27 DISOC
Diretoria de Estudos e Políticas Sociais
Brasília, maio de 2023

ipea
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

POLICY BRIEF
em questão

PRIORIZA SUS: CONSÓRCIO INTERGOVERNAMENTAL PÚBLICO COMO INSTRUMENTO DE REFORÇO DA COORDENAÇÃO FEDERATIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE[1, 2]

Sérgio Francisco Piola[3]
Fabiola Sulpino Vieira[4]
Luciana Mendes Santos Servo[5]
Edvaldo Batista de Sá[6]
Rodrigo Pucci de Sá e Benevides[7]

PONTOS-CHAVE

- Prover acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde é uma obrigação constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Apesar dos inegáveis avanços realizados pelo SUS, o acesso tempestivo, efetivo e equitativo aos bens e serviços públicos de saúde é um problema público a ser enfrentado em muitas áreas do país.

1. DOI: http://dx.doi.org/10.38116/pbdisoc27
2. Este documento é baseado no Texto para Discussão (TD) *Prioriza SUS: análise de problemas, recomendação de estratégias e a visão do consórcio intergovernamental público como instrumento de reforço à coordenação federativa do Sistema Único de Saúde*. Todas as referências dos estudos utilizados como evidências científicas e que fundamentam as questões apontadas neste documento podem ser consultadas no TD supracitado.
3. Especialista em saúde pública. *E-mail*: <sergiofpiola@gmail.com>.
4. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Disoc/Ipea). *E-mail*: <fabiola.vieira@ipea.gov.br>.
5. Presidenta do Ipea. *E-mail*: <luciana.servo@ipea.gov.br>.
6. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea. *E-mail*: <edvaldo.sa@ipea.gov.br>.
7. Especialista em políticas públicas e gestão governamental na Disoc/Ipea. *E-mail*: <rodrigo.benevides@ipea.gov.br>.

- Prover ações e serviços públicos de saúde é uma responsabilidade compartilhada entre as três esferas de governo, ainda que caiba aos municípios o encargo mais imediato, contando com a colaboração técnica e financeira dos estados e da União.
- Mitigar o problema de acesso, entre outras ações, exige a ação coordenada das três instâncias de governo.
- Criar um consórcio intergovernamental público, como já demonstrado pelas experiências de consorciamento existentes no país, pode ser um instrumento importante para a mitigação do problema público identificado.

INTRODUÇÃO

Como previsto na legislação básica do SUS (Constituição Federal de 1988 – CF/1988 e Leis nºs 8.080/1990 e 8.142/1990), as competências das três esferas de governo são, na sua quase totalidade, comuns ou compartilhadas. Isso acontece, principalmente, no tocante à administração da assistência à saúde, ainda que, conforme explicitado no art. 30, inciso VII da CF/1988, ao município seja delegada, de forma mais direta e inequívoca, a responsabilidade pela prestação de serviços de assistência à saúde.

Dessa forma, a diretriz de descentralização e a força do movimento municipalista das décadas de 1980 e 1990 fez com que a ênfase na implantação do novo sistema se desse com foco no município. Nesse processo, a expansão dos serviços básicos para todos os municípios brasileiros começou a evidenciar a necessidade de melhorar a coordenação federativa com o objetivo de propiciar um atendimento mais integral das necessidades de saúde da população, uma vez que os municípios, em sua grande maioria, não apresentam condições de serem completamente autônomos nessa missão.

Iniciativas diversas, com maior ou menor adesão de estados e municípios, foram desenvolvidas no sentido de fortalecer uma organização mais coordenada e descentralizada dos serviços de saúde. Contudo, ainda persistem dificuldades de acesso a bens e serviços de saúde em várias localidades no país.

Considerando esse problema público, procurou-se analisar suas causas e consequências, a fim de identificar problemas estruturais do SUS que comprometem o seu desempenho e, consequentemente, contribuem para a dificuldade de acesso aos serviços. Entre os problemas identificados, priorizou-se a análise da coordenação federativa insuficiente. Neste documento, apresenta-se o diagnóstico e recomendam-se ações com o objetivo de mitigar o problema público mencionado.

DIAGNÓSTICO

O Brasil, como República Federativa, apresenta características muito singulares: são três instâncias de governo com autonomia econômica, política e administrativa, visto que estados e municípios apresentam grandes desigualdades de capacidade econômica, administrativa, de densidade populacional e extensão territorial. A maior parte dos 5.568 municípios são pequenos. Em torno de 68% dos municípios (quase 3.800), têm menos de 20 mil habitantes. Esses municípios abrigam um total de quase 32 milhões de habitantes, correspondendo a 15% da população total do país.

