

# Análise do Processo de Implantação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado do Tocantins a partir da Reforma do Estado nos Anos 90<sup>1</sup>

## *Analysis of the implementation process of the Inter-municipal Health Consortia in Tocantins state from the State Reform in the 90s*

*Carlos Vicente Berner*

*Resumo: Este artigo objetiva analisar o processo de implantação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) no estado do Tocantins a partir da Reforma do Estado nos anos 90. Para tanto, busca-se, por meio de estudo documental, proceder a uma análise dos documentos, disponibilizados pela Secretaria do Estado de Saúde do Tocantins (Sesau-TO), a fim de refletir sobre a implantação dos consórcios. Os resultados das análises mostram que a Sesau-TO busca, desde 2013, a construção de oito ambulatoriais nas regiões de saúde do Estado, a implementação de equipamentos e a aquisição de veículos para transporte sanitário. Apesar das benfeitorias almeçadas, os CIS ainda não estão em atividade talvez em função dos recursos financeiros, para manter os custos com manutenção e com especialistas, ficarem a cargo dos municípios. Embora o consórcio seja vantajoso politicamente para os gestores municipais, o comprometimento com esses gastos geraria um déficit no orçamento financeiro dos municípios.*

*Palavras-chave: Implantação, Consórcios Intermunicipais de Saúde, Tocantins, Reforma do Estado.*

*Abstract: This article aims to analyze the process of implementation of Inter-municipal Health Consortia (IHC) in the state of Tocantins from in the 90 State Reform. Therefore, the study seek to, through documentary study, undertake a review of documents, made available by the Secretary of Health of Tocantins State (Sesau-TO) in order to reflect on the establishment of consortia. The results show that Sesau-TO search, since 2013, the construction of eight clinics in the state's health regions, providing facilities and the purchase of vehicles for medical transport. Although it targets improvements, the IHC are not yet in activity perhaps due to the financial resources to keep maintenance costs and specialists are the responsibility of the municipalities. Although the consortium is politically advantageous for municipal managers, the commitment to these expenses would generate a deficit in the financial budget of the municipalities.*

*Keywords: Implantation, Inter-municipal Health Consortia, Tocantins, State reform.*

**Carlos Vicente Berner** - *Doutorando em Ciências Contábeis pela Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Ciências Contábeis pela Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado (FECAP). Especialista em Gestão Avançada de Custos e em Controladoria de Gestão. Tem experiência nas áreas de Custos, Controladoria, atuando principalmente nos seguintes temas: controladoria, planejamento, gestão de custos*

A descentralização dos serviços de saúde, instigada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tem como finalidade a transferência das responsabilidades e o remanejamento dos recursos para os Estados e os municípios. A reforma do Estado na década de 90, atrelada à reorganização, por intermédio da política, possibilitou o aumento da qualidade das ações e dos serviços ofertados bem como a acomodação às condições da localidade, possibilitando a participação da sociedade nesse processo transitório bem como o anúncio da transparência na tomada de decisão.

1. Artigo submetido em 09/04/2018 e aprovado em 25/01/2019.

Se o processo de descentralização trouxe essas vantagens à saúde populacional, em contrapartida, também há inabilidades causadas pela divisão das ações e dos serviços atrelados aos obstáculos para organizá-los. Um dos grandes desafios exigidos, com o aumento significativo da descentralização, é a harmonização de uma escala apropriada para a produção das ações e dos serviços, a partir dos problemas locais de saúde.

Sobre a adequação da atribuição de autoridades do gestor público, Oates (1999) observa que o federalismo fiscal determina atos normativos para atribuir cargos em diferentes níveis da gestão pública, bem como mecanismos fiscais para a concretização desses cargos. Para o autor, “em geral, esta teoria sustenta que o governo central deve ter a responsabilidade de base para a estabilização macroeconômica para a redistribuição de renda sob a forma de assistência aos pobres<sup>1</sup>” (OATES, 1999, p. 3, tradução minha). Oates (1999) afirma ainda que a obrigatoriedade das ações e dos serviços públicos deve ser gerida pelo nível de governo que mais proximamente represente a população beneficiada. Essa provisão, que Oates (1999) conceitua como descentralizada, eleva o bem-estar da sociedade e amplia a diversidade de ações e de serviços ofertados em contrapartida às distinções de prioridades da sociedade e de seus custos na localidade.

A partir da descentralização, cabe aos entes municipais assumirem os serviços de pequeno porte especializados, no entanto, eles poderão causar um déficit no seu orçamento financeiro, pois nem todos os municípios possuem quantidade habitacional satisfatória que explique a concessão de diversas categorias de especialidades que um sistema ambulatorial e hospitalar proporcionará em seu nível de atendimento integral. Verifico que a solução para esse problema seria a sistematização dos órgãos de saúde funcional para que não se restrinjam somente aos municípios. Além disso, ela possibilita a incorporação dos sistemas municipais compatíveis às necessidades dos pacientes de cada município. Essa sugestão de regionalização assistencial na saúde tende a levar à implantação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) no Brasil com o intuito de fomentar os sistemas regionais de saúde.

Ao se tratar do estado do Tocantins, percebo que o desenvolvimento do projeto de implantação do CIS se multiplica a cada dia

com resultados satisfatórios. O Tocantins encontra-se hoje com 139 municípios, distribuídos em oito regiões (Augustinópolis, Guaraí, Paraíso, Porto Nacional, Dianópolis, Araguaína, Palmas e Gurupí) que reproduzem o sentido do CIS dentro do Estado. Essas regiões atendem 1.383.445 habitantes (TOCANTINS, 2013). Embora o Estado do Tocantins ainda não possua CIS legalmente constituído, como ocorre em outros estados brasileiros, vem promovendo o desenvolvimento e depreendendo esforços para sua implantação.

Diante disso, neste trabalho, pretendo analisar o processo de implantação dos CIS no estado do Tocantins a partir da Reforma do Estado nos anos 90. Para tanto, busco, por meio de estudo documental, proceder a uma análise dos documentos, disponibilizados pela Secretaria do Estado de Saúde do Tocantins (Sesau -TO), a fim de refletir sobre a implantação dos consórcios. Na primeira parte do texto, destaco os fundamentos teóricos, tratando da reforma do Estado nos anos 90, do SUS e dos CIS no Brasil. Na sequência, apresento a seção metodológica, na qual discorro sobre a pesquisa e os objetos analisados. Depois, passo para a análise dos dados e discussão dos resultados.

## FUNDAMENTOS TEÓRICOS

### REFORMA DO ESTADO DOS ANOS 90

A reforma do Estado, na década de 90, reflete a sua reestruturação por meio da política. Até meados do século XX, o Estado foi a razão do avanço social, econômico e financeiro, porém, a partir da década de 70, frente ao crescimento deturpado em consonância com o processo de globalização, ele entra em crise e torna-se o principal motivo de repressão das taxas de crescimento econômico bem como o aumento desenfreado do desemprego aliado à elevação da inflação que apregoava naquela década (BRESSER-PEREIRA, 1998). Conforme Abrucio (1997), ainda na década de 70, com as dificuldades que as companhias petrolíferas passavam, pôs-se o fim ao que Abrucio (1997) denominou de “era dourada”, assim, o avanço social, econômico e financeiro ocorrido, após a Segunda Guerra Mundial, citado por Bresser-Pereira (1998), teve seu declínio. Conforme Ferrarezi (1997), a crise do

Estado, estimulada pelas dificuldades econômicas, e as mudanças ocorridas mundialmente afetaram com vigor os julgamentos e os conceitos da administração pública.

Dessa forma, Ferrarezi (1997) e Bresser-Pereira (1998) enfatizam a necessidade de reorganização nos gastos e, conseqüentemente, na elevação da eficiência no governo. De acordo com Abrucio (1997), nesse período de declínio do crescimento na década de 70, o Estado era composto por três dimensões: (a) econômica, (b) social e (c) administrativa. A primeira dimensão, a do keynesianismo, é uma teoria econômica, idealizada pelo inglês Jhon Maynard Keines, no início do século XX, e caracterizada como controle que expressa o caráter das atuações do Estado, com finalidades caracterizadas de intervenção do Estado na economia, principalmente nas áreas de incapacitação das empresas privadas.

