

Consórcios públicos intermunicipais: caminho para descentralização e redução de desigualdades nas políticas públicas?

doi: 10.4025/enfoque.v40i1.42695

Carlos Henrique Marroni

Doutor em Administração Pública e Governo pela Fundação Getúlio Vargas
Professor do Departamento de Ciências Contábeis da Universidade Estadual de Maringá
E-mail: chmarroni@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1366-8179>

Cibele Franzese

Doutora em Administração Pública e Governo pela Fundação Getúlio Vargas
Professora da Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas (FGV EAESP)
E-mail: cbele.franzese@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7441-2831>

Alceu Panosso

Mestre em Ciências Contábeis pela Universidade Estadual de Maringá
Professor do Departamento de Ciências Contábeis da Universidade Estadual de Maringá
E-mail: alpanosso@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5679-5880>

Recebido em: 02.05.2018

Aceito em: 20.06.2018

2ª versão aceita em: 20.12.2019

RESUMO

Este texto questiona se os consórcios públicos intermunicipais de saúde contribuem para a descentralização e redução de desigualdades nas políticas públicas, para tanto desenvolveu-se um estudo descritivo e qualitativo sobre federalismo cooperativo (pacto), descentralização de políticas públicas e consórcios públicos, tendo como objeto o consórcio intermunicipal de saúde da região da AMUSEP, associação dos municípios do setentrão paranaense, cuja cidade pólo é Maringá. Os resultados alcançados permite apontar que os consórcios públicos possuem características que contribuem para a solução em conjunto de problemas relativos à saúde pública dos entes federativos que são subscritores do protocolo de intenções, ato constitutivo do consórcio público, no caso da AMUSEP, 30 municípios. Contribuindo para a redução das desigualdades na oferta de serviços públicos de saúde, permitindo um ganho de escala aos municípios menores com o consorciamento. Tendo em vista, que os pequenos municípios por meio do consórcio público intermunicipal podem ofertar serviços de saúde especializados aos seus municípios e que estes podem ser estendidos a outros serviços como: segurança, educação etc.

Palavras-chave: consórcio intermunicipal; políticas públicas; descentralização; AMUSEP.

Intermunicipal public consortium: the way to decentralization and reduction of inequalities in public policy?

ABSTRACT

This paper questions whether public intermunicipal health consortia contribute to the decentralization and reduction of inequalities in public policies, for which a descriptive and qualitative study on federalism, decentralization of public policies and public consortium has been developed, having as object the intermunicipal consortium of Health of the region of AMUSEP, association of municipalities of the northern Paraná, whose city center is Maringá. The results obtained show that public consortia have characteristics that contribute to the joint solution of problems related to the public health of the federative entities that subscribe to the protocol of intentions, constituting the public consortium, in the case of AMUSEP, 30 municipalities. Contributing to the reduction of inequalities in the provision of public health services. Considering that small municipalities through the intermunicipal public consortium can offer specialized health services to their citizens and that these can be extended to other services such as: security, education, etc.

Keywords: Intermunicipal consortium; public policy; decentralization; AMUSEP.

Enf.: Ref. Cont.	UEM - Paraná	v. 40	n. 1	p. 17-29	janeiro / abril 2021
------------------	--------------	-------	------	----------	----------------------

1 INTRODUÇÃO

Este estudo visa descrever se os consórcios públicos intermunicipais contribuem para a descentralização e redução de desigualdades nas políticas públicas. A Constituição de 1988, promoveu a descentralização dos serviços sociais para as esferas subnacionais, aumentando a responsabilidade de Estados e municípios na execução de atividades antes conduzidas diretamente pela União.

Com a Constituição Federal de 1988 surgiu no país o principal instrumento de política pública de saúde, o Sistema Único de Saúde - SUS, que completará 30 anos de sua promulgação, sendo regulamentado pela lei orgânica da saúde nº8.080/1990, e normas operacionais base (NOB's). A municipalização da saúde, estabelecida no art. 30 da Constituição Federal de 1988 e no art. 7º da Lei Federal 8.080 de 1990, que regulamenta esta municipalização considerando dois aspectos importantes: a **habilitação** dos municípios para assumirem a responsabilidade total pela gestão do sistema de saúde em seu território, e a **descentralização** da gerência das ações e serviços de saúde para os municípios.

Com a municipalização da saúde, o poder público municipal passa a ser o responsável imediato, porém não o único, pelas necessidades de saúde de seus munícipes.

A descentralização não é um desejo recente, este apenas obteve respaldo legal após a Constituição Federal de 1988, sendo que 1963 o tema da 3ª Conferência Nacional de Saúde foi **“Descentralização na área de Saúde”**. As Conferências Nacionais de Saúde, foram muito importantes para o desenvolvimento do Sistema Único da Saúde – SUS. Sendo que a realizada em 1986, que reuniu mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil e discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil, no início do processo de redemocratização com o primeiro governo civil, desde 1964 e próxima da assembleia nacional constituinte de 1987 a que mais contribuiu para que no novo pacto federativo a Constituição Federal de 1988 a saúde fosse reconhecida como direito do cidadão brasileiro (SANTOS e AMARANTE, 2010).

A Constituição Federal de 1988, considerada constituição cidadã devido ao avanço nos direitos sociais, apresentando um novo status para o cidadão, sendo que esta possibilita que o cidadão

possa atuar de forma mais próxima no controle da gestão pública de forma que os resultados apresentados pelo serviço público estejam em conformidade com as demandas da sociedade civil. Para o controle social a transparência o acesso à informação são essenciais, bem como, para a consolidação do regime democrático e para a boa gestão pública. Além disto, são medidas que possibilitam a redução da corrupção. A transparência e o acesso à informação incentivam os gestores públicos a agirem com mais responsabilidade e eficiência. A participação popular e o controle social, ou seja, que os cidadãos possam acompanhar a implementação das políticas públicas e fiscalizar a aplicação do dinheiro público é facilitado se este é gerido e implementado de forma local, mais próximo do cidadão.

