

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**BACHALERADO EM GESTÃO PÚBLICA**

**Andréia Almeida de Alcantara**

**REGIONALIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS**  
**CONSÓRCIOS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**

Belo Horizonte

2014

**Andréia Almeida de Alcantara**

**REGIONALIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS  
CONSÓRCIOS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Gestão Pública.

Orientador: José Ângelo Machado

Belo Horizonte

2014

**Andréia Almeida de Alcantara**

## **REGIONALIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS CONSÓRCIOS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Gestão Pública.

---

José Ângelo Machado (Orientador) – UFMG/DCP

---

Eleonora Schettini Martins Cunha – UFMG/DCP

Belo Horizonte, 10 de junho de 2014

## RESUMO

O uso de consorciamento entre os entes federados do país é uma figura nova para as administrações. Surge como uma alternativa para os municípios eliminarem suas demandas, especialmente na área da saúde, cujos procedimentos médicos necessários para atender a necessidade da população têm um custo de aquisição muitas vezes inviável para um município de pequeno porte. Entretanto, por meio do consorciamento, o ente municipal será capaz de suprir a demanda reprimida e, ao mesmo tempo, conseguir os serviços e procedimentos médicos a um preço viável. Tendo em vista que a importância do tema, e levando em consideração que Minas Gerais é o estado brasileiro com o maior número de consórcios, em especial de consórcios de saúde, este estudo visa avaliar os tipos de procedimentos médicos prestados por cinco consórcios e comparar os tipos de procedimentos ofertados em duas regiões socioeconômicas diferentes, respondendo à pergunta de pesquisa, qual seja, “as escolhas feitas na formação dos consórcios (quais sejam, quais municípios vão fazer parte, quais procedimentos vão oferecer), são diferentes frente o desenho das regiões de saúde?”.

**Palavras-chave: consórcio público; macrorregião; microrregião; Consórcio Intermunicipal de Saúde de Minas Gerais.**

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - História da legislação da cooperação entre entes da federação na república brasileira.....	19
Quadro 2 - Evolução dos municípios participantes de consórcios nos diferentes setores governamentais.....	22
Quadro 3 - Estimativa da população residente nos municípios mineiros com data de referência em 1º de julho de 2013.....	26
Quadro 4 - Níveis de complexidade de saúde pelo SUS.....	31
Quadro 5 - Distribuição percentual de municípios consorciados, segundo tamanho da população. Novembro de 2007.....	40
Quadro 6 - Os municípios da Macrorregião Noroeste, divididos por microrregião.....	42
Quadro 7 - Os municípios dos consórcios públicos pertencentes à Macrorregião Noroeste....	46
Quadro 8 - Os municípios da Macrorregião Triângulo do Norte, divididos por microrregião.....	50
Quadro 9 - Os municípios dos consórcios públicos pertencentes à Macrorregião Triângulo do Norte.....	56

**LISTA DE MAPAS**

Mapa 1 - As 13 macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais.....	35
Mapa 2 - Estados com consórcio em saúde constituído de acordo com as informações das Secretarias de Estado da Saúde em junho 2008.....	39
Mapa 3 - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste de Minas.....	47
Mapa 4 - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba.....	49
Mapa 5 - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale Paranaíba.....	58
Mapa 6 - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Paranaíba.....	59
Mapa 7 - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Pontal do Triângulo Mineiro.....	61

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Porcentagem aproximada do número dos consórcios público nos setores governamentais no ano de 2002.....	23
Gráfico 2 - Porcentagem aproximada do número dos consórcios público nos setores governamentais no ano de 2011.....	23
Gráfico 3 - Estimativa da população residente nos municípios mineiros com data de referência em 1º de julho de 2013.....	26
Gráfico 4 - Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos) em microrregiões selecionadas. Minas Gerais, 2005.....	28
Gráfico 5 - Número de estabelecimentos de saúde nos municípios da microrregião de Unaí.....	44
Gráfico 6 - Número de estabelecimentos de saúde nos municípios da microrregião de Patos de Minas.....	45
Gráfico 7 - Número de estabelecimentos de saúde nos municípios da microrregião de Ituiutaba.....	52
Gráfico 8 - Número de estabelecimentos de saúde nos municípios da microrregião de Patrocínio/Monte Carmelo.....	53
Gráfico 9 - Número de estabelecimentos de saúde nos municípios da microrregião de Uberlândia/Araguari.....	55

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2. CAPÍTULO 1 – EMERGÊNCIA E DIFUSÃO DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS NO BRASIL.....</b>	<b>13</b>
2.1. A evolução da legislação dos consórcios públicos no Brasil.....	13
2.2. A difusão dos consórcios públicos no Brasil.....	20
<b>3. CAPÍTULO 2 – MINAS GERAIS: ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS.....</b>	<b>25</b>
3.1. Minas Gerais: aspectos gerais e organização político-administrativa.....	25
3.2. O Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais.....	29
3.3. A Constituição do Estado de Minas Gerais e os Consórcios Públicos.....	37
<b>4. CAPÍTULO 3 – ESTUDO DE DUAS REGIÕES DO PDR E OS CONSÓRCIOS PÚBLICOS.....</b>	<b>41</b>
4.1. A macrorregião Noroeste (Patos de Minas) e os Consórcios Públicos.....	41
4.1.1 A Microrregião de Unaí.....	43
4.1.2 A microrregião de Patos de Minas.....	44
4.1.3 O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste de Minas.....	46
4.1.4 O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba.....	48
4.2 A macrorregião Triângulo do Norte (Uberlândia) e os Consórcios Públicos.....	50
4.2.1 A microrregião de Ituiutaba.....	51
4.2.2 A microrregião de Patrocínio/Monte Carmelo.....	52
4.2.3 A microrregião de Uberlândia/Araguari.....	53
4.2.4 O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale Paranaíba.....	56
4.2.5 O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Paranaíba.....	58

4.2.6 O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Pontal do Triângulo Mineiro.....	60
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>65</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por finalidade apresentar os consórcios intergovernamentais no setor de saúde, analisando pontos de convergência e inconsistências com a formação das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde. Entende-se por consórcio público a união de dois ou mais entes federados – União, Estados, Distrito Federal ou municípios – de forma voluntária, para prestação conjunta de bens ou serviços públicos distribuídos entre seus membros. O consorciamento requer cooperação entre as partes interessadas para a realização de objetivos comuns, objetivos esses que seriam inviáveis se perseguidos isoladamente por cada um dos interessados.

Mais especificamente, o objetivo desse trabalho é comparar e analisar as escolhas feitas na formação dos consórcios (quais sejam, quais municípios vão fazer parte, quais procedimentos vão oferecer), frente o desenho das regiões de saúde. Assim, será feita uma análise cinco consórcios de saúde de duas regiões - delimitadas pelo Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais – com características distintas. Por isso, o trabalho está organizado em 3 capítulos.

Para tanto, inicialmente será necessário analisar a legislação brasileira que diz respeito a consórcios públicos e, também, a difusão dos consórcios públicos no Brasil. Tal análise será realizada no primeiro capítulo, intitulado “Emergência e Difusão dos Consórcios Públicos no Brasil”, onde será feita uma análise histórica da evolução da legislação brasileira sobre os arranjos de cooperação intergovernamental utilizados em diversas épocas. Serão estudados os consórcios públicos fundados no Brasil, desde os primeiros até o processo de difusão que se deu após a promulgação da Lei 11.107/2005.

Feita essa primeira análise, qual destacaremos que os consórcios públicos ganharam maior força com a Constituição Federal de 1.988 e a descentralização favorável a essa organização, a pesquisa poderá adentrar o uso de consórcios públicos no estado de Minas Gerais.

Desta forma, no segundo capítulo, intitulado “Os Consórcios Públicos em Minas Gerais”, primeiramente será feita uma descrição das características físicas e econômico-financeiras do Estado de Minas Gerais, assim como os seus aspectos político administrativos, onde se destaca o elevado número de municípios. Será, em seguida, apresentada uma descrição geral da organização do setor saúde e o Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG) e as suas divisões. Por fim será estudada a legislação mineira sobre os consórcios públicos, especialmente a legislação mineira sobre consórcios públicos da

área de saúde e, finalmente, será feita uma descrição dos significativos números de consórcios públicos de saúde em território mineiro.

Restará ainda, portanto, responder à pergunta desta pesquisa: “*as escolhas feitas na formação dos consórcios (quais sejam, quais municípios vão fazer parte, quais procedimentos vão oferecer), são diferentes frente o desenho das regiões de saúde?*”, tarefa esta que será cumprida dentro do terceiro e último capítulo.

Intitulado “Estudo de duas regiões do PDR e os Consórcios Públicos”, no terceiro capítulo será feita uma análise da diferença dos tipos de serviços prestados nos consórcios públicos de duas macrorregiões do PDR/MG. As macrorregiões escolhidas foram as regiões Triângulo do Norte (Uberlândia) e Noroeste (Patos de Minas). A escolha dessas macrorregiões se deu por, apesar das duas regiões serem vizinhas geograficamente, a situação socioeconômica é muito diferente: em uma está concentrada uma grande parte dos municípios mineiros com condições socioeconômicas menos favorecidas; a outra se destaca pelo seu grande desenvolvimento econômico, e conseqüentemente, condições socioeconômicas muito melhores. O capítulo está dividido em duas subseções: a primeira será para a análise dos consórcios públicos da macrorregião Noroeste e na segunda vamos analisar os tipos de serviços prestados na macrorregião Triângulo do Norte.

Ao final será possível perceber que os níveis de complexidade dos procedimentos ofertados pelos consórcios estudados são diferentes – os procedimentos oferecidos nos consórcios da macrorregião Triângulo do Norte são de média e alta complexidade, já os oferecidos pelos consórcios da macrorregião Noroeste, de baixa e média complexidade – além disso, quase todos os consórcios são inconsistentes com o recorte territorial das regiões de saúde – dos cinco consórcios estudados, dois abrangem mais de uma microrregião de saúde, dois se situam dentro de uma única região, ainda que abrangendo apenas uma parte dos municípios e apenas um consórcio estudado respeita os limites territoriais estabelecidos pelo Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais.

Este estudo consiste inicialmente em uma revisão bibliográfica sobre o tema, apresentando conceitos pertinentes, bem como expondo legislações e decisões relacionadas ao tema, dentre outras a Lei Federal 11.107/2005 e o decreto que a regulamenta, Decreto 6.017/2007.

Posteriormente, a pesquisa terá uma breve abordagem quantitativa, em que serão utilizados dados da Secretaria de Saúde de Minas Gerais, do COSECS-MG/APP (Colegiado de Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais /

Agência de Políticas Públicas) e do Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG).

Por fim, será feita uma abordagem analítica comparativa dos consórcios de saúde, a fim de analisar e comparar os consórcios de saúde de Minas Gerais.

## **2. CAPÍTULO 1 - EMERGÊNCIA E DIFUSÃO DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS NO BRASIL**

Neste primeiro capítulo, primeiramente será feita uma análise histórica da evolução da legislação brasileira sobre os arranjos de cooperação intergovernamental utilizados em diversas épocas. Serão estudados os consórcios públicos fundados no Brasil, desde os primeiros até o processo de difusão que se deu após a promulgação da Lei 11.107/2005.

### **2.1. A Evolução da Legislação dos Consórcios Públicos no Brasil**

Os consórcios públicos no Brasil são uma inovação na área da administração pública e tem sofrido um expressivo aumento atualmente. Entretanto, a procura por arranjos de cooperação entre os entes públicos não é nova.

Antes de mais nada, é preciso conceituar o termo “cooperação” que será muito utilizado neste trabalho. No dicionário Aurélio, podemos achar o conceito de cooperação como: associação entre duas espécies que, embora dispensável, traz vantagens para ambas<sup>1</sup>. De acordo com Spink (2011), cooperação é quando atividades em conjunto geram um retorno maior para todos os envolvidos. Linhares (2012) define cooperação como um incentivo aos entes federados a agirem em favor de interesses por eles compartilhados. Considerando este sentido proposto para a abordagem das relações entre entes governamentais é que, portanto, apresentamos a seguir aspectos da evolução de mecanismos destinados a promover cooperação no ordenamento jurídico brasileiro. Nas diversas aplicações da Teoria dos Jogos, o termo cooperar significa agir junto, com um propósito comum (MYERSON, 1991, apud ABBAD, 2009, p. 37). Dessa forma, o jogador passa a agir coletivamente, e não individualmente, pelo menos em certos momentos:

A partir desta nova postura, o indivíduo passa a se preocupar não apenas com a sua utilidade individual, mas sim com uma utilidade coletiva. Esta última é a que justifica o comportamento do grupo que age de forma cooperativa. Assim, para que a aliança seja formada deve-se atender aos interesses e objetivos da racionalidade individual e da racionalidade coletiva. A principal condição motivadora para a formação de uma coalizão, portanto, afirma que o indivíduo não aceitará a obtenção

---

<sup>1</sup> FERREIRA, A. B. H. Novo dicionário *Aurélio* da Língua Portuguesa. 4. Edição. Curitiba: Ed. Positivo; 2009, pág. 545

de uma utilidade menor agindo de forma cooperativa do que aquela utilidade que ele obteria agindo individualmente. Uma aliança estratégica, analisada sob a ótica da teoria dos jogos deve satisfazer esta condição primária racionalmente justificada (ABBAD, 2009, p. 37).

A primeira menção feita aos consórcios remete ao Decreto nº 23.611, de 20 de dezembro de 1933, que tinha como objetivo revogar o Decreto legislativo nº 979, de 6 de janeiro de 1903, e facultava a instituição de consórcios profissionais-cooperativos. No seu artigo 7º, decretava:

Os consórcios profissionais-cooperativos poderão constituir uniões municipais, federais, estaduais e confederações nacionais, desde que de uma mesma finalidade econômico-profissional, e terão personalidade jurídica separada e gozarão dos mesmos direitos e vantagens dos consórcios profissionais-cooperativos isolados.

Nessa forma tratava-se da cooperação entre cidadãos com profissões similares ou conexas. Eles podiam se organizar entre si tendo por fim o estudo, a defesa, o desenvolvimento dos interesses gerais da profissão, dos interesses econômico-profissionais de seus membros, e a realização de suas finalidades econômicas em cooperativas de consumo, crédito, produção e modalidades derivadas.

Foi mais tarde, em 1937, que uma nova forma de consórcios aparece na Constituição, para se referir a uma relação de cooperação entre entes governamentais. O único artigo da Constituição de 1937 que tratava sobre o tema era o artigo 29, que assim estabelecia:

Os Municípios da mesma região podem agrupar-se para a instalação, exploração e administração de serviços públicos comuns. O agrupamento, assim constituído, será dotado de personalidade jurídica limitada a seus fins.

Parágrafo único - Caberá aos Estados regular as condições em que tais agrupamentos poderão constituir-se, bem como a forma, de sua administração.

Foi a primeira aparição de formas de consorciamento, tal como abordamos neste trabalho, em constituições no Brasil. Nessa nova forma, diferentemente do Decreto 23.611/1933, o consórcio acontecia entre municípios da mesma região e não entre profissionais de cargos similares ou conexos. O objetivo do agrupamento de municípios

(como foi denominado na época) era a prestação de serviços públicos comuns, por meio da sua instalação e administração. Como em 1937 os municípios ainda não eram reconhecidos como entes federados, aos estados restava a tarefa de regular tais agrupamentos de municípios.

Já em 1967, em plena ditadura Militar, a Constituição trouxe à tona o tema novamente. Em seu artigo 16, § 4º, estipulava:

A autonomia municipal será assegurada: Os Municípios poderão celebrar convênios para a realização de obras ou exploração de serviços públicos de interesse comum, cuja execução ficará dependendo de aprovação das respectivas Câmaras Municipais.

Dessa vez, a Constituição reconhecia a autonomia dos municípios para formalizar convênios (denominação utilizada na ocasião), dependendo apenas da aprovação das respectivas Câmaras Municipais, diferentemente da Constituição de 1937 que designava aos Estados a tarefa de regular os agrupamentos municipais. Por outro lado, os convênios da Constituição de 1967 apresentavam uma semelhança aos agrupamentos de municípios estabelecidos na Constituição de 1937: os municípios formariam convênios para a realização de obras e exploração de serviços públicos de interesse comum. Tratava-se assim de um instrumento de cooperação entre entes municipais.

A Constituição de 1967 ainda estabelecia em seu artigo 8º, § 1º, que “a União poderá celebrar convênios com os Estados para a execução, por funcionários estaduais, de suas leis, serviços ou decisões”. E, além disso, o artigo 13, § 3º, decretava que “para a execução, por funcionários federais ou municipais, de suas leis, serviços ou decisões, os Estados poderão celebrar convênios com a União ou os Municípios”. No primeiro caso – que estava no capítulo da competência da União – o convênio seria entre União e Estados, para que estes, por meio de seus funcionários estaduais, executassem as leis, serviços e decisões daquele. O segundo caso – que estava no capítulo da competência dos Estados e Municípios – é muito parecido com o primeiro, diferenciando unicamente a possibilidade de o Estado celebrar convênios com os municípios, e não somente com a União.

Dois anos após a Constituição de 1967, a Emenda Constitucional nº 1, de 17 de outubro de 1969, alterou o artigo 16, § 4º do texto constitucional: “Artigo 13, § 3º A União, os Estados e Municípios poderão celebrar convênios para execução de suas leis, serviços ou decisões, por intermédio de funcionários federais, estaduais ou municipais”.

No texto constitucional anterior, os arranjos cooperativos se restringiam aos municípios. Já nessa emenda, a utilização de convênios poderia ser celebrada por qualquer um dos entes federados: União, Estados ou Municípios - por meio dos seus respectivos funcionários. Outra diferença era que a celebração do convênio não mais dependia da aprovação das Câmaras Municipais. O convênio utilizado nessa emenda constitucional se referia não a prestação de serviços de interesse comum, mas à execução das leis, serviços e decisões, por intermédio de funcionários federais, estaduais e municipais.

Já no período democrático, nas décadas de 1980 e 1990, o consorciamento para a prestação de serviços públicos mais específicos ganhou peso, na área de saúde, transporte público, recursos hídricos, educação, cultura, habitação, desenvolvimento urbano, meio ambiente e outros. Destacamos a área de saúde pelo maior número de consorciamento na época e ainda hoje.