O keynesianismo era a favor das ações políticas face à proteção econômica do Estado, com desafeto ao liberalismo econômico. Sua característica principal é instigar a economia em períodos de crises e de recessão, trabalhando com o cumprimento de políticas públicas que reduzam o crescimento desenfreado da inflação. A dimensão social, *Welfare State* (Estado do Bem-Estar), caracteriza-se por manifestação social trajada pelo assistencialismo para a garantia dos padrões mínimos de seguridade social como, por exemplo, a saúde, a educação e a moradia, com o intuito de oferecer plena garantia de suprimento das necessidades básicas da sociedade.

Após o declínio proeminente da década de 70, o Estado precisava de adequações às modificações externas, com a passagem do modelo weberiano para o modelo gerencial na administração pública (ABRUCIO 1997). Nessa época, surgem as reformas administrativas nos Estados Unidos e na Europa, com a flexibilização da ostentação burocrática e a redução dos seus gastos. Há a implantação do modelo gerencial de produção das empresas privadas dentro do setor público. Para Bresser-Pereira (1998), a reforma do Estado dos anos 90 foi afetada por problemas que, apesar de correlacionados, podiam ser distinguidos:

- (a) Problema econômico-político – a delimitação do Estado (b) um outro também econômico-político, mas que merece tratamento especial – a redefinição do papel

regulador do Estado (c) um econômico-administrativo – a recuperação da governança ou capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas tomadas pelo governo e (d) um político – o aumento da governabilidade ou capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade e governar (BRESSER-PEREIRA, 1998, p. 1).

Para o esclarecimento desses problemas citados por Bresser-Pereira (1998), na delimitação do Estado, no qual está inserido o problema político, constato a abrangência de terceirização dos serviços públicos e a privatização das estatais. Vejo também que a sistemática, que constitui as formas de desempenho do Estado, tem papel essencial para o domínio econômico do país. O mesmo autor também aborda que a “questão da desregulação diz respeito ao maior ou menor grau de intervenção do Estado no funcionamento do mercado” (BRESSER-PEREIRA, 1998, p. 2).

Ainda, dentre as denotações desses problemas apontados por Bresser-Pereira (1998), corroboro dizendo que a governabilidade, o avanço da competência política faz que estratégias de aspectos financeiros resistam a crise fiscal e ao reestabelecimento das formas de influência no plano econômico. Por estratégias de aspectos administrativos, constata-se que há um novo formato de administrar o Estado (desregulação) que requer, assim, a inclusão da legitimidade do Estado perante a sociedade, bem como a adequação política, para o aumento da governabilidade e das intermediações dos seus interesses. Diante do exposto por Bresser-Pereira (1998), sobre os problemas causados com a reforma do Estado da década de 90, suponho que, frente aos desencontros sociais, bem como a desigualdade de renda estabelecida no país, principalmente com a crise econômica dos anos 80 e o atraso no crescimento econômico de países em desenvolvimento, com o processo de globalização, houve a elevação do processo de internacionalização de empresas e redução da capacidade do Estado Nacional.

Com esse distúrbio, chamado crise econômica mundial, acarretou também problemas de cunho social, como a disparidade de renda agregada da violência e de seus precedentes, mas, por outro lado, foi um passo para a interação da sociedade no que tange aos pro-

blemas “sociais/coletivos”, bem como ao fortalecimento do Estado que viria na próxima década. Uma forte ação de pensamento, desenvolvida por Ferrarezi (1997), também expõe os problemas causados por essas inconsistências de poder do Estado:

Se pensarmos na dimensão dos problemas sociais brasileiros - desigualdade de renda, pobreza, diversas formas de exclusão social, fome, analfabetismo e baixa qualificação profissional, feminização da pobreza, crianças em situação de risco, habitação, etc. - nas demandas crescentes e complexas (como o reconhecimento e defesa de direitos difusos, ética na política, meio ambiente, etc.) e a heterogeneidade sócio-econômica-cultural e regional, não é possível imaginar que a questão social será resolvida unicamente pela ação do poder público estatal (FERRAREZI, 1997, p. 5).

Sobre os acontecimentos, as revoluções, os distúrbios na economia e na redução do poder de renda da sociedade, bem como a inferiorização requerida à população mais necessitada, a autora destaca que a função de reorganização social não seja resolvida somente pelo poder público. Não é papel do Estado se esforçar para absorver as indiferenças sociais, de acordo com a autora, uma vez que os limites financeiros e de Bem-Estar Social ficariam escassos, mesmo porque esses ainda não se solidificaram como competentes para as demandas implicadas por parte da nova democracia emanada da sociedade civil que, por sua vez, tende a ser mais decidida e mais complexa.

Neste trabalho, pretendo analisar o processo de implantação dos CIS no estado do Tocantins a partir da Reforma do Estado nos anos 90. O relato exposto até aqui é pressuposto básico para destacar de que forma esse processo evoluiu no estado do Tocantins. A desregulação do Estado, ocasionada nessa época, indica a atenção para os serviços de saúde, no decorrer da década de 90. O SUS admite inovações que acompanharam a descentralização do Estado. Diante das amplas inovações, a saúde também permitiu a concepção de “modelo de aliança intermunicipal”, por mim conceituado neste estudo, e também chamado de consórcios intermunicipais,

para o provimento de incentivos para o posto de especialistas, contratação do pessoal para aprimorar o desempenho e diminuir os custos dos entes públicos municipais consorciados entre si.

## **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – ANOS 90**

O SUS apresentou, no final da década de 80, modificações determinantes e de caráter institucional. A previsão expressa no artigo 194 inciso VII da Constituição Federal (CF) que trata sobre o atendimento do caráter democrático com a participação quadripartite e a descentralização dos serviços administrativos e a participação da sociedade, antes rejeitados pelo padrão corporativo, expandiu-se no direcionamento da sua finalidade redistributiva ser desenvolvida com intuito de atender as diferenças que antes havia nos bens e nos serviços públicos (RIBEIRO & COSTA, 1997). Dessa forma,

A criação do SUS foi sem dúvida a política social mais importante e inovadora adotada pelo Estado brasileiro desde a transição democrática ocorrida em 1985. Entretanto a implementação do programa realizou-se de forma parcial. Tanto assim que em 1993 o Ministério da Saúde publicou um relatório com o título significativo, “Descentralização dos serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”. Este documento estabeleceu as bases para a descentralização dos serviços de saúde, definindo três situações transicionais de descentralização: “transicional incipiente, transicional parcial e transicional semi-plena” (BRESSER-PEREIRA, 1998, p. 2).

É visível que, a partir da década de 90, a evolução dos serviços prestados pelo SUS foi um desígnio político proporcionado no sentido de equilibrar as desigualdades existentes nas três federações (municipal; estadual e federal). De fato, Ribeiro e Costa (1997) afirmam que os modelos de cessão de recursos destinados aos ambulatórios e aos hospitais no SUS, para os entes federais, estaduais e municipais no decorrer dessa década, ambulatoriais e hospitalares no SUS, da União para Estados e municípios, ao longo da década de 90, retribuem à atuação de políticas públicas junto às agências governamentais e ao Congresso Nacional, com o objetivo de captação de solução para a competição do orçamento.

Com a implantação do SUS nos anos 90 tornam-se mais nítidos os rumos da política, refletindo mais adequadamente equilíbrios entre formuladores e técnicos da administração pública e atores relevantes como os secretários de Saúde nos estados e municípios e, com isso, ganha mais consistência a orientação redistributiva do sistema (RIBEIRO & COSTA, 2000, p.16).