Neste sentido este trabalho busca por meio de uma pesquisa bibliográfica, qualitativa e descritiva, sobre federalismo, descentralização de políticas públicas e consórcios públicos, analisar se o consórcio público intermunicipal de saúde da AMUSEP (associação dos municípios do setentrão paranaense) contribui para a descentralização e redução de desigualdades nas políticas públicas. Para a consecução deste objetivo a pesquisa foi desenvolvida em três etapas investigativas: a) bibliográfica; b) documental; e c) pesquisa de campo. A pesquisa bibliográfica pautou-se em autores que tratam especificamente desta temática. A pesquisa documental fundamentou-se em registros dispostos na AMUSEP, na 15ª Regional de Saúde do Estado do Paraná e dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Na pesquisa de campo, empregou-se a entrevista com a secretária executiva da AMUSEP, técnico do CISAMUSEP e técnico da 15ª regional de saúde no período de 18 de novembro a 13 de dezembro de 2016.

2 DESCENTRALIZAÇÃO E DESIGUALDADE NO BRASIL

No do final do século XVIII surge o Estado Liberal e duas formas de governo: o sistema unitário e o sistema federativo, Hirschman (1992), Carvalho (2002), Watts (2008), Weffort (2012), os quais contribuíram para a conquista dos direitos civis e direitos políticos.

No Brasil, o processo de redemocratização, tem como um marco institucional a Constituição Federal de 1988, determinando assim que enquanto Estado Nacional a forma de se organizar

é como um Estado Federativo. Nos dias atuais a sociedade demanda do Estado os direitos da cidadania plena (civis, políticos e sociais) e que estes lhes sejam garantidos permitindo uma qualidade de vida cada vez maior, com acesso a educação, saúde, transporte, lazer etc. Segundo Carvalho (2002) não há cidadania sem a construção de um Estado-Nação, porque a cidadania é constituída com a relação das pessoas com o Estado e com a Nação. As pessoas se tornam cidadãs à medida que passam a ter um sentimento de pertença de uma Nação e de um Estado.

A ONU reconhece 193 países, estes estão classificados em Estados Unitários e Federativos. Os Estados Federais engendram 40% da população mundial, conforme Watts (2008). O federalismo compreende uma forma matricial de poder entre os entes federativos, ao contrário de um Estado-Nação unitário, que possuem uma forma piramidal. Uma das principais características do federalismo é a descentralização de políticas públicas (ANDERSON, 2009).

Há quatro teorias ou abordagens sobre federalismo, Souza (2008) como: a) federalismo como descentralização das instituições políticas e das atividades econômicas; b) federalismo e democracia; c) federações e federalismos; d) federalismo enquanto pacto.

Segundo Souza (2008), no federalismo como pacto este é visto como aliança. A aliança ou pacto é estabelecido entre unidades constituintes que são os territórios e não uma aliança entre indivíduos como aponta Riker. Dentre seus principais defensores temos: Wheare, Elazar, Duchacek e Kincaid.

Elazar, considerado como um dos grandes expoentes da corrente de pensamento do federalismo como pacto, apresenta como definição do federalismo como pacto “regras próprias e regras partilhadas” (*self rule plus shared rule*), ou seja, combinação do princípio da unidade com o princípio da autonomia interna.

Para Elazar (1994) o federalismo é um caminho para a paz. Onde há três caminhos de estabelecer as relações políticas.

In the last analysis, there are only three ways to establish political relationships. One is by conquest or force. We are all too familiar with that way, wich tahat way, wich is

the antithesis of the achievement of Peace. A second is through organic development, semmingly by accident. Under the right conditions, organic development can sometimes lead to domestic peace, but it is very chancy indeed and is likely to lead to continuing wars between states in pursuit of their respective myths and ambitions; hence it is not to be depended world as vehicle for achieving peace. The third way is through reflection, choice, and covenant, through the establishment of communities of equals on na equal basis by pacts reflecting agrément and consent. (ELAZAR, 1994, p. 12).

O terceiro caminho, surge da reflexão, escolha e aliança por meio de comunidades onde preponderante os indivíduos são considerados iguais por um pacto baseado no consentimento e no acordo.

Para a garantia dos direitos originais dos constituintes e *checks and balances* há necessidade de instituições básicas no federalismo que são apontadas por Abrucio e Sano (2013) como:

a. Constituição escrita, garantidora última do pacto federativo, definidora das principais regras sobre competências, poderes e entrelaçamento entre os entes federativos e protetora dos direitos da minoria, do ponto de vista territorial. Nesse último caso, muitas constituições definem tais proteções a direitos federativos como cláusula pétrea – isto é, só podem ser modificados por processo constituinte extraordinário –, que exigem maiorias qualificadas ou mesmo aprovação de um conjunto de atos legislativos estaduais para que haja a alteração na regra (STEPAN, 1999);

b. Corte Constitucional, que julga e arbitra, entre outras coisas, as pendências e os contenciosos entre os níveis de governo, estabelecendo a jurisprudência dos direitos federativos. Um exemplo disso é a Suprema Corte norte-americana. Como já definiu Bernard Schwartz, é “a mais alta corte americana que assegura que a autoridade nacional não seja frustrada por uma ‘colcha de retalhos’ de leis locais conflitantes. E, ao mesmo tempo, é aquele corpo que garante que os estados não acabem tragados pelo Governo de Washington” (SCHWARTZ, 1984, p. 22);

c. representação política dos entes federativos subnacionais no centro por meio do

bicameralismo e de certa desproporção na distribuição das cadeiras por território na câmara baixa (PIERSON, 1995; FRANZESE, 2010);

d. existência de governos descentralizados, das mais variadas formas e combinações, com grau de autonomia e importante participação na produção de políticas públicas e na socialização de cidadãos e políticos.”