Na área da saúde, a oferta de serviços reflete a desigualdade de porte populacional e econômico das regiões e dos municípios do Brasil. Dando um exemplo, Rache *et al*. (2020) avaliaram a distribuição de

leitos em unidades de terapia intensiva (UTIs), respiradores e taxa de ocupação, por região de saúde do SUS. O estudo tomou como base as 436 regiões de saúde e analisou a oferta de leitos totais e do SUS. Com relação a leitos totais (SUS e não SUS), constatou-se que 279 (69%) das 436 regiões tinham menos de dez leitos de UTI por 100 mil/habitantes. Considerando somente leitos do SUS (próprios ou contratados), seriam 316 (72%) as regiões com menos de dez leitos. Dessas, 142 regiões não possuíam nenhum leito de UTI, apesar de serem responsáveis pelo atendimento de 15% da população dependente do SUS. Essas regiões de saúde se concentram nas macrorregiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

A expansão dos serviços de atenção primária, como dito anteriormente, se por um lado trouxe benefícios imediatos e mensuráveis para boa parcela da população; por outro, permitiu vislumbrar de maneira mais clara a incapacidade da grande maioria dos munícipios de prover uma atenção mais integral, incluindo serviços médico-assistenciais especializados, aos seus munícipes.

A preocupação com a provisão de serviços de maior complexidade e a organização regionalizada da rede foram objeto de diversas iniciativas, tais como as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas/SUS) de 2001 e 2002, o Pacto pela Saúde em 2006 e o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (Coap) em 2011, citando só as mais importantes.

Apesar disso, mesmo que aprovadas pelos órgãos de pactuação existentes, essas iniciativas não foram suficientes para estimular de forma mais concreta a organização regionalizada da rede de serviços de saúde, seja por ausência de investimentos, seja por problemas de ordem política e administrativa que não puderam ser adequadamente equacionados.

Por sua parte, os municípios tentaram resolver a questão de alcançar escala para a administração mais eficiente de serviços por meio da formação de consórcios intermunicipais, geralmente estimulados pelas secretarias estaduais de saúde.

Os consórcios, como recurso de cooperação intermunicipal na área da saúde, estiveram presentes em experiências existentes antes mesmo da criação do SUS. Apesar de a temática dos consórcios ter sido incluída na CF/1998, somente em 2005, por meio da Lei nº 11.107, houve disciplinamento dos consórcios públicos e dos convênios de cooperação entre os entes federados. Essa lei foi regulamentada pelo Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Legislação mais específica para os consórcios na área da saúde só foi estabelecida pela Portaria GM/MS nº 2.905, de 13 de julho de 2022, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017.

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), coletados de 4.211 municípios informantes do Digi-SUS – Módulo Planejamento, 1.061 municípios participavam de algum consórcio na área da saúde em 2 de junho de 2022: 770 municípios de apenas um consórcio; 203 de dois; 81 de três; seis de quatro; e um de cinco consórcios. O total de consórcios públicos, envolvidos com saúde, era de 256 naquela data, sendo mais prevalentes nas áreas de atenção especializada, seguida pela atenção básica e pela compra de medicamentos.

Na formação de consórcios intermunicipais, o estímulo técnico e financeiro dos estados foi importante. Em alguns, operaram como cooperadores técnico-financeiros na implantação de consórcios intermunicipais, ou seja, na cooperação horizontal município com município. Nos chamados consórcios verticais ou intergovernamentais existentes, por exemplo, no Ceará e na Bahia, o estado é também membro do consórcio.

RECOMENDAÇÕES[8]

No âmbito da saúde, as experiências de cooperação por meio de consórcios, especialmente as mais abrangentes, quase sempre contaram com algum incentivo, seja técnico, seja financeiro, dos estados. No caso em discussão, propôs-se a formulação de política para estímulo ao consorciamento visando ao aperfeiçoamento da coordenação federativa no SUS para a ampliação da oferta de bens e serviços de saúde. Por ter abrangência nacional, a proposta da política seria de iniciativa do MS, mas detalhada, discutida e analisada em grupo de trabalho da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e levada à negociação com as representações de estados e municípios (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – Conass e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems), antes de ser levada à aprovação do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Essa proposta, no entanto, não deve ser entendida como uma receita genérica a ser desenvolvida por todos os estados e pelo conjunto de seus municípios ou abranger todas as regiões ou macrorregiões de saúde. Deve ser uma iniciativa compartilhada pelas instâncias de governo, mesmo que de forma distinta, e ter desenvolvimento prioritário em áreas que confluam critérios de necessidade de serviços e de viabilidade política, uma vez que o instrumento é de conjugação de esforços. Ademais, todas as propostas devem fluir da esfera local, com a liderança das secretarias de saúde dos estados na mobilização dos municípios e na provisão de apoio técnico e administrativo na elaboração das propostas regionais, mantendo estreita compatibilização com as determinações da Portaria GM/MS nº 2.905 no pertinente às diretrizes e aos aspectos operacionais dos consórcios no SUS.