Ribeiro e Costa (1997) destacam que o desempenho de governabilidade funcional, com o aproveitamento das ciências no ciclo de todas as cadeias produtivas que garantam a sustentabilidade da sociedade, bem como dos organismos organizados que operam como interesses regulatórios, tende a beneficiar discernimentos técnicos e universalistas na distribuição de recursos públicos, beneficiando políticas mais justas:

o SUS tornou-se, assim, o sistema integrado de assistência à saúde garantida pelo Estado brasileiro. A responsabilidade pela administração do SUS foi atribuída ao Ministério da Saúde, mas as secretarias de saúde a nível estadual e municipal, e os centros de pesquisa sobre saúde também são parte integrante do sistema. O sistema de financiamento não foi definido, embora ficasse clara a responsabilidade dos três níveis de Estado, com ênfase na União (BRESSER-PEREIRA, 1998, p. 1).

Bresser-Pereira (1998) enfatiza que, durante os anos 90, os efeitos combinados entre essas duas influências fortaleceram as atividades redistributivas do SUS, norteando, com mais garantia, os recursos direcionados para as localidades menos populosas e com poder aquisitivo menor. Ribeiro e Costa (1997), assim como Bresser-Pereira (1998), enfatizam que a intenção de aumento da oferta e da redução das diferenças entre as grandes regiões pode ser notada ao distribuir os recursos hospitalares, desde o começo dos anos 80. Com o advento do SUS, nos anos 90, o direcionamento das políticas torna-se mais claros, com raciocínio com maior sensatez entre os técnicos e os anunciantes da administração pública e os servidores da área de saúde tanto municipais como estaduais que, por sua vez, adquirem estabilidade na orientação de redistribuição do SUS.

Mesmo com essa estabilidade de equilíbrio é fato que os grandes centros ainda continuam com a maior concentração, devido à forma de financiamento que é acompanhada pela oferta dos serviços e pelas necessidades de cada localidade. Dentro desse processo, há um favorecimento dos municípios maiores, fazendo que as desigualdades não sejam exterminadas por completo. Verifica-se que, a partir das decisões tomadas pela Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), poderão ser emitidas falhas nos processos de decisão estadual, embora a Norma Operacional Básica (NOB), n.º 93, recomende um acordo entre as duas. Sendo assim,

a progressiva interferência de organizações pico (como o CONASEMS e o CONASS) em arranjos decisórios multipartites (como a Comissão Intergestores Tripartite, que envolve o Ministério da Saúde) tem influenciado na redução das disparidades entre as regiões. O efeito deste processo fortalece os municípios em termos de autonomia, facilitando as condições de parceria (RIBEIRO & COSTA, 2000, p. 16).

Ainda conforme artigo 1º, parágrafo 4º da Lei 8142/90, “a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos”. Os entes municipais só podem constituir consórcios para os serviços de saúde por meio de remanejamento de parcelas de recursos apregoados no artigo 2º inciso IV da Lei 8142/90. Para que entes Municipais, Estaduais e a União recebam os recursos tratados no artigo 3º da referida lei, que se destinam à investimentos e assistência ambulatorial para as ações de saúde, é necessário expor os seguintes itens:

I - Fundo de Saúde; II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990; III - plano de saúde; IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Com isso, os favorecimentos dos municípios com maior concentração e a falta de equilíbrio do Estado ocasionam a migração da população para outros municípios, tendo em vista a escassez dos serviços especializados. O processo descrito colabora para o surgimento dos consórcios intermunicipais, conforme destaque na seção seguinte.

## **CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE (CIS) NO BRASIL**

Os consórcios intermunicipais são organizações que agrupam vários municípios com o objetivo de realizar conjuntamente a prestação de serviços à sociedade que, se feitos individualmente, poderiam não obter resultados esperados. Os consórcios intermunicipais no Brasil começam a surgir a partir dos anos 80. De acordo com Teixeira (2007), foi uma forma de vencer as dificuldades e reestabelecer as escalas produtivas e financeiras. Com essa atitude, no entendimento da autora, os consórcios seriam considerados, a partir de então, como subprodutos do processo de municipalização da saúde no país. Embora seu surgimento remonte os anos 80, o marco regulatório ocorreu com a Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que legalizaram as ações de serviço e de saúde. As referidas leis serão executadas isoladas ou em conjuntos, permanentemente ou eventualmente por pessoas jurídicas do direito privado ou público. Descreve o artigo n.º 10, parágrafo primeiro, da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990:

Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam. Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

Continuando, no parágrafo segundo, da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, o SUS terá autoridade de sistematizar as técnicas direcionadas para cobrir as ações de saúde, vinculando os recursos dos municípios e dos distritos com a finalidade de agrupar as várias especialidades de saúde como forma de redução de custos e melhoria no atendimento à sociedade. Logo,

Para cumprir com as responsabilidades atribuídas aos municípios pela Constituição Federal de 1988 e pela legislação infraconstitucional no tocante à execução de ações e serviços de saúde, várias municipalidades, a partir da década de 80, resolveram se unir para formar Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS). No final da década de 90, mais de dois mil municípios já se encontravam consorciados e atendiam a cerca de 20% da população brasileira (TEIXEIRA, 2007, p. 18).

Neves e Ribeiro (2006, p. 3) destacam também que “[...] as diferenças quanto à figura dos convênios, afirmando que nestes podem associar-se pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado uns com os outros, conforme o interesse de cada um”. Para Rocha e Faria (2004, p. 13) poderá haver uma cooperação, “uma maneira de se reunir esforços para suprir a carência individual dos municípios em recursos financeiros, tecnológicos e humanos necessários à execução das atribuições que lhes competem”. Corroborando com Rocha e Faria (2004), Abrucio e Franzese (2015, p. 14) afirmam que “a coordenação regional intra-estadual tem ficado, muitas vezes, por conta dos próprios municípios, que se articulam em torno de uma questão por meio da formação de consórcios intermunicipais”. Argumentam ainda que

Os consórcios formalizam a cooperação intermunicipal com o objetivo de reunir esforços em torno de um problema cuja solução extrapola os limites de um município e atinge a dimensão microrregional ou regional. O resultado dessa cooperação pode ser a realização de obras, serviços ou até mesmo planejamento conjuntos (ABRUCIO & FRANZESE, 2015, p.15).

Afirma Ribeiro e Costa (2000) que o estímulo para a criação dos consórcios intermunicipais e distritais é em decorrência da quantidade insuficiente de especialista bem como a falta de tecnologia. Com o desenvolvimento dos consórcios, haverá favorecimento dos recursos destinados pelo SUS, bem como a criação de organizações “semipúblicas” influentes no processo de gestão política de saúde. Para Neves e Ribeiro (2006), a criação de organizações:

Favorecem a construção de sistemas regionais pactuados, respeitando o fluxo

natural da demanda existente, facilitando o acesso e buscando conferir maior eficiência no uso dos serviços. Ademais, as coalizões feitas em torno dos consórcios, de uma maneira geral, têm aumentado a cooperação entre os participantes, mesmo de diferentes partidos políticos (NEVES & RIBEIRO, 2006, p. 2).

Os consórcios beneficiam estratégias de descentralização na orientação das finalidades do SUS com o objetivo de regionalização das ofertas dos serviços. Essas novidades, proporcionadas pelo poder público, são consideradas ações que originam recursos organizacionais diferentes do padrão da gestão pública (NEVES & RIBEIRO, 2006).

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Este estudo, caracterizado como uma pesquisa documental, busca analisar o processo de implantação dos CIS no estado do Tocantins a partir da Reforma do Estado nos anos 90. Para isso, realizei consulta no site da Sesau-TO ([saude.to.gov.br](http://saude.to.gov.br)) que possibilitou seleção de documentos oficiais norteadores do processo de planejamento e direcionamento dos recursos financeiros relativos à saúde. Dessa forma, este estudo apresenta como objetos de análise:

- Descentralização da saúde no Estado do Tocantins: um recorte histórico (TOCANTINS, 2015): trata-se de um referencial que aborda aspectos relacionados ao SUS e à descentralização no Brasil e no Estado do Tocantins.
- Regionalização Solidária e Cooperativa Comissões Intergestores Regional do Tocantins: uma construção histórica (TOCANTINS, 2013): aborda o processo de constituição e de funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional do Tocantins (CGR) e as Comissões Intergestores Regional (CIR).
- Relatório Consolidado do Resultado Execução Orçamentária e Financeira: trata-se de relatórios, referentes aos anos de 2012 a 2015, totalizando 14 relatórios.