A democracia para Elazar (1994) tem suas origens em alianças e constituições. Sua história está associada e remonta ao primórdio da tradição judaico-cristã. Sendo que a Bíblia descreve a criação de alianças que instituíam o governo do Antigo Israel.

O estudo comparado do federalismo para Watts (2008), recebeu uma grande contribuição de Elazar. Pelo encorajamento de colaboração internacional entre estudiosos como pelo vasto número de trabalhos que escreveu, editou, analisou. Recentemente predomina em seus trabalhos que no mundo contemporâneo há uma mudança de paradigma de Estados-Nação para um mundo onde as ligações são institucionalizadas e de reduzida soberania do Estado, como exemplo a União Europeia.

O federalismo como um pacto, tem como fundamento uma relação de constante negociação entre entes federativos. Como afirma Elazar para que haja prosperidade e paz é necessário reduzir a desigualdade entre os indivíduos que compõe uma sociedade.

O federalismo brasileiro (Abrucio e Sano, 2013) que surgiu após 1988, devido uma forte centralização do regime militar (1964 a 1985) tem uma visão negativa do compartilhamento de ações

e competência e um forte movimento de descentralização admitindo o município como ente federativo para garantir a autonomia.

O Estado brasileiro, segundo Abrucio (2005), tem uma grande desigualdade regional, o que faz com que o provimento de políticas sociais, como a saúde deva ser realizado com descentralização, mas de forma coordenada. Segundo Oliveira (2007), entre os governos locais há uma grande desigualdade quanto à capacidade de arrecadação e recursos humanos, que implica diretamente nos resultados das políticas sociais.

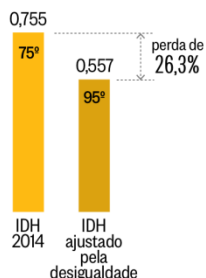
A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), do IBGE, em 2014, o total de brasileiros que vivem em condição de pobreza multidimensional, que é a medida da pobreza agregando-se diferentes variáveis possíveis, tais como saúde, escolaridade, atividade/ocupação, criminalidade e infra-estrutura domiciliar, diminuiu 4%, ou seja, o percentual da parte da população brasileira mais vulnerável diminuiu de 11,2% para 7,2%. Sendo que a maior privação é na área de saúde, medida pela mortalidade infantil.

O Brasil avançou no desenvolvimento humano nas últimas décadas, porém o Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH) do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) apresenta dados que confirmam ainda um alto nível de desigualdade no país. Na figura 01 o IDH (índice de desenvolvimento humano) do Brasil que em 2014 é de 0,755 - e assim classificado como alto e com a posição de 75º no ranking - cai 20 posições com a metodologia proposta do PNUD Brasil de descontar as desigualdades. Nesse caso, o índice passa a ser de 0,557 e o país cai para a 95º posição no ranking.

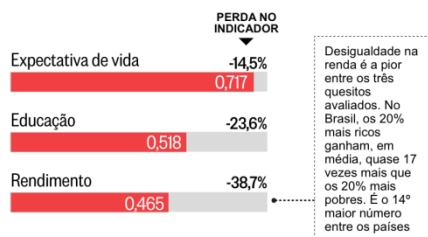
DESENVOLVIMENTO DESIGUAL

No ranking ajustado pela desigualdade, IDH brasileiro cai 20 posições

IDH ajustado pela desigualdade



Quanto pesa a desigualdade em cada quesito



Fonte: PNUD/Human Development Report 2015

Figura 01 – Desenvolvimento desigual no Brasil.

Fonte: PNUD – Relatório de Desenvolvimento Humano (2015)

Conforme a figura 01, observa-se que as dimensões da renda e da educação são as que apresentam maior desigualdade. O programa da ONU para desenvolvimento considera a distribuição desigual do desenvolvimento humano em cada uma das três dimensões do IDH (longevidade,

educação e renda) e então desconta do valor original do indicador. Quanto maior o percentual de desconto, maior a desigualdade no país. No Brasil o IDH sofreu uma redução de 26,3%. Esta redução em razão da desigualdade é maior que a média mundial de 22,8%.

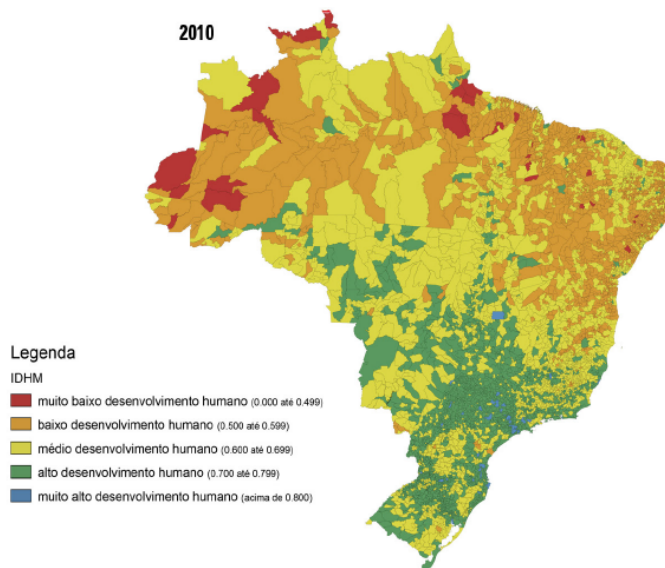


Figura 02 – IDH dos municípios brasileiros em 2010.

