

# CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA: EXPANSÃO E DEMOCRATIZAÇÃO DE ACESSO AO SUS<sup>1</sup>

Danival Pereira Dias<sup>2</sup>

## RESUMO

O implemento dos Consórcios Públicos de Saúde têm se ampliado em todo território nacional, sobretudo, em tempos de recursos públicos escassos, como alternativa à gestão compartilhada e regionalizada de saúde. Especificamente no Estado da Bahia, Unidade da Federação com dimensões territoriais continentais e que conta com 417 (quatrocentos e dezessete) municípios, tais equipamentos proporcionam a democratização do acesso ao Sistema Único de Saúde, ampliando a oferta e gerando economia aos entes federativos consorciados. Este trabalho visa analisar e demonstrar a atual situação estrutural dos Consórcios Públicos de Saúde no Estado da Bahia, descrevendo conceitos e informações básicas para uma boa compreensão sobre os mesmos, apontando, que o estabelecimento e a regulamentação do Consórcio Público como ferramenta de gestão, sobretudo, na carente e delicada área de saúde, configura-se como uma das mais assertivas políticas públicas adotadas pelo estado da Bahia, com fins à ampliação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços de saúde, bem como, à otimização dos recursos públicos.

**Palavras-chave:** Consórcios - Brasil. Saúde pública - Bahia - Administração. Sistema Único de Saúde (Brasil).

## ABSTRACT

The implementation of Public Health Consortia has expanded throughout the national territory, especially in times of scarce public resources, as an alternative to shared and regionalized health management. Specifically in the State of Bahia, Federation Unit with continental territorial dimensions and which has 417 (four hundred and seventeen) municipalities, such equipment provides the democratization of access to the Unified Health System, expanding the supply and generating savings to the consortium federative entities. This paper aims to analyze and demonstrate the current structural situation of Public Health Consortia in the State of Bahia, describing basic concepts and information for a good understanding about them, pointing out that the establishment and regulation of the Public Consortium as a management tool, especially, in the poor and delicate area of health, is one of the most assertive public policies adopted by the state of Bahia, with the purpose of expanding access and improving the quality of health services, as well as the optimization of public resources.

**Keywords:** Joint ventures - Brazil. Public health - Bahia - Administration. Unified Health System (Brazil).

---

<sup>1</sup> Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao curso de Especialização em Gestão em Saúde, da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), sob a orientação da Prof. Grazielle Roberta Freitas da Silva.

<sup>2</sup> Estudante do Curso de Especialização em Gestão em Saúde da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), Polo São Francisco do Conde - Bahia.

## 1 INTRODUÇÃO

O tema deste estudo, o qual seja, os Consórcios Públicos de Saúde no âmbito do Estado da Bahia, estão em plena evidência, sobretudo, por se revestir de mecanismo capaz de ampliar as vias de acesso ao Sistema Único de Saúde, à medida que os recursos públicos andam escassos. A saúde é o bem mais importante para todas as pessoas, porém, o município sozinho não tem condição de ofertar todos os serviços de saúde necessários à população, porque os valores são altos e dependem de grandes investimentos.

Infelizmente o crescimento da demanda por saúde pública é inversamente proporcional à alocação de recursos pelos entes públicos, de modo que a gestão pública moderna enxergou no advento do Consórcio Público de Saúde a possibilidade de ampliar a oferta de serviços, otimizando os custos, ou seja, repartindo-os de forma proporcional entre mais de um ente federativo:

**O consórcio público é uma tecnologia jurídico-institucional projetada para viabilizar a ação pública em rede** que une e integra entes federativos autônomos na realização de atividades e projetos de interesse comum. **Ele pode facilitar o planejamento local e regional em saúde; viabilizar o investimento financeiro integrado e contribuir para a superação de desafios locais no processo de implementação do SUS.** (SALGADO, 2014, p. 8, *grifo nosso*)

As inquietações e o desejo de aprofundamento pela pesquisa sobre o tema, urgiram da percepção de que em virtude da atual escassez de recursos públicos para investimentos na área de saúde, apresentadas pelas mídias e seus relatórios públicos, faz-se cada vez mais necessário aos gestores, a adoção de medidas que visem otimizar os recursos, sobretudo - e principalmente - na prestação de serviços garantidos pela Constituição Federal de 1988, neste caso, especificamente aos serviços de saúde, visando o bem comum da sociedade, razão de existir do próprio Estado:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Carvalho (2016, p. 32) é claro ao afirmar que as respostas a demandas da sociedade por serviços específicos do setor público podem ser idealizadas por meio da elaboração de projetos. Nesse sentido, a elaboração de projetos visando o atendimento de demandas por serviços públicos pode (e deve) servir como norteador, estabelecendo quais

serão as prioridades dentro do setor público, diante das mais variadas demandas e deste modo, projetos envolvendo a criação de Consórcios Públicos de Saúde têm se mostrado como excelente alternativa ao enfrentamento da cada vez mais crescente diminuição de recursos, sobretudo entre os municípios mais pobres:

**A instituição de um consórcio público pode favorecer o planejamento intergovernamental;** permitir a articulação das políticas públicas entre os entes federativos; **minimizar a fragmentação e racionalizar os investimentos realizados pela União, estados e municípios**, especialmente na implementação de projetos e atividades onde é impossível soluções estritamente municipais, como é o caso da saúde. (SALGADO, 2014, p. 8, *grifo nosso*)

No Estado da Bahia, se comparado com outras unidades da federação que já se utilizam de tal expediente, a utilização dos Consórcios Públicos de Saúde está em fase inicial. Por aqui a implementação de tais mecanismos é capitaneada pelo Poder Executivo Estadual, por meio da Secretaria de Saúde, sendo posteriormente repassada a gestão aos municípios consorciados, responsáveis pela manutenção, custeio, contratação de pessoal entre outros:

Na Bahia, estão sendo formados os **Consórcios Inter-federativos de Saúde**, que consistem na **junção de municípios por Regiões de Saúde do estado**, para unir esforços e dividir os custos com a assistência à Saúde de seus habitantes. (BAHIA, 2019, *grifo nosso*)

Para o Ministério da Saúde (1997 apud SALGADO, 2014, p.10), a prestação de serviços e a implementação de ações de forma consorciada, configuram condições altamente favoráveis para que o município venha a assumir as responsabilidades pela gestão do seu sistema de saúde. Logo, o objetivo geral do presente trabalho é o analisar a política de implantação e expansão dos Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde no Estado da Bahia, a partir das parcerias firmadas entre os municípios baianos consorciados e o Governo do Estado, como política pública de expansão e democratização de acesso ao Sistema Único de Saúde.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

O direito à saúde figura na Constituição Federal de 1988 no título destinado aos Direitos Sociais. Em seu Art. 6<sup>a</sup>, a Carta Magna, como também é conhecido o texto constitucional, elenca a saúde no rol dos direitos fundamentais essenciais ao cidadão:

Art. 6º São direitos sociais a educação, **a saúde**, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015) (BRASIL, 1988, *grifo nosso*)

No Art. 196, a Constituição Federal de 1988 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Em seu Art. 198, a Constituição Federal de 1988 traz a formação do Sistema único de Saúde, determinando que este estará organizado, seguindo as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e III - participação da comunidade. Tais diretrizes, por sua vez, são regidas pelos princípios da:

**Universalização:** a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

**Equidade:** o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

**Integralidade:** este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. (BRASIL, 1988, *grifo nosso*).

Segundo Reis, Araújo e Cecílio (2011, p. 40, *grifo nosso*), os avanços do SUS são inegáveis, entretanto, o sistema entrava em muitos aspectos, que atrapalham seu pleno funcionamento, dentre os quais destacam-se:

**a. O subfinanciamento**, isso é, os recursos destinados à operacionalização e financiamento do SUS, fica muito aquém de suas necessidades. Para Santos (2007), “a atualização do financiamento federal segundo a variação nominal do PIB não vem sequer acompanhado o crescimento populacional, a inflação na saúde e a incorporação de tecnologias. [...] O financiamento do SUS é marcadamente insuficiente, a ponto de impedir não somente a implementação progressiva/incremental do sistema, como e principalmente de avançar na reestruturação do modelo e procedimentos de gestão em função do cumprimento dos princípios Constitucionais”.

[...]

**b. As insuficiências da gestão local do SUS.** A gestão municipal dos recursos do SUS vem funcionando apenas em parte – sem desconsiderar que os recursos para o SUS são insuficientes. A gestão municipal é idealizada pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira como mais eficaz, porque “estaria mais próxima dos cidadãos” e mais sensível aos seus anseios. O SUS denomina como “gestão local” conjunto de atividades desenvolvidas pelos gestores municipais, visando a operacionalização, na prática e em seus contextos sócio-político-institucionais singulares, das grandes diretrizes política do Sistema Único de Saúde.

A Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, define as diretrizes para organização e funcionamento do Sistema de Saúde brasileiro, preconizando em seu Art. 4<sup>a</sup>, que o todo o conjunto de saúde pública brasileiro, integra o Sistema Único de Saúde, com a iniciativa privada atuando em caráter complementar:

Art. 4º **O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais**, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, **constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)**.

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º **A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.** (BRASIL, 1990)

## 2.2 OS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Os consórcios públicos são um modelo administrativo de atuação conjunta entre os entes federados do Brasil (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), na forma prevista no Art. 241 da Constituição Federal de 1988, regulamentado muito tempo depois, na forma da Lei Federal 11107, de 06 de abril de 2005:

A Lei nº 11.107, de 2005 estabelece que, quando dois ou mais entes federados resolvem se consorciar, eles devem firmar entre si um “contrato de consórcio”, que fixe os objetivos da ação cooperada; a área em que vão atuar em conjunto; as responsabilidades de cada um e as principais condições para a atuação conjunta. Pode-se dizer, assim que o contrato de consórcio é a “alma” da cooperação federativa. (SALGADO, 2014, p. 4)

Tais dispositivos legais favorecem a articulação cooperada dos entes consorciados, com fins à possibilitar a prestação de serviços de forma comum e compartilhada. Após a publicação da Emenda Constitucional n.º 19, de 1998, alterando dentre outros, o Art. n.º 241 da Constituição Federal de 1988, os consórcios públicos foram reconhecidos como uma ferramenta da cooperação federativa, passando a vigorar com a seguinte redação:

Art. 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. (BRASIL, 1988, *grifo nosso*)

Em 2007, o Governo Federal editou o Decreto n.º 6.017, de 17 de janeiro de 2007, que regulamenta a Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos, o qual, entre outras coisas, estabelece a figura jurídica do Consórcio Público como:

**Art. 2º Para os fins deste Decreto, consideram-se:**

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

O consórcio público é um pacto voluntário, firmado entre entes públicos da União, Estados, Distrito Federal e/ou Municípios, com o objetivo de realizar metas comuns, mediante a união de esforços conjuntos, com o rateio de recursos financeiros, físicos, tecnológicos e capital intelectual, na tentativa de solucionar problemas de saúde da população:

**Na área da saúde, o objetivo mais comum previsto em contratos de consórcios é o da viabilização conjunta e integrada de prestação de serviços públicos à população.** Podem também ser citados, os seguintes objetivos registrados em contratos de consórcios celebrados entre municípios, no âmbito do SUS, os seguintes:

- a) **fortalecer o sistema de regulação municipal e regional, obedecidos os princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde – SUS,**
- b) **aprimorar o sistema de vigilância sanitária;**
- c) **apoiar a operacionalização e a gestão do contrato organizativo da ação pública de saúde de que sejam signatários;**
- d) **implantar ouvidoria do SUS, no âmbito dos entes consorciados; dentre outros.** (SALGADO, 2014, p. 6, *grifo nosso*)

O Consórcio Público de Saúde auxilia os entes federados consorciados, promovendo e recuperando a saúde através de uma gestão com visão local, focada nas diferenças e dificuldades peculiares e uma força regional, capaz de viabilizar recursos financeiros e aumentar o acesso e a complexidade na assistência aos munícipes:

**A formação do Consórcio possibilita que o cidadão tenha um atendimento de qualidade** de média complexidade, com a oferta de consultas de diversas especialidades médicas e a realização de exames de imagem e outros em policlínicas. Além disso, **prevê a adequação e melhoria de hospitais e outras unidades de saúde voltadas para fazer o atendimento também de alta complexidade**. Tudo isso **com o objetivo de ser perto de casa, para que o paciente não precise se deslocar longas distâncias para conseguir atendimento**. (BAHIA, 2019, *grifo nosso*)

O Estado da Bahia possui 417 (quatrocentos e dezessete) municípios, e segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui 564.722,611 Km<sup>2</sup> de área territorial, com população estimada em 14.873.064 pessoas, sendo o 4º estado mais populoso do Brasil.

Na Bahia, para cada Consórcio formado, uma policlínica de múltiplas especialidades médicas é construída com custeio integral pelo Governo do Estado ou com as obras custeadas em parceria com os municípios consorciados. Após implementadas, a manutenção é compartilhada entre o Estado, que financiará 40% dos custos, e os municípios consorciados, que vão cobrir os 60% restantes, proporcionalmente à sua população. (BAHIA, 2019).

Diante destas dimensões continentais, com regiões marcadas por características completamente distintas umas das outras, o modelo de gestão em saúde consorciada adotada pelo Governo do Estado, com uma visão associativa e não centralizadora, resulta em um melhor aproveitamento de recursos públicos, bem como do oferecimento de serviços, priorizando uma melhor qualidade.

### 3 MÉTODO

A presente pesquisa, tem natureza exploratória, a qual, segundo Birochi (2015, p. 49), é importante para ajudar a formar o esquema geral da pesquisa, assim como, também, para refinar o uso dos instrumentos de coleta de dados, bem como documental, a qual, ainda segundo o autor, procura restringir seu processo de coleta de dados à utilização de

documentos, escritos ou não escritos (fotografias, mapas etc.). Quanto à abordagem, o presente trabalho traz características de pesquisa quantitativa, que conforme Richardson (2007 apud BIROCHI, 2015, p. 52) envolve as ações de coletar e analisar dados numéricos e aplicar testes estatísticos, tanto na coleta quanto no tratamento dos dados.