Neles são encontrados resultados sobre os orçamentos que a Secretaria de Saúde de Estado repassa para as regiões de saúde do Estado.

- Planejamento para Gestão do SUS: trata-se de um dos campos abordados no site da Secretaria de Saúde (<http://saude.to.gov.br/planejamento>), no qual são destacados as Normas Operacionais Básicas (NOB) e o decreto federal n.º 7.508/11.
- Governança regional no Sistema Único de Saúde (SUS): diagnóstico e propostas de melhoria: trata-se da realização de diagnóstico do processo de regionalização no SUS sob a perspectiva da governança regional.

Na leitura desses documentos, busquei indícios que me possibilitassem tratar do processo de implantação dos CIS. Optei por organizar os dados por meio das noções de descentralização, de regionalização e de municipalização, tendo em vista a recorrência de características no âmbito desses elementos presentes nos documentos.

## **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**

### **CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: PROJETO DE IMPLANTAÇÃO NO ESTADO DO TOCANTINS**

Abordei, na seção anterior, que o sistema de consórcio intermunicipal de saúde no Brasil remonta os anos 80, momento em que o SUS teria o domínio de coordenar e de operacionalizar as técnicas vinculadas à saúde, com o objetivo de unir vários municípios para elencar as várias especialidades em apenas um centro, defino esse centro como “consórcio intermunicipal de saúde”. Sendo assim, de acordo com o Artigo n.º 198 da Constituição Federal (CF), “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes”. O referido artigo ainda menciona sobre a descentralização que trata sobre a direção única para cada esfera governamental; atendi-

mento integral, que prioriza as atividades preventivas, sem prejudicar o assistencialismo e a participação da comunidade.

O princípio da integralidade, abordado na Constituição Federal (CF) e na Lei Orgânica de Saúde n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990, conceitua-se como um marco de solidificação da democracia no Brasil. Com isso, o SUS universalizou a saúde com a diversificação dos serviços prestados à sociedade, integrando vários serviços de saúde até então considerados como desvinculados da noção de saúde. Um exemplo para esse feito foi a inserção do atendimento psicológico e dos atendimentos para pacientes da medicina complementar e tradicional. Conforme Art. 7º da Lei Orgânica de Saúde 8.080/90: “as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas na Constituição Federal (CF) artigo n.º 198”. O Art.7º observa ainda os seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecno-

lógicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL. Lei Orgânica de Saúde 8.080/90 Art. 7º).

O projeto de implantação dos CIS no Tocantins ainda está em processo, por isso, passo a descrever, na sequência, os procedimentos por meio dos quais os entes estaduais e municipais vêm atuando no sentido de efetivar o projeto do CIS. Para atender o princípio da integralidade, o estado do Tocantins está desenvolvendo o projeto de implantação do CIS em unidades de saúde em todo o estado, para que isso ocorra, algumas estratégias estão sendo implantadas com o apoio da secretaria de saúde estadual.

A descentralização, no estado do Tocantins, ainda é muito lenta e desafiadora. A partir da década de 90, com a forte aceitação dos municípios perante a descentralização da gestão de saúde básica com as Normas Operacionais Básicas (NOBs), houve talvez uma determinação do financiamento das políticas públicas mais do que por consentimento de compromisso. Conforme Tocantins (2015), o estado possui a maior cobertura de Atenção Básica do Brasil, considerando os números de internações de 34% no ano de 2013, com uma pequena cobertura de homogeneidade das vacinas de usuais, além de continuar endêmico para as doenças transmissíveis como dengue, leishmaniose visceral e hanseníase. No entanto, o Tocantins ainda tem uma série de defeitos na operacionalização dos serviços e continua a dependência histórica dos gestores municipais em relação ao Estado na média e alta complexidade hospitalar, pois ainda executa 85% desses procedimentos (TOCANTINS, 2015).

Pela NOB 96, no tratamento da descentralização no Tocantins, apenas oito municípios concordaram com a habilitação da Gestão Plena do Sistema Municipal; na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01), somente a cidade de Palmas, capital do Estado, o último ente da federação que se habilitou a partir de 2004. Embora ainda não



existam “compromissos” firmados com CIS, em 2006, o Estado do Tocantins é o primeiro do país a concordar com a compensação no Pacto de Saúde. Na sequência, nos anos seguintes,

84 dos 139 municípios, mais de 60%, já tinham atenção básica, mas pelo decreto n.º 7.508/11, apenas 03 municípios, conforme demonstrado na tabela 1.

**TABELA 1 - SITUAÇÃO GERAL DA MUNICIPALIZAÇÃO DE AÇÕES E DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO TOCANTINS**

MODALIDADE DE DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO (MUNICIPALIZAÇÃO) - TOTAL DE MUNICÍPIO					
1997 A 2005				2006 AOS DIAS ATUAIS	
NOB		NOAS		ADESÃO AO PACTO PELA SAÚDE	DESCENTRALIZAÇÃO PELO DECRETO 7.508/11
GPSM	GPAS	GPAB-A	GPSM		
8	131	1	0	84	3
139		1		84	3

Nota. Fonte: Tocantins, 2015, p. 30.

Conforme tabela 1, os 139 municípios do Tocantins foram descentralizados nas ações de Atenção Básica, no período de 1997 a 2005; 8 municípios foram descentralizados na Média Complexidade pela NOB, são eles: Almas; Formoso do Araguaia; Gurupi; Itacajá; Nazaré; Palmas; Palmeirópolis e Paranã, passando a ser gestores das unidades, sendo que o município de Almas perdeu a habilitação, ficando o Estado com apenas 7 municípios. Por último, 87 municípios requereram a descentralização de serviços de saúde enquanto modalidade de gestão e gerência dos serviços seja pelo Pacto pela Saúde ou pelo decreto n.º 7.508/11, que envolvem a atenção básica nos serviços de média complexidade. relação à regionalização, o Tocantins possui oito regiões de saúde com adequações diversificadas de serviços correlacionados entre as regiões, nas quais são concentrados os municípios que possuem maior oferta de serviços de média e alta complexidade. Conforme Tocantins (2015, p. 31), destacam-se as oportunidades para a consolidação da regionalização no estado:

- 1) Muitos municípios com poucos habitantes – 113 municípios com menos de 10mil hab;
- 2) Grande extensão territorial e baixa densidade demográfica (4,98 hab. por Km<sup>2</sup>), dificultando o acesso e a viabilidade de economia de escala;
- 3) 92% de usuários diretos do SUS na atenção;
- 4) Alto custo para implantação e manutenção de ações e serviços de saúde e de recursos humanos (o Estado é o 2º da federação com 22% de Receita Própria em Saúde);
- 5) Poucas estruturas de unidades e serviços herdadas da União por

- 6) Ausência de pontos de atenção para a consolidação da Rede de Atenção a Saúde (RAS);
- 7) Fragilidade nos sistemas de apoio e logístico da RAS (TOCANTINS, 2015, p. 31).

A partir desses desafios, a descentralização e a regionalização no Tocantins, estão ligadas à consolidação da gestão na esfera do SUS, com a finalidade de garantir a implementação dos recursos inerentes à saúde. O desempenho dos gestores de saúde no Tocantins é distinto dos outros Estados, pois possui fortes características que executam os serviços de saúde de baixa e média complexidade hospitalar, quando confrontada com o que apregoa o artigo n.º 17, inciso IX, da Lei n.º 8.080/90, cuja atribuição é mencionar os estabelecimentos hospitalares de referência e gerenciar o sistema público de alta complexidade estadual.