Fonte: PNUD – Relatório de Desenvolvimento Humano (2015)

A figura 02 denota a desigualdade quanto ao IDHM no Brasil, sendo que a Região Norte e Nordeste estão concentrados os municípios com baixo e muito baixo IDHM, na região Centro-oeste predomina o IDHM de médio desenvolvimento humano. O que ressalta esta desigualdade no Brasil é que mais de 25% (1.400 de 5.570) dos municípios estão classificados quanto ao IDHM, como baixo ou muito baixo, ou seja, indicadores na faixa de 0 a 0,599; e que apenas 44 municípios brasileiros tem acima de 0,8 de IDHM, considerado muito alto. Estes representam 0,8% dos 5.570.

Considerando que a Constituição de 1988, promoveu a descentralização de políticas sociais para as esferas subnacionais, aumentando a responsabilidade de Estados e municípios na execução de atividades antes conduzidas diretamente pela União, a questão da desigualdade terá impactos importantes sobre a promoção de políticas públicas.

Assim, diante da desigualdade entre os entes federativos locais, com impacto sobre a existência de recursos financeiros e humanos capazes de promover políticas sociais em nível local, a

coordenação intergovernamental se torna muito importante (ABRUCIO, 2005).

Como afirma Almeida (2001; 2005), na história do federalismo e políticas públicas do Brasil há períodos de centralização e descentralização, e estas tendências descentralizadoras e os impulsos centralizadores moldaram as instituições federativas do Brasil em um arranjo cooperativo complexo. Também Souza (2002) aponta que o federalismo brasileiro oscila entre um contínuo movimento de centralização e descentralização.

Arretche (2003; 2007) ao analisar a indução das políticas públicas para a municipalização, pelo governo federal, conclui que esta ação é uma centralização, pois o governo federal controla o repasse de recursos financeiros impelindo que haja adesão aos programas por ele desenhado, limitando assim o poder de agenda e a autonomia dos governos subnacionais e locais.

Abrucio (2000; 2005) e Oliveira (2007) por outro lado, afirmam que em vez de centralização ocorre um processo de coordenação federativa. Sendo que o PAB (Piso de Atenção Básica) e o FUNDEF

promoveram redução de desigualdade ao estabelecerem padrões nacionais, sem que a autonomia dos governos subnacionais e locais fosse restringida.

Franzeze (2010) ao analisar a estrutura dos sistemas de políticas públicas sob o prisma federativo, constatou que as ações federais depois da metade da década de 1990 na área de saúde e educação promoveram diretrizes de universalização destas políticas sociais, bem como um padrão de relações intergovernamentais mais cooperativo, em que os sistemas de políticas públicas nesse contexto, possibilitaram a nacionalização de políticas sociais e a descentralização com uma negociação (barganha) federativa.

Compreender as disposições e as posições dos atores envolvidos na regulação do processo de descentralização intergovernamental e de integração de políticas de saúde é muito importante segundo Franzese (2010). Em que a análise de um espaço de decisão intergovernamental em função de seus propósitos normativos e seu contexto institucional pode evidenciar determinadas tendências e características de seu impacto e influência no processo de descentralização de serviços de saúde.

Em 1995, segundo Arretche (2003) os municípios brasileiros foram responsáveis por 65% do tratamento ambulatorial realizado no Brasil e no ano de 2000 este percentual representava 89%, aumentando o provimento por parte dos municípios do atendimento de atenção a saúde básica, porém dentre os 5.570 municípios os pequenos tem grande dificuldade no provimento do serviço de saúde de média e alta complexidade, bem como os serviços de urgência, dentre eles o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU. Um caminho possível para que os pequenos municípios possam

disponibilizar o acesso a estes serviços públicos de saúde é o associativismo territorial como o consórcio público entre os municípios.

3 ASSOCIATIVISMO TERRITORIAL

Consórcio significa, do ponto de vista jurídico e etimológico, a união ou associação de dois ou mais de dois entes da mesma natureza. O consórcio não é um fim em si mesmo; constitui, sim, um instrumento, um meio, uma forma para a resolução de problemas ou para alcançar objetivos comuns. Na área pública representa uma alternativa para a execução dos serviços complementares.

A Lei Federal 11.107/2005 é a que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Sendo que o consórcio público poderá adquirir personalidade jurídica:

- de **direito público**, no caso de constituir associação pública, mediante a vigência das leis de ratificação do protocolo de intenções;
- de **direito privado**, mediante o atendimento dos requisitos da legislação civil.

O consórcio público com personalidade jurídica de direito público integra a administração indireta de todos os entes da Federação consorciados. No entanto se este se revestir de personalidade jurídica de direito privado, o consórcio público observará as normas de direito público no que concerne à realização de licitação, celebração de contratos, prestação de contas e admissão de pessoal, que será regido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

No quadro 01 apresenta-se uma síntese das características de consórcio público.

Quadro 1 – Comparativo das características entre Consórcio Público.

CARACTERÍSTICA	CONSÓRCIO PÚBLICO
Natureza Jurídica	Entidade civil sem fins lucrativos
Base Legal	Lei Federal 11.107/2005
Criação	Pelos entes federativos (municípios) devidamente autorizados por leis municipais
Qualificação	Subscrição de Protocolo de Intenções
Participação do poder público no sistema de governança	Sem participação da sociedade civil
Relações com o poder público	Fomento e parceria por contrato de gestão ou termo de parceria
Recebimento de recursos públicos	Recursos oriundos de convênios com a SESA e faturas emitidas aos municípios integrantes do consórcio
Observância de regras do direito público	A Lei 11.107/2005 dispõe que os consórcios públicos estão sujeitos a observação das normas do direito público
Cessão de servidores públicos	Prevista na Lei 11.107/2005

Fonte: Marroni (2017)

A Constituição Federal de 1988, após a Emenda Constitucional 19 de 1998 tem a seguinte redação em seu artigo 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 transferidos (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998).

Para que os municípios possam exercer efetivamente as competências a eles atribuídas, a eles pelo processo de municipalização da saúde advindo da Constituição Federal de 1988, necessitam dispor de recursos financeiros, capacidade instalada e recursos humanos. Entretanto, a maioria deles, especialmente os de pequeno porte, não possui recursos compatíveis com a implantação de serviços mais especializados, o que os coloca, quase sempre, em situação de dependência em relação aos grandes municípios ou municípios pólo.

Como caso de sucesso Abrucio (2001) apresenta o consórcio intermunicipal do ABC, com a participação do Estado subnacional e da sociedade civil tendo como agenda de atuação políticas sociais, de infra-estrutura urbana e de desenvolvimento local/regional.

A experiência do Grande ABC, a despeito das condições desfavoráveis no plano federativo, logrou estabelecer um modelo de coordenação regional bastante amplo, lastreado em instâncias próprias e com uma longevidade rara nesta área. Mais importante: conseguiu montar uma rede federativa, horizontal e vertical, envolvendo a sociedade civil, os sete municípios da região e o governo estadual (ABRUCIO, 2001, p. 230).

O consórcio quando tem personalidade de direito privado como o caso do ABC apresentam uma fragilidade institucional e dificuldade em obter financiamentos.

Os consórcios intermunicipais de saúde quando de personalidade jurídica do direito público se apresentam como instrumentos para a

implementação do processo de municipalização da saúde. Através desta parceria, as cidades realizam uma gestão compartilhada dos recursos, objetivando a redução de custos e o aumento da eficiência, em especial, na área da Saúde Pública. Esse processo é parte da estratégia de descentralização, organização, direção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e constitui-se na racionalização fundamental em que se encaixa o modelo de atenção básica à saúde. Assim os consórcios podem ser num instrumento do processo de municipalização da saúde e contribui para o planejamento e a estruturação das ações e dos serviços, conforme as especificidades e necessidades de cada local e região.

Utilizado como instrumento de estímulo ao planejamento local e regional em saúde, o consórcio possibilita, além disso, a viabilização financeira de investimentos e contribui para a superação de desafios locais no processo de implementação do Sistema, principalmente para o município de pequeno porte, ou seja, representa a possibilidade destes de oferecer à sua população um atendimento de maior complexidade, manutenção de um hospital, por mais básico que seja, manutenção e aquisição de equipamentos, um quadro permanente de profissionais e despesas de custeio que muitas vezes superam os recursos disponíveis de cada pequeno município.

O processo de regionalização dos serviços, por meio do instrumento consórcio intermunicipal, representa um avanço, pois muitos dos municípios não poderiam assumir um encargo que ultrapassa sua capacidade técnica e financeira, considerando a eficiência, ou seja, a relação custo/benefício, os consórcios passam a ter flexibilidade administrativa e financeira.

No Paraná a Secretaria de Saúde do Estado – SESA criou um programa denominado de COMSUS com o propósito de qualificar a atenção ambulatorial secundária do Estado para atender as necessidades de saúde da população. Seu principal objetivo é implantar os Centros de Especialidades Regionais em todas as regiões de saúde do Paraná, mediante parceria firmada entre os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) e a SESA. Sendo que no Estado há 399 municípios que estão distribuídos entre 22 regionais de saúde e 25 CIS. A região da Associação dos Municípios do Setentrão Paranaense - AMUSEP pertence a 15ª regional de saúde.

O Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Setentrão Paranaense - CISAMUSEP foi criado em 2001, muitos foram criados recentemente, pois a SESA com o COMSUS e na busca da regionalização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

O CISAMUSEP congrega 30 municípios, sendo que Maringá é a cidade pólo. Foi criado em dezembro de 2001 e entrou em operação em 2002, ou seja, está completando 15 anos de funcionamento. Havia um Centro Regional de Especialidades (CRE), porém a capacidade de atendimento estava abaixo da demanda, tendo em vista que ofertava 4 mil consultas especializadas por mês e a demanda era de 30 mil. Assim os prefeitos da AMUSEP decidiram criar um consórcio para assumir a administração do CRE em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná. Com a criação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da AMUSEP, sendo financiado pelo Estado e pelos municípios. As consultas especializadas que eram até então de 4 mil no primeiro ano passaram para 35 mil e no corrente ano foram realizadas mais de 450 mil consultas e procedimentos.

Dentre os serviços prestados pelo CISAMUSEP estão a atenção médica ambulatorial especializada, o atendimento hospitalar, saúde mental, serviços de sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, tratamentos odontológicos, farmácia. Foi proposto uma regionalização do serviço de atendimento móvel de urgência SAMU na região da AMUSEP em 2013.

As 30 cidades que compõem a AMUSEP Associação dos Municípios do Setentrão Paranaense (CISAMUSEP) fecharam acordo para a regionalização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Para que esta regionalização foi necessária aprovação por lei orgânica nos 30 municípios da região.

A Implantação é necessária para novos repasses dos governos federal e estadual, sendo que os últimos municípios a assinarem foram os mais populosos e que já dispunham deste serviço, Maringá e Sarandi.

A regionalização do SAMU se tornou necessária há cerca de quatro anos, pois o governo federal exigiu que todas as ambulâncias do programa estejam vinculadas a uma central de regulação de urgências.

A portaria nº 1.010/GM de (2012), redefiniu as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências e a portaria nº 356/GM de (2013) redefine o cadastramento, no SCNES, das Centrais de Regulação das Urgências e das Unidades Móveis de Nível Pré-Hospitalar de Urgências pertencentes ao Componente SAMU192 da Rede de Atenção às Urgências. Estas normas do Ministério da Saúde determinam que nenhum projeto a partir de 2014, será credenciado se não for regional. As prefeituras devem cadastrar as ambulâncias indicando as centrais às quais estão vinculadas, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). O Ministério da Saúde determinou que as ambulâncias do SAMU 192 que não estivessem cadastradas em centrais, ou que o serviço não estivesse implantado, seriam recolhidas.

A diretoria de Urgências da SESA apresentou que o objetivo é que o SAMU esteja organizado em regiões no Estado do Paraná. O diretor da 15ª Regional de Saúde, Kazumichi Koga “a intenção é de que o atendimento à população seja organizado de acordo com o grau de complexidade do atendimento. Assim, os grandes centros médicos, como Maringá, receberiam apenas os casos mais graves e isso evitaria filas com ocorrências que poderiam ser atendidas em uma primeira triagem”, a elevação do número de veículos e do repasse dos governos federal e estadual a partir de agora somente é possível após a regionalização do SAMU.

Inicialmente para que a implantação fosse efetivada, a AMUSEP projetou a necessidade de R\$ 1,5 milhão, o que seria arrecadado em três meses pelos municípios participantes. Recurso necessário para que as ambulâncias estejam em condições de atendimento e para a contratação de 60 profissionais necessários para o serviço. Um valor foi estabelecido inicialmente de R\$ 0,65 por habitante.

O SAMU regionalizado funciona com os 30 municípios divididos em 05 sub-regionais em Colorado, Astorga, Mandaguari, Maringá e Nova Esperança, sendo que cada sub-regional se responsabilizará por 06 municípios e com unidades para atendimento das médias complexidades. Estas sub-regionais e as ambulâncias estão vinculadas a Central Única de Regulação, sediada em Maringá, sob a responsabilidade

da Secretaria Municipal de Saúde. Houve uma necessidade de negociação com a SESA para a estruturação de leitos nos hospitais de Astorga, Mandaguari, Paçandu, Nova Esperança e Colorado com a finalidade de distribuir o atendimento da média complexidade.

Os gestores tinham também a preocupação de que os hospitais contratados para atender a alta complexidade: Santa Casa, Hospital Universitário (HU) e Hospital Metropolitano dispusessem de estrutura ter eficiência em atendimentos rápidos.

A Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA) conjuntamente com o conselho estadual de saúde (CES), o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS-PR), a Comissão Intergestores Bipartite (CIB/ PR) realizaram reuniões, das quais se definiu que as centrais regionalizadas serão custeadas com os recursos do governo federal (50%), dos municípios (25%) e do governo estadual (25%) ocorrendo uma ampla negociação para que o SAMU 192 fosse regionalizado.

Dentro do plano de implantação da regionalização, há a busca de recursos pela conclusão das obras do plano diretor do Hospital Universitário (HUM/HUM), referência em alta complexidade, bem como.

O Estado destinou R\$ 13 milhões para a construção de um novo Centro Regional de Especialidades em Maringá, sendo este o segundo do Estado, o primeiro foi em Toledo. A secretária executiva do CISAMUSEP, Zuleide Bezerra Dalla Costa, apresentou que com a implantação definitiva e o funcionamento deste centro a capacidade de atendimento e outros serviços específicos de saúde poderão ser prestados, muito devido a adequação da estrutura física, disposta próxima da central de regulação do SAMU, do hospital municipal de Maringá e da Unidade de Pronto atendimento – UPA da zona sul de Maringá, resultado de ampla negociação entre a região da AMUSEP e o governo do Estado do Paraná.

4 A REGIÃO DA AMUSEP

A região da Associação dos Municípios do Setentrão Paranaense (AMUSEP), compreende 30 municípios. A população compreendida na região da AMUSEP é de aproximadamente 808 mil, sendo que Maringá corresponde a 403 mil, ou seja, quase de 50% da população, há muitos municípios pequenos tanto em espaço territorial, quanto em população. A média dos 30 municípios é de menos de 27 mil habitantes, sendo que 12 destes possuem menos de 5 mil habitantes, como disposto no quadro 2.

Quadro 2 – Composição da população da AMUSEP - 2016

Nº	NOME	ÁREA KM²	%	POPULAÇÃO EM 2016	%
1	Ângulo	105,931	1,52	2.969	0,37
2	Astorga	435,994	6,25	26.087	3,23
3	Atalaia	137,724	1,97	4.002	0,50
4	Colorado	403,741	5,79	23.811	2,95
5	Doutor Camargo	118,233	1,69	6.058	0,75
6	Floraí	190,644	2,73	5.114	0,63
7	Floresta	162,007	2,32	6.535	0,81
8	Flórida	83,140	1,19	2.685	0,33
9	Iguaraçu	163,247	2,34	4.309	0,53
10	Itaguaje	190,614	2,73	4.629	0,57
11	Itambé	244,439	3,50	6.201	0,77
12	Ivatuba	95,076	1,36	3.220	0,40
13	Lobato	239,801	3,44	4.721	0,58
14	Mandaguaçu	293,436	4,21	21.920	2,71
15	Mandaguari	336,323	4,82	34.425	4,26
16	Marialva	475,128	6,81	34.675	4,29
17	Maringá	486,433	6,97	403.063	49,86
18	Munhoz de Melo	137,603	1,97	3.934	0,49
19	Nossa Senhora das Graças	185,538	2,66	4.070	0,50
20	Nova Esperança	402,329	5,77	27.986	3,46
21	Ourizona	175,420	2,51	3.491	0,43
22	Paçandu	170,896	2,45	39.728	4,91

(Continua...)

Quadro 2 – Continuação.

Nº	NOME	ÁREA KM²	%	POPULAÇÃO EM 2016	%
23	Paranacity	348,170	4,99	11.168	1,38
24	Presidente Castelo Branco	155,408	2,23	5.186	0,64
25	Santa Fé	276,795	3,97	11.562	1,43
26	Santa Inês	137,769	1,97	1.746	0,22
27	Santa Inácio	308,491	4,42	5.494	0,68
28	São Jorge do Ivaí	316,753	4,54	5.675	0,70
29	Sarandi	103,683	1,49	91.344	11,30
30	Uniflor	95,076	1,36	2.604	0,32
	Total	6.7975,842	100%	808.412	100%

Fonte: adaptado do IBGE

O PIB da região da AMUSEP, ou seja, dos 30 municípios, divulgado pelo IBGE em setembro de 2013 corresponde a 13 bilhões de reais, sendo que deste total Maringá participa com 8,2 bilhões de reais. A renda per capita na região é de R\$16.600,00, mas há uma concentração de renda muito grande na cidade pólo e em alguns municípios.

O município de Santo Inácio tem a maior renda per capita da AMUSEP, R\$ 35.382,55, Lobato está em segundo lugar, com R\$ 28.002,95, São Jorge do Ivaí está em terceiro lugar, com R\$ 23.713,03 e Maringá tem uma renda per capita de R\$ 23.139,83. Na região Paçandu tem a

menor renda per capita da região, R\$ 7.093,57. Impulsionaram a economia a avicultura, construção civil e mercado imobiliário em empreendimentos voltados ao turismo. O menor PIB é do município de Santa Inês, R\$ 24,7 milhões.

Os números revelam uma concentração de renda em certos municípios quando colocamos na análise o IDHM.

No quadro 3 apresenta-se os 05 melhores IDHM da AMUSEP que contrastam com a relação do PIB, bem como faz alusão quanto a posição no Estado do Paraná e no Brasil.

Quadro 3 – Classificação dos cinco melhores IDHM da AMUSEP

Ranking dos melhores IDHM da AMUSEP				
Posição AMUSEP	Município	IDHM	Posição Estadual	Posição Nacional
1º	Maringá	0,808	2º	23º
2º	Ivatuba	0,766	12º	274º
3º	Iguaraçu	0,758	21º	400º
4º	Mandaguari	0,751	30º	526º
5º	Astorga	0,751	30º	526º

Fonte: adaptado do IBGE

As cidades de Sarandi, Santa Fé e Itaguajé são as que apresentam os mais baixos índices de desenvolvimento da região de Maringá, conforme aponta o Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil, organizado pelo Programa nas Nações Unidas para Desenvolvimento (PNUD) e cujo resultado de 2010 foi divulgado em setembro de 2013.

Entre as 30 prefeituras que integram a Associação dos Municípios do Setentrião Paranaense (AMUSEP), Sarandi é o que tem o pior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M). Em 2000, a cidade apresentava nota 0,605, passando para 0,695 em

2010. Apesar de ter apresentado uma evolução ao longo da última década, a onda de desenvolvimento não foi suficiente para tirar o município do nível considerado médio pela pesquisa.

Santa Fé (com IDH-M de 0,705) e Itaguajé (0,707) apresentam uma situação um pouco melhor que a de Sarandi, com índices gerais acima de 0,700, considerados altos pelo levantamento. Com exceção de Maringá (que teve o IDH-M de 0,808, considerado muito alto) e de Sarandi, os demais municípios da região também estão neste grupo. O setor educacional de Sarandi é o que apresenta pior índice na região, com 0,579.

Na composição do IDH-M, são analisados os índices de longevidade, educação e renda com base no Censo feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Segundo o levantamento, apenas 55,6% dos jovens entre 15 e 17 anos possuem Ensino Fundamental completo. Entre os adultos, esse índice é ainda menor, de 42,6%. Itaguajé tem os piores desempenhos em longevidade (0,791) e renda (0,692). Em 2010, a esperança de vida de quem nasceu na cidade era de 72,4 anos, contra 76 de Maringá. Já a renda per capita média mensal da Região da AMUSEP no mesmo ano era de R\$ 523,68, bem abaixo dos R\$ 1.202,63 registrados na maior cidade da região, que é Maringá e abaixo da média do Estado do Paraná que é R\$747,00.

Os dados revelam que as cidades pequenas viraram dormitórios, Itaguajé, cidade que tem a cana de açúcar respondendo por cerca de 70% da economia, enfrenta a falta de indústrias. As cidades pequenas estão sofrendo com o êxodo da população para os grandes centros. Além disso, muitos moradores trabalham fora e os municípios ficam apenas como um dormitório.

Para melhorar os índices educacionais e de saúde a proposta dos gestores da região é maior participação no programa estadual de desenvolvimento da educação (PDE) em conjunto com a Universidade Estadual de Maringá (UEM), trabalho de qualificação dos professores, no Programa Família Paranaense e a instalação de escolas em período integral, bem como, dos Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

Quanto à melhoria de renda, a secretária executiva da AMUSEP, Antonia F. dos Santos considera um desafio maior. “Na última Conferência das Cidades, foi proposto ao governo uma legislação mais apropriada para que as indústrias possam se instalar nos pequenos municípios. É preciso ter incentivos”, afirma a gestora, que também defende uma maior integração de Maringá com os municípios da região.

A cidade pólo, Maringá concentra os investimentos e segrega a população de baixa renda impelindo as cidades menores o adjetivo de cidade dormitório como é o caso de Sarandi, o alto preço do solo, a especulação imobiliária faz que pessoas de renda mais baixa não vivam em Maringá. Elas vão morar em cidades próximas,

onde o acesso é menos oneroso. A integração para a solução dos problemas conjuntamente é um desafio, mas a busca pelo desenvolvimento econômico e social deve contemplar a maior número possível de indivíduos, como o IDH é composto pelos fatores da longevidade, educação e a renda, assim a gestão da saúde há de contribuir para melhorias significativas na qualidade de vida da população desta região.