Outra questão importante a salientar é que os consórcios não substituem as instâncias de coordenação do SUS nos níveis estadual e regional (Comissões Intergestores Bipartite – CIBs e Comissões Intergestores Regionais – CIRs, respectivamente). Tampouco tornam menos importantes os processos de planejamento e programação em saúde. O planejamento e a programação devem ocorrer em todos os níveis de gestão do SUS, de forma negociada e pactuada no âmbito das instâncias de coordenação, orientando, portanto, a provisão/contratação de bens e serviços pelos consórcios. Deve-se entender os consórcios como um braço operacional com a finalidade de viabilizar investimentos para a ampliação da capacidade instalada regional e/ou o custeio de serviços existentes no SUS ou de serviços de saúde a serem contratados do setor privado. Ademais, os consórcios públicos já são uma realidade em diversas áreas, especialmente na de saúde, em que existe experiência razoável sobre seu funcionamento, seus problemas e suas potencialidades. Contam, também, com suporte bastante robusto no tocante a seus aspectos legais. Trata-se, portanto, de discutir a oportunidade e viabilidade de apoio político, técnico e financeiro para a sua maior utilização.

De forma mais específica, a proposta deveria considerar os seguintes aspectos:

- elaboração das linhas gerais da proposta no âmbito da CIT;
- discussão e aprovação da proposta pelo CNS;
- estruturação e aperfeiçoamento (como objetivo principal) da oferta de serviços em redes regionalizadas, com vistas a conferir mais equidade no acesso e a integralidade no atendimento aos serviços públicos de saúde;

8. Recomendações baseadas em análise de solução a fim de minimizar o problema da coordenação federativa insuficiente do SUS.

- elaboração de propostas locais, contando com a participação imprescindível do governo do estado na condução, provisão de assistência técnica, administrativa e financeira.
- adequação das propostas à Lei dos Consórcios Públicos e à Portaria GM/MS nº 2.905/2022, especialmente no que tange: i) à garantia do acompanhamento e monitoramento dos consórcios pelas CIBs e CIRs, no âmbito de seus respectivos territórios; ii) à garantia de condições necessárias para que a atuação dos consórcios ocorra em conformidade com a Política Nacional de Regulação do SUS; e iii) à observância das disposições contidas na Programação Regional Integrada (PRI) da região/macrorregião;
- prioridade na implantação dada às macrorregiões/regiões de baixo desenvolvimento socioeconômico e oferta insuficiente de serviços;
- hierarquização das prioridades de cada estado com base em análise/aprovação nas respectivas CIBs;
- viabilização de apoio técnico horizontal à elaboração das propostas dos estados, se requerida, por meio de técnicos de outras Unidades Federativas com experiência acumulada neste tipo de instrumento (consórcios), mediante intermediação do Conass e/ou Conasems;
- inclusão nas propostas da especificação dos mecanismos de transparência e controle social;
- garantia dos mecanismos de subordinação da atuação do consórcio às necessidades levantadas no planejamento regional e referendadas pelas CIR; e
- garantia da participação do MS no financiamento de ações de apoio técnico à elaboração das propostas regionais/locais e no financiamento compartilhado da expansão da oferta de serviços.

REFERÊNCIA

RACHE, B. *et al*. **Necessidades de infraestrutura do SUS em preparo ao covid-19**: leitos de UTI, respiradores e ocupação hospitalar. Rio de Janeiro: Ieps, mar. 2020 (Nota Técnica, n. 3).

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

EDITORIAL

Coordenação
Aeromilson Trajano de Mesquita

Assistentes da Coordenação
Rafael Augusto Ferreira Cardoso
Samuel Elias de Souza

Supervisão
Ana Clara Escórcio Xavier
Everson da Silva Moura

Revisão
Alice Souza Lopes
Amanda Ramos Marques Honorio
Barbara de Castro
Brena Rolim Peixoto da Silva
Cayo César Freire Feliciano
Cláudio Passos de Oliveira
Clícia Silveira Rodrigues
Olavo Mesquita de Carvalho
Regina Marta de Aguiar
Reginaldo da Silva Domingos
Nayane Santos Rodrigues (estagiária)

Editoração
Anderson Silva Reis
Cristiano Ferreira de Araújo
Danielle de Oliveira Ayres
Leonardo Hideki Higa
Natália de Oliveira Ayres

Projeto Gráfico
Danielle de Oliveira Ayres

The manuscripts in languages other than Portuguese published herein have not been proofread.

Ipea – Brasília
Setor de Edifícios Públicos Sul 702/902, Bloco C
Centro Empresarial Brasília 50, Torre B
CEP: 70390-025, Asa Sul, Brasília-DF

Missão do Ipea
Aprimorar as políticas públicas essenciais ao desenvolvimento brasileiro por meio da produção e disseminação de conhecimentos e da assessoria ao Estado nas suas decisões estratégicas.

ipea Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO