

A DISTRIBUIÇÃO DE CUSTOS E BENEFÍCIOS DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS DO MÉDIO SAPUCAÍ (CISAMESP)

Rodrigo Rios Faria de Oliveira^a, Rosilene de Lima Machado Silva^a, Pedro José Papandréa^b

^a Universidade do Vale do Sapucaí, UNIVAS, Pouso Alegre – Minas Gerais

^b Instituto Federal do Sul de Minas, IF Sul de Minas, Machado – Minas Gerais

RESUMO

O presente trabalho possui como objeto o estudo do direito à saúde na sistemática brasileira. Será analisado, no decorrer do trabalho, o fenômeno da municipalização da saúde, por meio de consórcios intermunicipais. Tal tema, demonstra a real importância das funções representativas de poderem criar políticas públicas, aptas a efetivarem direitos sociais, como a saúde. A saúde, direito inerente às questões sociais, busca a efetivação imediata de direitos fundamentais. Os temas apresentados são relevantes e constituem matéria de diversos posicionamentos críticos.

PALAVRAS-CHAVE:

Direito à Saúde,
CIS AMESP,
Consórcio Intermunicipal.

INTRODUÇÃO

A saúde, direito fundamental-social, é um bem primordial. Sem ela não há que se verificar a existência de vida digna em nosso seio social. No Brasil, a tutela da saúde está implícita no início da Constituição Federal, em seu art. 1º, III, ao expor que constitui fundamento da República Federativa do Brasil a dignidade da pessoa humana. A norma constitucional nos demonstra, claramente, que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Cabe ao Estado, como administrador do bem público, criar meios que promovam, protejam e recupere a saúde no âmbito social e individual.

Serão objetos de estudo o direito à saúde, a sua municipalização, e, principalmente, as questões relativas aos consórcios municipais. Tudo isso torna-se necessário, pois temos tais temas sendo constantemente discutido no âmbito dos direitos sociais.

Para que tenhamos existência verdadeira de uma saúde pública, funda-nos argumentar que ao indivíduo é devido assegurar condições mínimas que lhe possibilitem o exercício digno da vida, e isso torna-se mais viável, ou mais sensível, com a municipalização do Sistema Único de Saúde, pois assim as particularidades, daquele Município, serão melhor visualizadas e, em consequência, melhor implementadas aos seus municípios. Isso facilita o ato de reclamar, solicitar, a efetivação imediata dos direitos fundamentais negados ou não prestados pelo Estado, aqui entendido como União.

Busca-se, neste trabalho, expor, de forma geral, a pertinência e a relevância de cada tema na atualidade em que os Municípios passam, sobretudo os da região do Médio Sapucaí.

MATERIAIS E MÉTODOS

Metodologia de pesquisa

A metodologia de pesquisa utilizada foi do tipo Qualitativa com pesquisa Documental que é aquela caracterizada pela busca da compreensão de um fenômeno em seu ambiente natural. Sendo esta diferente da pesquisa bibliográfica porque suas fontes são

secundárias, abrangem uma bibliografia ou fonte já tornada pública (KRIPKA, SCHELLER e BONOTTO, 2015)

Revisão da literatura

Saúde e municipalização do sus

O Direito, compreendido como ciência jurídica, vem, ao longo dos anos, avançando em seus mais diversos campos. Um deles por sinal é o Direito à Saúde, matéria interdisciplinar e autônoma, que, atualmente, ganha destaque.

Devido às inúmeras circunstâncias inerentes ao tema: seu aspecto multiprofissional e assistencial; a importância de suas prerrogativas profissionais; a proteção da sociedade em geral; a divisão de tarefas e responsabilidades. A saúde não é mais conhecida como aquela área que era integrada somente por médicos (clínicos gerais), cirurgiões dentistas, médicos veterinários e farmacêuticos. Atualmente, a saúde, com seus avanços, é composta por médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, psicopedagogos, gestores da saúde, administradores hospitalares, advogados especializados, seguradoras voltadas para este ramo, dentre outros.

Além disso, seu campo de atuação envolve interesses políticos, econômicos e sociais. Daí o porquê de se falar que o Direito à Saúde é um ramo autônomo. Seu objeto de estudo é complexo, controverso e multidisciplinar (MENDES, 2013). Analisado este aspecto disciplinar do Direito à Saúde, passa-se à análise de seu conteúdo como um direito fundamental.

A saúde é, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (CONSTITUIÇÃO DA OMS, 1946). E, na sequência, como ela própria discorre, constitui um direito fundamental do ser humano gozar do melhor estado de saúde, sem distinção de raça, religião, credo político, condição econômica ou social.

A saúde é um direito fundamental, inerente à condição humana. Sem ela não há vida digna. Embora para muitos leitores seja óbvio afirmar que ela é um direito humano, a fim de se estabelecer acordo terminológico e conceitual no transcórre deste trabalho, a saúde será classificada como direito fundamental, eis que existente uma nítida distinção entre direitos humanos e fundamentais. Direitos humanos são aqueles assegurados no plano do direito internacional, enquanto os direitos fundamentais são os consagrados no plano do direito constitucional de cada Estado (SARLET; FIGUEIREDO, 2008). Fácil perceber que o direito à saúde é um autêntico direito fundamental, de cunho social.

Por direitos sociais, entendemos como os consagrados nas Constituições dos Estados e que causam, pelo mundo, em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, transtornos práticos que são enfrentados, constantemente, pela doutrina e jurisprudência, no que diz respeito à sua efetividade (ANDRADE, 2014).

Há, contudo, divisões doutrinárias no que tange à efetividade dos direitos fundamentais sociais (BALESTERO; GOMES, 2015):

- A primeira corrente nega a eficácia dos direitos sociais, pois, segundo ela, são direitos dependentes de atuação legislativa.
- A segunda afirma a total aplicabilidade dos direitos sociais, bem como dos fundamentais de defesa. Segundo essa corrente, o §1º, e o inciso XXXV, ambos da Constituição Federal, autorizam a Função Jurisdicional suprir a lacuna de ausência da atividade legislativa.
- A terceira reconhece eficácia imediata ao mínimo existencial.
- A quarta, por sua vez, afirma a possibilidade de tutela judicial de direitos sociais, independente da atuação legislativa, condicionando essa aplicação com juízo de valor entre o direito social postulado e os princípios constitucionais do Estado Democrático de Direito – a separação de poderes.

Frente a tais questões sociais, a União atribui aos Municípios uma certa responsabilidade quanto às decisões inerentes à saúde, em virtude de suas particularidades regionais. Tal dá-se, geralmente, por meio de Conselhos de Saúde, bem como por Conferências.

Ao depararmos com a aula “O Sus e a Municipalização da Saúde”, temos que:

“A municipalização da saúde acontece quando a gestão dos serviços de saúde é transferida dos governos federal e estadual para os municípios. Esta

descentralização dos serviços de saúde atende à determinação da Constituição Federal, às definições da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, e às NOBS, NOAS e, recentemente, o Pacto de Gestão.”

Além disso, a municipalização também considera a capacidade administrativa de cada um dos municípios, avaliando que na dimensão geográfica e cultural do Brasil é inegável uma variedade de problemas que requer uma atuação específica. Certamente esses problemas serão mais bem resolvidos por meio de interventores locais (E-TEC BRASIL, 2021).

Com tais ensinamentos, claro nos fica que a municipalização do sistema SUS dá-se em razão das características, e dificuldades, pertinentes a cada área territorial dos Municípios.

Consórcio intermunicipal de saúde (cis)

O consórcio público é uma forma de associação pública instituída pelo art. 241 da Constituição Federal de 1988, que permite a cooperação entre os entes federados, por meio de gestão associada de serviços, com o intuito precípuo de equacionar, de forma conjunta, os problemas frequentes e coletivos existentes (BRASIL, 1988).

Esse instrumento de associação de entes federativos não é recente, há registros na Constituição Paulista de 1981 e nas Constituições Federais de 1937 e 1967, e houve a premência de ser estabelecido porque o Estado reconhece as dificuldades, principalmente dos municípios, em realizar suas ações de maneira isolada e com escassos recursos financeiros, tecnológicos e de pessoal. Destarte, promove-se, por meio do consórcio, uma pactuação entre vários entes federativos, com a constituição de uma nova pessoa jurídica (consórcio), com o propósito de compartilhar e realizar objetivos de interesses comuns (CUNHA, 2004; LIMA, 2000).

A Lei nº 11.107 de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos, estabeleceu que estes podem ser organizados com personalidade de direito público ou de direito privado. Os de direito público devem integrar a administração indireta dos entes consorciados e os de direito privado, devem ser organizados conforme os requisitos da legislação civil. Ambas as formas de constituição devem obedecer às regras do direito público, concernente à licitação, à celebração de contratos e à contratação de pessoal (BRASIL, 2005).

De acordo com a Confederação Nacional dos Municípios (2016), existem duas modalidades de consórcios entre os entes federativos: consórcio administrativo e consórcio público. O consórcio administrativo é aquele constituído antes da Lei nº 11.107 de 2005 e tem as seguintes características:

- pacto de mera colaboração, ou seja, não há vínculo contratual;
- não tem personalidade jurídica e segue as formalidades da associação civil;
- não há o estabelecimento de sanções por inadimplência e obrigações recíprocas; e
- o associado tem ampla liberdade de participar e se retirar quando não houver mais conveniência (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2016).

O consórcio público é regido pela Lei nº 11.107 de 2005, conforme já dito, e tem os seguintes fundamentos:

- ser formalizado exclusivamente por entes federativos,
- constituição de direitos e deveres recíprocos entre os participantes;
- possui personalidade jurídica (pública ou privada); e
- depende de autorização legislativa e celebração de vínculo contratual (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS, 2016).

Quanto ao financiamento dos consórcios públicos, a Lei nº 11.107 de 2005 determina que os repasses de recursos financeiros, pelos entes consorciados ao consórcio, deverão ser em forma de contrato de rateio ou contrato de programa.

O contrato de rateio é pactuado com os consorciados para a manutenção das despesas de custeio, previamente fixadas, e deve ser formalizado a cada exercício financeiro, dentro das limitações das dotações orçamentárias de cada ente, bem como deve haver prestação de contas dos gastos realizados (BRASIL, 2005; MACHADO; ANDRADE, 2014).

Já o contrato de programa ocorre quando há a prestação de serviços por órgão ou entidade de um dos entes consorciados ou a

Percebe-se, pela visualização das Figuras 1 e 2 que, tanto os CIS generalistas quanto os CIS temáticos fazem a cobertura quase na totalidade do território do Estado de MG, indicando a grande adesão dos municípios aos serviços públicos compartilhados e em cooperação.

Esta pesquisa terá como foco o Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios do Médio Sapucaí (CIS AMESP), que abrange parte da mesorregião Sul e Sudoeste do Estado de MG.

Objeto de estudo

O Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios do Médio Sapucaí (CIS AMESP) foi fundado em 24 de abril de 1996, está inscrito no CPNJ nº 01.080.759/0001-94 e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) nº 5338409. Localizado na mesorregião Sul e Sudoeste de MG, conforme demonstrado na Figura 3, com sede administrativa no Município de Pouso Alegre. De acordo com a Secretaria de Estado de Saúde de MG (2020b), o CIS AMESP não está adequado às normas da Lei nº 11.107 de 2005, por ter sua fundação anterior a essa legislação, portanto é um contrato administrativo. O presidente atual do CIS AMESP é o prefeito do município de Pouso Alegre.



Figura 3 – Localização da Mesorregião Sul e Sudoeste de MG

Fonte: PEROBELLI (2016)

O CIS AMESP compreende 32 municípios consorciados, distribuídos nas microrregiões de Pouso Alegre, Poços de Caldas e Santa Rita, alcançando demandas de serviços de saúde de uma população total de 489.360, em extensão territorial de 7.300,712 km², conforme informações do IBGE (2020) e Secretaria de Estado de Saúde MG (2020a).

Temos que os municípios consorciados, em sua maioria, são pequenos em relação a sua população, com um território extenso, porém não muito povoado, o que ratifica a proposta de se unirem, por meio de consórcios, para prestarem serviços de saúde. Estão relativamente não muito distantes da sede do consórcio, contudo dependem de transportes coletivos para levar os pacientes para os tratamentos. A Tabela 1 que segue, demonstra a quantidade de municípios por classificação de número de habitantes, conforme distribuição de porte populacional adotada pelo IBGE (2004).

Tabela 1 – Classificação dos municípios de acordo com o número de habitantes

Classes	Quantidade de municípios
Até 5.000 habitantes	8
De 5.001 a 10.000 habitantes	10
De 10.001 a 20.000 habitantes	8
De 20.001 a 50.000 habitantes	5
De 50.001 a 100.000 habitantes	--
Acima de 100.001 habitantes	1

Dos 32 municípios participantes do CIS AMESP, 56,25% tem menos de 10.000 habitantes, 25% têm entre 10.001 e 20.000 habitantes e 15,62% tem população entre 20.001 e 50.000. Percebe-se que o consórcio atende, em sua maioria, os municípios

considerados de pequeno porte populacional.

De acordo com Lima (2000), esses municípios considerados pequenos tem dificuldades e carências na otimização da gestão da saúde, tendo em vista as deficiências de recursos materiais, estrutura física, profissionais especializados, baixa remuneração, apoio diagnóstico, novas tecnologias médicas, somando a tudo isso, as necessidades características dos municípios localizados no interior do país, que ficam distantes de grandes centros e dependem basicamente de receitas de transferências federal e estadual.

Conforme a Lei Complementar nº 141 de 2012, os municípios devem aplicar o percentual mínimo de 15% em gestão de saúde, e os municípios consorciados ao CIS AMESP, embora não muito providos de altas receitas, investiram percentuais elevados na gestão em saúde, durante o ano de 2020, conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Gastos com saúde dos municípios consorciados no ano de 2020

Município	Valor (R\$)	%	Município	Valor (R\$)	%
Albertina	2,7 milhões	22,81%	Ipuiúna	4,7 milhões	29,57%
Bom Repouso	3,8 milhões	22,38%	Itapeva	5,1 milhões	22,5%
Borda da Mata	7,3 milhões	29,45%	Jacutinga	16,4 milhões	39,77%
Bueno Brandão	3,3 milhões	20,49%	Monte Sião	10,4 milhões	28,37%
Cachoeira de Minas	4,2 milhões	24,37%	Munhoz	3,3 milhões	25,76%
Camanducaia	10,9 milhões	26,96%	Natércia	3,7 milhões	32,33%
Cambuí	11,3 milhões	24,99%	Pouso Alegre	54,4 milhões	15,39%
Careaçu	3,3 milhões	24,44%	Santa Rita do Sapucaí	12,5 milhões	20,73%
Conceição dos Ouros	4 milhões	24,25%	São João da Mata	2,2 milhões	21,77%
Congonhal	4,7 milhões	29,02%	São Sebastião da Bela Vista	2,9 milhões	14,04%
Córrego do Bom Jesus	2,6 milhões	25,28%	Senador Amaral	4 milhões	30,97%
Espírito Santo Dourado	3,1 milhões	26,81%	Senador José Bento	1,7 milhão	19,87%
Estiva	4,1 milhões	24,06%	Silvianópolis	1,9 milhão	17,67%
Heliodora	3 milhões	24,64%	Tocos do Moji	2,6 milhões	27,53%
Ibitiúra de Minas	3,1 milhões	32,48%	Toledo	3,4 milhões	29,29%
Inconfidentes	2,9 milhões	21,93%	Turvolândia	2,8 milhões	23,16%

Fonte: elaborada com base nas informações do TCEMG (2021)

Esse percentual de aplicação de recursos em saúde é calculado com base na arrecadação de cada município e fiscalizado pelo Tribunal de Contas do Estado. Por meio da análise da Tabela 2, nota-se que o município Jacutinga teve o maior percentual aplicado em gestão de saúde, sendo 24,77% acima do limite mínimo obrigatório. Os municípios Ibitiúra de Minas, Natércia e Senador Amaral, aplicaram acima de 30%, ou seja, mais que o dobro do limite mínimo. O município Pouso Alegre teve a maior aplicação em valores, por ser o maior município participante do consórcio e, por conseguinte, com maior arrecadação. Contudo, esse valor equivale ao menor percentual aplicado, dentro do limite da legislação, em comparação com os outros municípios consorciados. Salienta-se que o município São Sebastião da Bela Vista não atingiu o mínimo estabelecido, sendo considerada uma infração administrativa, podendo ocasionar punição, de acordo com o art. 46 da Lei Complementar nº 141 de 2012.

O setor da saúde é carente de recursos públicos e, mesmo os municípios aplicando acima do limite estabelecido, ainda não são suficientes para cobrir todos os gastos, tendo em vista as urgências e emergências, a atenção básica que deve ser assistida, e ainda os altos custos não estimados para o ano de 2020, com a pandemia provocada pelo coronavírus. Em vista disso, os municípios se associam, com o propósito de aumentar a abrangência dos atendimentos, oferecendo mais serviços para a população. Assim, no próximo item serão tratados os custos e benefícios relativos à gestão associada por meio do consórcio CIS AMESP.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme mencionado, o CIS AMESP é um consórcio criado antes da Lei nº 11.107 de 2005 e se enquadra na modalidade consórcio administrativo. Destarte, não segue regras do contrato de rateio e contrato de programa para o recebimento de recursos financeiros.

Os municípios consorciados repassam mensalmente 1% do valor recebido do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), que é uma transferência constitucional, da União aos municípios, estabelecida no art. 159 da Constituição Federal. Esse percentual é calculado pelo consórcio e debitado mensalmente da conta bancária do município, sendo utilizado para o custeio das operações.

Cada ente consorciado recebe cotas, de acordo com o número de sua população, para a realização de exames, consultas e

procedimentos de ambulatório, conforme disposto no Quadro 1, além do serviço de transporte, que é oferecido um veículo para o transporte dos pacientes.

Quadro 1 – Serviços oferecidos pelo Cisamesp

Consultas	Exames e Procedimentos de Ambulatório
Angiologia	Audiometria/Impedanciometria
Cardiologia	Biopsia de pele/Exereses de lesão
Dermatologia	Campimetria visual computadorizada
Endocrinologia	Crioterapia/Eletrocoagulação/Infiltração
Gastroenterologia	Duplex Scan
Neurologia	Ecodoppler
Oftalmologia	EEG – Mapeamento cerebral
Ortopedia	Endoscopia digestiva
Otorrinolaringologia	Holter 24 horas
Pneumologia	Mamografia
Proctologia	Oftalmologia
Psiquiatria	Raio X
Urologia	Ultrassonografia

Fonte: elaborado com base nas informações do Cisamesp (2020)

Para facilitar o acesso a mais serviços de saúde, além das cotas pactuadas mensalmente, o CIS AMESP faz grandes licitações de exames e procedimentos de alta complexidade. Por ser licitados serviços em quantidades vultosas, o consórcio consegue minimizar custos, bastando os municípios aderirem às atas de registros de preços, para terem acessos a serviços com menores valores. Os entes consorciados também podem adquirir cotas extras de exames de média complexidade, aqueles que têm maior demanda reprimida, com a finalidade de diminuir o tempo de espera nos agendamentos, também com valores menores do que aqueles praticados no mercado.

Importante ressaltar que o CIS AMESP fez a oferta de exames para a detecção da Covid-19, aos pacientes internados no Hospital Samuel Libânio, localizado no município sede do consórcio, de forma gratuita a todos os pacientes dos municípios consorciados, durante o ano de 2020. O CIS AMESP previu uma receita de R\$ 9.608.000,00, entre receitas correntes e de capital, para o ano de 2020 e realizou R\$ 12.609.307,84, conforme detalhado na Tabela 3.

Tabela 3 – Receitas previstas e realizadas em 2020 pelo CIS AMESP

Receita	Previsão (R\$)	Realização (R\$)
Remuneração de depósitos bancários	28.000,00	5.053,80
Locação de espaço	0,00	300,00
Serviços de transportes (SETS)	1.922.000,00	1.890.059,41
Serviços de mamografia	250.000,00	346.406,17
Serviços de radiologia e laboratório	2.098.000,00	5.457.148,11
Serviços ambulatoriais	5.298.000,00	4.730.246,45
Serviços excedentes	0,00	175.893,90
Alienação de sucatas (SETS)	12.000,00	4.200,00
Total das receitas	9.608.000	12.609.307,84

Fonte: elaborada com base nas informações do Portal da Transparência (2021)

A receita de remuneração de depósitos bancários, que é o rendimento das aplicações ou poupanças, foi realizada em apenas 18,05%, fato ocorrido devido à crise econômica, provocada pela pandemia da Covid-19. A receita de alienação de sucatas refere-

se a uma despesa de capital e, provavelmente de leilões de veículos e peças automotivas. Esta receita também foi frustrada, sendo realizada apenas 35% do previsto.

As receitas de serviços de transportes (SETS) e de serviços ambulatoriais também não foram totalmente realizadas, contudo, as demais receitas ultrapassaram o valor previsto e houve o registro de receita de serviços excedentes que não estava prevista, proporcionando um excesso de arrecadação em 31,24%, o que é razoavelmente bom para os cofres do consórcio, tendo em vista um ano de crise econômica. Ressalta-se que os valores repassados pelos municípios ao CIS AMESP englobam o montante do percentual mínimo legal de 15% a ser gasto com serviços de saúde.

Diante do exposto, o benefício dos municípios consorciados ao CIS AMESP é, para além das vantagens de compartilhamento de tecnologias avançadas em saúde e profissionais qualificados, a vantajosidade financeira, pois, conseguem exames, consultas e procedimentos com valores bem mais baixos daqueles praticados no mercado, podendo dessa forma, aumentar a oferta de serviços.

CONCLUSÕES

Verificou-se, nesse presente ensaio, que a saúde é um direito fundamental, e que ela se refere à uma completude que abraça as questões de bem-estar físico, mental e, sobretudo, social, não em mera conceituação de que se trata de ausência de doença.

Visualizamos que a própria Constituição Federal demonstra um compromisso de prestar a saúde para todos os indivíduos, além de estabelecer que a saúde é um direito de todos e dever do Estado.

Demonstrado ficou que o campo de atuação da saúde, qualquer que seja seu nível institucionalizado, envolve, em razão dessa própria institucionalização, interesses políticos, econômicos e sociais. Frente às questões sociais, a União atribui aos Municípios responsabilidades quanto às decisões inerentes à saúde, em virtude de suas particularidades regionais. Tal dá-se, geralmente, por meio de Conselhos de Saúde, bem como por Conferências e Consórcios públicos.

O consórcio público, instituído pelo art. 241 da Constituição Federal de 1988, permite que os entes federados possam se associar para solucionar problemas comuns e, por conseguinte, oferecer melhores serviços à população. As cooperações entre esses entes, por meio de consórcios públicos, podem ser realizadas nas mais variadas áreas de atuação governamental, conforme o seu interesse e, principalmente, suas carências, sendo o setor da saúde o mais significativo, por ser um direito de toda a população e um dever do Estado.

Viu-se que o Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios do Médio Sapucaí (CIS AMESP) foi fundado em 24 de abril de 1996, está inscrito no CNPJ nº 01.080.759/0001-94 e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) nº 5338409. O CIS AMESP não segue regras do contrato de rateio e contrato do programa para o recebimento de recursos financeiros. Dessa feita, os municípios consorciados repassam mensalmente 1% do valor recebido do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), que é uma transferência constitucional, da União aos municípios, estabelecida no art. 159 da Constituição Federal. Demonstrou-se, ao longo do texto, que esse percentual é calculado pelo consórcio e debitado mensalmente da conta bancária do município, sendo utilizado para o custeio das operações. Assim, cada ente consorciado recebe cotas, de acordo com o número de sua população, para a realização de exames, consultas e procedimentos de ambulatório, além do serviço de transporte, que é oferecido um veículo para o transporte dos pacientes.

Diante de todo exposto, podemos bem perceber a suma importância de Consórcios Intermunicipais de Saúde, para que tal direito fundamental possa ser, ou tenha melhores condições, entregue às populações desses entes federativos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. B. Direito a medicamentos: o direito fundamental à saúde na jurisprudência do STF, Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.

BALESTERO, G. S.; GOMES, R. N. A função contramajoritária da jurisdição e os Direitos Fundamentais Sociais prestacionais. (p. 35-52) - Processo e Constituição: estudos sobre a judicialização da saúde, da educação e dos direitos homoafetivos. Florianópolis: Empório do Direito, 2015.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, 05 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 05 jan. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 05 jan. 2021.

BRASIL. Nº 11.107, de 06 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 07 abr. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111107.htm>. Acesso em 05 jan. 2021.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 16 jan. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em 05 jan. 2021.

CISAMESP. Especialidades: consultas e exames. Disponível em: <<http://www.cisamesp.com.br/>>. Acesso em: 15 dez. 2020.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS (CNM). Consórcios públicos intermunicipais: uma alternativa a gestão pública. Brasília: CNM, 2016.

CONSTITUIÇÃO DA OMS (1946). Biblioteca Virtual de Direitos Humanos, Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em 25 jan. 2021.

CUNHA, R. E. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa. Revista do Serviço Público, v. 55, n. 3, p. 5-36, jul./set. 2004.

E-TEC BRASIL. Aula 10 - O Sus e a municipalização da Saúde. Gerência em Saúde, p. 145-160. Disponível em: <http://proedu.rnp.br/bitstream/handle/123456789/601/Aula_10.pdf?sequence=10&isAllowed=y>. Acesso em: 25 jan. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA (IBGE). Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados da amostra do censo demográfico 2000. Estudos e Pesquisas Informações Demográfica e Socioeconômica, Rio de Janeiro, n. 14, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA (IBGE). IBGE Cidades. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 15 dez. 2020.

Kripka, R., Scheller, M., & Bonotto, D. L. (2015). Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. CIAIQ2015, 2.

LIMA, A. P. G. Os consórcios intermunicipais de saúde e o Sistema Único de Saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 985-996, out./dez. 2000.

MACHADO, J. A.; ANDRADE, M. L. C. Cooperação intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribuição de custos e benefícios. Rio de Janeiro, Revista Adm. Pública, v. 48, n. 3, p. 695-720, maio/jun. 2014.

MENDES, K. Curso de Direito da Saúde. São Paulo: Saraiva, 2013.

PEROBELLI, F. F. C. (coord). Boletim de economia regional: indicador de atividade econômica municipal. Conjuntura e Mercados Consultoria Jr. Faculdade de Economia da Universidade Federal de Juiz de Fora, v. 3. n. 1, nov. 2016.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. Receitas do consórcio intermunicipal de saúde dos municípios da microrregião do médio sapucaí. Portal Fácil, janeiro 2021. Disponível em: <<http://www.transparenciacom.br/0195206>>. Acesso em: 18 jan. 2021.

SANTOS, L. Consórcio administrativo intermunicipal: aspectos gerais, suas especificidades em relação ao Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <<http://idisa.org.br/img/File/ConsortioAdministrativoIntermunicipal.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2020.

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. Reserva do Possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. Revista

de Doutrina da 4º Região, Porto Alegre, n. 24, jul. 2008. Disponível em: <http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigo/edicao024/ingo_mariana.html> acesso em: 25 de janeiro de 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE MG. Pesquisa diagnóstico dos consórcios intermunicipais de saúde – compêndio de 2020. Minas Gerais, set. 2020a. Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/1557-consorcios-intermunicipais-de-saude-cis>>. Acesso em: 18 dez. 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE MG. Boletim informativo novembro 2020. Minas Gerais, 2020b. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2020/Consortorios_de_saude/12.AMESP_nov2020.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2020.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS (TCEMG). Fiscalizando com o TCE: Minas transparente. Disponível em: <<https://fiscalizandocomtce.tce.mg.gov.br/#/inicio>>. Acesso em: 11 jan. 2021.