5 CONCLUSÃO

O CISAMUSEP foi constituído sob a forma de Consórcio Público, com personalidade jurídica de direito privado, sem fins econômicos, rege-se pelas normas do código civil Brasileiro, Lei Federal nº. 11.107/2005 e assim reveste-se de personalidade jurídica de direito público, o CISAMUSEP integra a administração indireta de todos os entes da Federação consorciados. Este deve observar as normas de direito público no que concerne à realização de licitação, celebração de contratos, prestação de contas e admissão de pessoal, que por processo de seleção competitiva e que é regido pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.

O consórcio público possibilitou de forma inquestionável a municipalização da saúde, bem como o acesso ao atendimento de média e alta complexidade aos munícipes dos pequenos municípios. Haja vista, que estes municípios pequenos tem limitações tanto de recursos financeiros, quanto de ordem técnica para atender as suas demandas.

Contudo como o consórcio público na sua criação não é desvinculado da macroestrutura do Estado e está submetido às normativas do direito público para realizar suas compras. Não há a participação da sociedade civil na sua constituição e na sua gestão, prevalece o termo de parceria e não um contrato de gestão.

A pesquisa permite apontar que tendo em vista a necessidade de descentralização e de otimização dos recursos públicos na área da saúde os consórcios públicos são uma ferramenta de gestão que contribui para solução de muitos problemas comuns aos pequenos municípios, nas políticas públicas de saúde, segurança, educação etc, considerando que no Estado do Paraná somam-se 399 e no Brasil 5.570 municípios.

Há a necessidade de um maior envolvimento da sociedade civil na implementação das políticas

públicas em atendimento as demandas da sociedade. A participação da sociedade civil na gestão através do controle social precisa ser ampliada, bem como na execução de atividades sendo que alguns países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE, da qual o Brasil participa apresentaram resultados extremamente satisfatórios.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz; FERREIRA COSTA, Valeriano Mendes. *Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro*. São Paulo: **Konrad-Adenauer-Stiftung**, 1998.

ABRUCIO, Fernando Luiz; SOARES, Marcia Miranda. *Redes federativas no Brasil: cooperação intermunicipal no Grande ABC*. São Paulo: **Fundação Konrad Adenaur**, 2001.

ABRUCIO, Fernando Luiz; SANO, Hironobu. *Associativismo intergovernamental: experiências brasileiras*. Brasília: **IABS**, 2013.

ANDERSON, George. **Federalismo: uma introdução**. Editora FGV, 2009.

ARRETCHE, Marta. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva** Vol. 8, nº 2; 2003.

ARRETCHE, Marta. A centralização no Estado Federativo Brasileiro. **Tese** apresentada à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Livre-docência no Departamento de Ciência Política, 2007.

BRASIL. Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005. **Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L11107.htm>. Acesso em 01 dez. 2013.

BRASIL. Legislação. **Decreto** nº 6.017 de 17 de janeiro de 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/legislação>>. Acesso em: 01 dez. 2013.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos (1998). *Reforma do Estado para a Cidadania - a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional*. São Paulo: Editora 34, Brasília: **ENAP**.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil. O longo Caminho**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CUNHA, Rosani Evangelista da. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa. **Revista de Administração Pública**, v. 55, n. 3, p. 5-36, 2004.

ELAZAR, Daniel. J. **Federalism and the way to peace**. Kingston: **Institute of Intergovernmental Relations**, Queens University, 1994.

FRANZESE, Cibele. *Federalismo Cooperativo no Brasil: da Constituição de 1988 aos sistemas de políticas públicas*. 2010. 210 f. **Tese** (Doutorado em Administração Pública e Governo) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2010.

LESSMANN Christian, “**Regional inequality and decentralization: an empirical analysis**” *Environment and Planning A* 44 1363 – 1388, 2012.

MARRONI, Carlos Henrique, *Relações intergovernamentais na implementação de políticas públicas: o caso do SAMU no Estado do Paraná*. 2017. 123 f. **Tese** (Doutorado em Administração Pública e Governo) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2017.

MARTINS, Humberto Falcão (2011). “**Inflexibilização: limitações à flexibilização em parcerias com entes de cooperação**”. IV Congresso CONSAD de Gestão Pública. Brasília: CONSAD.

OLIVEIRA, Vanessa Elias de. *O municipalismo brasileiro e a provisão local de políticas sociais: o caso dos serviços de saúde nos municípios paulistas*. **Tese** de doutorado apresentada na Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 2007.

PNUD, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório de Desenvolvimento Humano** (2015).

RINNE, Jeffrey (2007). *Mejorando el desempeño del sector salud en Brasil: comparación entre distintos modelos de hospitales*. **Revista**

del **CLAD Reforma y Democracia** n ° 37.,
Febrero, pp.101-40.

SANTOS, Nelson Rodrigues; AMARANTE,
Paulo Duarte de Carvalho, (org.) **Gestão
Pública e Relação Público Privado na Saúde**.
Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

SILVA, Pedro Luiz Barros; MELO, Marcus
André Barreto O Processo de Implementação
de políticas públicas no Brasil: Características
e Determinantes da Avaliação de Programas e
Projetos. Campinas :Universidade Estadual de
Campinas – UNICAMP, **Núcleo de Estudos de
Políticas Públicas – NEPP**. Caderno nº 48. 2000.

STEPAN, Alfred. Para uma análise comparativa
do federalismo e da democracia: federações
que restringem ou ampliam o poder do demos.
Dados - **Revista de Ciências Sociais** 42(2),
pp.593-634, 1999.

SOUZA, Celina. **Estado da arte da pes-
quisa em políticas públicas**. In.: HOCHMAN,
Gilberto ; ARRETCHE, Marta; MARQUES,
Eduardo. (org.) Políticas públicas no Brasil. Rio
de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2007. p.65-86.

WATTS, Ronald L. **Comparing Federal
Systems**. Kingston: McGill-Queen's University
Press, 2008 3th Edition.

Endereço dos Autores:

Rua Alexandra, 1.139, Jardim Dourados,
Maringá PR – Brasil - CEP: 87040-460