

O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO CENTRO DO ESTADO RS - CIS *

*Francisco Avelar Bastos ***

Resumo

O artigo analisa a experiência de descentralização do Sistema Único de Saúde - SUS, sob uma nova forma de gestão, através do enfrentamento de dificuldades por meio de uma estrutura de base pública, contando com elementos privados. Os vários momentos vividos pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde - CIS atestam a sua importância regional, iniciada na área ambulatorial e passada, por força de alterações na oferta de serviços hospitalares na região, a atuar também no atendimento hospitalar através do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM. Faz considerações sobre toda esta trajetória e as perspectivas enquanto futuro da sociedade no que tange ao atendimento de suas necessidades sociais.

Palavras-chave: Administração municipal, regionalização, saúde, políticas públicas, gestão, consórcio, Sistema Único de Saúde.

Abstract

The Health Regional Consortium of Rio Grande do Sul Center Region is a decentralizing experience of health planning, management and provision of second and third level medical care, beside the Brazilian National Health System - SUS. The Consortium works under an original administrative way - intermunicipal partnership -, facing public management challenges, and new public roles outlined at least by three movements: decentralization, focalization of social policies and the market paradigm. A 5 years history testifies how important is the Consortium for the regional health. It started providing outpatient facilities otherwise hospital attendance also worked through a public university hospital, the Santa Maria Federal University Hospital - HUSM, in a critical moment, where several changes happened on the regional health political scene. Considerations are made about the Consortium public role and the perspectives about the future concerning social needs.

* O autor agradece a contribuição valiosa a este artigo de seu Professor Orientador, Prof. Dr. Marcos A. F. Ferreira.

** Doutorando em Saúde Coletiva e Secretário Executivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Centro do Estado do RS - CIS.

Keywords: Municipal administration, regional actions, health, public policy, management, partnership, Brazilian National Health System.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde - SUS, tornado instrumento legal a partir da Constituição Federal de 1988, portanto, há mais de dez anos, trouxe nos seus fundamentos o sonho de mudança do modelo de saúde até então preconizado para a sociedade brasileira.

Foi construído pelo esforço, a indignação e a sensibilidade de milhares de homens e mulheres, oriundos dos mais diferentes lugares, liderados por Secretários Municipais de Saúde, professores universitários, trabalhadores da área de saúde, setores técnicos e administrativos do aparelho de Estado e lideranças de movimentos sociais que fizeram a história de um novo paradigma para a área social do Brasil.

A idéia de romper com o modelo que trazia o hospital como centro do sistema e, por conseqüência, com a doença sendo privilegiada em relação à saúde, o SUS foi concebido para possibilitar maior qualidade de vida, o acesso à cidadania e à dignidade para todos os brasileiros.

Assim, dentre tantos avanços consumados legalmente, todos com expressivo significado social, queremos destacar neste trabalho a possibilidade de associativismo regional, por meio de Consórcios Intermunicipais.

“Propostas que, desmentindo a mitologia neoliberal, não requerem o afastamento do Estado; consistem em novas modalidades de relação Estado/sociedade e delinham um mix público/privado no qual o Estado normatiza, subvenciona, estimula, e a sociedade, organizadamente, realiza”. (Vianna, 1998, p. 13)

Neste sentido, fica evidente a sensibilidade de seus idealizadores, pois havia que se prever, para um País com as dimensões e características do Brasil, formas para hierarquizar e regionalizar o sistema, possibilitando que a atenção integral fosse atingida.

Dentro deste espírito e de posse deste instrumento legal à disposição, alguns municípios brasileiros entenderam a necessidade de unir-se, invocando para consolidar este propósito, a figura do Consórcio, que passou a representar o meio comum para o enfrentamento de questões que extrapolavam os limites municipais, mas que poderiam ter solução a nível regional.

“A prática de formação de associações municipais tem se apresentado com maior evidência no cenário da gestão municipal em saúde. Conhecidas como consórcios de saúde, estas modalidades de parceria intergestores tem se mostrado como saídas para municípios, especialmente os de pequeno porte, para enfrentarem problemas crônicos como a falta de recursos diagnósticos e de atendimentos especializados” (Ribeiro, 1994).

Neste contexto também, a Região Centro do Estado do Rio Grande do Sul, através de seus Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde, no início dos mandatos, em 1993, resolveu constituir o seu Consórcio, tendo como uma de suas finalidades “ser instância de regionalização das ações e serviços de saúde, coerente com os princípios do SUS”. (Misoczky & Bastos, 1998, p. 85)

Avançando em sua importância regional, abrindo espaços, encaminhando soluções, enfrentando dificuldades, assim foi o desempenho do CIS nestes cinco anos de existência, mantendo os seus princípios norteadores, que são os mesmos do SUS.

A própria história da saúde neste espaço do Rio Grande do Sul tem uma trajetória antes e uma trajetória depois do CIS, provando que há condições de atualizar a gestão pública, sem fechá-la ao privado, mas mantendo seus princípios de universalidade, equidade e gratuidade.

As atividades do CIS e dos Consórcios de saúde, seguramente, proporcionam um debate sobre políticas públicas e apontam para a adoção de práticas intersetoriais, condições necessárias neste final de século e milênio, quando temos a impressão de um esgotamento das atuais formas de gestão.

2 CONTANDO UM POUCO DA HISTÓRIA DO CIS

As administrações municipais que iniciaram seus mandatos em janeiro de 1993 tinham o cenário político contaminado pelo “impeachment” do Presidente Fernando Collor, trazendo à tona a questão do respeito às Leis e o apelo à observância dos princípios éticos na administração pública. Também, viam-se frente a uma Constituição que começava a trazer seus reflexos, transformando a prática costumeira dos municípios de administrarem com maior liberdade, no emaranhado de uma legislação impeditiva, como a Lei das Licitações, por exemplo.

Todos estes aspectos, no entanto, evidenciavam um País com dificuldades, especialmente no campo social.

“Um fator conjuntural viria a agravar esse quadro de dificuldades, acentuando o divórcio Estado-sociedade. A prioridade atribuída aos programas de estabilização econômica e o acirramento dos conflitos em torno da distribuição de recursos escassos, acabaram por descaracterizar importantes itens da agenda pública, sobretudo aqueles relacionados com as reformas sociais”. (Diniz, 1997, p. 179)

No que se refere à saúde, a par do SUS ser de 1988, a sua Lei Orgânica é de 1990 e, portanto, havia necessidade de pôr em prática aquele arcabouço jurídico-institucional. Para os governos municipais era o início da verdadeira municipalização da saúde, até porque os outros níveis - estadual e federal - afirmavam que a responsabilidade era de cada Prefeitura. Não havia, portanto, como passar adiante este compromisso.

“Por outro lado, gradativamente tenderá recair sobre as autoridades municipais a pressão social por acesso e pela construção de novos padrões de produtividade e de eficácia para o SUS. Mesmo porque, segundo a lei, todas as atividades assistenciais e de atenção à saúde de âmbito local caberiam aos sistemas locais”. (Campos, 1997, p. 99)

Quanto à saúde na Região, o quadro não era diferente, inclusive pela pouca adesão dos Prefeitos ao processo de municipalização promovido pelo Governo do Estado, temerosos de assumir de direito o que, em grande parte, já estavam fazendo de fato. Mas queriam soluções, apontando algumas vezes para a construção de um pronto-socorro regional em Santa Maria, como forma de resolver os problemas da saúde regional.

Ainda tinha-se, neste momento, mesmo que precariamente, o atendimento pelo SUS em quase toda a Região, principalmente na área hospitalar, prioritariamente feito pelo Hospital Universitário de Santa Maria e pelo Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo. Quanto às especialidades no entanto, o quadro era diferente, pois o processo de descredenciamento dos profissionais médicos e de serviços de saúde muito adiantado, trazendo como consequência o uso intensivo de remoção de pacientes para Porto Alegre, procedimento consagrado com o nome de “ambulancioterapia” ou para as filas do Hospital Universitário de Santa Maria.

Frente a isto tudo e usando como fórum o COREDE¹ e a AMCENTRO².

¹ COREDE - Conselho Regional de Desenvolvimento.

² AMCENTRO - Associação dos Municípios da Região Centro do Rio Grande do Sul.

dezesseis municípios, através de seus Prefeitos, resolveram criar o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Centro do Estado do RS - CIS, em dezembro de 1993, cumprindo os requisitos exigidos para constituição de uma sociedade civil sem fins lucrativos, de Direito Privado.

Em seguida, ancorados numa estrutura com menos burocracia e mais ágil, os Secretários Municipais de Saúde ficaram com a incumbência de discutir a realidade regional. “Como os Prefeitos entendiam que já haviam cumprido todas as etapas que lhes cabiam, coube aos Secretários Municipais de Saúde começarem a encaminhar as questões de ordem técnica e operacional” (Misoczky & Bastos, 1998, p. 50). Com isto, houve a possibilidade de intervir objetivamente, ou seja, atacar os principais problemas que impediam uma atenção à saúde de melhor qualidade para toda a população regional, dentro dos princípios do SUS.

Considerando-se a diversidade de problemas, foi estabelecido o compromisso de que todos seriam pautados, selecionados os de maior brevidade de solução, num primeiro momento.

“Havia um consenso entre a maioria dos Secretários que a área hospitalar deveria ser atingida posteriormente, e que deveria ser priorizado o atendimento naquelas especialidades que o SUS não oferecia na Região, ficando identificadas a Neurologia e o Exame de Eletroencefalografia como as principais necessidades daquele momento, seguidas pela Oftalmologia”. (Misoczky & Bastos, 1998, p. 50)

Assim, na prática, iniciou os CIS, rompendo com um passado de imobilismo e destacando a vanguarda do municipalismo, agora respaldado pela autonomia garantida constitucionalmente.

3 A RESPONSABILIDADE AUMENTANDO

Estabelecida uma boa relação com os diferentes atores, num cenário de dificuldades para o atendimento das principais carências sociais da população regional, o CIS começa a constituir-se em referência para todos os assuntos de saúde na Região.

Portanto, é inegável que a responsabilidade foi aumentando, consequência também de dois aspectos fundamentais, naquele momento: primeiro, o ineditismo da presença de uma estrutura com as características do CIS na Região e segundo, o agravamento da situação da saúde como um todo. Neste sentido, é importante lembrar que houve o desencadeamento de uma campanha protagonizada pela

AMRIGS³ buscando o descredenciamento dos médicos do SUS, aumentando a crise e proporcionando uma situação muito difícil para os gestores e para a população.

Utilizando-se deste ambiente favorável, os hospitais também aderiram ao “boicote”, diminuindo a oferta de leitos para o SUS, cobrando suplementação de AIHs⁴ e cometendo uma série de irregularidades contra os usuários, sob o argumento dos baixos valores da tabela do SUS e dos atrasos nos pagamentos. “Todos esses problemas estariam melhor encaminhados, caso não houvesse ocorrido em 1993 e 1994 uma forte crise institucional do setor saúde”. (Médici, 1994, p. 165). Na nossa Região, o Hospital de Caridade Astrogildo de Azevedo pediu seu descadastramento do SUS, gerando uma enorme crise, fazendo com que as autoridades locais, regionais e estaduais da área da saúde afirmassem que o “caos” se instalaria, caso não houvesse uma solução para o atendimento da população.

Houve, então, o apelo para que o CIS buscasse uma saída para a questão. Aceito o desafio e desconsiderando as contrariedades existentes, foi buscar apoio na única estrutura pública hospitalar da Região, o Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM, que era tido como um ente alheio ao SUS, comprometido exclusivamente com o Ministério da Educação e com a docência, além da idéia de local privilegiado para o aprendizado médico, servindo a população somente como mero instrumento. Este comportamento tornara-se inadmissível pela importância de que se reveste o hospital no atual modelo, configurando uma profunda relação entre intervenção sobre a doença e aplicação de conhecimento científico, apoiados ambos, na incorporação crescente e cumulativa de tecnologia.

“É então que o saber médico que, até o início do século XVIII, estava localizado nos livros, em uma espécie de jurisprudência médica encontrada nos grandes tratados clássicos da medicina, começa a ter seu lugar, não mais no livro, mas no hospital; não mais no que foi escrito e impresso, mas no que é cotidianamente registrado na tradição viva, ativa e atual que é o hospital. O indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar”. (Foucault, 1979, p. 111)

³AMRIGS - Associação Médica do Rio Grande do Sul

⁴AIHs - Autorizações de Internações Hospitalares

Convictos dessa nova realidade, mesmo enfrentando conceitos arraigados e interesses, tentar alterar este contexto foi a principal função do CIS naquele instante, tendo sido decisivo para isto a ousadia do Diretor Geral do HUSM, que resolveu “abrir” o HUSM e “banicar” aquilo que o outro hospital havia deixado de fazer, particularmente no que se refere à urgência/emergência. Nascia, então, uma grande parceria, inédita na história da Região, fortalecendo um hospital público, o próprio SUS, o municipalismo e o CIS. Paradoxalmente, favoreceu também a docência no HUSM, pois os acadêmicos começaram a ter contato com especialidades que só eram possíveis em outros locais fora da Instituição, oportunizando-lhes uma formação melhor e justificando com maior razão a existência de um Hospital de nível terciário.

“Entretanto, é bom que se observe os números, dando uma dimensão da importância deste serviço em nível regional, não só em termos de assistência, mas também para a formação dos profissionais de saúde, que antes do Consórcio não tinham durante seu curso a oportunidade de visualizarem procedimentos mais complexos dentro do HUSM, nas áreas de Traumatologia e Neurologia”. (Misoczky & Bastos, 1998, p. 59)

4 O FORTALECIMENTO DO CIS

A atuação do CIS, tanto ambulatorial quanto hospitalar, sua inserção regional como órgão de referência na área da saúde, faz com que haja uma interação muito forte com os diferentes atores e segmentos da sociedade, inclusive no que se refere aos fatos políticos e sociais acontecidos na Região.

O processo democrático das eleições, por exemplo, com as conseqüentes trocas de Prefeitos e demais setores dos municípios, atinge diretamente qualquer órgão que tenha por base a municipalização, no caso, a municipalização da saúde e, por conseqüência, o próprio CIS. As estruturas governamentais ainda estão presas ao personalismo, desconhecendo que o planejamento das ações é fundamental em qualquer processo, principalmente naqueles em que o tempo demandado para a conquista de resultados é significativo.

Como a situação dos novos administradores municipais ainda não era muito diferente dos seus antecessores com relação à saúde, pois o Rio Grande do Sul continuava com sua referência para atendimento de especialidades médicas centrado em Porto Alegre, ficando as diferentes regiões do Estado desprovidas de atenção integral para suas populações, o CIS representa para os

novos administradores algo de extrema importância. Ajudou neste sentido o papel aglutinador e de defesa do CIS exercido pelo Delegado Regional de Saúde e pelo Diretor Geral do HUSM. Este papel foi fundamental para manter a relação existente.

A partir de então, assimilando sua responsabilidade perante os municípios, o CIS decidiu instrumentalizar, rotineiramente, os gestores municipais, sob a forma de Oficinas de Trabalho. Esta metodologia, que possibilita resultados efetivos, serviu para melhorar progressivamente a atuação dos técnicos municipais junto às suas comunidades.

Como conseqüência desta proximidade com os dirigentes municipais, foi possível buscar encaminhamento para muitas questões, a priori particulares em termos de municípios, mas que requeriam um enfrentamento coletivo, como por exemplo, o crescimento dos casos de DST/AIDS⁵ na Região. Após duas Oficinas de Trabalho patrocinadas pelo Ministério da Saúde, foi elaborado um projeto de ações de prevenção, de promoção e de assistência, com financiamento garantido pelo Projeto AIDS-II⁶. Este fato reafirma a idéia que alicerça a constituição dos consórcios: (...) os consórcios intermunicipais são opções concretas que têm possibilitado o aumento da capacidade resolutiva dos sistemas loco-regionais". (Rollo, 1997, p. 333)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As várias etapas da construção do CIS demonstram, por um lado, a transformação possível de um modelo institucional preconizado em lei, em ente real e de ação prática; por outro lado, permite a abertura de uma discussão sobre o atual momento de uma sociedade carente do atendimento de suas necessidades.

"O campo da saúde é um campo privilegiado para a realização dessas experiências, um setor no qual se pode avançar na implantação de modelos dentro da linha descrita, repensando a questão da administração do Sistema Único sob uma ótica que privilegie a democracia, a autogestão, contribuindo para a superação da alienação e da mediocridade". (Campos, 1997, p. 201)

⁵ DST/AIDS - Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

⁶ AIDS-II - Acordo firmado entre o Governo Brasileiro e o Banco Mundial para financiamento de ações do Programa Nacional de Prevenção de DST/AIDS

Torna-se claro que a transformação imposta aos municípios a partir do final da década de 80, fruto da Constituição de 1988 e das próprias mudanças políticas e econômicas, tanto no Brasil quanto no mundo, fez com que os administradores municipais tomassem medidas, até então de responsabilidade dos outros níveis de governo. A saúde exemplifica esta questão e a constituição do CIS reforça este novo ciclo que o País passa a viver. "Parece evidente que os condicionamentos para constituição de um Sistema Único de Saúde, no Brasil, são de ordem mais política do que técnico-administrativa". (Campos, 1997, p. 203)

Desta forma, os diferentes campos de atuação do CIS oportunizam uma discussão em termos de novos mecanismos de gestão, mais efetivos, desburocratizados, resolutivos, sem no entanto, afastar-se dos princípios básicos que constituem o SUS. Tal preocupação faz sentido à medida que o modelo brasileiro de sistema de saúde consagrou um texto legal que se destaca pelo primado do interesse público, ameaçado pelas transformações bruscas orientadas pelos novos conceitos e práticas sobre o papel do Estado, sobre o que deva ser público ou privado, sobre as possibilidades efetivas de atenção a direitos sociais, entre outros.

"As transformações em curso no campo das políticas sociais apresentam duas tendências de movimento que se deslocam desde o central para o local, e desde o público para o privado, podendo-se afirmar que se está processando uma readequação do padrão de relacionamento entre Estado e sociedade". (Eibenschutz, 1995, p. 89)

Mais do que ir interferindo em favor de uma atenção integral à saúde, na conquista da universalidade na prática, com qualidade o advento do CIS promove um debate na direção de novas formas de gestão, no devir do novo século, com uma vantagem: introduz uma inovação no campo da saúde consolidando a noção de direito, num país que nunca alcançou a plenitude do Welfare State, convivendo com a perpetuação das iniquidades sociais.