Trata-se de um estudo de paradigma predominantemente quantitativo, realizado nos limites do Estado da Bahia, acerca da implantação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, frutos da parceria entre Governo do Estado e os Governos municipais dos 341 (trezentos e quarenta e um) municípios envolvidos, entre os anos de 2015, ano de implantação do primeiro consórcio intermunicipal de saúde no estado, o da Região de Brumado e 2019, da Região de Santa Maria da Vitória, até a data conclusão do presente trabalho.

A pesquisa foi realizada no âmbito dos dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) por meio de seu sítio eletrônico. Não houve o aprofundamento das dimensões acerca das ações dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, pois, o intuito deste trabalho não é revelar a qualidade do trabalho desenvolvido pelos mesmos e sim demonstrar que a sua expansão no território baiano representa a ampliação e democratização do acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde do estado.

Sobre a ética nas pesquisas sociais e jurídicas, serão atendidas todas as disposições da Resolução CNS nº 510/2016, que "dispõe sobre as normas aplicáveis em pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes de informações identificáveis[...]". Considerando ainda os dispositivos da Lei Acesso à Informação (Lei n. 12.527/2011) e a publicização de dados à comunidade civil e científica, o direito à informação pública está previsto no texto da Constituição Federal brasileira desde 1988, que deu grande importância ao tema, tratando esta prerrogativa como direito fundamental do indivíduo, na forma descrita no Art. 5º, inciso XXXIII, da Carta Magna:

**XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado; (BRASIL, 1988, grifo nosso)**

Heinen (2015, p. 11) afirma que “a Lei 12.527/2011 [...] produziu um intenso câmbio na relação jurídico-administrativo estabelecida entre o administrado e a Administração Pública”. Até a edição da Lei de Acesso à Informação (LAI), o sigilo era tratado como regra e a transparência como exceção, porém, a partir de sua sanção, essa lógica

se inverte, tornando o sigilo exceção e a transparência torna-se a regra da Administração Pública brasileira, em todos os poderes, Executivo, Legislativo e Judiciário e em todas as esferas de governo, União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Heinen (2015, p. 15) destaca ainda que “tal ato normativo, então, impõe a denominada 'cultura da transparência' como um (novo) paradigma que pautará a atuação do gestor público” e nessa seara, segundo Mota Júnior apud Heinen (2015, p. 15), “ao fomentar a 'cultura de transparência', aumenta-se a gestão democrática e, conseqüentemente, o controle social”, ou seja, a transparência configura-se como ferramenta de gestão, da qual a moderna administração pública não pode abdicar, sendo a análise dos dados do presente, focada na expansão dos consórcios públicos no Estado da Bahia.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Segundo dados da Secretaria da Saúde, a Bahia possui 28 (vinte e oito) Regiões de Saúde que se aglutinam em 19 (nove) Macrorregiões de Saúde. Os municípios de cada uma dessas regiões têm se unido para, juntos, com o intermédio do Governo do Estado, ratearem os custos com a assistência à Saúde e melhor atenderem à população. Deste modo foram formados os Consórcios de Saúde da Bahia e, com eles, estão sendo construídas Policlínicas Regionais em todo o estado, na forma abaixo relacionada (BAHIA, 2019):

**Tabela 1** - Relação dos consórcios intermunicipais de saúde implantados no estado da Bahia, 2019

CONSÓRCIO	MUNICÍPIO SEDE	NÚMERO DE INTE-GRANTES	ANO DE FUNDA-ÇÃO	POPULA-ÇÃO
LITORAL NORTE E AGRESTE BAIANO	ALAGOINHAS	19	2017	578.276
REGIÃO DE BARREIRAS	BARREIRAS	18	2018	534.912
REGIÃO DE BRUMADO	BRUMADO	13	2015	225.536
PORTAL DO SERTÃO	FEIRA DE SANTANA	28	2017	1.141.026
ALTO SERTÃO	GUANAMBI	22	2017	461.729
REGIÃO DE IRECÊ	IRECÊ	24	2016	528.586
REGIÃO DE ITABUNA E ILHEUS	ITABUNA	30	2018	771.798
REGIÃO DE JACOBINA	JACOBINA	17	2018	339.900
REGIÃO DE JEQUIÉ	JEQUIÉ	28	2016	535.504
REGIÃO DE JUAZEIRO	JUAZEIRO	10	2018	533.013
REGIÃO DE PAULO AFONSO	PAULO AFONSO	09	2018	252.764
NORDESTE II (RIBEIRA DO POMBAL)	RIBEIRA DO POMBAL	15	2017	327.271
METRO RECÔNCAVO NORTE	SALVADOR	06	2017	785.458
REGIÃO DE SANTA M <sup>a</sup> DA VITÓRIA	SANTA M <sup>a</sup> DA VITÓRIA	10	2019	194.958
RECONVALE (S. ANTÔNIO DE JESUS)	S. ANTÔNIO DE JESUS	28	2017	799.737
REGIÃO SENHOR DO BONFIM	SENHOR DO BONFIM	11	2018	350.967
EXTREMO SUL DA BAHIA	TEIXEIRA DE FREITAS	13	2016	452.773
REGIÃO DO BAIXO SUL	VALENÇA	13	2017	334.242
VITÓRIA DA CONQUISTA/ITAPETINGA	V. DA CONQUISTA	27	2018	513.464
<b>TOTAIS</b>		<b>341</b>		<b>9.661.914</b>