Na Constituição Federal vigente – CF/88 - os consórcios ganharam maior força, primeiramente a partir do momento em que esta fortaleceu a descentralização e, considerando a adoção da chamada “federação trina”, que reconheceu não apenas a União e os Estados como membros, mas também os municípios entes federados com responsabilidades na prestação de serviços em várias políticas públicas, principalmente nas sociais, como na saúde. Porém, os consórcios só foram inseridos de fato na nossa Constituição com a promulgação da Emenda Constitucional nº 19 de 1.998, que trazia o artigo 241, estabelecendo:

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.

É importante salientar que no artigo 23 do Constituição Federal de 1988, em seu parágrafo único, foi estabelecido que a criação de uma lei complementar fixasse normas para a cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional. Posteriormente - em 1998 – o artigo 241 estabelecido pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998, fixou que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios disciplinariam por meio de lei os consórcios e os

convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos.

Em 2005, com o intuito de regulamentar o artigo 241 da Carta Magna de 1988, foi aprovada a lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005, também conhecida como Lei dos Consórcios Públicos. O artigo primeiro desta legislação estabelece:

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre normas gerais para a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios contratarem consórcios públicos para a realização de objetivos de interesse comum e dá outras providências.

§ 1º O consórcio público constituirá associação pública ou pessoa jurídica de direito privado.

§ 2º A União somente participará de consórcios públicos em que também façam parte todos os Estados em cujos territórios estejam situados os Municípios consorciados.

§ 3º Os consórcios públicos, na área de saúde, deverão obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde – SUS.

De acordo com o parágrafo primeiro, do artigo primeiro, o consórcio público terá personalidade jurídica de direito público caso constitua associação pública e mediante a vigência das leis de ratificação do protocolo de intenções. Poderá ter personalidade jurídica de direito privado mediante o atendimento dos requisitos da legislação civil e, neste caso, poderá ser denominado como consórcio administrativo. Outro ponto importante é que a participação da União em consórcios públicos só será permitida caso todos os estados que possuam municípios consorciados também faça parte deste consórcio, evitando, assim, que a União atravesse ou desconheça o papel dos estados e, daí, que o federalismo entre em um padrão competitivo. Já o parágrafo terceiro é específico para os consórcios públicos da área de saúde, que deverão obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde, visando, assim, garantir que os consórcios neste setor tenham objetivos, processos e resultados coerentes com a política pública do Estado.

Com a Lei dos Consórcios, para que o consórcio seja constituído, é necessária a manifestação de interesse, feita através do Protocolo de Intenções e ratificada, mediante o Poder Legislativo (previsto nos artigos 3, 4 e 5 da lei nº 11.107/2005). Com isso, a lei trouxe uma maior transparência, visto que é necessário que o protocolo de intenções estabeleça minuciosamente as características a serem asseguradas pela futura associação, como a denominação, a finalidade, o prazo de duração e a sede do consórcio, bem como os limites da autorização concedida ao consórcio para representa-los, além de estabelecer também todas as

regras para a tomada de decisões em assembleias gerais. Além disso, o protocolo de intenções deverá ser publicado na imprensa oficial. Espera-se com isso dar publicidade a este processo de formação, facilitando o acesso à informação e controle público. Com isso, a lei também favoreceu a utilização de consórcios entre os entes federados, pois dispôs de instrumentos que aumentam a confiança entre os parceiros.

A utilização de consórcios públicos foi amplamente difundida após a Carta Magna de 1988 e da Lei dos Consórcios Públicos de 2005, embora com diferenças entre regiões e setores governamentais. Porém, houve necessidade de regulamentação de vários aspectos da referida lei, o que ocorreu. Dois anos mais tarde, em 2007, com o Decreto Presidencial nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Esse decreto tinha como objetivo principal regulamentar a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Em seu artigo 2º, inciso I, decreta:

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.

É importante salientar que os objetivos de interesse comum dos consórcios públicos são muito vastos, inclui a gestão associada e a prestação de serviços públicos; o compartilhamento ou o uso em comum de instrumentos e equipamentos; a produção de informações ou de estudos técnicos; a promoção do uso racional dos recursos naturais e a proteção do meio-ambiente; a gestão e a proteção de patrimônio urbanístico, paisagístico ou turístico comum; as ações e políticas de desenvolvimento urbano, socioeconômico local e regional; dentre outros (Art. 3º da lei nº 6.017/2007).

Dessa forma, toda a legislação brasileira sobre os arranjos de cooperação e, mais especificamente a Constituição da República de 1988, a Lei nº 11.107/2005 e sua regulamentação pela lei nº 6.017/2007, favorecem a utilização dos consórcios públicos pelos entes federados, além de ampliar sua área de atuação para uma grande diversidade de serviços públicos.

O quadro 1 a seguir mostra a evolução da Legislação dos Consórcios Públicos no Brasil:

**Quadro 1.** História da legislação da cooperação entre entes da federação na república brasileira

<b>Ano</b>	<b>Legislação</b>	<b>Denominação</b>	<b>Ementa</b>
1933	Decreto nº 23.611, de 20 de dezembro de 1933	Consórcios profissionais-cooperativos	Revoga o decreto legislativo n 979, de 6 de janeiro de 1903 e faculta a instituição de consórcios profissionais-cooperativos.
1937	Constituição dos Estados Unidos do Brasil (de 10 de novembro de 1937)	Agrupamento de Municípios	Art. 29. Os Municípios da mesma região podem agrupar-se para a instalação, exploração e administração de serviços públicos comuns. O agrupamento, assim constituído, será dotado de personalidade jurídica limitada a seus fins. Parágrafo único - Caberá aos Estados regular as condições em que tais agrupamentos poderão constituir-se, bem como a forma, de sua administração.
1967	Constituição da República Federativa do Brasil de 1967	Convênios	Art. 16, § 4º - Os Municípios poderão celebrar convênios para a realização de obras ou exploração de serviços públicos de interesse comum, cuja execução ficará dependendo de aprovação das respectivas Câmaras Municipais.
1969	Emenda Constitucional nº 1, de 17 de outubro de 1969	Convênios	Edita o novo texto da Constituição Federal de 24 de janeiro de 1967. Art. 13, § 3º A União, os Estados e Municípios poderão celebrar convênios para execução de suas leis, serviços ou decisões, por intermédio de funcionários federais, estaduais ou municipais.
1988	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988	Consórcios Públicos e Convênios	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.

**Quadro 1.** História da legislação da cooperação entre entes da federação na república brasileira

<b>Ano</b>	<b>Legislação</b>	<b>Denominação</b>	<b>Ementa</b>
2005	Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005	Consórcios Públicos	Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências.
2007	Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007	Consórcios Públicos	Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos.

Fonte: Elaboração própria a partir da legislação brasileira

A seguir será apresentada a história dos Consórcios Públicos fundados no Brasil, desde os primeiros até o processo de difusão que se deu após a promulgação da Lei 11.107/2005.

## **2.2 A Difusão dos Consórcios Públicos no Brasil**

O primeiro consórcio no Brasil que se tem notícia foi fundado em 7 de Agosto de 1960 – o “Consórcio Intermunicipal de Promoção Social do Governo de Rio Claro” situado na região de Bauru (SP), e existente até hoje. No início da década de 1960 também se tem notícias de ocorrências de ações cooperativas de âmbito limitado, nos Estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Na década seguinte foi criado o Consórcio do Vale do Paraíba (SP). Entretanto, essas primeiras experiências de consórcio não apresentavam a prestação de serviços públicos específicos, mas buscavam a integração e desenvolvimento regionais.

Em 1986, antes mesmo da Constituição Federal de 1988, foi criado o Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis (SP), dando início ao processo de consorciamento para prestação de serviços públicos específicos, com destaque para a área da saúde, que possui a quantidade de consórcios mais expressiva, até os dias atuais. Linhares (2012, p. 41) ressalta:

Cabe observar que os consórcios de saúde não apenas representavam muito mais que o resultado da iniciativa pioneira de alguns prefeitos, mas também o esforço dos governos estaduais e a experiência de articulação preexistente entre os gestores públicos desta modalidade de serviço, que, desde o movimento da Reforma Sanitária do período 1970-1980, passaram a ver a coordenação federativa como meio para contornar os problemas decorrentes da excessiva centralização, característica da Ditadura Militar. Esta conjunção de fatores se tornou ainda mais favorável a partir da descentralização ordenada pela CF/88 e da conseqüente criação do SUS (Lei Federal no 8.080/1990). Portanto, não se deve desprezar a importância da ação

concertada dos vários atores sociais envolvidos na construção de contexto favorável ao crescimento dos consórcios de saúde no Brasil.

O Consórcio Intermunicipal da Grande ABC (SP), de 1990, foi herdeiro do modelo adotado do Consórcio Intermunicipal de Promoção Social do Governo de Rio Claro e do Consórcio do Vale do Paraíba, primeiras iniciativas associativas. Esse consórcio não prestava serviços públicos específicos. Sua inovação aos modelos anteriores está ligada à sua abrangência de atuação (incluía políticas sociais, infraestrutura e desenvolvimento local e regional) e à incorporação de novos atores, bem como o governo estadual e setores organizados da sociedade civil.

A despeito da grande expansão dos consórcios verificada a partir dos anos 1980, a legislação sobre o qual se fundavam essas iniciativas de cooperação era demasiadamente frágil. A maioria dos consórcios da área de saúde era instituída como associação civil de direito privado, o que levava a uma situação contraditória, já que a soma de duas pessoas jurídicas de direito público resultava em uma pessoa jurídica de direito privado.

Os consórcios de saúde fundados sob esta figura jurídica, ou em forma de convênio, consistiam entes especialmente precários e dependentes da vontade política dos governantes de plantão e sujeitos a períodos de forte mobilização ou total paralisia, uma vez que o convênio entre organizações públicas estabelece modalidades de contrato administrativo que pode ser denunciado por qualquer uma das partes, a qualquer momento, com poucas possibilidades concretas de se obter seu cumprimento compulsório, por meio judicial. Foi no intuito de superar estes problemas que a Lei dos Consórcios Públicos atribuiu aos consórcios o caráter de pessoas jurídicas de direito público, fortalecendo os compromissos assumidos entre os municípios e reforçando seu caráter obrigatório (LINHARES, 2012).

A nova legislação (lei nº 11.107/2005) e sua regulamentação (lei nº 6.017/2007) trouxeram incentivos para o uso de consorciamento e, conseqüentemente, uma grande expansão do total de consórcios em quase todas as áreas de atuação. De acordo com dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC/IBGE) e observado o período entre 1999, 2005 e 2009, a Lei dos Consórcios Públicos revelou avanço expressivo na quantidade de consórcios públicos existentes, no seu escopo de atuação e na sua distribuição espacial. Visto isso, a legislação brasileira já caminhou muito para o favorecimento de iniciativas de cooperação, instrumento tão importante e que gera muitos benefícios para a administração pública brasileira.

Dados do IBGE também mostram o significativo avanço na quantidade de consórcios dos vários setores governamentais. O quadro 2 a seguir mostra a evolução do consorciamento de vários setores governamentais entre os anos de 2001 e 2011, uma vez que especifica o número de municípios que declarou participar de consórcios em determinados setores governamentais.

**Quadro 2.** Evolução dos municípios participantes de consórcios nos diferentes setores governamentais

<b>Setor governamental</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2011</b>
Saúde	1969	2169		1906			2323	2288
Meio ambiente		743	1080	387		1082	974	704
Desenvolvimento urbano		242		255			847	402
Turismo		348		351			450	456
Educação	241	336		248	166		398	280
Cultura		151		161			336	248
Transporte		328		295			207	211
Habitação	64	116	84	106		75	170	241
Emprego e/ou trabalho		130		114			159	143
Assistência e desenvolvimento social								232
Saneamento básico								426
<b>Total</b>	<b>2274</b>	<b>4563</b>	<b>1164</b>	<b>3823</b>	<b>166</b>	<b>1157</b>	<b>5864</b>	<b>5631</b>

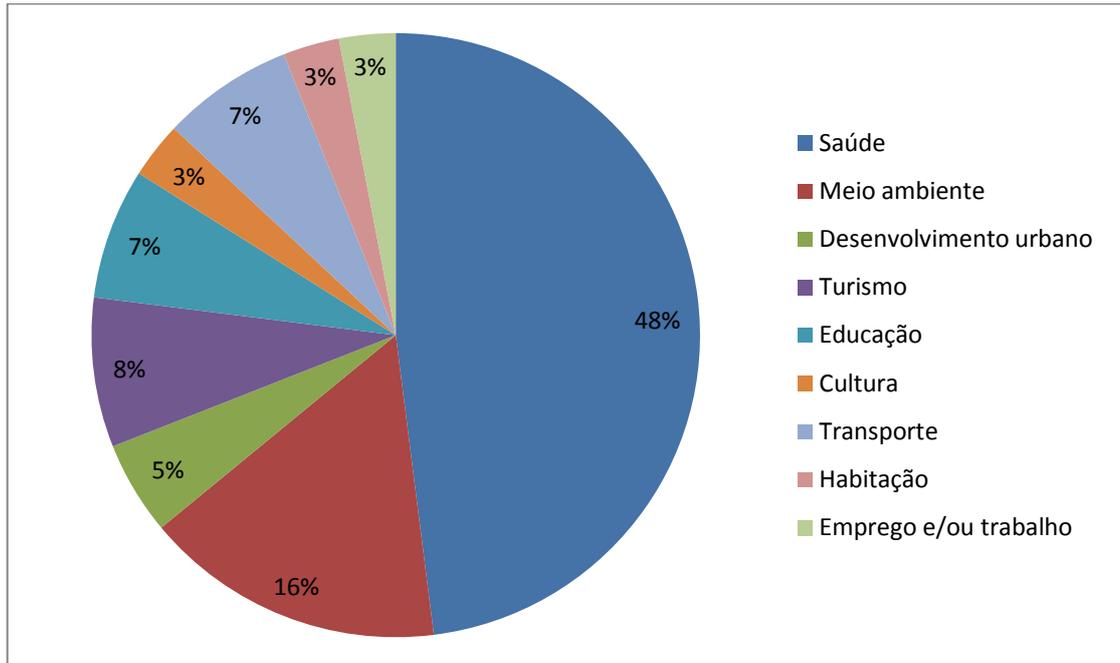
Fonte - IBGE - Pesquisa de Informações Básicas Municipais - acesso:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/>

De acordo com essa tabela 1, podemos perceber que os setores de assistência e desenvolvimento social e saneamento básico só foram incluídos na pesquisa no ano de 2011. Além disso, nenhum setor governamental foi analisado de forma contínua. Ainda assim, é fácil perceber o avanço expressivo na quantidade de consórcios públicos existentes.

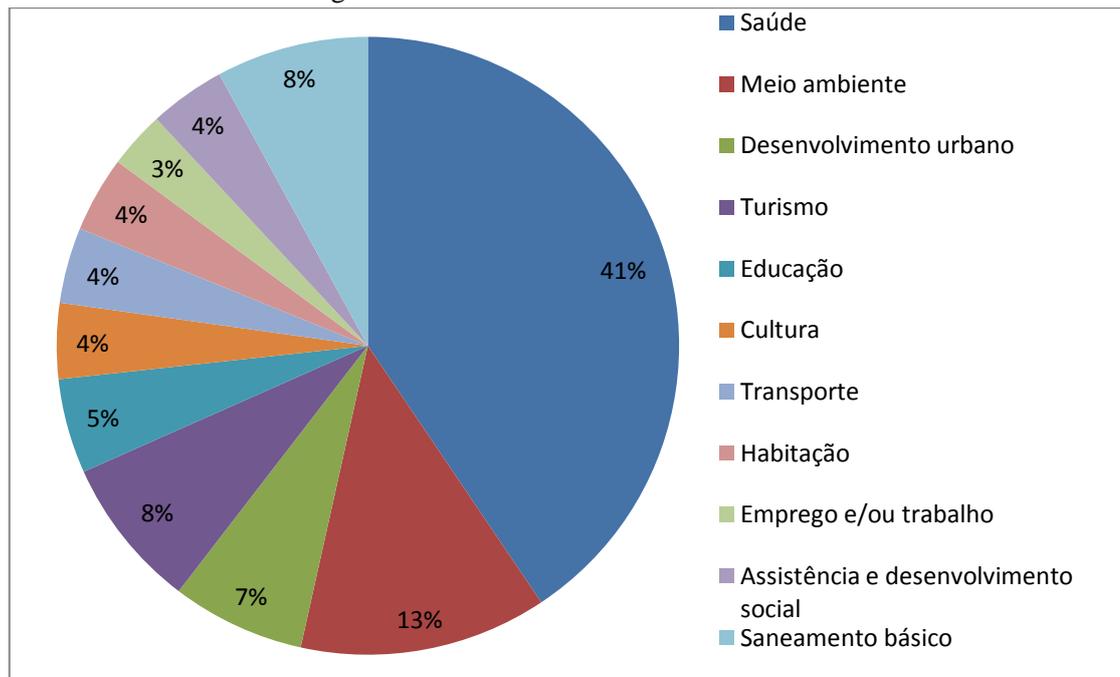
A seguir os gráficos 1 e 2 mostram a diferença percentual dos consórcios públicos nos vários setores nos anos de 2002 e 2011.

**Gráfico 1.** Porcentagem aproximada do número dos consórcios público nos setores governamentais no ano de 2002



**Fonte:** Elaboração própria a partir de dados do IBGE

**Gráfico 2.** Porcentagem aproximada do número dos consórcios público nos setores governamentais no ano de 2011



**Fonte:** Elaboração própria a partir de dados do IBGE

No ano de 2011 foram incluídos dois novos setores governamentais: assistência e desenvolvimento social e saneamento básico. Olhando os gráficos, dá a impressão de que os consórcios na verdade diminuíram, porém, isso não é verdade, em 2002 tinha um total de

4.563 consórcios públicos e em 2011, 5.631. No setor da saúde, por exemplo, em 2002 tinham 2169 consórcios constituídos e em 2011, 2288.

Alicerçados na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, tais institutos ocupam hoje lugar de grande importância. A saúde é um dos campos mais propícios ao consorciamento para prestação de serviços públicos por se tratar de um setor crítico no Brasil devido a grande necessidade de investimento e, ainda, pela proposta de descentralização extrema levada a cabo pelo governo federal.