"A orientação atual de inspiração neoliberal, baseada nos princípios de descentralização, privatização e focalização encontra diferentes traduções e enfrentamentos nos movimentos sociais que propugnam pelas reformas das políticas sociais em termos de aumento do controle social, da participação e da distribuição". (Eibenschutz, 1995, p. 89)

Portanto, o conhecimento já acumulado, no que consideramos um período de "latência", desta nova maneira de pôr em prática uma gestão de base pública com mecanismos gerenciais privados, é fundamental para ampliar o debate combinando elementos conceituais com a prática do campo. "Entendo que a análise dos limites tanto do modelo de mercado como da administração estatal tradicional já aponta possibilidades a serem exploradas, visando a construção de um estilo reformado de gestão". (Campos, 1997, p. 210)

O CIS é uma experiência que se coloca a favor da saúde ou do campo social, sem desconhecer que "qualquer objetivo em qualquer campo importante (saúde, educação, nutrição, por exemplo) só será alcançado com avanços coordenados em outros campos. Os resultados sociais dependerão do funcionamento total do setor social ou de suas áreas". (Kliksberg, 1996)

Portanto, é compreensível que apesar dos avanços e da sua incontestável importância, o modelo dos consórcios jamais poderá, mesmo na saúde, encaminhar soluções, isoladamente. Além disso, acreditamos, como Irving K. Fox⁷, que, "numa democracia, os processos que são utilizados para se formular e implementar uma política pública são tão ou mais importantes do que as decisões que são tomadas e os seus resultados".

Continuar apostando neste processo, é a crença que existe da possibilidade de ajudar a construir uma sociedade com mais igualdade e melhor qualidade de vida.

"A cidadania exige um elo de natureza diferente, um sentimento direto de participação numa comunidade baseado numa lealdade a uma civilização que é um patrimônio comum. Compreende a lealdade de homens livres, imbuídos de direitos e protegidos por uma lei comum. Seu desenvolvimento é estimulado tanto pela luta para adquirir tais direitos quanto pelo gozo dos mesmos, uma vez adquiridos". (Marshall, 1967, p.85)

Assim, entendemos que justifica-se a existência do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Centro do Estado do RS-CIS, por constituir-se num elemento fundamental para a consecução de políticas públicas na área da saúde a nível regional, por meio da concertação entre instituições estatais e diferentes

⁷ FOX, Irving K. Institutions for water management in a changing world. *Natural Resources Journal*, New México, University of New México/School of Law, 6:743-58, Oct. 1976 apud SOUTO-MAIOR, Joel & GONDIM, Lídia M. Avaliação de arranjos institucionais para a gestão e o planejamento democrático. *Revista Administração Pública*, v.26, n.3, p.140-151, jul/set. 1992, p.145.

segmentos privados, objetivando a garantia do espaço público e dos direitos de cidadania.

BIBLIOGRAFIA

- BASTOS, Francisco A., MISOCZKY, Maria Ceci. *Avançando na Implantação do SUS: Consórcios Intermunicipais de Saúde*. Porto Alegre: Da Casa Ed., 1997.
- CAMPOS, Gastão W. de S. *Reforma da Reforma - Repensando a Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.
- DINIZ, Eli. *Crise, reforma do Estado e governabilidade*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996.
- EINBENSCHUTZ, Catalina (Org.). *Política de Saúde: O Público e o Privado*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- KLIKSBERG, Bernardo. A modernização do Estado para o desenvolvimento social: algumas questões-chaves. *Revista de Administração Pública*, v. 30, n. 1, p. 78-90, jan/fev, s.l., s.n., 1996.
- MARSHALL, T. H. *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1963.
- MENDES, Eugênio Villaça. *Uma Agenda Para a Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1996.
- RIBEIRO, José Mendes. Os Consórcios Intermunicipais no SUS, Parceria e Cooperação Técnica. *Saúde*. s.l.: NESCO, v.3, n. 3, p. 41-42, maio 1994.
- ROLLO, Adail de Almeida. *AGIR EM SAÚDE - um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- SOUTO-MAIOR, Joel, GONDIM, Lídia M. Avaliação arranjos institucionais para a gestão e o planejamento democrático. *Revista de Administração Pública*. s.l., s.n., v.26, n. 3, p. 140-151, jul/set. 1992.
- VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. *A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1998.