Alegre, 1995.

BARACHO, J. A. O. **Teoria geral do federalismo**. Forense, RJ, 1986.
_____ **Descentralização do poder:** Federação e Município. Separata da Conferência Nacional da OAB (tese 6), 1984.

BARROS. U. **Consórcio intermunicipal de saúde**: in Boletim de Direito Municipal, 1995.

BRASIL. **Constituição da república federativa do Brasil**. Senado Federal. Brasília: Centro Gráfico, 1988.

_____DECRETO nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007: dispõe sobre a Regulamentação da Lei 11.107/05, lei dos consórcios públicos. Senado Federal. Brasília: Centro Gráfico, 2007.

_____LEI 8.080 de 19.09.1990. **Lei orgânica da saúde**: dispõe sobre a organização, direção e gestão do SUS. Senado Federal. Brasília: Centro Gráfico, 1990.

_____LEI 8.142 de 28.12.1990. **Sistematização do SUS**: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros da União para os municípios. Senado Federal. Brasília: Centro Gráfico, 1990.

_____LEI 11.107 de 06 de abril de 2005. **Contratação de consórcios públicos**: dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Senado Federal. Brasília: Centro Gráfico, 2005

_____MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O consórcio e a gestão municipal em saúde**. 1 ed. Brasília. 1997.

_____CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório final da 11ª conferência nacional de saúde**. Brasília, 2000.

_____ **NOB-SUS/96:** Norma operacional básica do SUS. Define a promoção do pleno exercício, por parte do poder municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde de seus municípios. Senado Federal. Brasília: Centro Gráfico, 1996.

_____CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes nacionais para a capacitação de conselheiros de saúde**. Brasília: 2 ed. 1999.

_____ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **A prática do controle social**: conselhos de saúde e financiamento do SUS. Brasília, 2000.

COUTINHO, C. N. **A Dualidade de Poderes.** São Paulo: Brasiliense, 1981.

DAGNINO, E. Sociedade Civil, Espaços Públicos e a Contribuição Democrática no Brasil: Limites e Possibilidades. In: **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil.** São Paulo: Paz e Terra, p. 279-301, 2002.
_____ **Anos 90**: Política e Sociedade no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1994.

DI PIETRO, M. S. Z. **Parcerias na administração pública .** São Paulo: Atlas, 4. ed. 2002

FLORENZANO, M.. **As revoluções burguesas.** São Paulo: Brasiliense, 1981

GRAMSCI, Antonio. **Maquiavel, a política e o Estado moderno**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1989.
_____ **Concepção dialética da história**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978 a.

INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRÁFICO ESTATÍSTICO (IBGE). **Perfil dos municípios brasileiros** – gestão pública. Brasília, 2001

MEDAUAR, O., OLIVEIRA, G. J. – **Consórcios Públicos**: Comentários à Lei 11.107/05. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006.

MAGALHÃES. J.L.Q.- **Poder Municipal**.. Belo Horizonte: Del Rey,1997.

PLATÃO. **A república** . UNB 3ª edição; trad. Mario G. Kury.. Brasília.

CARVALHO, MARINILDA. et al. A saúde em construção..**RADIS**. Rio de Janeiro, n. 72, p. 10 – 24, agosto 2008.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Cooperação federativa e a lei de consórcios públicos.** Brasília, 72p. 2007.

ROUSSEAU, J.-J. **Do contrato social** - Tradução: Lourdes Machado. São Paulo: Abril Cultural. Coleção: **Os pensadores**,1978.

SHUGURENKY, D. Democracia participativa. **CONASENS**. Brasília, n.1. p. 7 - 13, nov. 2003.Entrevista.