No próximo capítulo, estudaremos os Consórcios Públicos de Saúde no Estado de Minas Gerais, fazendo primeiramente uma análise dos aspectos gerais e organização político-administrativa do Estado, depois apresentando o Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG) e, por fim, introduzindo como os consórcios públicos se desenvolveram neste setor no estado.

### **3. CAPÍTULO 2 - MINAS GERAIS: ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS**

Nesse segundo capítulo, primeiramente será feito uma descrição das características físicas e econômico-financeiras do Estado de Minas Gerais, assim como os seus aspectos político administrativos, onde se destaca o elevado número de municípios. Será, em seguida, apresentada uma descrição geral da organização do setor saúde e o Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG) e as suas divisões. Por fim será estudada a legislação mineira sobre os consórcios públicos, especialmente a legislação mineira sobre consórcios públicos da área de saúde e, finalmente, será feita uma descrição dos significativos números de consórcios públicos de saúde em território mineiro.

#### **3.1 Minas Gerais: aspectos gerais e organização político-administrativa**

O Estado de Minas Gerais é uma das vinte e sete unidades da República Federativa do Brasil e está localizado na região Sudeste do país, junto com os Estados do Espírito Santo, Rio de Janeiro e São Paulo. De acordo com dados do IBGE, em 2013 Minas Gerais tinha uma população estimada de 20.593.356 milhões de habitantes divididas em 853 municípios (a maior quantidade de municípios dentre os estados brasileiros) dos mais variados tamanhos. Dos 853 municípios mineiros, 482 (56%) possuem população inferior a 10.000 habitantes, ou seja, a maioria dos municípios do Estado de Minas Gerais possui uma população tão pequena que não chega a 10.000 habitantes. Também é importante salientar que um pouco mais de 92% dos municípios mineiros (785 municípios) possuem população de até 50.000 habitantes. Por outro lado, 341 municípios (40%) possuem população entre 10.001 e 100.000 habitantes. Por fim, apenas 30 (4%) dos municípios mineiros possuem população superior a 100.000 habitantes.

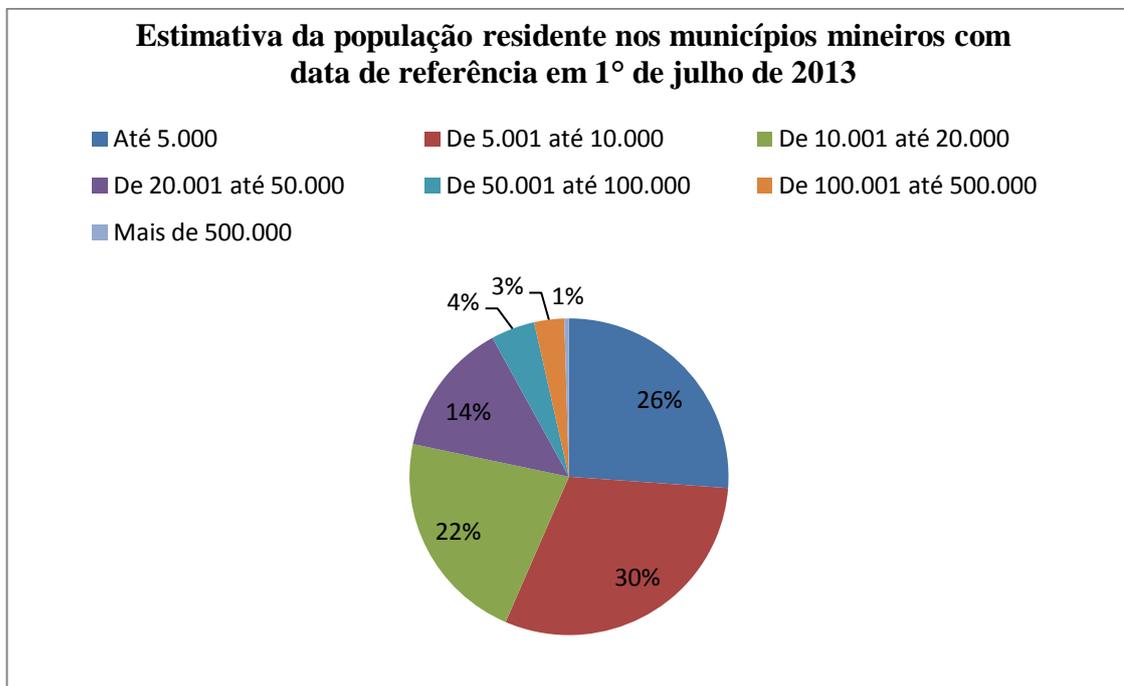
O quadro 3 e o gráfico 3 a seguir mostram a estimativa da população residente nos municípios mineiros separados por classe populacional:

**Quadro 3.** Estimativa da população residente nos municípios mineiros com data de referência em 1º de julho de 2013

Classe Populacional	Número de Municípios
Até 5.000	223
De 5.001 até 10.000	259
De 10.001 até 20.000	186
De 20.001 até 50.000	117
De 50.001 até 100.000	38
De 100.001 até 500.000	26
Mais de 500.000	4
Total	853

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do IBGE

**Gráfico 3.** Estimativa da população residente nos municípios mineiros com data de referência em 1º de julho de 2013



Fonte: Elaboração própria a partir de dados do IBGE

Minas Gerais está entre os estados brasileiros com maior extensão territorial - é o quarto estado com a maior área territorial, atrás apenas dos estados do Amazonas, Pará e Mato Grosso, e o segundo em quantidade de habitantes, apenas atrás de São Paulo - possui, segundo dados do IBGE, uma área de 586.522,122 Km<sup>2</sup> - muito maior que vários países, inclusive a França - sendo sua densidade demográfica de 33,41 habitantes por Km.

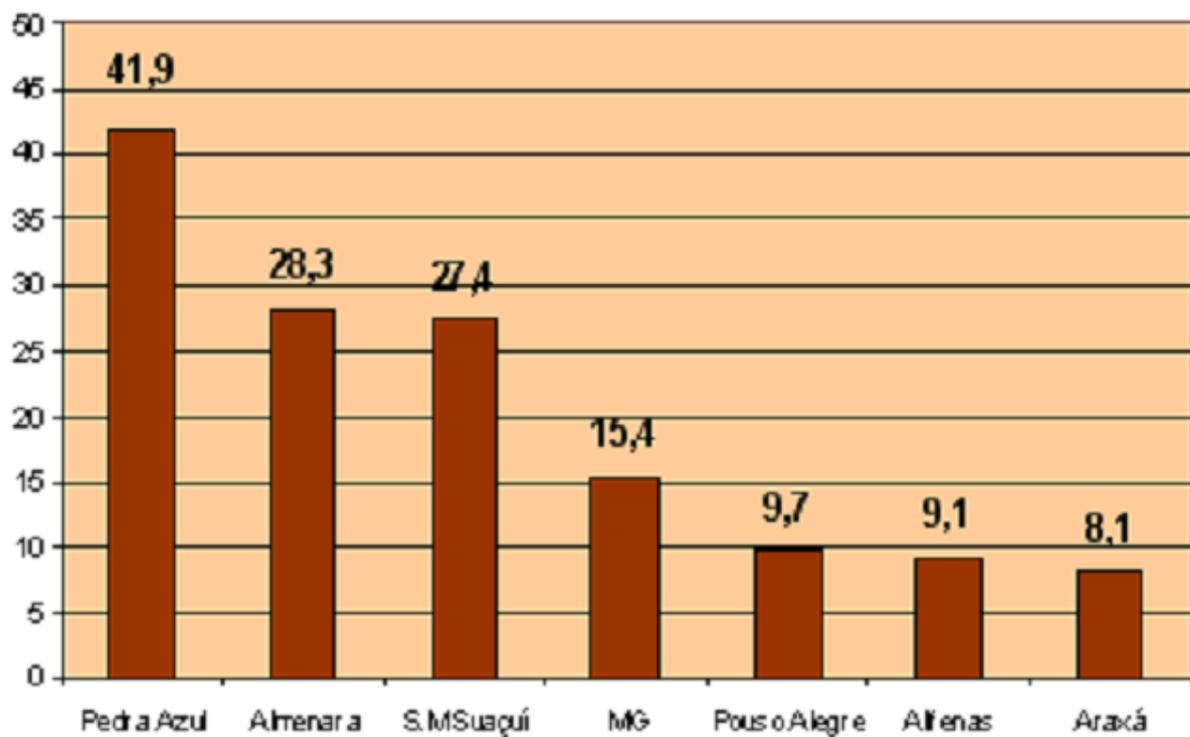
Minas Gerais possui o terceiro maior produto interno bruto do Brasil, sendo que grande parte do total produzido no estado deve-se a atividades mineradoras, atividade esta que trouxe riqueza e desenvolvimento ainda na fase em que o Brasil era uma colônia de Portugal, proporcionando seu desenvolvimento econômico e cultural. Tal desenvolvimento também advém de sua notável infraestrutura, como a grande quantidade de usinas hidroelétricas e a maior malha rodoviária do país. Como visto, Minas Gerais é muito desenvolvido economicamente, possuindo sólida base industrial e agricultura variada e produtiva. Porém, devido a sua extensa área territorial (o estado corresponde a cerca de 7% do território brasileiro) e também a sua diversidade geográfica, é fácil perceber as várias nuances presentes no seu território, que traduzem a sua diversidade, refletindo aspectos inerentes às demais regiões do país (COSECS-MG, 2010). Seu extenso território sofreu processos de ocupação e povoamento diferenciados ao longo do tempo, o que resultou na distinção cultural das várias regiões mineiras. Dessa forma, pode-se dizer que Minas Gerais é múltipla, ou, como diria o grande escritor Guimarães Rosa “*As mil e uma Minas*”, tanto na variedade de destinos turísticos, na diversidade de relações comerciais disponíveis, como na profusão de costumes, na gastronomia, no seu folclore ou em manifestações culturais e artísticas, que se revelam tão legítimo em cada um dos seus 853 municípios.

Além da diversidade citada acima, as regiões de Minas Gerais também apresentam características distintas em relação à distribuição populacional, densidade demográfica e características socioeconômicas. Nas regiões Norte, Noroeste, Jequitinhonha/Mucuri e Rio Doce está localizada a maior parte dos municípios com condições socioeconômicas menos favorecidas. Além do mais, as regiões Norte e Nordeste concentram pequena população em grande extensão territorial, resultando em uma baixa densidade demográfica e grandes distâncias entre os municípios. Por outro lado, as regiões Sul de Minas, Zona da Mata e Central concentram grande número de municípios, em sua maioria com pequena extensão territorial e maior proximidade entre eles. Essas regiões detêm a maior parcela da população do Estado. Se por um lado as regiões do norte de Minas Gerais apresentam as maiores carências e menores indicadores de desenvolvimento, tendo como base uma economia mais tradicional, as regiões ao sul, ao centro e do triângulo mineiro se destacam por seu maior desenvolvimento econômico. Outra diferença relevante é na taxa de mortalidade infantil. Segundo o Censo Demográfico de 2010 publicado pelo IBGE, a taxa de mortalidade do Brasil em citado ano foi de 15,6%, ficando a região Sudeste do país responsável por 13,1%, sendo o Estado de Minas Gerais a oitava melhor taxa do país. Já a taxa de mortalidade infantil em

Minas Gerais, de acordo com dados do Portal do Governo de Minas Gerais, em 2010 era de 13,1%, ou seja, Minas Gerais tinha no ano de 2010 a taxa de mortalidade infantil menor que a do Brasil e igual a da região Sudeste. A disparidade da taxa de mortalidade infantil entre os municípios e regiões do Estado de Minas Gerais chama bastante atenção: municípios situados em regiões socioeconomicamente menos favorecidas apresentam taxas superiores à média estadual. Em 2005 o estado tinha a taxa de mortalidade infantil de 15,4%, tendo cidade cuja taxa era de 41,9% (Pedra Azul) e cidade cuja taxa era de 8,1% (Araxá) <sup>2</sup>.

A seguir o gráfico 4 mostra a diferença da taxa de mortalidade infantil entre os municípios mineiros:

**Gráfico 4.** Taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos) em microrregiões selecionadas. Minas Gerais, 2005.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)

As desigualdades não param por aí, na área da saúde as regiões do estado também sofrem diferenças importantes. Nas regiões centrais e ao sul do estado é que se concentram serviços, equipamentos e recursos humanos especializados. Em 2007, estavam cadastrados

<sup>2</sup> Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)

pelo DATASUS 723 hospitais e destes 555 prestam serviços ao SUS/MG, sendo que 60% deles estão localizados em municípios com população entre 5.001 a 20.000 habitantes. Ainda que esse número pareça significativo, a maior parte desses hospitais são de pequeno porte e pouco resolutivos. Ainda assim, a maioria dos hospitais prestadores de serviços ao SUS/MG se concentra nas regiões Sul, Central e Zona da Mata. Da mesma forma acontece com os hospitais universitários: se concentram nas regiões mais favorecidas economicamente e apenas um está localizado na região Norte. Segundo dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica, o menor município de Minas Gerais em número de habitantes (Serra da Saudade) tem apenas três (3) médicos, dois (2) cirurgiões dentistas e dois (2) enfermeiros, totalizando sete (7) profissionais da saúde. Além disso, a cidade só possui um (1) Centro de Saúde/Unidade Básica, um (1) Posto de Saúde e uma (1) Secretaria da Saúde, totalizando três (3) unidades de saúde. Por sua vez, o maior município em número de habitantes (Belo Horizonte) tem 26.096 médicos, 1.944 cirurgiões dentistas e 5.081 enfermeiros, totalizando 33.121 profissionais. Ademais, Belo Horizonte possui 5.293 unidades de saúde, entre as quais 157 Centros de Saúde/Unidades Básicas, três (3) Secretarias de Saúde, 3.428 consultórios isolados, entre outros. O Estado de Minas Gerais tem 91.416 médicos, 20.926 cirurgiões dentistas e 28.764 enfermeiros, totalizando 141.106 profissionais da saúde. Já o Brasil tem 741.008 médicos, 177.659 cirurgiões dentistas, 289.885 enfermeiros, totalizando 1.208.552 profissionais. Outro dado comparativo é que o Brasil tem um total de 267.184 unidades de saúde e Minas Gerais tem 34.452, dentre farmácias, hospitais gerais, postos de saúde, prontos atendimentos, entre outros.

Visto as características favoráveis do Estado de Minas Gerais para a manifestação de significativo número de consórcios públicos de saúde, a seguir será apresentada a segunda versão do Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG), elaborado pela Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais.

### **3. 2 O Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**

Em março de 2011, a Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais elaborou a segunda versão do Plano Diretor de Regionalização (PDR), considerando a lógica da distribuição da população e de seus fluxos em busca de atenção à saúde e dos princípios fundamentais para organização das redes de atenção à saúde. Por meio deste Plano o estado procurou o fortalecimento das redes de atenção à saúde, que por sua vez exigem a articulação

dos diferentes pontos de atenção à saúde em territórios sanitários para que os serviços de saúde de maior complexidade sejam ofertados aos cidadãos das diversas localidades e prestados com eficiência, efetividade e qualidade.

O propósito de qualquer Plano Diretor de Regionalização da saúde é possibilitar o direcionamento equitativo da implementação das políticas públicas, criando assim as condições para que toda a população de cada estado tenha acesso aos serviços de média e alta complexidade, dado que o nível de atenção básica deve ser organizado pela totalidade de municípios. Torna-se, assim, um dos pilares para a estruturação e descentralização dos sistemas de compartilhamento da gestão e organização dos serviços de saúde em redes. Como os próprios elaboradores do plano descrevem: PDR – Plano Diretor de Regionalização – instrumento de planejamento e gestão que na área da saúde objetiva direcionar a descentralização com vistas à promoção de maior e mais adequada acessibilidade dos usuários considerados os princípios da integralidade, equidade e economia de escala<sup>3</sup>.

Os objetivos gerais do PDR consistem em distribuir e ordenar os espaços territoriais da unidade federada conforme o modelo de atenção à saúde, tendo em vista a organização das redes e os princípios da equidade entre regiões, integralidade/organização de rede, economia de escala, escopo e acessibilidade da população. Porém, o Plano Diretor de Regionalização da saúde também tem objetivos específicos que seriam: identificar e propor novos padrões espaciais de oferta de serviços, de produção, de necessidades, de fluxos, conforme modelo de atenção esperado; implementar e fortalecer a descentralização; subsidiar a organização das redes de atenção à saúde; subsidiar a organização do fluxo, orientação da demanda, a oferta de serviços com equidade; definir os limites territoriais das micros e macrorregiões conforme critérios populacionais e acessibilidade, com base nos fluxos assistenciais, mas tendo em vista sua otimização e a tipologia; estabelecer bases e padrões para os cálculos dos vazios assistenciais e da resolubilidade de cada nível e de cada região; subsidiar a construção de estratégias para ideias de pertencimento regional; subsidiar a construção de estratégias para ampliação de governança e da cogestão; subsidiar a compatibilidade da gestão com as ações da assistência e; subsidiar a construção da equidade e da integralidade<sup>4</sup>.

Antes de mais prosseguir com o assunto, é preciso diferenciar e conceituar a atenção primária à saúde, a média complexidade e a alta complexidade. De acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS), atenção primária à saúde é o primeiro nível de Atenção à Saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Esse primeiro nível engloba um conjunto de ações

---

<sup>3</sup> Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)

<sup>4</sup> Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)

de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes, realizado pelas especialidades básicas da Saúde. É prioridade que todos os municípios tenham a Atenção Primária, que bem organizada, garantindo a resolução da grande maioria das necessidades e problemas de saúde da população. Já a média complexidade compõe-se por ações e serviços cuja prática clínica demanda disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Por fim, as ações de alta complexidade são o conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados.