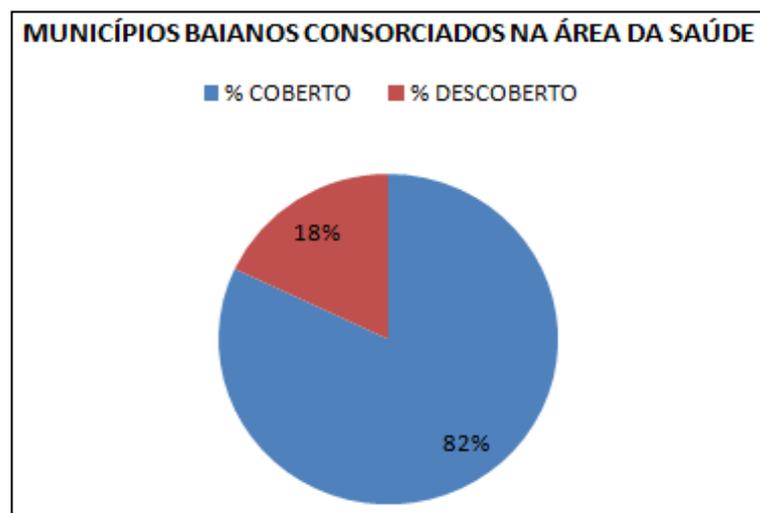
Fonte: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - **Consórcios de Saúde Implantados no Estado da Bahia**. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao/consorcios-de-saude-implantados/>> Acesso em: 06 nov.2019 - Adaptado pelo autor.

As sedes dos Consórcios Intermunicipais de saúde estão fixadas nos municípios de maior concentração populacional, ou seja, nos grandes centros regionais, facilitando a mobilidade dos usuários aos serviços de saúde prestados pelos Consórcios. Via de regra, estes grandes municípios também estão vinculados ao Consórcio, com exceção de Salvador, sede do Consórcio Metro Recôncavo Norte, mas, que não integra o rol dos municípios consorciados.

Registre-se que segundo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (2019), encontram-se em fase de implantação, o Consórcio Público de Saúde da Região de Itaberaba/Seabra, com sede em Itaberaba, Região da Chapada Diamantina, o Consórcio Público de Saúde da Região de São Francisco do Conde, com sede no município de São Francisco do Conde, Recôncavo baiano, o Consórcio da Região de Porto Seguro, com sede em Porto Seguro, extremo sul do Estado e o Consórcio da Região de Serrinha, com sede no município de Serrinha, região do Sisal.

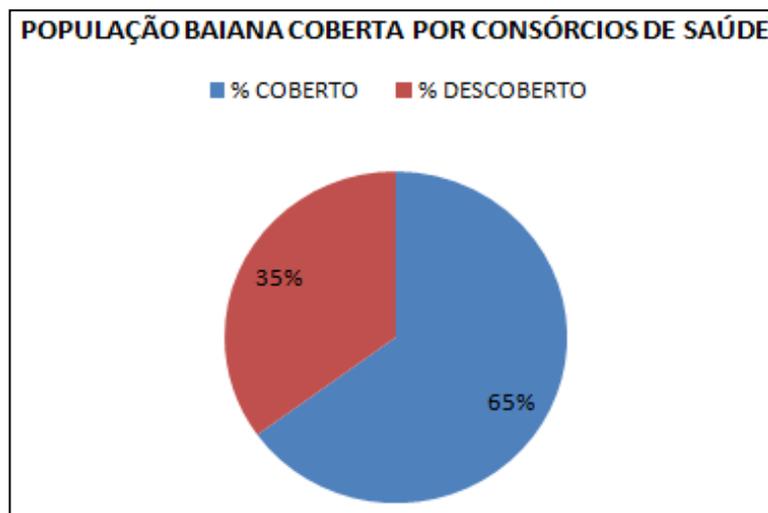
Sobre os dados apresentados na Tabela 1., destacamos os relativos ao percentual de municípios cobertos por Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado da Bahia, o percentual da população coberta, bem como a quantidade de Consórcios Intermunicipais de Saúde implantados, entre 2015 e 2019, conforme Gráficos 1. 2. e 3., abaixo:

**Gráfico 1** - Percentual de municípios cobertos por Consórcios Intermunicipais de Saúde implantados no Estado da Bahia, 2019



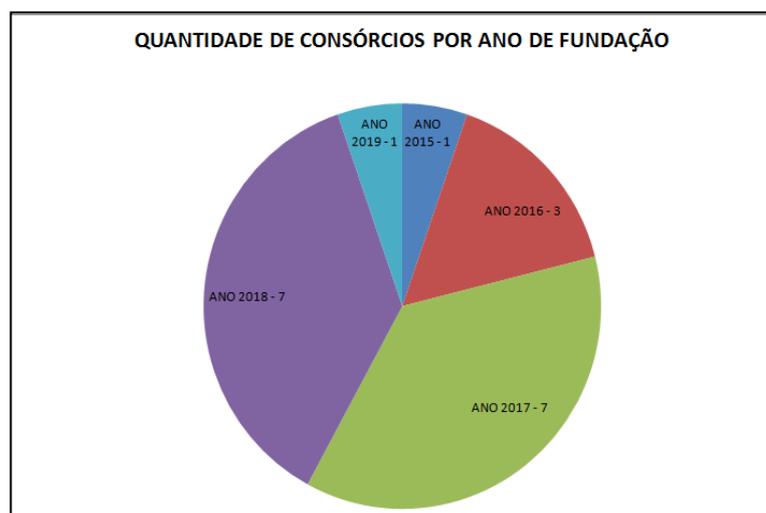
Fonte: Elaborado pelo autor.

**Gráfico 2** - Percentual da população coberta por Consórcios Intermunicipais de Saúde implantados no estado da Bahia, 2019



Fonte: Elaborado pelo autor.

**Gráfico 3** - Quantitativo de Consórcios Intermunicipais de Saúde por ano de fundação na Bahia - 2015/2019



Fonte: Elaborado pelo autor.

Na análise dos Gráficos 1. e 2., observa-se que do total de 417 (quatrocentos e dezessete) municípios baianos, 82% destes já contam com Consórcios Intermunicipais de Saúde, representando a cobertura de 65% da população do Estado, ou seja, 9.661.914 (nove milhões, seiscentos e sessenta e um mil, novecentos e quatorze) do total de 14.873.064 (quatorze milhões, oitocentos e setenta e três e sessenta e quatro) habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no ano de 2019.

O Gráfico 3. apresenta a quantidade de Consórcios Intermunicipais de Saúde implementados dentro do período pesquisado, ou seja, entre os anos de 2015 e 2019, onde pode ser observado a expansão acentuada destes nos anos de 2017 e 2018, com 7 (sete) unidades para cada ano.

Dados da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (2019), também dão conta de que a totalidade dos Consórcios Intermunicipais de Saúde implantados, bem como os que estão em fase de implantação, já se enquadram como entidades de personalidade jurídica de direito público, o que garante que todos os Consórcios Intermunicipais de Saúde já em atividade no estado da Bahia, possam receber repasses de recursos diretamente da União, do próprio Estado e dos municípios consorciados, salientando que no caso dos recursos públicos originários dos municípios, serão fiscalizados no Estado da Bahia pelo Tribunal de Contas dos Municípios, na forma determinada pela Constituição Estadual.

Os municípios são preferencialmente os responsáveis pela porta de entrada do cidadão aos serviços do Sistema Único de Saúde, sobretudo, no que tange à atenção básica, composta por postos e centros de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de atendimento. A partir desse primeiro atendimento, o paciente, caso necessário, é encaminhado para outros serviços de complexidade maior, tais como hospitais e clínicas especializadas.

A Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006 (Pacto Pela Saúde), estabelece que o governo municipal, por intermédio de sua Secretaria de Saúde, é o principal agente responsável pela saúde pública de sua cidade e o Art. 7º, da Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, estabelece que o município é obrigado a investir o mínimo de 15% de sua receita na área de saúde, além dos repasses oriundos do Estado e da União:

**Art. 7 Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos** a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal. (BRASIL, 2012, *grifo nosso*).

Quando o município não possui todos os serviços de saúde, ele pode negociar e ajustar com as demais cidades de sua região a forma de atendimento integral à saúde de sua população, sendo este pacto intermediado pela Secretaria de Saúde Estadual, como ocorre nos Consórcios Intermunicipais de Saúde implantados no Estado da Bahia. Sob a responsabilidade exclusiva da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, a rede de hospitais de média e alta complexidade está distribuída atualmente em 36 (trinta e seis) unidades, sendo que destas, 13 (treze) estão localizadas na capital:

**Tabela 2 - Distribuição da rede hospitalar do estado da Bahia, 2019**

HOSPITAL		MUNICÍPIO SEDE
01	HOSPITAL ANA NERY	SALVADOR
02	HOSPITAL DA MULHER	SALVADOR
03	HOSPITAL DO SUBÚRBIO	SALVADOR
04	HOSPITAL ESPECIALIZADO MÁRIO LEAL	SALVADOR
05	HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTÁVIO MANGABEIRA	SALVADOR
06	HOSPITAL GERAL DO ESTADO	SALVADOR
07	HOSPITAL GERAL ERNESTO SIMÕES FILHO	SALVADOR
08	HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS	SALVADOR
09	HOSPITAL MANOEL VICTORINO	SALVADOR
10	HOSPITAL PROFESSOR CARVALHO LUZ	SALVADOR
11	HOSPITAL PROFESSOR ELÁDIO LASSÉRE	SALVADOR
12	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JULIANO MOREIRA	SALVADOR
13	INSTITUTO COUTO MAIA	SALVADOR
14	HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA	FEIRA DE SANTANA
15	HOSPITAL EURÍDICE SANTANA	SANTA RITA DE CÁSSIA
16	HOSPITAL GERAL CLÉRISTON ANDRADE	FEIRA DE SANTANA
17	HOSPITAL GERAL DE CAMAÇARI	CAMAÇARI
18	HOSPITAL GERAL DE IPIAÚ	IPIAÚ
19	HOSPITAL GERAL DE ITAPARICA	ITAPARICA
20	HOSPITAL GERAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA	VITÓRIA DA CONQUISTA
21	HOSPITAL GERAL DE LUÍS EDUARDO MAGALHÃES	LUÍS EDUARDO MAGALHÃES
22	HOSPITAL GERAL DO OESTE	BARREIRAS
23	HOSPITAL GERAL LUIZ VIANA FILHO	ILHÉUS
24	HOSPITAL GERAL MENANDRO DE FARIA	LAURO DE FREITAS
25	HOSPITAL GERAL PRADO VALADARES	JEQUIÉ
26	HOSPITAL LUÍS EDUARDO MAGALHÃES	PORTO SEGURO
27	HOSPITAL PSIQUIÁTRICO LOPES RODRIGUES	FEIRA DE SANTANA
28	HOSPITAL REGIONAL COSTA DO CACAU	ILHÉUS
29	HOSPITAL REGIONAL DA CHAPADA	SEABRA
30	HOSPITAL REGIONAL DANTAS BIÃO	ALAGOINHAS
31	HOSPITAL REGIONAL DE CASTRO ALVES	CASTRO ALVES
32	HOSPITAL REGIONAL DE GUANAMBI	GUANAMBI
33	HOSPITAL REGIONAL DE IBOTIRAMA	IBOTIRAMA
34	HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO	JUAZEIRO
35	HOSPITAL REGIONAL DE STº ANTÔNIO DE JESUS	SANTO ANTÔNIO DE JESUS
36	HOSPITAL REGIONAL DR. MÁRIO DOURADO SOBRINHO	IRECÊ

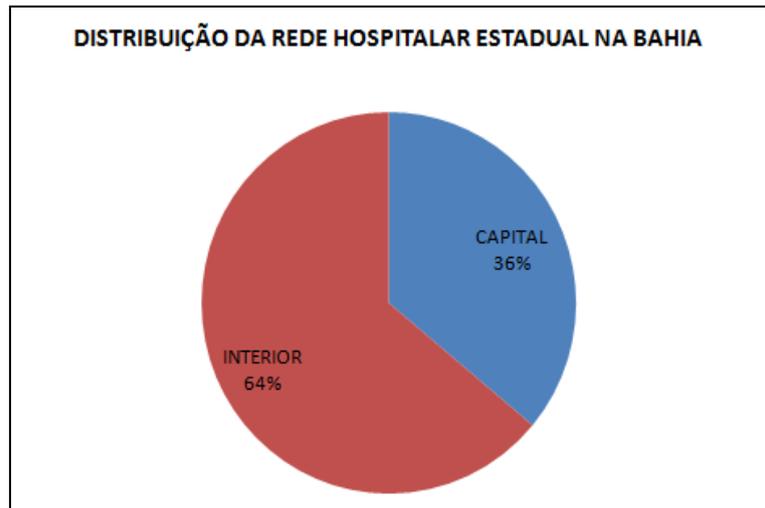
Fonte: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - **Hospitais estaduais**. Disponível em:

<<http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/hospitais/>> Acesso em: 12 nov.2019

- Adaptado pelo autor.

Da análise da Tabela 2., verifica-se a concentração, no percentual, conforme descrito no Gráfico 4. (abaixo), de 36% dos hospitais de média e alta complexidade localizados na capital:

**Gráfico 4** - Percentual de distribuição da rede hospitalar no estado da Bahia, 2019



Fonte: Elaborado pelo autor.

A concentração de unidades hospitalares na capital, em um Estado com as dimensões territoriais da Bahia, com municípios, segundo dados do IBGE, distantes da capital em até 1.026 km, como é o caso de Formosa do Rio Preto, na divisa com o Estados de Tocantins e Piauí, no Oeste baiano, podem comprometer a qualidade do atendimento do Sistema Único de Saúde, para casos que exijam, por exemplo, procedimentos de média e alta complexidade.

Feira de Santana, que possui a segunda maior população do Estado (IBGE, 2019), concentra em seu território 03 (três) e Ilhéus, na região cacaeira, 02 (dois), dos 23 (vinte e três) hospitais estaduais localizados no interior, o que demonstra que mesmo com 64% das unidades hospitalares do estaduais localizadas fora da capital, estas não estão distribuídas de maneira equânime, para a cobertura dos 417 (quatrocentos e dezessete) municípios baianos e sua população.

Deste modo, conforme dados apresentados, a implantação e expansão dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado da Bahia, representa uma política pública da gestão em Saúde com a qual corroboramos, tanto como cidadãos e usuários do SUS, quanto na condição de futuros Especialistas em Gestão em Saúde, tendo em vista, que tal ação, colabora de forma efetiva e eficaz para que seja suprida a lacuna deixada pela ausência de

atendimento da Rede Estadual, nas regiões que hoje são cobertas e atendidas pelos próprios municípios de forma consorciada.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estabelecimento e a regulamentação do Consórcio Público como ferramenta de gestão, sobretudo, na carente e delicada área de saúde, configura-se como uma das mais assertivas políticas públicas adotadas pelo estado da Bahia, com fins à ampliação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços de saúde, bem como, à otimização dos recursos públicos.

A participação dos municípios nos Consórcios Intermunicipais de Saúde é um ato voluntário, ou seja, nenhum ente federativo, na forma da lei em vigor, é obrigado a consorciar-se ou mesmo a manter-se consorciado, porém, é inegável de que, sobretudo no período atual de crise econômica, contensão de custos e de recursos orçamentários cada vez mais escassos, a união de municípios em torno de um bem comum de tamanha preciosidade como é a saúde pública, essencial à sociedade, representa um ganho, tanto para as administrações, quanto - e principalmente - à população.

A adesão dos municípios baianos aos Consórcios Intermunicipais de Saúde, tem apresentado como principal vantagem, a melhoria do acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade, aumentando a oferta com melhor qualidade, reduzindo consideravelmente os altos custos operacionais, já que as despesas são divididas entre os entes consorciados, cumprindo inclusive os princípios constitucionais da eficiência e eficácia, à medida em que recursos públicos são poupados e um serviço essencial tem a oferta aumentada.

O fortalecimento das mais longínquas regiões do estado da Bahia, descentralizando o atendimento até bem pouco tempo concentrado na capital, além da possibilidade da promoção de um atendimento personalizado, atendendo as características específicas de cada região, são fatores aglutinados, que revestem a implantação e ampliação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde como ferramentas ativas e eficazes de democratização de acesso e do cidadão ao Sistema Único de Saúde no Estado da Bahia, política pública que deve ser continuada até a cobertura de 100% dos 417 municípios baianos.

## REFERÊNCIAS

- BAHIA. Governo do Estado da Bahia. Secretaria da Saúde. **Consórcios de Saúde da Bahia**. Salvador: 2019. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/consorcios/>> Acesso em: 04 out.2019;
- BIROCHI, Renê. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração**. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2015.
- BRASIL. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) > Acesso em: 04 out.2019;
- \_\_\_\_\_. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: 1990. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)> Acesso em: 04 out.2019;
- \_\_\_\_\_. **Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007**. Brasília: 2007. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6017.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6017.htm)> Acesso em: 04 out.2019;
- \_\_\_\_\_. **Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Brasília: 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/bi4Gwj>> Acesso em: 04 nov.2019;
- \_\_\_\_\_. **Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012**. Brasília: 2012. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm)> Acesso em: 04 nov.2019;
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Brasília: 2016. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acesso em: 04 nov.2019;
- \_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Cidades e Estados: Bahia**. Brasília: 2019. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba.html>> Acesso em: 04 out.2019;
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Brasília: 2006. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)> Acesso em: 16 nov.2019;
- CARVALHO, Antônio Ivo de. BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**. – 3. ed. rev. atual. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2014;
- CARVALHO, Claudinê Jordão de. – **Elaboração e Gestão de Projetos**. 3. ed. rev. atual. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2016;

HEINEN, Juliano. **Comentários à Lei de acesso à informação: Lei 12.527/2011**. ed. rev. atual. Belo Horizonte: Fórum, 2015;

SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. **Consórcios Públicos Intermunicipais, no âmbito do SUS: Aspectos Básicos**. Ministério da Saúde. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2014;

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**. Universidade Federal de São Paulo, 2011.