Por consequência da restrição da oferta de serviços de saúde no Tocantins, há também uma baixa adesão dos municípios à descentralização e à integralidade da atenção à saúde, fixada principalmente pelo financiamento dos serviços potenciais pelo fato de que o Estado integra a Amazônia Legal e enfrenta grandes desafios que prejudicam os custos com a saúde hospitalar como, por exemplo, o difícil acesso às regiões de saúde que podem ter distância de mais de 200 km; outro ponto observado é a pequena densidade populacional e, também, o alto custo para interiorização e estabilidade desses profissionais especializados no local (TOCANTINS, 2015). Mesmo com a atual realidade observada, o estado do Tocantins contribui com os municípios ao se responsabilizar com a gestão dos serviços de

baixa complexidade hospitalar, que são prestados pelos municípios, bem como com o empréstimo de pessoal para suprir a atenção básica.

Segundo Tocantins (2015), em 2014, a Sesau-TO apresentava as seguintes ofertas de assistência hospitalar no Estado: a) Gestão de 62,77% dos leitos no Estado; b) Execução de 85% das internações no Estado; c) Execução de 59,58% de recursos próprios para pagamento de pessoal, deste percentual, 81,59%

são destinados ao atendimento especializado; d) Execução de 88,18% do total do orçamento na subfunção da assistência hospitalar; e) O Estado designa 61,10% dos seus recursos para a assistência hospitalar referente ao programa de ações da programação anual de saúde (TOCANTINS, 2015). Analisando essa realidade, a representação da gestão das unidades de serviços de saúde no Estado, antagônico ao que determina o Pacto Federativo e as responsabilidades das funções de gestão de saúde são as seguintes:

**QUADRO 1 - RESPONSABILIDADES E SERVIÇOS DA MUNICIPALIZAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS NO ESTADO DO TOCANTINS**

<b>O CENÁRIO PRECONIZADO</b>	
Esfera Federal Gestor: Ministério da Saúde	Ministério da Saúde: formulador de políticas nacionais de saúde, planejamento, normalização, controle, regulação, avaliação e fiscalização do SUS em nível nacional, participação no co-financiamento das ações e serviços de saúde por meio da aplicação/distribuição de recursos públicos arrecadados e cooperação técnica.
Esfera Estadual Gestor: Secretaria Estadual da Saúde	Secretaria de Estado da Saúde: promotor de políticas, regulação, auditoria, avaliação e controle, vigilância em saúde, gerir atenção de alta complexidade, cooperação técnica, coordenador a rede de laboratório de saúde pública, hemocentro e participação no co-financiamento das ações e serviços.
Esfera Municipal Gestor: Secretaria Municipal de Saúde	Secretarias Municipais de Saúde: executor das ações de atenção básica, média complexidade e de vigilância em saúde.
<b>O CENÁRIO OPERACIONALIZADO</b>	
Esfera Federal Gestor: Ministério da Saúde	Ministério da Saúde: vigilância de portos e aeroportos; saúde indígena; núcleo do ministério da saúde.
Esfera Estadual Gestor: Secretaria Estadual da Saúde	Secretaria de Estado da Saúde: hospitais de pequeno porte, regionais de média e alta complexidade; hemocentro – atenção hemoterápica e hematológica; centro de reabilitação de alta complexidade; escola de saúde no Tocantins; assistência farmacêutica; complexo regulador.
Esfera Municipal Gestor: Secretaria Municipal de Saúde	Secretarias Municipais de Saúde: unidades básicas de saúde, pronto atendimento; núcleo de apoio a saúde familiar; centro de saúde, de atenção psicossocial, de especialidades odontológicas, de comitê de zoonoses; academias de saúde; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; hospitais municipais e de pequeno porte.

Nota. Fonte: Adaptado de Tocantins (2015).

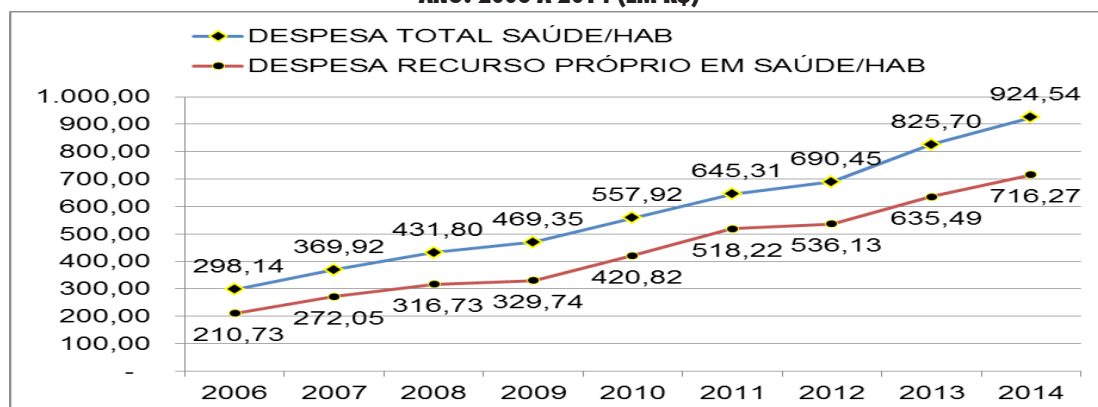
Sobre o efeito desse panorama, ocorre, atualmente, um estrangulamento no orçamento da Sesau-TO para sustentar a manutenção e a oferta de serviços de saúde hospitalar das unidades sob sua gestão. Se compararmos a aplicação de recursos entre a União e o Estado com a manutenção dessas unidades, entre 2006 a 2014, o valor médio do procedimento do SUS equivale a R\$208,92, dos quais, segundo Tocantins (2015, p. 34):

78% em média são financiados com Recursos Próprios do Tesouro Estadual; 22% com Recursos da União. Comparando-se no mesmo período, a execução total no nível da Média e Alta Complexidade, identificou-se que o Estado aplicou uma média de 363% em relação ao total aplicado pela União (TOCANTINS, 2015, p. 34).

Conforme o Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), entre 2006 a 2014, sob a comparativa de despesas totais e despesas de recursos próprios, percebe-se que a participação do Tocantins no

financiamento da saúde evoluiu desde 2006, considerando que 75% do total das despesas com saúde (anual) são recursos advindos do Tesouro Estadual, conforme figura 1.

**FIGURA 1. COMPARATIVO ENTRE DESPESA TOTAL E DESPESA RECURSO PRÓPRIO EM SAÚDE/HAB./ANO, TOCANTINS, ANO: 2006 A 2014 (EM R\$)**



Nota. Fonte: SIOPS – Tocantins (2015).

No ano de 2014, o Tocantins investiu 21,47% das receitas próprias em serviços públicos de saúde, sendo que desses, 61,10% foram destinados à média e à alta complexidade hospitalar do Estado. Sendo assim, o que se percebe é que seria inviável o aumento de novas despesas, mesmo porque não há novas fontes de receitas, o que provocaria uma irresponsabilidade fiscal. O Estado se propõe a cobrir todos os custos com a estrutura e implantação do CIS no Tocantins, ficando para os entes municipais a manutenção e o pagamento dos recursos com pessoal e especialidades. Abordarei esse tópico, na sequência, ao tratar da regionalização do Tocantins.

### Regionalização do Tocantins - Comissões Intergestores Regional

A partir da Portaria n.º 399 de 22 de fevereiro de 2006, fundamentou-se o Pacto pela Saúde, mantendo o fortalecimento das diretrizes de regionalização bem como a cooperação entre as três esferas governamentais, organizadas por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e executado pelas regiões de saúde. Dessa forma, os Colegiados de Gestão Regional (CGR) se estabelecem como gogestores regionais.

No Tocantins, a constituição dos CGR, teve início em 2007, realizaram-se oito oficinas regionalizadas, com a presença das secretárias municipais de saúde dos 139 muni-

cípios do Estado e outros órgãos Estaduais e Municipais. A pauta dessas oficinas enfatiza três produtos: 1) Definição das Regiões de Saúde a luz do Pacto e a conformidade de um novo desenho da Regionalização da Saúde do Estado com 15 Regiões de Saúde e 02 Macro Regiões Norte e Centro-Sul, em substituição ao antigo desenho NOAS de 20 Sede de Módulo, 06 micro regiões e 02 Macro Regionais uma Macro Norte e outra Centro-Sul; 2) Criação de 15 Colegiados de Gestão Regionais CGR's; 3) Elaboração dos Planos Regionais de Saúde e Planos Diretor de Investimento (TOCANTINS, 2015).