O quadro 4 a seguir mostra os serviços de saúde prestados pelo SUS separados pelos níveis de complexidade (atenção primária à saúde, média complexidade e alta complexidade):

**Quadro 4.** Níveis de complexidade de saúde pelo SUS

<b>Atenção Primária à Saúde</b>	<b>Média Complexidade</b>	<b>Alta Complexidade</b>
Clínica Médica	Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio	Assistência ao paciente portador de doença renal crônica
Pediatria	Cirurgias ambulatoriais especializadas	Assistência ao paciente com câncer
Obstetrícia e ginecologia	Procedimentos traumato-ortopédicos	Cirurgias em geral
Odontologia	Ações especializadas em odontologia	Assistência em problemas dos ossos e articulações
Ações de Enfermagem	Patologia Clínica	Procedimentos de neurocirurgia
	Anatomopatologia e citopatologia	
	Radiodiagnóstico	
	Exames ultrassonográficos	
	Diagnose	
	Fisioterapia	
	Terapias Especializadas	
	Próteses e Órteses	
	Anestesia	

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Sistema Único de Saúde

Em conformidade com os propósitos do PDR/MG, portanto, é que o estado foi dividido em regiões de saúde. Trata-se, assim, de um conceito central para o entendimento da sua proposta:

REGIÃO – conjunto de municípios circunvizinhos que mantêm entre si interrelações para as questões de promoção e assistência à saúde do SUS, sendo a maioria periféricos a um polo que exerce força de atração sobre os demais, e constituem-se como base populacional e territorial para cálculos do planejamento em saúde e organização de redes. Para o PDR/MG, cada região se configura conforme o modelo de atenção adotado; cada região se caracteriza segundo o nível de atenção, o âmbito de cobertura dado, o porte, as interrelações com as demais regiões do sistema, circunvizinhas ou não.

Em uma região, umas das questões a ser avaliada e levada em conta no planejamento, é o alcance da função esperada para a mesma e de sua relação com as outras regiões e outros níveis do modelo adotado. Cada nível de agregação de municípios pressupõe uma agregação de serviços, sendo assim tem uma responsabilidade, ou seja, uma função a ser operacionalizada através das unidades prestadoras de serviços nele localizadas. Por conseguinte, um município polo pode cumprir e exercer diversas funções (a do próprio município, a da microrregião, a da macrorregião), no caso específico de assistência hospitalar ainda que em uma única unidade hospitalar.

A determinação dos limites territoriais das macrorregiões de saúde e a formação de seus polos foram regulamentadas por critérios de fluxo, princípios de economia de escala e escopo, acessibilidade, prestação de serviços e perfil de oferta de clínicas, atual e potencial, critérios esses a ser relacionados por nível de densidade tecnológica conforme tipologia inicialmente estabelecida. Já os critérios para a construção das microrregiões de saúde foram a agregação de potencial de escala para garantir, com qualidade, racionalidade e eficiência, a prestação descentralizada de serviços da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

Assim, as redes de atenção à saúde eficientes e de qualidade foram construídas da seguinte forma: os municípios ficam responsáveis pelo planejamento da atenção primária à saúde, sendo preferencialmente organizada e ofertada por meio de equipes de Programa de Saúde da Família (PSF). Já as microrregiões de saúde ficam responsáveis pelo planejamento da atenção secundária à saúde, com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e, excepcionalmente, de alguns serviços de Alta Complexidade (AC). Devem ser constituídas por um conjunto de municípios contíguos, com

população de cerca de 150.000 habitantes que estão adscritos a um município de maior porte (município polo) com oferta mais ampla do elenco proposto para o nível micro. A distância máxima de um município em relação ao polo foi estabelecida em 150 km ou até duas horas em vias não pavimentadas.

Por sua vez, as macrorregiões de saúde ficam responsáveis pelo planejamento da atenção terciária à saúde que engloba microrregiões de saúde (e seus municípios) em função da possibilidade de oferta e acesso a serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior densidade tecnológica. Devem, ainda, ter capacidade de oferta de Procedimentos de Média Complexidade Especial - procedimentos que requerem maior tecnologia, que tem oferta rarefeita no Estado e a demanda requer agregação, ou seja, formação de escala. A abrangência deve ser macrorregional, para uma população em torno de 1.500.000 habitantes. Outro conceito importante é o do município polo, que é caracterizado como aquele que exerce força de atração sobre outros municípios, em número comparativamente significativo, por sua capacidade atual e potencial de equipamentos urbanos e de fixação de recursos humanos especializados. Um município polo pode, no caso específico de assistência hospitalar ainda que em uma única unidade hospitalar, cumprir e exercer diversas funções – a do próprio município, a da microrregião, a da macrorregião, no que se refere à assistência hospitalar ou ambulatorial, o que significa ofertar serviços dos elencos dos diversos níveis.

Falando de forma mais resumida, as redes de atenção à saúde eficientes e de qualidade são construídas, portanto, considerando que a atenção primária à saúde tem que estar presente em todos os municípios, próxima às residências das famílias e, portanto, de fácil acesso e ao alcance de todos. As unidades de saúde de maior densidade tecnológica, por sua vez, assim como os sistemas de apoio, tem que ser moderadamente concentradas, ficando as unidades secundárias (média complexidade) nas microrregiões e as unidades terciárias (alta complexidade) nas macrorregiões. Dessa forma, o PDR/MG cria uma base territorial para a distribuição ótima dos equipamentos de saúde.

A regionalização deve promover e reforçar a integração entre os sistemas municipais, assim como reforçar e promover a integração entre os diversos níveis de atenção à saúde, especialmente no que diz respeito às questões de densidade tecnológica quando estas requerem agregação de escala para maior economicidade e organização da referência da clientela. A tarefa de coordenar, regular e mediar da concepção e avaliação das interrelações entre municípios e regiões, assim como de dar integração entre atores envolvidos na proposta de organização do SUS no Estado, cabe ao gestor estadual. Em visto disso, a distribuição e delimitação dos espaços regionais do PDR/MG estão embasadas em um modelo de atenção

que é detalhado conforme tipologia de serviços, organizada em diferentes níveis de densidade tecnológica e agregação dos serviços que requerem economia de escala <sup>5</sup>.

A delimitação territorial é relevante para as questões de planejamento e investimento dentro e fora dos espaços intermunicipais contíguos – micro, macro ou interestaduais. A construção do Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais estabeleceu espaços regionais somente dentro dos limites territoriais do Estado, mesmo que seja de conhecimento a existência de fluxos assistenciais entre as Unidades da Federação. Entretanto, no que se refere a serviços que requerem escala, há aqueles que terão sua referência estabelecida e formalizada em redes, com identificação e controle das unidades, e há outros cujos fluxos só poderão ser confirmados depois de efetuados, dentro ou fora dos limites regionais. Há também os que poderão, excepcional e conjunturalmente, ser implementados fora dos rígidos limites regionais, a partir da Programação Pactuada Integrada (PPI), até que se superem os vazios assistenciais de determinada região.

É importante salientar que o Plano Diretor de Regionalização não configura uma norma rígida, mas uma base para a promoção da descentralização/regionalização e para concretização dos princípios do SUS/MG, em especial da equidade, já que permite avaliações comparativas entre as diversas regiões e, além do mais, o princípio da integralidade.

Os 853 municípios mineiros foram recortados em 76 microrregiões e em 13 macrorregiões de saúde.

A seguir o mapa 1 mostra a separação das 13 macrorregiões de saúde do Estado de Minas Gerais:

---

<sup>5</sup> Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG), página 28.

**Mapa 1.** As 13 macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais



Existem relações dialéticas entre escala/qualidade e acesso que foram incluídas no PDR mineiro: os equipamentos de saúde de densidades tecnológicas médias e altas são suscetíveis ao princípio da escala para que operem com eficiência. Ademais, há evidências robustas de relações entre escala e qualidade. Por exemplo, hospitais que fazem grande número de procedimentos cirúrgicos apresentam menores taxas de mortalidade em relação aos que fazem pequeno número de cirurgias. Por outro lado, quando se manifesta um conflito entre escala e acesso, há de predominar, sempre, o princípio do acesso (MINAS GERAIS, 2011).

O processo de articulação regional usado pelo PDR/MG pode ser explicado por fatores que extrapolam a capacidade de uma gestão municipal, por sua natureza. Esses fatores são os diferentes perfis de morbimortalidade encontrados na população de Minas Gerais; a desigualdade em relação à distribuição geográfica dos serviços de saúde; a extensa concentração de serviços de maior densidade tecnológica e; as desigualdades em relação à distribuição dos profissionais de saúde pelo território nacional. Por isso, o fortalecimento da gestão pode ser entendido como meta do planejamento estratégico, para lidar com as diferenças de situação que envolve a administração dos serviços de saúde, de modo que seja possível um ajuste que favoreça a população como um todo. Visto que é de extrema

relevância levar em consideração as diversidades existentes no sistema público de saúde, que dizem respeito às características culturais, de desenvolvimento econômico e social e de desenvolvimento urbano e regional.

É importante salientar que os limites territoriais dos Consórcios Intermunicipais de Saúde e do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais não são iguais. Essa incompatibilidade pode ser explicada pela diferente lógica utilizada nas duas ferramentas: o consórcio é uma associação voluntária – o município pode entrar e/ou sair, além de não haver uma preocupação tão grande com a equidade de acesso, mas com a economia de escala para determinados procedimentos que não necessariamente são embasados em parâmetros de cobertura para todos os tipos de serviços, como ocorre no PDR. Além disso, como visto anteriormente, a formação das regiões do PDR obedecem critérios que assegurem a atenção universal, igual e integral a todos os cidadãos, independente de onde seja sua moradia, critérios que a formação dos consórcios públicos não obedecem.

Uma vez que os limites territoriais dos Consórcios Intermunicipais de Saúde não são semelhantes aos limites do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais, isso se torna uma questão importante. Essa questão referente à compatibilização dos territórios dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, voltados para o reforço local de equipamentos de saúde e para o fortalecimento e a dinamização da gerência dos sistemas logísticos regionais, principalmente o transporte em saúde, às vistas dos autores do PDR/MG, precisa ser melhor dimensionada. Em tese, poderia levar a problemas como a descontinuidade geográfica dos municípios de grande parte dos consórcios ou, mesmo, a incongruências entre as necessidades de saúde da região e os interesses de oferta de serviços pelos consórcios. Apesar disso, os significativos progressos alcançados na prestação de serviços de transporte em saúde através dos consórcios apontam e reforçam a necessidade desta compatibilização e estabelecimento de parcerias. Sendo assim, os Consórcios Intermunicipais de Saúde, até mesmo para cumprir o estabelecido na Lei nº 11.107/2005, devem-se ajustar às diretrizes do SUS e, portanto, serem compatíveis com a organização em micro e macrorregiões de saúde.

Como visto, para além dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais, o Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais também é um instrumento de extrema importância para a saúde do estado, porém tais instrumentos não têm a suas delimitações territoriais compatíveis. Além disso, também foi visto que existem diversidades importantes e marcantes em diferentes regiões do estado.

No próximo subcapítulo será estudada mais particularmente a legislação existente do estado de Minas Gerais sobre Consórcios Públicos, e, ainda mais especialmente sobre a legislação estadual de consórcio na área da saúde.

### **3.3 A Constituição do Estado de Minas Gerais e os Consórcios Públicos**

Diferentemente da Constituição da República Federativa do Brasil de 1.988 que só acrescentou à Carta Magna artigo referente a consórcios públicos com a Emenda Constitucional nº 19 de 1.998, a Constituição do Estado de Minas Gerais elaborada em 1.989 já previa o artigo 181 que estabelecia:

Art. 181 – É facultado ao Município:

I – associar-se a outros, do mesmo complexo geoeconômico e social, mediante convênio previamente aprovado pela Câmara Municipal, para a gestão, sob planejamento, de funções públicas ou serviços de interesse comum, de forma permanente ou transitória;

II – cooperar com a União e o Estado, nos termos de convênio ou consórcio previamente aprovados pela Câmara Municipal, na execução de serviços e obras de interesse para o desenvolvimento local;

III – participar, autorizado por lei municipal, da criação de entidade intermunicipal para realização de obra, exercício de atividade ou execução de serviço específico de interesse comum.

Mais especificamente, para serviços de saúde prestados por meio de consórcios, foi incluído no ordenamento jurídico do estado de Minas Gerais a Lei Estadual nº 11.618 de 04 de outubro de 1.994, cuja ementa foi: “Estabelece as diretrizes para a cooperação do Estado com os Consórcios Administrativos Intermunicipais de Saúde e dá outras providências”. Já em seu artigo 2º definia:

Considera-se consórcio administrativo intermunicipal de saúde, para efeito desta Lei, a associação de municípios com a finalidade de prestação comum das ações e dos serviços de saúde que lhes correspondam, mediante termo de acordo ou ajuste.

Parágrafo único - Os consórcios referidos no ‘caput’ terão direção única, prevista em seus atos constitutivos.

Esse artigo definiu o consórcio administrativo intermunicipal de saúde do estado de Minas Gerais enquanto uma associação de municípios a fim de prestar ações e serviços

comuns a esses municípios especificamente na área de saúde, somente mediante acordo ou ajuste. Essa lei também decretava que a direção dos consórcios administrativos intermunicipais de saúde era exercida por um Conselho Diretor composto: por 1 (um) representante do Conselho Municipal de Saúde de cada município consorciado, livremente eleito por seus membros e; pelo Prefeito do município consorciado ou pessoa por ele designada. Diferentemente da Lei dos Consórcios nº 11.107/2.005 essa lei estadual não exigia o protocolo de intenções e tampouco o contrato de rateio, por outro lado, não declarava qual a personalidade jurídica dos consórcios constituídos.

Apesar da autonomia garantida pela Constituição Federal de 1988, municípios com menos de 30.000 habitantes, não são capazes de resolver grande parte dos problemas de saúde da sua população, exatamente por não conterem em seu território, geralmente, serviços de maior complexidade assistencial como os serviços de média e alta complexidade, principalmente por questões de escala de produção, ou seja, por não compensar economicamente sua existência em municípios deste porte. Sendo assim, a proposta de consorciamento foi a estratégia encontrada para minimizar as dificuldades de fazer valer o preceito constitucional “Saúde direito de todos e dever do Estado”<sup>6</sup>.

Como os Consórcios Intermunicipais de Saúde abrangem principalmente municípios com população inferior a 10.000 habitantes e visto a grande quantidade de municípios mineiros com essa população ou inferior a esse número, seria de se esperar que Minas Gerais fosse o estado brasileiro onde se concentrou e ainda hoje se concentra, o maior número de consórcios intermunicipais do país. Tais consórcios no estado não são uma novidade, já há mais de uma década eles ganharam terreno e vêm, cada vez mais, demonstrando a sua efetividade a partir de ações conjuntas dos municípios.

Segundo um levantamento feito pelo Ministério da Saúde no ano de 2008, nem todos os estados brasileiros tinham algum consórcio de saúde constituído. Ainda segundo esse levantamento, haviam apenas doze estados com consórcios em saúde formados, são eles: Ceará, Espírito Santo, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo – com destaque para Minas Gerais com sessenta e cinco consórcios constituídos, em segundo lugar Paraná com vinte e quatro consórcios e São Paulo com apenas dezessete. Em doze estados tinham um total de cento e setenta e seis (176) consórcios em saúde constituídos, sendo que quase 37% desses consórcios se encontravam no estado de Minas Gerais. Esse grande número de consórcios

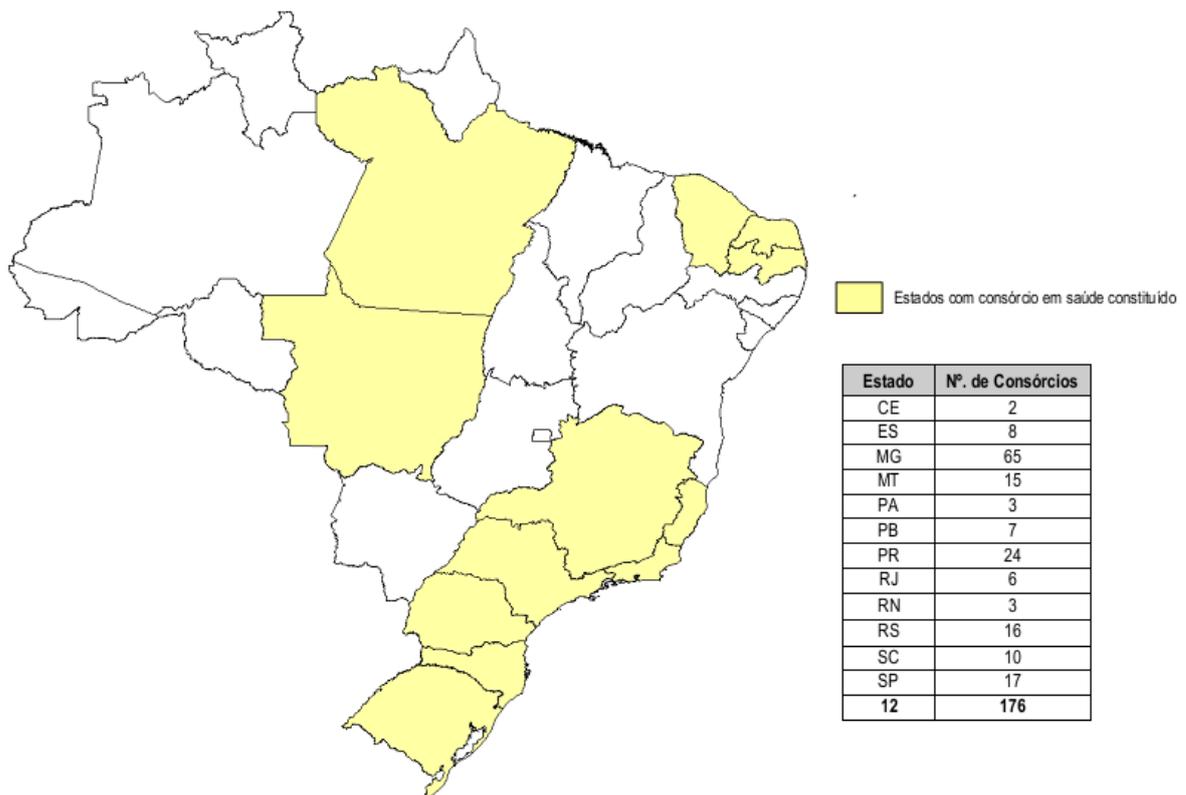
---

<sup>6</sup> Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 – artigo 196

públicos em Minas Gerais pode ser explicado pelo fato de que, ainda nos anos de 1995 a 1998 foram criados 50, dos 65 consórcios intermunicipais de saúde em Minas Gerais que existem atualmente.

A seguir o mapa 2 mostra os estados do Brasil que possuem consórcios em saúde constituídos no ano de 2008 e a quantidade por estado. Neste ano seriam 176 consórcios, dos quais quase 37% estariam localizados em Minas Gerais:

**Mapa 2.** Estados com consórcio em saúde constituído de acordo com as informações das Secretarias de Estado da Saúde em junho 2008



Fonte: CGIP/DAD/SE/MS. Elaborado com informações da Secretaria de Estado da Saúde em resposta a CIRCULAR GAB/SE/MS nº 8 de 21 de fevereiro de 2008, da ST/CIT e DATASUS

Segundo o Perfil dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais, elaborado pelo Colegiado dos Consórcios de Secretários Executivos do Estado de Minas Gerais em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, existem 65 consórcios públicos no estado, envolvendo 714 municípios, dos quais 581 são municípios com população entre menos do que 5.000 até 20.000 habitantes, o que equivale ao percentual significativo de 81,3% dos municípios mineiros.

O quadro 5 abaixo mostra a distribuição percentual de municípios consorciados separados pela classe populacional:

**Quadro 5.** Distribuição percentual de municípios consorciados, segundo tamanho da população.  
Novembro de 2007

<b>Classe Populacional</b>	<b>Número de Municípios</b>
Menos que 5.000	209
Entre 5.000 e 9.999	232
Entre 10.000 e 19.999	140
Entre 20.000 e 29.999	65
Entre 30.000 e 49.999	31
Acima de 50.000	37
Total	714

Fonte: COSECS-MG

A importância do consorciamento entre municípios pequenos é que se evitou o deslocamento de pacientes do interior de Minas Gerais para os grandes centros, graças a atuação conjunta que trouxe a possibilidade de se negociar menores preços, investimentos em equipamentos que só existiam em grandes centros e a otimização de equipamentos inoperantes no interior por escassez de profissionais, economizando recursos.

Conhecido todo o regramento legal hoje existente para regular os consórcios públicos em qualquer esfera de governo e em todo o país, seria de se esperar que os consórcios intermunicipais pudessem ser tomados como estratégia da efetivação das políticas de saúde, particularmente no que atende ao “princípio da eficiência” previsto no artigo 37 da Constituição Federal de 1.988, tendo em vista que os consórcios são instrumentos de racionalização dos recursos públicos (tanto humanos, quanto materiais ou financeiros) disponíveis.

No próximo capítulo será feito um estudo dos Consórcios Públicos, utilizando as delimitações de duas regiões do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais, a fim de analisar alguns aspectos como descrição das modalidades e nível de complexidade ofertado; integração dos consórcios com a regionalização; entre outros.

#### **4. CAPÍTULO 3 - ESTUDO DE DUAS REGIÕES DO PDR E OS CONSÓRCIOS PÚBLICOS**

Nesse terceiro e último capítulo será feita uma análise dos serviços prestados nos consórcios públicos de duas macrorregiões do PDR/MG. As macrorregiões escolhidas foram as regiões Triângulo do Norte (Uberlândia) e Noroeste (Patos de Minas). O objetivo foi comparar e analisar as escolhas feitas na formação dos consórcios (quais sejam, quais municípios vão fazer parte, quais procedimentos vão oferecer), frente o desenho das regiões de saúde. A escolha dessas macrorregiões se deu, apesar das duas regiões serem vizinhas geograficamente, pelo fato de a situação socioeconômica de ambas ser muito diferente: em uma está concentrada uma grande parte dos municípios mineiros com condições socioeconômicas menos favorecidas; a outra se destaca pelo seu grande desenvolvimento econômico, e conseqüentemente, condições socioeconômicas muito melhores.

O capítulo está dividido em duas subseções: a primeira será para a análise dos consórcios públicos da macrorregião Noroeste e na segunda vamos analisar os tipos de serviços prestados na macrorregião Triângulo do Norte.

##### **4.1 A macrorregião Noroeste (Patos de Minas) e os Consórcios Públicos**

A macrorregião Noroeste (Patos de Minas) delimitada pelo Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais é formada pela união de trinta e três (33) municípios agrupados em duas microrregiões.

A seguir a quadro 6 mostra os municípios da região citada separados por microrregião.

**Quadro 6.** Os municípios da Macrorregião Noroeste, divididos por microrregião

<b>Macrorregião: Noroeste (Patos de Minas)</b>	
<b>Microrregião: Patos de Minas</b>	<b>Microrregião: Unaí</b>
Arapuá	Arinos
Brasilândia de Minas	Bonfinópolis de Minas
Carmo do Paranaíba	Buritizal
Cruzeiro da Fortaleza	Cabeceira Grande
Guarda-Mor	Chapada Gaúcha
Guimarânia	Dom Bosco
João Pinheiro	Formoso
Lagamar	Natalândia
Lagoa Formosa	Paracatu
Lagoa Grande	Riachinho
Matutina	Unaí
Patos de Minas	Uruana de Minas
Presidente Olegário	
Rio Paranaíba	
Santa Rosa da Serra	
São Gonçalo do Abaeté	
São Gotardo	
Serra do Salitre	
Tiros	
Varjão de Minas	
Vazante	

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG)

A região Noroeste concentra uma grande parte de municípios com condições socioeconômicas menos favorecidas. A maioria dos seus municípios é cortada pelo rio São Francisco, tem clima tropical quente e é formado por depressões. A economia da região é altamente agrícola, com destaque para a produção de milho, mandioca e feijão, além da criação de gado. Constitui a região menos populosa e menos densamente povoada do estado.

Como já visto anteriormente, a macrorregião Noroeste (Patos de Minas) está dividida em trinta e três (33) municípios agrupados em duas (2) microrregiões e tem sua população estimada em 2013 pelo IBGE em 686.334 habitantes<sup>7</sup>. Possui uma área total de 79.604,829 quilômetros quadrados (km<sup>2</sup>) e uma densidade demográfica de 8,6 habitantes por quilômetro quadrado (hab/km<sup>2</sup>).

De acordo com dados da SAGE, a macrorregião possui 1.134 estabelecimentos de saúde (entre consultórios isolados, clínicas/centros de especialidades, centros de

<sup>7</sup> Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=31&search=minas-gerais>

saúde/unidades básicas, postos de saúde, unidades de apoio diagnose e terapia, farmácias, secretarias de saúde, dentre outros). Outro dado importante é que a macrorregião possui 3.471 profissionais de saúde (entre médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros), ou seja, uma média de 197,7 habitantes para cada profissional da saúde<sup>8</sup>.

#### **4.1.1 A Microrregião de Unaí**

A microrregião de Unaí está dividida em doze (12) municípios e tem sua população estimada em 2013 pelo IBGE em 265.698 habitantes. Possui uma área total de 40.607,903 quilômetros quadrados (km<sup>2</sup>) e uma densidade demográfica de 6,5 habitantes por quilômetros quadrados (hab/km<sup>2</sup>). O município de menor população é o Uruana de Minas, com apenas 3.326 habitantes e o maior é Paracatu com 89.530 habitantes. A menor área da unidade territorial é Natalândia, com 468,660 km<sup>2</sup> e a maior é Unaí com 8.447,107 km<sup>2</sup>. O município que possui a menor densidade demográfica é Formoso, com 2,22 hab/km<sup>2</sup> e o maior é Paracatu com 10,29 hab/km<sup>2</sup>.

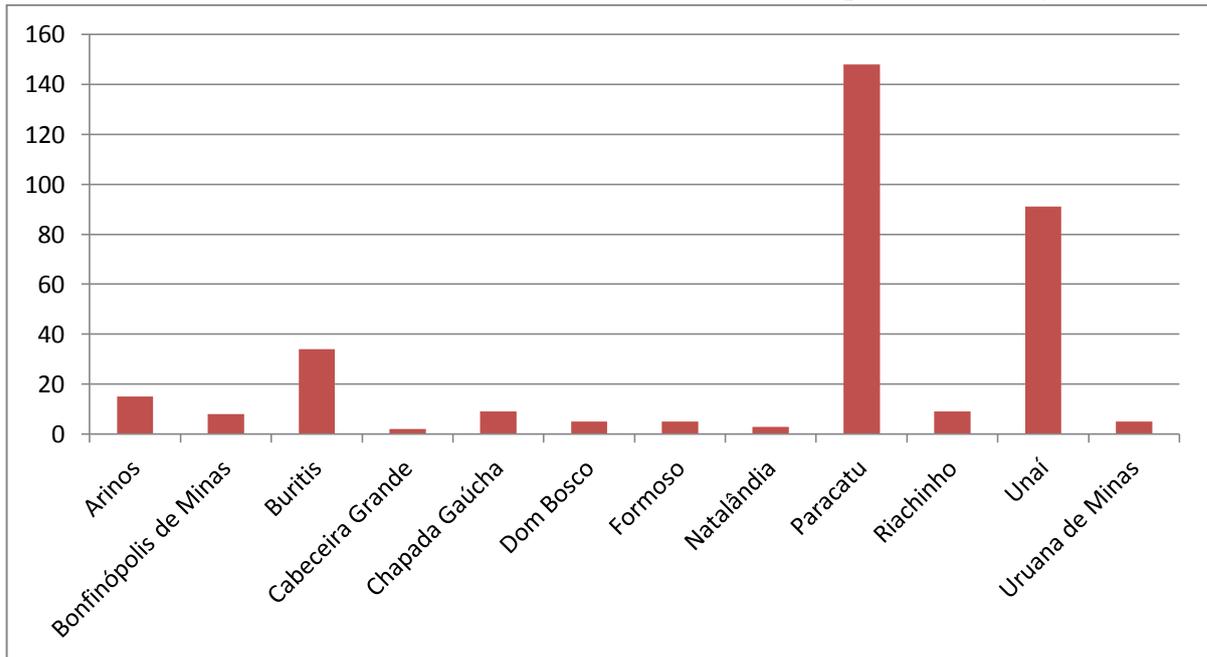
De acordo com dados da SAGE<sup>9</sup>, a microrregião possui 334 estabelecimentos de saúde. O município que possui o menor número de estabelecimentos de saúde é Cabeceira Grande, com apenas duas (2) unidades de saúde (dois centros de saúde/unidades básicas). Já o município que possui o maior número de estabelecimentos de saúde é Paracatu com 148 unidades de saúde (entre consultórios isolados, clínicas/centros de especialidades, centros de saúde/unidades básicas, postos de saúde, dentre outros). Outro dado importante é que a microrregião possui 903 profissionais de saúde, ou seja, uma média de 294,2 habitantes para cada profissional da saúde. O município de Natalândia possui apenas 11 profissionais da saúde e Paracatu possui 355 profissionais da área.

A seguir o gráfico 5 mostra o número de estabelecimentos de saúde em cada município da microrregião de Unaí. Nessa região, a diferença existe, porém em menor escala, se comparado à próxima microrregião.

---

<sup>8</sup> Disponível em <http://189.28.128.178/sage/index.php>

<sup>9</sup> Sala de Apoio à Gestão Estratégica

**Gráfico 5.** Número de estabelecimentos de saúde nos municípios da microrregião de Unaí

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE).

Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/index.php>

#### 4.1.2 A microrregião de Patos de Minas

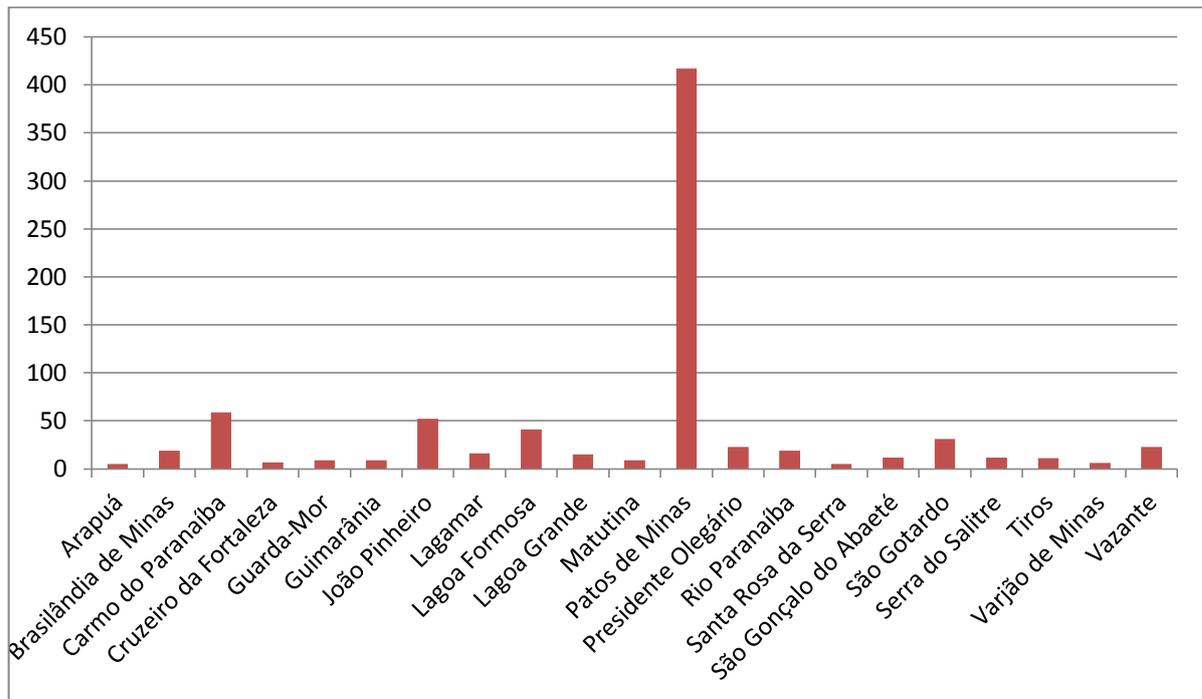
A microrregião de Patos de Minas está dividida em vinte um (21) municípios e tem sua população estimada em 2013 pelo IBGE em 420.636 habitantes. Possui uma área total de 38.996,926 quilômetros quadrados (km<sup>2</sup>) e uma densidade demográfica de 10,7 habitantes por quilômetros quadrados (hab/km<sup>2</sup>). O município de Arapuá tem a menor população (com apenas 2.866 habitantes) e a menor área da unidade territorial (com 173,894 km<sup>2</sup>). Já o município de maior população é Patos de Minas com 146.416 habitantes e o maior município em área da unidade territorial é João Pinheiro com 10.727,471 km<sup>2</sup>. O município que possui a menor densidade demográfica é São Gonçalo do Abaeté, com 2,33 hab/km<sup>2</sup> e o maior é Patos de Minas com 43,49 hab/km<sup>2</sup>.

De acordo com dados da SAGE, a microrregião possui 800 estabelecimentos de saúde. Os municípios que possuem o menor número de estabelecimentos de saúde são Arapuá e Santa Rosa da Serra, com apenas cinco (5) unidades de saúde em cada (centros de saúde/unidades básicas, farmácia, secretaria de saúde, consultório insulado e posto de saúde). Já o município que possui o maior número de estabelecimentos de saúde é Patos de Minas com 417 unidades de saúde (entre consultórios isolados, clínicas/centros de especialidades, centros de saúde/unidades básicas, unidades de apoio diagnose e terapia, dentre outros). Por

fim, a microrregião possui 2.568 profissionais de saúde, ou seja, uma média de 163,7 habitantes para cada profissional da saúde. O município de Arapuá possui apenas 13 profissionais da saúde e Patos de Minas possui 1.226 profissionais da área.

O gráfico 6 a seguir mostra o número de estabelecimentos de saúde em cada município da microrregião de Patos de Minas. Aqui, a diferença é muito significativa.

**Gráfico 6.** Número de estabelecimentos de saúde nos municípios da microrregião de Patos de Minas



Fonte: Elaboração própria a partir de dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE).  
Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/index.php>

Conhecida as características socioeconômicas da macrorregião Noroeste e de suas microrregiões, a partir de agora vamos conhecer os consórcios públicos dessa região, as cidades que fazem parte de cada consórcio e os tipos de serviços prestados pelo mesmo.

Existem dois consórcios públicos na macrorregião Noroeste (Patos de Minas), o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste de Minas e o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba.

O quadro 7 a seguir mostra os dois consórcios públicos formados nessa região, separados pelos municípios que a formam e pela microrregião de cada município.

**Quadro 7.** Os municípios dos consórcios públicos pertencentes à Macrorregião Noroeste

<b>Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste de Minas</b>		<b>Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba</b>	
<b>Município</b>	<b>Microrregião</b>	<b>Município</b>	<b>Microrregião</b>
Bonfinópolis de Minas	Unaí	Arapuá	Patos de Minas
Brasilândia de Minas	Patos de Minas	Carmo do Paranaíba	Patos de Minas
Dom Bosco	Unaí	Lagoa Formosa	Patos de Minas
João Pinheiro	Patos de Minas	Matutina	Patos de Minas
Lagoa Grande	Patos de Minas	Presidente Olegário	Patos de Minas
		Rio Paranaíba	Patos de Minas
		São Gonçalo do Abaeté	Patos de Minas
		Tiros	Patos de Minas
		Varjão de Minas	Patos de Minas

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do COSECS. Disponível em:

<http://www.cosecsmg.org.br/portal/index.php/area-de-arquivos?task=finish&cid=9&catid=6&m=0>

#### 4.1.3 O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste de Minas

O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste de Minas é formado por municípios das duas microrregiões: dois municípios são da microrregião Unaí (ou seja, 40% do consórcio) e três da microrregião Patos de Minas (o que representa 60% do consórcio). Por outro lado, a região de Unaí só tem cerca de 16% dos seus municípios no consórcio e Patos de Minas aproximadamente 14% dos seus municípios nesse consórcio.

De acordo com dados do Colegiado de Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (COSECS)<sup>10</sup>, o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste de Minas tem sede no município de João Pinheiro, onde possui uma clínica com tais especialidades: ginecologia, ortopedia, eletrocardiograma e eletroencefalograma. Dessas especialidades, apenas ginecologia consiste em procedimento de baixa complexidade; as outras são todas de média complexidade. Não possui equipamentos próprios e os procedimentos realizados não foram informados.

O seu regime de admissão de pessoal é por meio de contratos diversos (temporários, CLT) e tem pessoal administrativo cedido de órgão público municipal em seu quadro, sob contrato de CLT. Além disso, o consórcio tem pessoal que atua na assistência com pessoa jurídica em seu quadro.

A despesa do consórcio no ano de 2003 foi de R\$ 265.773,60, sendo que R\$ 243.108,15 foi com serviços de terceiros, R\$ 11.050,02 com material de consumo e R\$

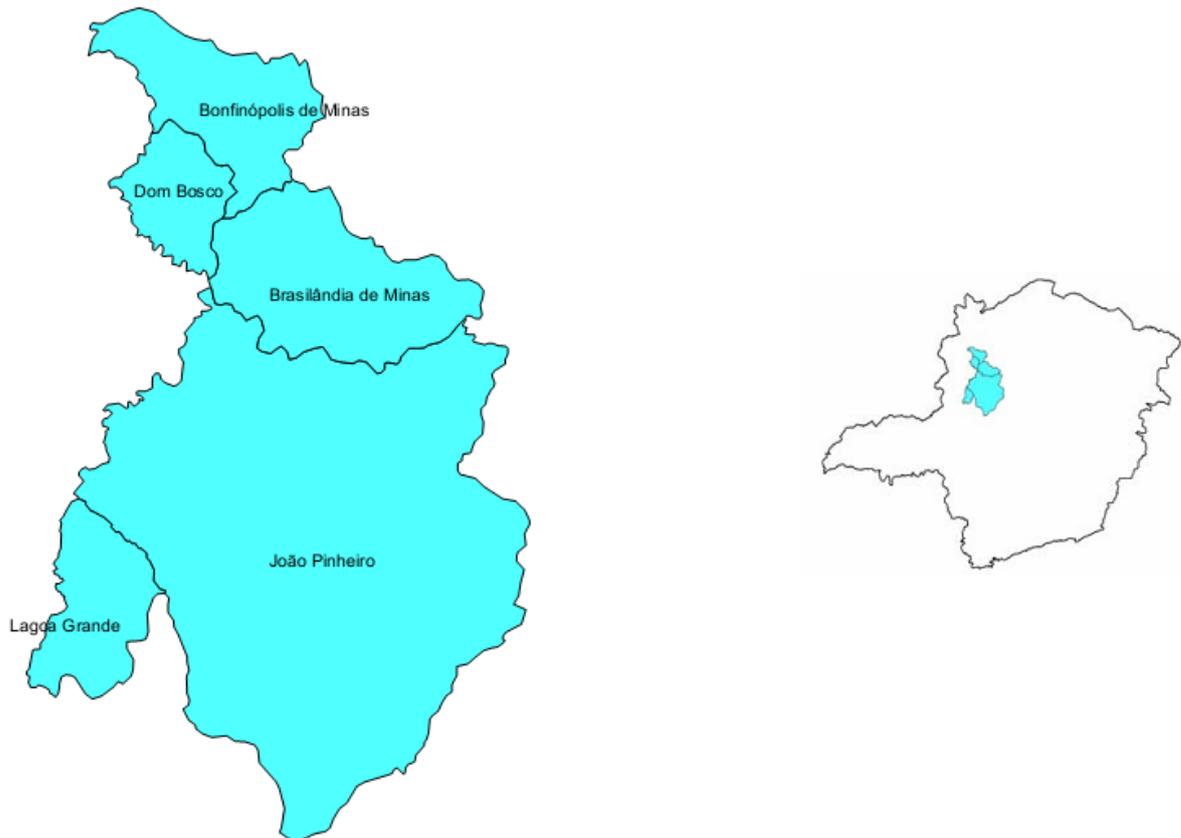
<sup>10</sup> Disponível em <http://www.cosecsmg.org.br/portal/index.php/area-de-arquivos?task=finish&cid=9&catid=6&m=0>, página 177.

11.615,43 com pessoal. Sobre a sua receita, não realiza nenhum convênio de transferências de recursos com a União, os Estados ou os Municípios. Em 2003 o consórcio recebeu uma transferência de recursos no valor de R\$ 190.662,00 do Fundo de Participação dos Municípios. O modo de repasse para os consórcios é de R\$ 0,25 *percapta* para todos os municípios.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste de Minas não possui sede própria e o valor do seu patrimônio não foi informado. Faz compra e aquisição de bens e contratação de serviços por meio de licitação ou termo de inexigibilidade de licitação. Possui contabilidade privada e o pagamento de serviços obedece a legislação (IR, INSS e ISSQN), entretanto há dívida com o INSS. O consórcio é informatizado. Por fim, a prestação de contas é feita apenas aos prefeitos.

A seguir o mapa 3 mostra a localização no estado do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste de Minas.

**Mapa 3.** Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste de Minas



Fonte: COSECS-MG

#### 4.1.4 O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba

Todos os municípios formadores do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba pertencem à microrregião Patos de Minas. Porém, nem todos os municípios da microrregião pertencem ao consórcio, somente cerca de 42% dos municípios (isto é, 9 de 21 municípios).

De acordo com dados do Colegiado de Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (COSECS)<sup>11</sup>, o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba tem sede no município de Lagoa Formosa, onde possui uma clínica com tais especialidades, quase todas de média complexidade: consulta em ginecologia (a única de baixa complexidade), consulta em cardiologia, consulta em neurologia, consulta em oftalmologia, consulta em urologia, eletroencefalograma, endoscopia e ultrassonografia. Segundo dados atualizados até 2007, possui um único equipamento – o endoscópio, localizado no município sede do consórcio - e realiza tais procedimentos: consulta em neurologia, consulta em oftalmologia, eletroencefalograma, endoscopias e ultrassonografia, todas de média complexidade.

O seu regime de admissão de pessoal é por meio de contratos diversos (temporários, CLT) e tem pessoal administrativo cedido de órgão público municipal em seu quadro, sob contrato de CLT. Além disso, o consórcio tem contratação de pessoal que atua na assistência cooperativa em seu quadro.

A despesa por origem de recursos não foi informada. O consórcio realiza convênio de transferência de recursos com o Estado no valor de R\$ 250.000,00. Além disso, em 2003 recebeu uma transferência de recursos no valor de R\$ 114.107,13 do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). O modo de repasse para os consórcios é de 1% do FPM para os municípios e de R\$ 3.200,00 fixos para Lagoa Formosa.

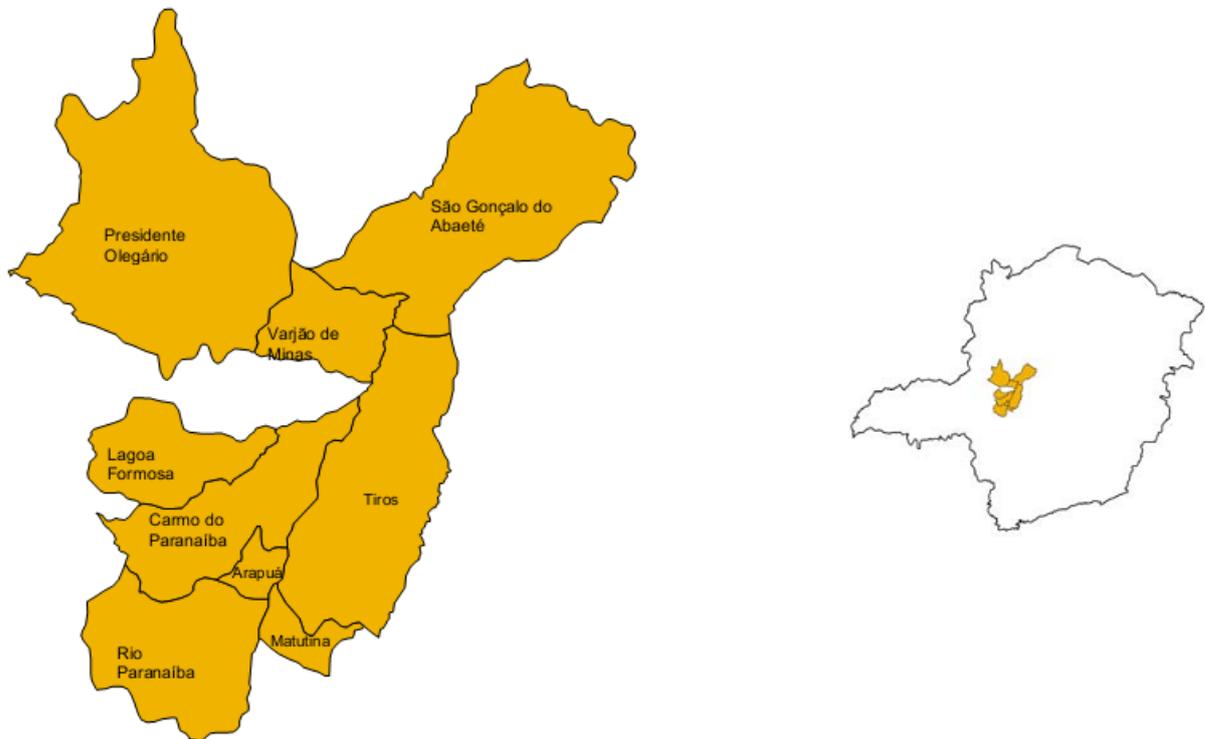
O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba possui sede própria e o valor do seu patrimônio não foi informado. Faz compra e aquisição de bens e contratação de serviços por meio de licitação. Possui contabilidade privada e o pagamento de serviços obedece a legislação (IR, INSS e ISSQN), ademais não há dívidas. O consórcio é informatizado. Por fim, a prestação de contas é feita aos prefeitos, aos conselhos municipais de saúde, ao tribunal de contas de Minas Gerais e aos secretários municipais de saúde.

---

<sup>11</sup> Disponível em <http://www.cosecsmg.org.br/portal/index.php/area-de-arquivos?task=finish&cid=9&catid=6&m=0>, página 43.

O mapa 4 a seguir mostra a localização no estado do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba.

**Mapa 4.** Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba



Fonte: COSECS-MG

Em conclusão, os dois consórcios públicos pertencentes à macrorregião Noroeste são semelhantes nos tipos de serviços prestados. O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba disponibiliza tais especialidades: consulta em cardiologia, ginecologia, neurologia, oftalmologia, urologia, eletroencefalograma, endoscopia e ultrassonografia. Já o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste de Minas disponibiliza especialistas nas áreas de ginecologia, ortopedia, eletrocardiograma e eletroencefalograma. Apesar de o primeiro consórcio público disponibilizar o dobro de especialidades do segundo consórcio, ambos só prestam serviços médicos de média complexidade, sendo que o único serviço médico de menor complexidade nos dois consórcios, enquadrado na atenção básica, é a consulta em ginecologia. Além disso, possuem clínica nos municípios sedes, em Lagoa Formosa e João Pinheiro, respectivamente. Por outro lado, o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste de Minas é formado por municípios das duas microrregiões e o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba é formado por municípios de apenas uma microrregião, porém, não

inclui todos os municípios da microrregião Patos de Minas. Ou seja, esses dois instrumentos possuem lógicas diferentes e nenhum consórcio dessa macrorregião tem a mesma delimitação geográfica do PDR/MG.

Em relação aos aspectos financeiros, o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Paranaíba não informou as suas despesas, por outro lado, as suas receitas no ano de 2003 foram de R\$ 364.107,13. Já o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste de Minas teve uma despesa de R\$ 265.773,60 no ano de 2003 e uma receita no valor de R\$ 190.662,00 no mesmo ano.

#### 4.2 A macrorregião Triângulo do Norte (Uberlândia) e os Consórcios Públicos

A macrorregião Triângulo do Norte (Uberlândia) delimitada pelo Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais é formada pela união de vinte e sete (27) municípios agrupados em três microrregiões.

A seguir o quadro 8 mostra os municípios da região citada separados por microrregião

**Quadro 8.** Os municípios da Macrorregião Triângulo do Norte, divididos por microrregião

<b>Macrorregião: Triângulo do Norte (Uberlândia)</b>		
<b>Microrregião: Ituiutaba</b>	<b>Microrregião: Patrocínio/Monte Carmelo</b>	<b>Microrregião: Uberlândia/Araguari</b>
Cachoeira Dourada	Abadia dos Dourados	Araguari
Campina Verde	Coromandel	Araporã
Canápolis	Douradoquara	Cascalho Rico
Capinópolis	Estrela do Sul	Indianópolis
Centralina	Grupiara	Monte Alegre de Minas
Gurinhatã	Iraí de Minas	Nova Ponte
Ipiaçu	Monte Carmelo	Prata
Ituiutaba	Patrocínio	Tupaciguara
Santa Vitória	Romaria	Uberlândia

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG)

A região Triângulo do Norte se destaca pelo seu maior desenvolvimento econômico, é uma das regiões mais ricas do estado. A maioria dos seus municípios está situada entre os rios Grande e Paranaíba, formadores do rio Paraná, tem clima tropical de altitude e é formado por planaltos, serras e chapadas. A economia da região é voltada a distribuição. As principais

indústrias relacionam-se aos setores de processamento de alimentos e de madeira, de açúcar e álcool, fumo e de fertilizantes.

Como já citado anteriormente, a macrorregião Triângulo do Norte (Uberlândia) está dividida em vinte e sete (27) municípios agrupados em três (3) microrregiões e tem sua população estimada em 2013 pelo IBGE em 1.248.863 habitantes<sup>12</sup>. Possui uma área total de 42.774,095 quilômetros quadrados (km<sup>2</sup>) e uma densidade demográfica de 29,1 habitantes por quilômetro quadrado (hab/km<sup>2</sup>). De acordo com dados da SAGE, a macrorregião possui 2.120 estabelecimentos de saúde (entre policlínicas, hospitais gerais, unidades móveis terrestre, centros de atenção psicossocial, cooperativas, unidades mistas, unidades de vigilância em saúde, secretarias de saúde, dentre outros). Outro ponto relevante é que a macrorregião possui 7.455 profissionais de saúde (entre médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros), ou seja, uma média de 167,5 habitantes para cada profissional da saúde<sup>13</sup>.

#### **4.2.1 A microrregião de Ituiutaba**

A microrregião de Ituiutaba está dividida em nove (9) municípios e tem sua população estimada em 2013 pelo IBGE em 192.533 habitantes. Possui uma área total de 13.553,881 quilômetros quadrados (km<sup>2</sup>) e uma densidade demográfica de 14,2 habitantes por quilômetros quadrados (hab/km<sup>2</sup>). O município de Cachoeira Dourada tem a menor população da região (com apenas 2.628 habitantes) e a menor área da unidade territorial (com 200,928 km<sup>2</sup>). Já o município de maior população é Ituiutaba com 102.020 habitantes e o maior município em área da unidade territorial é Campina Verde com 3.650,749 km<sup>2</sup>. O município que possui a menor densidade demográfica é Gurinhatã, com 3,32 hab/km<sup>2</sup> e o maior é Ituiutaba com 37,40 hab/km<sup>2</sup>.

De acordo com dados da SAGE, a microrregião possui 261 estabelecimentos de saúde. O município que possui o menor número de estabelecimentos de saúde é Ipiacu, com apenas quatro (4) unidades de saúde (dois centros de saúde/unidades básicas, uma farmácia e uma secretaria de saúde). Já o município que possui o maior número de estabelecimentos de saúde é Ituiutaba com 144 unidades de saúde (entre consultórios isolados, clínicas/centros de especialidades, centros de saúde/unidades básicas, unidades de apoio diagnose e terapia, dentre outros). Outro dado importante é que a microrregião possui 876 profissionais de saúde,

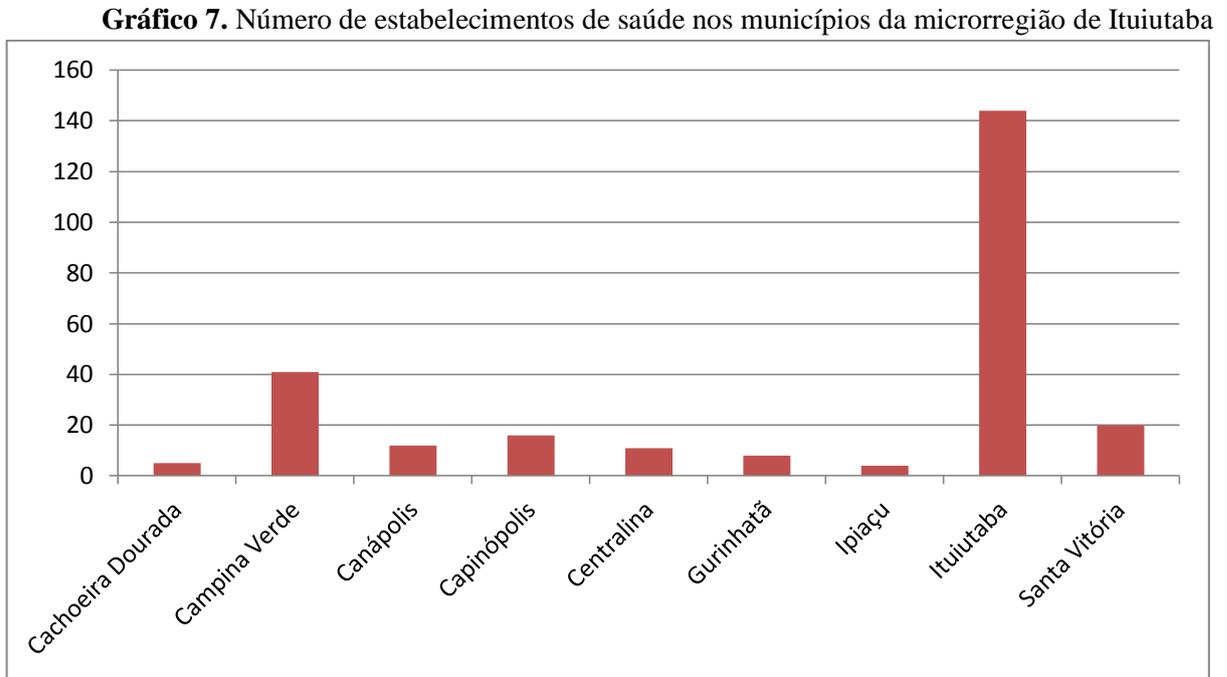
---

<sup>12</sup> Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=31&search=minas-gerais>

<sup>13</sup> Disponível em <http://189.28.128.178/sage/index.php>

ou seja, uma média de 219,7 habitantes para cada profissional da saúde. O município de Ipiacu possui apenas 15 profissionais da saúde e Ituiutaba possui 421 profissionais da área.

O gráfico 7 a seguir mostra o número de estabelecimentos de saúde em cada município da microrregião de Ituiutaba. É fácil perceber a grande diferença entre os municípios da região.



**Fonte:** Elaboração própria a partir de dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE). Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/index.php>

#### 4.2.2 A microrregião de Patrocínio/Monte Carmelo

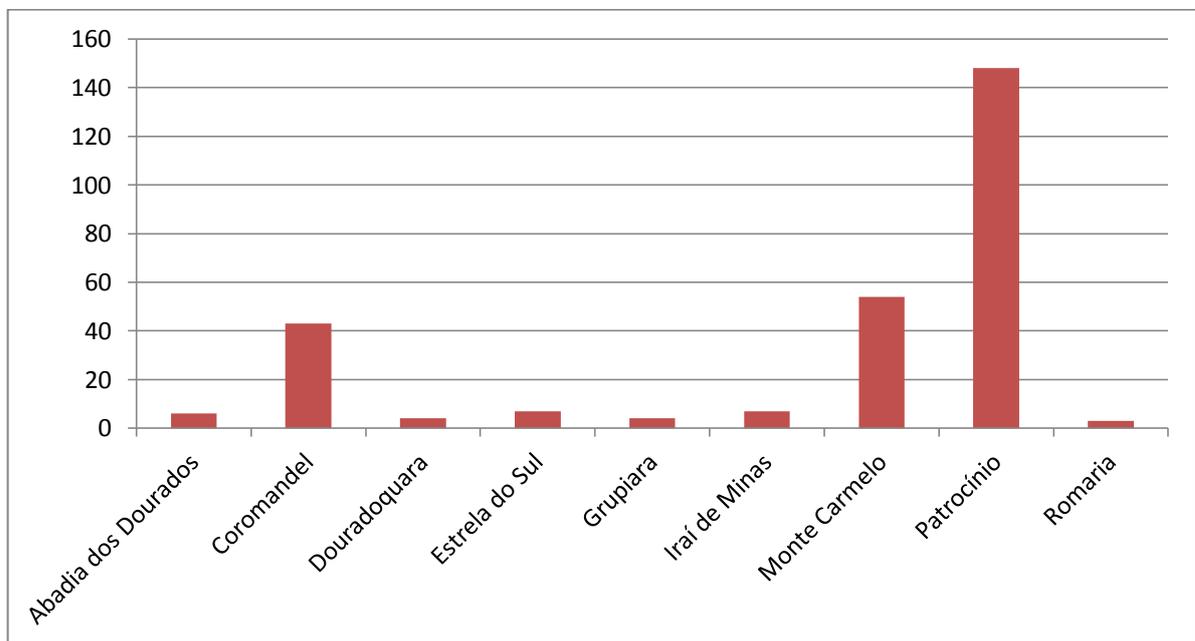
A microrregião de Patrocínio/Monte Carmelo está dividida em nove (9) municípios e tem sua população estimada em 2013 pelo IBGE em 191.731 habitantes. Possui uma área total de 10.503,853 quilômetros quadrados (km<sup>2</sup>) e uma densidade demográfica de 18,2 habitantes por quilômetros quadrados (hab/km<sup>2</sup>). O município de Grupiara tem a menor população (com apenas 1.414 habitantes) e a menor área da unidade territorial (com 193,141 km<sup>2</sup>). O município de maior população é Patrocínio com 87.178 habitantes e o maior município em área da unidade territorial é Coromandel com 3.313,116 km<sup>2</sup>. O município que possui a menor densidade demográfica é Douradoquara, com 5,88 hab/km<sup>2</sup> e o maior é Monte Carmelo com 34,08 hab/km<sup>2</sup>.

De acordo com dados da SAGE, a microrregião possui 276 estabelecimentos de saúde. O município que possui o menor número de estabelecimentos de saúde é Romaria, com

apenas três (3) unidades de saúde (um centro de saúde/unidade básica, uma clínica/centro de especialidade e uma secretaria de saúde). Já o município que possui o maior número de estabelecimentos de saúde é Patrocínio com 148 unidades de saúde (entre consultórios isolados, clínicas/centros de especialidades, centros de saúde/unidades básicas, unidades de apoio diagnose e terapia, dentre outros). Em relação ao número de profissionais da saúde, a microrregião possui 1.100 profissionais, isto é, uma média de 174,3 habitantes para cada profissional da área. O município de Grupiara possui apenas 08 profissionais da saúde e Patrocínio possui 515.

O gráfico 8 a seguir mostra o número de estabelecimentos de saúde em cada município da microrregião de Patrocínio/Monte Carmelo.

**Gráfico 8.** Número de estabelecimentos de saúde nos municípios da microrregião de Patrocínio/Monte Carmelo



**Fonte:** Elaboração própria a partir de dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE).  
Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/index.php>

#### 4.2.3 A microrregião de Uberlândia/Araguari

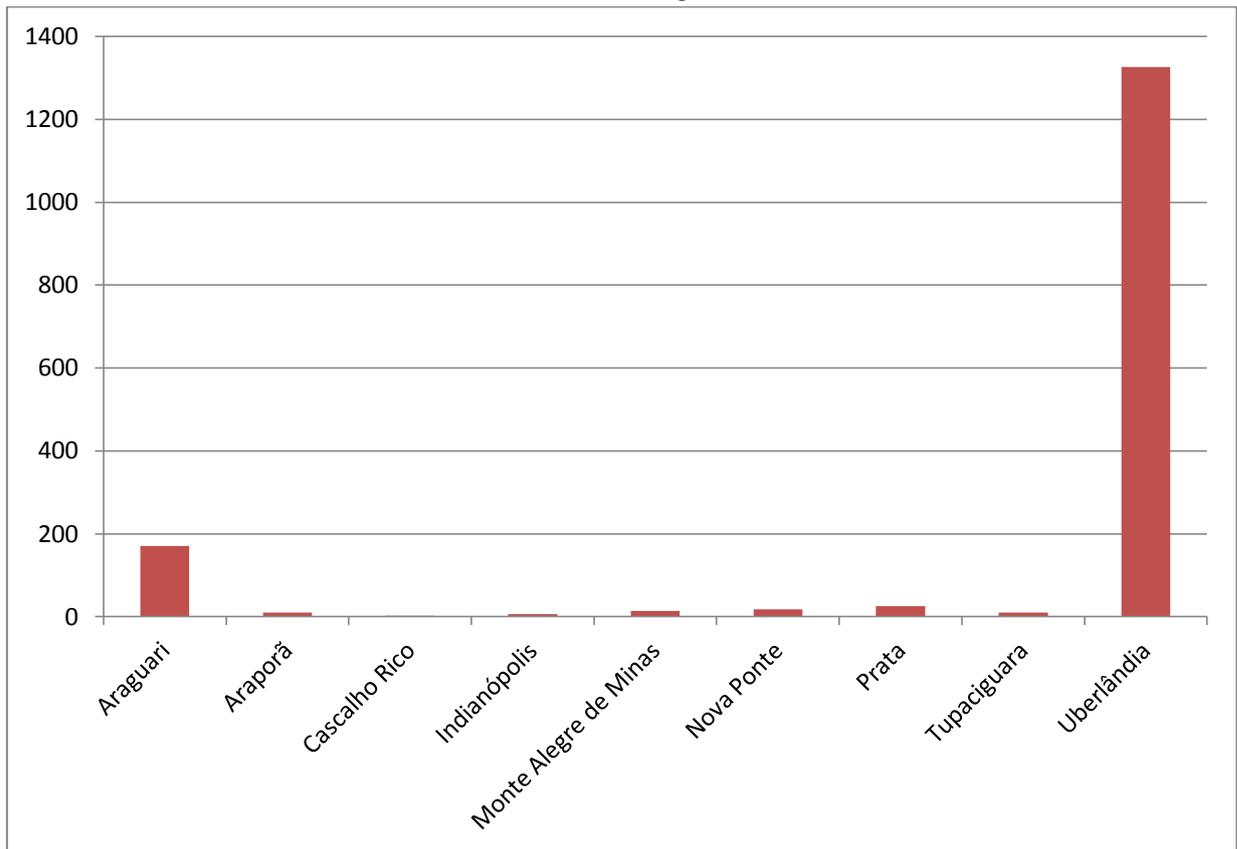
A microrregião de Uberlândia/Araguari também está dividida em nove (9) municípios e tem sua população estimada em 2013 pelo IBGE em 864.599 habitantes. Possui uma área total de 18.716,361 quilômetros quadrados (km<sup>2</sup>) e uma densidade demográfica de 46,1 habitantes por quilômetros quadrados (hab/km<sup>2</sup>). O município de menor população é Cascalho Rico, com apenas 2.999 habitantes e o maior é Uberlândia com 646.673 habitantes. A menor

área da unidade territorial é Araporã, com 295,837 km<sup>2</sup> e a maior é Prata com 4.847,544 km<sup>2</sup>. O município que possui a menor densidade demográfica é Prata, com 5,32 hab/km<sup>2</sup> e o maior é Uberlândia com 146,78 hab/km<sup>2</sup>.

De acordo com dados da SAGE, a microrregião possui 1.583 estabelecimentos de saúde. O município que possui o menor número de estabelecimentos de saúde é Cascalho Rico, com apenas três (3) unidades de saúde (centro de saúde/unidade básica, polo academia da saúde e secretaria de saúde). Já o município que possui o maior número de estabelecimentos de saúde é Uberlândia com 1.326 unidades de saúde (entre consultórios isolados, clínicas/centros de especialidades, centros de saúde/unidades básicas, policlínicas, dentre outros). Por fim, a microrregião possui 5.479 profissionais de saúde, ou seja, uma média de 157,8 habitantes para cada profissional da saúde. O município de Cascalho Rico possui apenas 16 profissionais da saúde e Uberlândia se destaca, com 4.449 profissionais, isto significa um pouco mais de 80% de toda a microrregião.

O gráfico 9 a seguir mostra o número de estabelecimentos de saúde em cada município da microrregião de Uberlândia/Araguari. Nessa região, sem sombra de dúvidas, se encontra a maior diferença encontrada entre o número de estabelecimentos de uma mesma região.

**Gráfico 9.** Número de estabelecimentos de saúde nos municípios da microrregião de Uberlândia/Araguari



**Fonte:** Elaboração própria a partir de dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE). Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/index.php>

Conhecida as características socioeconômicas da macrorregião Triângulo do Norte e de suas microrregiões, a partir de agora vamos conhecer os consórcios públicos dessa região, as cidades que fazem parte de cada consórcio e os tipos de serviços prestados pelo mesmo.

Existem três consórcios públicos na macrorregião Triângulo do Norte (Uberlândia), o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale Paranaíba, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Paranaíba e o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Pontal do Triângulo Mineiro.

O quadro 9 a seguir mostra os três consórcios públicos formados nessa região, separados pelos municípios que a formam e pela microrregião de cada município.

**Quadro 9.** Os municípios dos consórcios públicos pertencentes à Macrorregião Triângulo do Norte

<b>Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale Paranaíba</b>		<b>Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Paranaíba</b>		<b>Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Pontal do Triângulo Mineiro</b>	
<b>Município</b>	<b>Microrregião</b>	<b>Município</b>	<b>Microrregião</b>	<b>Município</b>	<b>Microrregião</b>
Araguari	Uberlândia/ Araguari	Abadia dos Dourados	Patrocínio/Monte Carmelo	Cachoeira Dourada	Ituiutaba
Araporã	Uberlândia/ Araguari	Coromandel	Patrocínio/Monte Carmelo	Canápolis	Ituiutaba
Estrela do Sul	Patrocínio/Monte Carmelo	Cruzeiro da Fortaleza	Patrocínio/Monte Carmelo	Capinópolis	Ituiutaba
Grupiara	Patrocínio/Monte Carmelo	Douradoquara	Patrocínio/Monte Carmelo	Gurinhata	Ituiutaba
Indianópolis	Uberlândia/ Araguari	Guimarânia	Patrocínio/Monte Carmelo	Ipiaçu	Ituiutaba
Monte Alegre de Minas	Uberlândia/ Araguari	Iraí de Minas	Patrocínio/Monte Carmelo	Ituiutaba	Ituiutaba
Prata	Uberlândia/ Araguari	Monte Carmelo	Patrocínio/Monte Carmelo	Santa Vitória	Ituiutaba
Romaria	Patrocínio/Monte Carmelo	Patrocínio	Patrocínio/Monte Carmelo		
Tupaciguara	Uberlândia/ Araguari	Serra do Salitre	Patrocínio/Monte Carmelo		
Uberlândia	Uberlândia/ Araguari				

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do COSECS. Disponível em:

<http://www.cosecsmg.org.br/portal/index.php/area-de-arquivos?task=finish&cid=9&catid=6&m=0>

#### **4.2.4 O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale Paranaíba**

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale Paranaíba é formado por municípios de duas microrregiões: três municípios da microrregião de Patrocínio/Monte Carmelo (ou seja, 30% do consórcio) e sete municípios da microrregião Uberlândia/Araguari (70% do consórcio). Entretanto, a região de Patrocínio/Monte Carmelo só tem cerca de 33% dos seus municípios no consórcio e Uberlândia/Araguari tem aproximadamente 77%.

De acordo com dados do Colegiado de Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (COSECS)<sup>14</sup>, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale Paranaíba tem sede no município de Uberlândia. De acordo com dados atualizados em 2007, possui equipamentos em seis municípios do consórcio: analisador de eletrocardiograma, ecodoppler, holter, microscópio oftalmológico cirúrgico, sistema de monitoração de pressão arterial (no município de Uberlândia), equipamentos de laboratório e análise clínica (em Estrela do Sul, Tupaciguara e Prata), mamógrafo (em Araguari) e ultrassonógrafo (em Monte Alegre de Minas). Realiza procedimentos de média e alta complexidade: cirurgia de catarata, consulta em neurologia, consulta em neuropediatria, ecodoppler, eletroencefalograma, eletroneuromiografia, endoscopias, exame laboratorial em patologia clínica, fisioterapia, mamografia, odontologia, raio x contrastado, sistema holter e ultrassonografia - todas de média complexidade -, ressonância magnética e tomografia computadorizada – de alta complexidade. Esse consórcio não possui clínica.

O seu regime de admissão de pessoal é por meio de seleção pública e tem pessoal administrativo cedido de órgão público em seu quadro, sob contrato de CLT. A secretária Executiva é cedida pela Associação de Municípios (AMVAP), sem ônus para o consórcio. Além disso, o consórcio tem pessoal que atua na assistência com pessoa jurídica em seu quadro.

A despesa do consórcio no ano de 2003 foi de R\$ 283.694,91, sendo que R\$ 250.536,77 foi com serviços de terceiros, R\$ 379,70 com medicamentos e R\$ 32.778,44 com pessoal. Sobre a sua receita, o consórcio realiza convênio de transferência de recursos com o Estado no valor de R\$ 400.000,00. Em 2003 o consórcio recebeu uma transferência de recursos no valor de R\$ 133.155,36 do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). O modo de repasse para os consórcios é um valor fixo relativo a 0,5% do FPM.

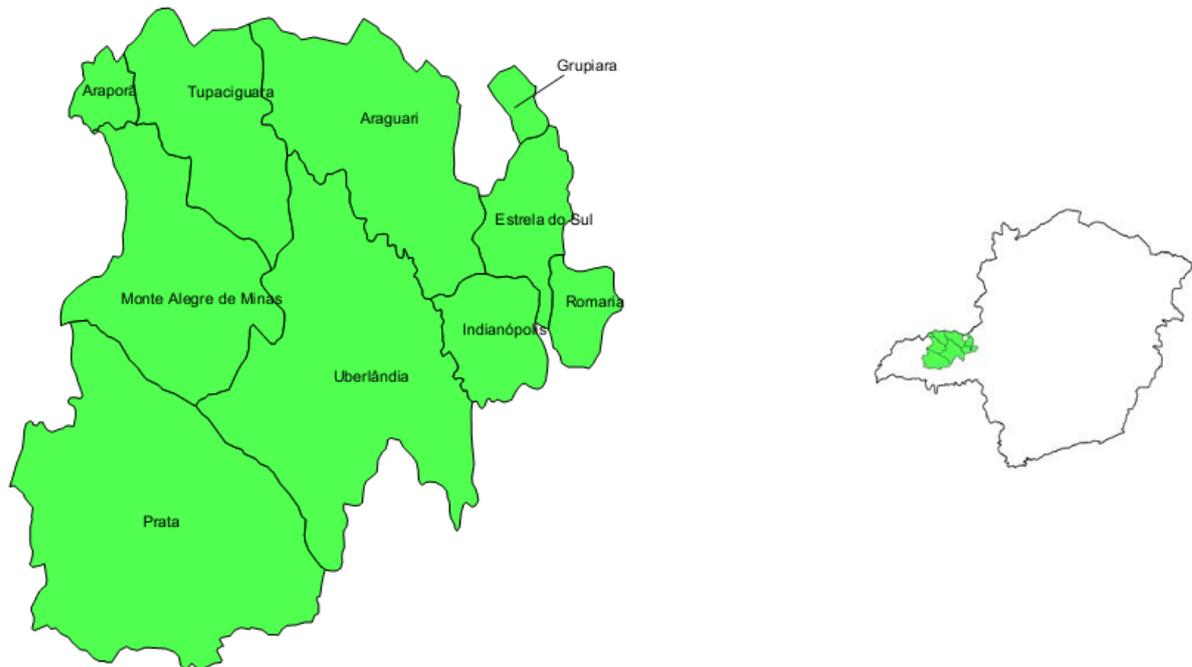
O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale Paranaíba não possui sede própria e o valor do seu patrimônio (mobiliário, equipamentos, veículo, imóveis, etc.) é de R\$ 449.806,96. Faz compra e aquisição de bens e contratação de serviços por meio de licitação. Possui contabilidade pública e o pagamento de serviços obedece a legislação (IR, INSS e ISSQN), ademais não há dívidas. O consórcio é informatizado. Por fim, a prestação de contas é feita aos prefeitos, aos conselhos municipais de saúde, às Câmaras Municipais e aos secretários municipais de saúde.

---

<sup>14</sup> Disponível em <http://www.cosecsmg.org.br/portal/index.php/area-de-arquivos?task=finish&cid=9&catid=6&m=0>, página 60.

O mapa 5 a seguir mostra a localização no estado do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale Paranaíba.

**Mapa 5.** Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale Paranaíba



Fonte: COSECS-MG

#### 4.2.5 O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Paranaíba

Todos os municípios formadores do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Paranaíba pertencem à microrregião Patrocínio/Monte Carmelo. Por sua vez, todos os municípios da microrregião Patrocínio/Monte Carmelo pertencem a esse consórcio. Ou seja, a formação desse consórcio respeita os limites territoriais estabelecidos pelo Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais.

De acordo com dados do Colegiado de Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (COSECS)<sup>15</sup>, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Paranaíba tem sede no município de Patrocínio, onde possui uma clínica com as seguintes especialidades: ultrassonografia e ecodoppler cardiograma, ambas de média complexidade. Segundo informação atualizada até 2007, possui dois equipamentos – sistema

<sup>15</sup> Disponível em <http://www.cosecsmg.org.br/portal/index.php/area-de-arquivos?task=finish&cid=9&catid=6&m=0>, página 188.

de ergometria e ultrassonógrafo, localizados no município sede - e os procedimentos realizados não foram informados.

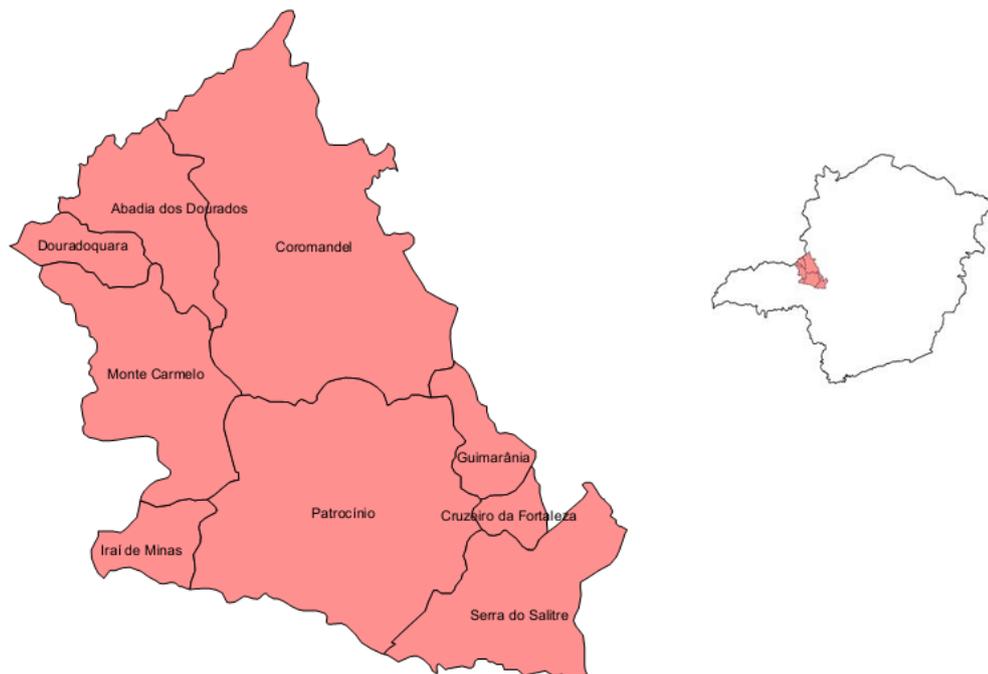
O seu regime de admissão de pessoal é por meio de contratos diversos (temporários, CLT) e tem pessoal administrativo cedido de órgão público em seu quadro, sob contrato de CLT. Ademais, o consórcio tem pessoal que atua na assistência com pessoa jurídica e com pessoa física em seu quadro.

A despesa por origem de recursos não foi informada para o ano de 2003, pois suas atividades iniciaram somente em 2005. O consórcio realiza convênio de transferência de recursos com o Estado no valor de R\$ 250.000,00. Não tem informação de transferências de recursos e o modo de repasse para os consórcios é um valor fixo mensal, não informado.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Paranaíba não possui sede própria e o valor do seu patrimônio não foi informado. Faz compra e aquisição de bens e contratação de serviços por meio de licitação. Possui contabilidade pública e o pagamento de serviços obedece a legislação (IR, INSS e ISSQN), ademais não há dívidas. O consórcio é informatizado. Por fim, a prestação de contas é feita aos prefeitos e aos secretários municipais de saúde.

O mapa 6 a seguir mostra a localização no estado do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Paranaíba.

**Mapa 6.** Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Paranaíba



Fonte: COSECS-MG

#### **4.2.6 O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Pontal do Triângulo Mineiro**

Os sete municípios formadores do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Pontal do Triângulo Mineiro pertencem à microrregião Ituiutaba. Porém, nem todos os municípios da microrregião pertencem ao consórcio: dois, dos nove municípios, não pertencem a esse consórcio, ou seja, a microrregião tem aproximadamente 77% dos seus municípios no consórcio.

De acordo com dados do Colegiado de Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (COSECS)<sup>16</sup>, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Pontal do Triângulo Mineiro tem sede no município de Uberlândia. De acordo com dados atualizados até 2007, possui equipamentos em cinco municípios do consórcio: analisador de eletroencefalograma, eletroencefalograma, endoscópio, sistema de monitoração de pressão arterial, ecodoppler, ultrassonógrafo (no município de Ituiutaba), ecocardiógrafo (em Ipiacu), eletrocardiógrafo (em Cachoeira Dourada), microscópio (em Canápolis) e ultrasson de fisioterapia (em Capinópolis). Realiza procedimentos de média e alta complexidade: consulta em endocrinologia e metabologia, consulta em oftalmologia, consulta em urologia, eletrocardiograma, eletroencefalograma, endoscopias, exame anatomo patológico, exame laboratorial em patologia clínica, sessão de fisioterapia e ultrassonografia - todas de média complexidade -, além de ressonância magnética - de alta complexidade. Esse consórcio não possui clínica, mas possui laboratório de análises clínicas.

O seu regime de admissão de pessoal é por meio de seleção pública e tem pessoal administrativo cedido pela Associação de Municípios (AMVAP) em seu quadro, sob contrato de CLT. Além disso, o consórcio tem pessoal que atua na assistência com pessoa jurídica em seu quadro.

A despesa do consórcio no ano de 2003 foi de R\$ 467.277,72, sendo que R\$ 272.135,47 foi com serviços de terceiros, R\$ 168.918,28 com medicamentos e R\$ 26.223,97 com pessoal. Sobre a sua receita, o consórcio realiza convênio de transferência de recursos com o Estado no valor de R\$ 250.000,00. Em 2003 o consórcio recebeu uma transferência de recursos no valor de R\$ 251.876,96 do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). O modo de repasse para os consórcios é de 2% do FPM.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Pontal do Triângulo Mineiro não possui sede própria e o valor total do seu patrimônio (mobiliário, equipamentos,

---

<sup>16</sup> Disponível em <http://www.cosecsmg.org.br/portal/index.php/area-de-arquivos?task=finish&cid=9&catid=6&m=0>, página 193.

veículos, imóveis, etc.) é de R\$ 79.570,20. Faz compra e aquisição de bens e contratação de serviços por meio de licitação. Possui contabilidade pública e o pagamento de serviços obedece a legislação (IR, INSS e ISSQN), ademais não há dívidas. O consórcio é informatizado. Por fim, a prestação de contas é feita aos prefeitos, aos conselhos municipais de saúde, às Câmaras Municipais e aos secretários municipais de saúde.

O mapa 7 a seguir mostra a localização no estado do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Pontal do Triângulo Mineiro.

**Mapa 7.** Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Pontal do Triângulo Mineiro



Fonte: COSECS

Em conclusão, os três consórcios públicos pertencentes à macrorregião Triângulo do Norte são semelhantes nos tipos de serviços prestados. O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale Paranaíba disponibiliza tais procedimentos: cirurgia de catarata, consulta em neurologia e em neuropediatria, ecodoppler, eletroencefalograma, eletroneuromiografia, endoscopias, exame laboratorial em patologia clínica, fisioterapia, mamografia, odontologia, raio x contrastado, sistema holter, ultrassonografia, ressonância magnética e tomografia computadorizada. Já o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Paranaíba não informou os procedimentos realizados, porém tem clínica com especialistas nas áreas ultrassonografia e ecodopplercardiograma. Por sua vez, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Pontal do Triângulo Mineiro disponibiliza procedimentos de consulta em endocrinologia e metabologia, oftalmologia, urologia, eletrocardiograma, eletroencefalograma, endoscopias, exame anatomo patológico, exame

laboratorial em patologia clínica, sessão de fisioterapia, ultrassonografia e ressonância magnética. Com exceção do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Paranaíba, os consórcios prestam serviços médicos de média e alta complexidade. Apesar disso, o único consórcio que possui clínica é o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Paranaíba, que tem sede no município de Uberlândia. Entretanto, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale Paranaíba é formado por municípios de duas microrregiões, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Pontal do Triângulo Mineiro é formado por municípios de uma mesma microrregião, mas, nem todos os municípios da microrregião pertencem ao consórcio e o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Paranaíba é formado por todos os municípios da microrregião Patrocínio/Monte Carmelo, ou seja, a formação desse consórcio é o único - entre os consórcios estudados - que respeita os limites territoriais estabelecidos pelo Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais.

Em relação aos aspectos financeiros, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale Paranaíba teve uma despesa de R\$ 283.694,91 no ano de 2003 e uma receita de 533.155,36 no mesmo ano. Por sua vez, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Paranaíba não possui informações em relação às suas despesas e receitas para o ano de 2003, uma vez que foi criado somente no ano de 2005, informando apenas uma transferência de recursos do Estado no valor de R\$ 250.000,00. Por fim, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Pontal do Triângulo Mineiro teve uma despesa de R\$ 467.277,72 no ano de 2003 e uma receita no valor de R\$ 501.876,96 no mesmo ano.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho abordamos aspectos relacionados às escolhas feitas para a formação dos consórcios intermunicipais, aspecto ainda pouco trabalhado na literatura brasileira sobre o assunto.

Sob os marcos constitucionais e legais vigentes para o estabelecimento dos consórcios, vimos que o seu uso entre entes públicos é admitido na administração pública brasileira desde a Constituição de 1937. Porém, foi com a descentralização favorável à criação de consórcios trazida pela Constituição Federal de 1988 que esse arranjo de cooperação ganhou maior força. Além disso, com a aprovação da Lei Federal 11.107/2005 – conhecida como Lei de Consórcios – e com sua regulamentação por meio do Decreto Presidencial nº 6.017/2007, a sua utilização foi amplamente difundida.

Foi verificado também que, apesar da legislação reconhecer os consórcios desde a Constituição de 1937, foi apenas na década de 1960 que se tem notícias desses primeiros arranjos de cooperação isolados formados no Brasil – esses consórcios não apresentavam a prestação de serviços públicos específicos, mas buscavam a integração e desenvolvimento regionais. A partir da década de 1980 é que foi verificada a grande expansão do uso de consorciamento, porém, a legislação sobre a qual se fundavam essas iniciativas de cooperação era demasiadamente frágil. Entretanto, foi a Lei de Consórcios (Lei Federal nº 11.107/2005) e sua regulamentação (Decreto Presidencial nº 6.017/2007) que trouxeram incentivos para o seu uso e, conseqüentemente, uma grande expansão do total de consórcios em quase todas as áreas de atuação.

Percebeu-se que o Estado de Minas Gerais tem muitas características favoráveis a manifestação de significativo número de consórcios públicos de saúde, devido às profundas desigualdades encontradas no seu território e ao alto número de municípios com população muito pequena (inferior a 10.000 habitantes). Além dessas características favoráveis, a legislação do estado referente à consórcios públicos, qual seja, a Constituição do Estado de Minas Gerais de 1989 e a Lei Estadual nº 11.618/1994, também oferece incentivos para a criação de arranjos de cooperação.

Ademais, foi apresentado outro instrumento de extrema importância para a saúde do estado – o Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG). Entretanto, é importante salientar que esse instrumento utiliza uma lógica diferente da utilizada nos consórcios públicos: o consórcio é uma associação voluntária – o município pode entrar e/ou

sair, além de não haver uma preocupação tão grande com a equidade de acesso, mas com a economia de escala para determinados procedimentos que não necessariamente são embasados em parâmetros de cobertura para todos os tipos de serviços, como ocorre no PDR. Sendo assim, devido a essa diferença da lógica utilizada nos dois instrumentos, os limites territoriais dos Consórcios Intermunicipais de Saúde não são semelhantes aos limites do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais.

A conclusão principal que buscamos para este trabalho só foi obtida no terceiro e último capítulo, depois de analisarmos as microrregiões e os consórcios intermunicipais de saúde de Minas Gerais pertencentes às macrorregiões escolhidas para tanto. Com a análise, foi possível perceber que somente um consórcio (Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Paranaíba), dos cinco analisados, possui a mesma delimitação geográfica utilizada pelo Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais. Ademais, os procedimentos médicos oferecidos pelos consórcios intermunicipais das regiões Triângulo do Norte (Uberlândia) e Noroeste (Patos de Minas) possuem níveis de complexidade diferentes: nos dois consórcios da macrorregião Noroeste foram encontrados procedimentos de baixa e média complexidade; por sua vez, nos três consórcios intermunicipais da macrorregião Triângulo do Norte foram encontrados procedimentos de média complexidade, e em dois consórcios foram encontrados também procedimentos de alta complexidade.

Percebe-se, então, que as escolhas feitas na formação dos consórcios, mudam frente ao desenho das regiões de saúde. Os consórcios podem ou não optar pela mesma delimitação geográfica estabelecida pelo Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais, como pode também optar pelo nível de serviços prestados (baixa, média ou alta complexidade) nos seus consórcios intermunicipais de saúde.

Devido aos contratempos e dificuldades encontradas na realização deste trabalho, essa conclusão é parcial, e está longe de se esgotar o assunto. As informações encontradas sobre os consórcios são muito antigas, do ano de 2003, e apesar da procura, não foram encontrados dados mais recentes.

Por fim, este trabalho apresenta novos caminhos a serem trilhados em pesquisas futuras. O estudo desse recente arranjo cooperativo é de extrema importância para o país, uma vez que tal instrumento visa a produção conjunta de bens e serviços a serem distribuídos entre seus membros, produção essa que seria inviável sem a cooperação de todos os interessados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 23.611, de 20 de dezembro de 1933**. Revoga o decreto legislativo n 979, de 6 de janeiro de 1903 e faculta a instituição de consórcios profissionais-cooperativos.

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/Antigos/D23611.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D23611.htm). Acesso em 22/02/2014.

BRASIL. Presidência da República. Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 10 de novembro de 1937. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao37.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao37.htm). Acesso em 22/02/2014.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1967. Brasília/DF. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao67.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm). Acesso em 22/02/2014.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 1, de 1969**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc\\_anterior1988/emc01-69.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc_anterior1988/emc01-69.htm). Acesso em 22/02/2014.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 70 de 29 de março de 2012.

Brasília/DF, 2012. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 22/02/2014.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005**. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências.

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111107.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111107.htm). Acesso em 22/02/2014.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007**. Regulamenta a Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. 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 22/02/2014.

CIPS – Consórcio Intermunicipal de Promoção Social. Disponível em:

<http://www.cipsbauru.com.br/do/Conteudo/28/historia>. Acesso em 22/02/2014.

LINHARES, P. T. et alii. Cooperação Federativa: a formação de consórcios entre entes públicos no Brasil in Federalismo à brasileira : questões para discussão / Organizadores:

Paulo de Tarso F. Linhares, Constantino Cronemberger Mendes, Antonio Lassance – Brasília: IPEA, 2012.

SPINK, Peter. Cooperação e Governança Interjurisdicional: conceitos em discussão. In: Cadernos Adenauer XII. Municípios e Estados: experiências com arranjos cooperativos, nº 4. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, 2011. 16p.

FERREIRA, Aurélio B. de Holanda Ferreira. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 4. ed. Curitiba: Ed. Positivo, 2009. 545 p.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.

Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC) 1999 . Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC) 2005. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC) 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/>. Acesso em 02/04/2014.

ABBAD, E.B. Análise de Alianças Estratégicas sob a Ótica da Teoria dos Jogos. *Revista de Administração da UNIMEP*, v.7, n.3, Setembro / Dezembro – 2009. Disponível em: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Meus%20documentos/Downloads/Abade\\_2009\\_Analise-de-Aliancas-Estrategic\\_4335.pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Meus%20documentos/Downloads/Abade_2009_Analise-de-Aliancas-Estrategic_4335.pdf). Acesso em 20/05/2014.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. O Estado de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mg>. Acesso em 01/04/2014.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas de população. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2013/estimativa\\_2013\\_dou.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2013/estimativa_2013_dou.pdf). Acesso em 01/04/2014.

COSECS-MG – Perfil dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.cosecsmg.org.br/portal/index.php/area-de-arquivos?task=finish&cid=9&catid=6&m=0>. Acesso em 05/04/2014.

Ministério da Saúde - Estados com consórcio em saúde constituído de acordo com as informações das Secretarias de Estado da Saúde em junho 2008.

Portal de Governo de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.mg.gov.br/governomg/portal/c/governomg/conheca-minas/geografia/5669-localizacao-geografica/69551-a-localizacao-geografica/5146/5044>. Acesso em 11/04/2014.

Constituição do Estado de Minas Gerais. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/opencms/export/sites/default/consulte/legislacao/Downloads/pdfs/ConstituicaoEstadual.pdf>. Acesso em 08/04/2014.

Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG).

SUS – Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.itapeva.sp.gov.br/secretaria/saude/sus/>. Acesso em 08/04/2014.

Assembleia de Minas Gerais - Lei 19 de 1994. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/consulte/legislacao/completa/completa.html?tipo=Lei&num=11618&comp=&ano=1994>. Acesso em 08/04/2014.

IBGE: Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>. Acesso em 05/05/2014.

Portal Online do Governo do Estado de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.mg.gov.br/governomg/portal/c/governomg/conheca-minas/minas-em-numeros/12435-saude/517077-resultados-do-governo-de-minas-na-gestao-antonio-anastasia-saude/5146/5044>. Acesso em 05/05/2014.

SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/index.php>. Acesso em 06/05/2014.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. As cidades do Estado de Minas Gerais. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=31&search=minas-gerais>. Acesso em 13/05/2014.