A 1ª Reunião de CGR no Estado do Tocantins ocorreu no município de Pedro Afonso, no dia 31/08/2007, e teve como pauta prioritária a organização do Plano Regional de Saúde e do Plano Operativo da antiga região de Pedro Afonso, atual Região de Saúde Cultura do Cerrado; esse feito foi considerado um marco histórico para o Tocantins (TOCANTINS 2013). No final do ano de 2007, entre os meses de outubro a dezembro, ocorreram todas as reuniões em todos os CGR, com exceção do município de Porto Nacional; foram implantadas as Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite por meio da portaria n.º 3.264 de 27 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007a).

Em 2008, foi implantada a Gerência Técnica de Regionalização (GTR), cujo obje-

tivo era efetuar o acompanhamento do processo de implementação e articulação dos CGR com o apoio do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Tocantins (COSEMS – TO). Com a regulamentação da portaria n.º 2.691 de 19 de outubro de 2007 (BRASIL, 2007b), que estabelece as condições de transferência de recursos financeiros federais ao incentivo para apoiar as ações de Regionalização no SUS, o Estado do Tocantins, em 2008, passa a receber incentivo de R\$20.000,00 por CGR com o objetivo de custeamento das ações desenvolvida para a saúde no Estado (TOCANTINS 2013).

Com esse apoio financeiro, houve um aumento significativo nas reuniões ordinárias dos CGR, intensificando o processo de adesão ao Pacto pela Saúde. O processo de intensa atividade vem fortalecer e qualificar ainda mais as decisões compactuadas, viabilizando a participação do COSEMS nos assuntos inerentes ao fortalecimento da regionalização.

A responsabilidade do processo de articulação do funcionamento dos atuais Conselhos de Intergestores Regionais do Tocantins (CIR-TO) é da coordenação de regionalização da Sesau-TO. Assim, os CGR e os CIR são compostos por todos os secretários municipais de saúde de cada região. As decisões são aprovadas em reuniões por consenso da Comissão Intergestora Bipartite do Estado do Tocantins (CIB-TO). A portaria n.º 206 de 01 de junho de 2009 constitui representantes da COSEMS denominados como apoiadores estaduais. Por meio da portaria 224 de 23 de março de 2012 (TOCANTINS, 2012b), ficou estabelecida a participação da Sesau nas CIR a partir de então com a presença de todos os diretores gerais e diretores de hospitais de referência do Estado, sendo assim, pactuava-se um novo corpo diretivo para as discussões inerentes à representação estaduais de cada região. As reuniões e discussões nas CIR aconteciam em conjunto com a CIB-TO, a cada dois meses, em diferentes municípios.

Essa rotatividade consensual entre gestores municipais e estaduais, que ocorre desde 2007, tem a finalidade de fortalecer as bases municipais no sentido de promover a integração dos gestores nas reuniões. Isso faz que os gestores públicos e secretários de saúde se sintam honrados em ter o seu município como palco de discussões em prol da saúde da população, é forma de revigorar o seu status pe-

rante a sociedade. O artigo 1º da Resolução n.º 161 de 29 de agosto de 2012 (TOCANTINS, 2012a) aprova a confirmação das oito unidades de saúde compostas pelos seus respectivos municípios, contidas no Plano Diretor de Regionalização do Tocantins. Ainda conforme parágrafo único do referido artigo:

I. Atenção Primária: 80% de cobertura Estratégia Saúde da Família (ESF) E SUFICIÊNCIA DA Atenção Básica na região; II. Urgência e Emergência: 01 Pronto Socorro funcionando 24 h todos os dias da semana com cirurgião geral e atendimento obstétrico de risco habitual (cesárea) na região; III. Atenção Psicossocial: possuir pelo menos um Centro de Atenção Psicossocial na região; IV. Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar: atendimento ambulatorial em clínica médica e cirurgia geral e hospitalar nas clínicas médicas, cirúrgicas e obstétricas; V. Vigilância em Saúde: equipe de vigilância constituída legalmente no município.

Na sequência, descrevo o que defino como principal substituto da não implantação do CIS no Estado do Tocantins que são as unidades de saúde do estado e suas principais demandas, elencadas a seguir: Região de Saúde de Augustinópolis; Região de Saúde de Araguaina; Região de Saúde de Guaraí; Região de Saúde de Paraíso; Região de Saúde de Palmas; Região de Saúde de Porto Nacional; Região de Saúde de Gurupi; Região de Saúde de Dianópolis. Em relação às oito unidades de saúde do Tocantins, elenco a partir das discussões e dos questionamentos de gestores de saúde, as dificuldades inferidas nas reuniões dos CGR e CIR, na confecção e na operacionalização dos instrumentos de gestão que tiveram algumas propostas de soluções discriminadas a seguir:

Oficinas para construção do Relatório Anual de Gestão e para elaboração do Plano Municipal de Saúde; Fórum para gestores municipais sobre Criação e operacionalização contábil e legal do Fundo Municipal de Saúde com o CNPJ próprio com presença de técnico do MS; Articulação da GT do CGR/CIR com a área técnica para garantia de atendimento no Almoxarifado Central, no período matutino. A solicitação veio

do CGR Bico do Papagaio, que devido à distancia dos municípios da região para a capital, se diziam prejudicados com o fato do Almoarifado só atendê-los no período vespertino, dificultando o retorno deles aos municípios de origem; Discussão sobre Educação Profissional e Divulgação das atividades da ETSUS; Esclarecimento ao CGR/CIR Porto Nacional sobre o Fluxo de encaminhamento de pacientes para fazer Hemodiálise e Implantação da Central de Regulação de Consultas e Exames na SEMUS/PN em Porto Nacional); Esclarecimentos da Diretoria de Atenção primária - DAP sobre os critérios de implantação do CEO – Centro Especializado Odontológico na Região ao CGR Cultura do cerrado; Mudança do município de Itacajá, que deixou de pertencer à região de saúde Lobo Guará e passou a fazer parte da região Araguaia-Tocantins; Esclarecimentos da Diretoria Jurídica sobre Consórcios Intermunicipais de saúde; Cooperação técnica da SESAU para realização da 1ª. Conferência Regional de Saúde Mental em Pedro Afonso; Esclarecimentos quanto ao atendimento do Complexo Regulador de Araguaína aos gestores; Participação dos Diretores dos Hospitais Regionais nas reuniões do CGR/CIR para dialogar com os gestores sobre encaminhamentos de pacientes e atendimentos emergenciais; Apresentação pelo Diretor do HRG no CGR Centro Sul na reunião do Colegiado e, posteriormente, encaminhou à GT de Regionalização um Relatório do 1º. trimestre de 2010 sobre seus atendimentos, demandas e necessidade. A GT de Regionalização encaminhou o Relatório à SAPS que enviou Memorando resposta sobre as providências já em andamento para atender as Demandas Urgentes do Hospital Regional de Gurupi; Esclarecimentos sobre a necessidade da elaboração da Programação Anual das Ações de Vigilância Sanitária dos municípios, pactuarão e aprovação no CMS e CIB deste instrumento de planejamento das ações (TOCANTINS, 2013, p.105).

A Sesau, juntamente com os gestores de saúde municipais, tem tido progresso no que

diz respeito à participação e à compreensão das reuniões elaboradas pelos CGR e CIR. Essa participação vai além de mero ouvinte, os participantes das reuniões são considerados atores fundamentais que são nomeados para procederem em nome do Estado. As CIR que se destacam são as de Cantão, Porto Nacional, Médio Norte, Centro Sul e Médio Araguaia.

O resultado desse esforço em conjunto bipartite tem, a cada dia, fortalecido o nível de discussões voltadas para solicitações e para cobranças dos gestores municipais para o estado, desviando a real finalidade dos CGR/CIR como espaço permanente de cogestão e de decisão, mediante a identificação e a definição de prioridades e de soluções para a organização da rede regionalizada de ações e de serviços de saúde, uma vez que é responsabilidade do CGR/CIR planejar e cuidar da saúde regional, por meio de um processo solidário e cooperativo de gestão. Os avanços dos CGR e CIR do Tocantins estão, em um curto período, relacionados aos gestores municipais e aos representantes estaduais que têm despertado para força do Colegiado/Comissões e têm contribuído expressivamente para o fortalecimento das regiões de saúde, encaminhando demandas em busca de solução por parte da Sesau-TO, discutindo os problemas regionais e encontrando soluções entre si, sugerindo e encaminhando pontos de pauta (TOCANTINS, 2013). Destaca-se como avanço o fortalecimento interativo entre os gestores de saúde sobre a política pública.

Além disso, segundo Tocantins (2013, p. 107), “a intensificação dos debates e enfrentamento de uma agenda permanente de trabalho, a perseverança no alcance de alternativas de solução para a necessidade de ampliação de acesso e discussão de novas alternativas de solução regionalizada, a intensificação do debate locorregional entre estado e municípios”.

## **Barreiras e Desafios dos CGR e CIR no Tocantins**

O problema da atual Coordenação de Regionalização é a articulação das demandas das áreas técnicas com a finalidade de resolver os questionamentos e pedidos dos CGR, já que as dúvidas direcionadas para a área técnica não são a contento referido CGR.

Percebe-se que é necessária uma revisão do fluxo existente entre os CGR e os demais órgãos municipais e estaduais (Sesau, COSEMS, dentro outros) na tentativa de resolver os entraves que são apontados:

Necessidade de melhoria do acesso e da qualidade do atendimento Hospitalar de Referência Estadual e Municipal; Limitação do acesso pela inexistência de algumas especialidades médicas na Rede Hospitalar; Reformulação e Operacionalização da Programação Pactuada Integrada da Assistência; Necessidade de considerar atendimento de ginecologia, obstetrícia e pediatria como especialidade pela realidade local do Tocantins e a dificuldade de acesso dos municípios de pequeno porte a estes serviços; Meta Física insuficiente para atendimento da demanda dos serviços especializado; Necessidade de melhoria dos valores da tabela SUS de procedimentos da MAC e do CEO; Demanda reprimida e entraves no agendamento de cirurgias eletivas e encaminhamento de paciente para tratamento fora do domicílio; Ampliação do Repasse de Recursos para os Hospital de Pequeno Porte; Ampliar a descentralização de ações e serviços de média complexidade com responsabilização coletiva municipal, da região e estadual; Implantação da “Cultura da Solidariedade entre municípios” e mudança do paradigma da “paternização estadual” das ações de

baixa/média e média complexidade; Apropriação pelos Gestores Municipais da Gestão dos Fundos Municipais de Saúde (TOCANTINS, 2013, p. 109).

Quanto ao desdobramento das CIR no Tocantins, ao progresso da gestão do SUS e às discussões de implementação da governança regional, o estado do Tocantins tem feito alguns debates com os gestores municipais, desde 2011, diante desse momento de mudança das incumbências das atuais comissões. Entende-se que esses debates sejam necessários para a evolução da qualidade inerente às faltas das ações e serviços que tem relevância regional. Para a implementação da CIS no Estado do Tocantins, a Sesau, por meio do Projeto de Implantação dos Ambulatórios de Especialidades Médicas no Estado do Tocantins (AME-TO), tem a intenção de viabilizar a oferta e a organização de serviços de atendimento aos problemas de saúde da sociedade com a prática clínica que exija a disponibilidade de profissionais especializados, bem como o uso de soluções tecnológicas que beneficiem os 139 municípios do Estado. Ainda nesta perspectiva de projetar e de implementar o CIS no Tocantins, a CESAU tem como objetivo construir oito ambulatórios médicos de especialidades nas oito regiões de saúde do Estado, equipar cada um desses ambulatórios, adquirir veículos para o transporte sanitário da população (TOCANTINS, 2013). Destaco, na sequência, a previsão dos ambulatórios médicos de Especialidades, serviços, tipo de construção e recursos financeiros para cada unidade beneficiária:

**TABELA 2 - PREVISÃO FINANCEIRA**

ORDEM	UNIDADE BENEFICIÁRIA	ÁREA FÍSICA (M²)	QUANTIDADE DE MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO (IBGE 2010)	MENOR DISTÂNCIA DA SEDE (KM)	MAIOR DISTÂNCIA DA SEDE (KM)	DISTÂNCIA MÉDIA DA SEDE (KM)
1	Augustinópolis	3.808,46	24	191.094	15,9	158	79,13
2	Guaraí	3.808,46	23	146.205	50,6	210	108,2
3	Paraíso	3.808,46	16	115.685	23	248	87,33
4	Porto Nacional	3.808,46	12	102.313	41	180	90,31
5	Dianópolis	3.808,46	15	92.376	29,8	213	111,45
6	Araguaína	3.808,46	17	262.650	35,7	297	94,98
7	Palmas	3.808,46	14	301.576	55	335,9	144,26
8	Gurupí	3.808,46	18	171.546	21,3	268	110,11
	Total	30.467,68	139	1.383.445	-	-	-

Nota. Fonte: Adaptado de Tocantins (2013)



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, abordei, por meio de análise documental, o processo de implantação dos CIS no Estado do Tocantins. Para tanto, a pesquisa abordou tópicos sobre a Reforma do Estado nos anos 90, sobre a extensão social do Estado do Bem-Estar (*Welfare State*), sobre a manifestação social com a abrangência do assistencialismo, procurando estabelecer padrões mínimos de apoio às ações e aos serviços de saúde. A partir das análises sobre a descentralização, vinculada ao tema de regionalização no Tocantins, no que diz respeito ao cuidado com a saúde, essas modificações identificam a convergência de melhorias até na esfera internacional, o que se pode dizer é que os processos de descentralização, regionalização e municipalização das ações e dos serviços de saúde fazem que os entes da federação estejam entre si conectados para almejar os anseios da população em relação à saúde.

A pesquisa evidenciou que os CIS, no Brasil, têm fundamental compromisso com a regionalização das demandas das ações e dos serviços de saúde pública. Normalmente, os CIS trabalham em conjunto com os governos federal e estadual que disponibilizam recursos financeiros, estruturais, manutenção dos custos com especialistas. De acordo com a análise, os CIS tem o compromisso com a gestão estadual de manter os recursos financeiros enfatizando o interesse do gestor estadual com o amparo à sustentabilidade dos CIS. No Estado do Tocantins, embora não tenha CIS constituído legalmente, há a Secretaria de Saúde do Estado que não desampara as oito regiões de saúde destacadas neste trabalho.

Os consórcios dependem de motivação e de dinamismo da política municipalizada, pois não basta que a gestão Estadual, por meio das Secretarias de Saúde de Estado, responsabilize-se por todo o aparato financeiro, estrutura e equipamentos permanentes e transporte sanitário, se os municípios não tiverem condições de manter as unidades de saúde e recursos financeiros para o pagamento de especialistas. Sendo assim, o fundamento de colaboração por parte do Estado sempre terá a responsabilidade de exceder a concorrência por recursos em outro âmbito do governo, que são as especialidades de alta complexidade bem como medicamentos designados às pequenas regiões.

O objetivo deste trabalho foi analisar, por meio de pesquisa documental, o processo de implantação dos CIS no estado do Tocantins a partir da Reforma do Estado nos anos 90. Dessa forma, verifiquei que a Sesau-TO, mantém um estreito relacionamento com a regionalização e apresenta como objetivos, desde 2013: a construção de oito ambulatórios nas oito regiões de saúde, que contemplam os 139 municípios do Tocantins, além da construção de uma área física de 3.808,46 m<sup>2</sup>, com investimento total de R\$52.800.000,00; a disponibilização para as referidas regiões de saúde de equipamentos e de Materiais Permanentes, que totalizaram um valor de R\$16.636.902,00; a aquisição de veículos para o transporte sanitário, perfazendo o valor total de R\$16.750.000,00. Logo, os valores atualizados dos investimentos, destinados as oito regiões do Estado do Tocantins, tiveram o valor equivalente a R\$86.287.702,00.

A hipótese da não implantação dos CIS no Tocantins talvez tem decorrência da ausência de ações e de serviços, pois os gestores municipais não obtêm recursos financeiros para a manutenção e para serviços especializados. Caso os gestores assumem os serviços pode ocorrer um déficit no orçamento financeiro dos CIS, recordando que alguns dos 139 municípios não possuem capacidade financeira e nem estrutural para manter serviços especializados dentro da sua região de saúde, que poderia ser convertida em CIS para o Estado do Tocantins.

Na análise dos recursos financeiros, constatados por meio da Sesau-TO, não há inferência de repasses financeiros no que diz respeito à manutenção dos serviços e nem para o pagamento do corpo especialista que deverá compor a região de saúde. Dessa forma, a hipótese da não implantação do CIS no Estado do Tocantins, apesar de vantajosa politicamente para os gestores municipais, pois é a junção de serviços de saúde com o objetivo de atender à comunidade, não se concretiza talvez em função do déficit no orçamento financeiro para a manutenção dos serviços e para o pagamento das especialidades, já que esses recursos deveriam ser aportes municipais divididos entre os municípios que tivessem a intenção de formar o CIS.



## REFERÊNCIAS

Abrucio, F. L., Franzese, C. (2007). Federalismo e políticas públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: ARAÚJO, M. F. I.; BEIRA, L. (Orgs.). *Tópicos de Economia Paulista para Gestores Públicos*. 1 ed. p. 1-19. Recuperado de: [http://www.igepp.com.br/uploads/ebook/igepp\\_abrucio\\_f\\_e\\_franzeze\\_c\\_federalismo\\_e\\_politicas\\_publicas\\_no\\_brasil.pdf](http://www.igepp.com.br/uploads/ebook/igepp_abrucio_f_e_franzeze_c_federalismo_e_politicas_publicas_no_brasil.pdf). Acesso em: 20 nov. 2015.

Abrucio, F. L. (1997). O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. *Cadernos ENAP*, n. 10, pp. 1-50. Recuperado de: <http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/556/O%20impacto%20do%20modelo%20gerencial%20na%20Administra%C3%A7%C3%A3o%20P%C3%BAblica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 nov. 2015.

Brasil. (2011). *Decreto federal n.º 7.508 de 28 de junho de 2011*. Recuperado de: [http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ef034f00489ab23ba9bebbe2d0c98834/Decreto\\_7.50\\_de\\_28\\_de\\_junho\\_de\\_2011.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ef034f00489ab23ba9bebbe2d0c98834/Decreto_7.50_de_28_de_junho_de_2011.pdf?MOD=AJPERES). Acesso em: 10 dez. 2015.

Brasil. Ministério da Saúde (2007a). *Portaria n.º 3.264 de 27 de dezembro de 2007*. Recuperado de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 10 dez. 2015.

Brasil. Ministério da Saúde (2007b). *Portaria n.º 2.691 de 19 de outubro de 2007*. Recuperado de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 10 dez. 2015.

Brasil. Ministério da Saúde (2006). *Portaria n.º 399 de 22 de fevereiro de 2006*. Recuperado de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 10 dez. 2015.

Brasil. Casa Civil (1990). *Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acesso em: 10 dez. 2015.

Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília-DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

Bresser-Pereira, L. C (2010). *Autonomia da administração pública em relação à administração de empresas*. Intervenção feita na Audiência Pública sobre as Diretrizes Curriculares para Curso de Graduação em Administração Pública e Políticas Públicas, realizada no Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação, Brasília, 5 de abril, 2010. Recuperado de: [http://www.bresserpereira.org.br/papers/2010/10.20.Defesa\\_autonomia\\_administra%C3%A7%C3%A3o\\_p%C3%BAblica.pdf](http://www.bresserpereira.org.br/papers/2010/10.20.Defesa_autonomia_administra%C3%A7%C3%A3o_p%C3%BAblica.pdf). Acesso em: 25 out. 2015.

Bresser-Pereira, L. C., GRAU, N. C. (1999). Entre o estado e o mercado: o público não-estatal. In: BRESSER-PEREIRA, L.C.; GRAU, N. C. (orgs.). *O Público Não-Estatal na Reforma do Estado*. Rio de Janeiro: Editora FGV, pp. 15-48.

Bresser-Pereira, L. C (1998). Reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. *Lua Nova Revista de Cultura e Política*, n. 45, pp. 49-95. Recuperado de: [http://www.bresserpereira.org.br/papers/1998/A\\_reforma\\_do\\_Estado\\_dos\\_anos\\_90.pdf](http://www.bresserpereira.org.br/papers/1998/A_reforma_do_Estado_dos_anos_90.pdf). Acesso em: 25 set. 2015.

Bresser-Pereira, L. C. (1991). Populism and economic policy in Brazil. *Journal of Interamerican Studies and World Affairs*, v. 33 (n. 2), pp. 3-21. Recuperado de: [http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/7584\\_Cached.pdf](http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/7584_Cached.pdf). Acesso em: 25 set. 2015.

Ferrarezi, E. (1997). Estado e Setor público não estatal: perspectiva para gestão de novas políticas sociais. *Texto apresentado no II Congresso Interamericano del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Venezuela, 15-18 de outubro de 1997.

Neves, L. A., Ribeiro, J. M. (2006). Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22 (n. 10), pp. 2207-2217. Recuperado de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0306/pdfs/IS26%283%29063.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0306/pdfs/IS26%283%29063.pdf). Acesso em: 25 set. 2015.

OATES, W. E. (1999). An Essay on Fiscal Federalism. *Journal of Economic Literature*, vol. 37 (n. 3), pp. 1120-1149. Recuperado de: <http://econweb.umd.edu/~oates/research/fiscalfederalism.pdf>. Acesso em: 25 set. 2015.

Ribeiro, J. M., Costa, N. R. (2000). Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios Municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). *Planejamento e políticas públicas*, n. 22, p. 174-220. Recuperado de: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/84>. Acesso em: 25 set. 2015.

Rocha, C. V., Faria, C. A. P. (2004). Cooperação intermunicipal, reterritorialização da gestão pública e provisão de bens e serviços sociais no Brasil contemporâneo: a experiência dos Consórcios de Saúde de Minas Gerais. *Cadernos Metrópole*, n. 11, pp. 73-105. Recuperado de: <http://revistas.pucsp.br/index.php/metropole/article/view/8815>. Acesso em: 25 set. 2015.

Teixeira, L. S. (2007). *Ensaio sobre consórcios intermunicipais de saúde : financiamento, comportamento estratégico, incentivos e economia política*. Brasília : Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2007. Recuperado de: <http://www2.camara.leg.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/edicoes/paginas-individuais-dos-livros/ensaios-sobre-consorcios-intermunicipais-de-saude-financiamento-comportamento-estrategico-incentivos-e-economia-politica>. Acesso em: 25 out. 2015.

Tocantins (2015). Secretaria da Saúde. *Descentralização da saúde no estado do tocantins: um recorte histórico*. Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Planejamento do SUS. Palmas-TO: Secretaria de Estado da Saúde.

Tocantins (2013). Secretaria da Saúde. *Regionalização Solidária e Cooperativa Comissões Intergestores Regional do Tocantins: uma construção histórica*. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria Geral de Gestão e Acompanhamento Estratégico. Palmas-TO: Secretaria de Estado da Saúde.

Tocantins (2012a). Secretaria de Estado da Saúde. *Resolução n.º 161 de 29 de agosto de 2012*. Recuperado de: <http://central3.to.gov.br/arquivo/244723/>. Acesso em: 10 dez. 2015.

Tocantins (2012b). Secretaria de Estado da Saúde. *Portaria n.º 224 de 23 de março de 2012*. Recuperado de: [diariooficial.to.gov.br/sistema/diario/1955/download](http://diariooficial.to.gov.br/sistema/diario/1955/download). Acesso em: 10 dez. 2015.

Tocantins (2009). Secretaria de Estado da Saúde. *Portaria n.º 206 de 01 de junho de 2009*.