

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 669

# Consórcios Municipais no SUS

José Mendes Ribeiro  
Nilson do Rosário Costa

Brasília, setembro de 1999

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 669

# Consórcios Municipais no SUS\*

José Mendes Ribeiro\*\*  
Nilson do Rosário Costa \*\*

Brasília, setembro de 1999

---

\* *Este trabalho foi elaborado no âmbito do Projeto BRA 97/007 – IPEA/PNUD, enquanto parte integrante dos estudos sobre o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no Brasil.*

\*\* *Da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ.*

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO  
Martus Tavares – Ministro  
Guilherme Dias – Secretário Executivo



**Presidente**  
*Roberto Borges Martins*

**DIRETORIA**

*Eustáquio J. Reis*  
*Gustavo Maia Gomes*  
*Hubimaier Cantuária Santiago*  
*Luís Fernando Tironi*  
*Murilo Lôbo*  
*Ricardo Paes de Barros*

O IPEA é uma fundação pública, vinculada ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, cujas finalidades são: auxiliar o ministro na elaboração e no acompanhamento da política econômica e promover atividades de pesquisa econômica aplicada nas áreas fiscal, financeira, externa e de desenvolvimento setorial.

TEXTO PARA DISCUSSÃO tem o objetivo de divulgar resultados de estudos desenvolvidos direta ou indiretamente pelo IPEA, bem como trabalhos considerados de relevância para disseminação pelo Instituto, para informar profissionais especializados e colher sugestões.

Tiragem: 115 exemplares

**COORDENAÇÃO DO EDITORIAL**

**Brasília – DF:**  
SBS Q. 1, Bl. J, Ed. BNDES, 10<sup>o</sup> andar  
CEP 70076-900  
Fone: (61) 315 5374 – Fax: (61) 315 5314  
E-mail: editbsb@ipea.gov.br

Home page: <http://www.ipea.gov.br>

**SERVIÇO EDITORIAL**

**Rio de Janeiro – RJ:**  
Av. Presidente Antonio Carlos, 51, 14<sup>o</sup> andar  
CEP 20020-010  
Fone: (21) 212 1140 – Fax: (21) 220 5533  
E-mail: editrj@ipea.gov.br

---

## SUMÁRIO

---

SINOPSE

ABSTRACT

1	INTRODUÇÃO	<b>7</b>
2	CONSÓRCIOS DE SAÚDE NO BRASIL	<b>8</b>
3	ASPECTOS JURÍDICOS E NORMATIVOS	<b>11</b>
4	PERFIL DO SUS E REDIRECIONAMENTO DO MODELO NA DÉCADA DE 90	<b>13</b>
5	OS PADRÕES DE CONSÓRCIOS DE SAÚDE NO BRASIL	<b>16</b>
6	EXPERIÊNCIA MODELO: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE PENÁPOLIS/SP(CISA)	<b>19</b>
7	DESEMPENHO SISTÊMICO DO CISA	<b>29</b>
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	<b>33</b>
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	<b>37</b>

---

---

## ABSTRACT

---

*Health district consortium (HDC) has been largely developed in Brazil and embrace partnership among city governments which provide physicians, specialists and high technology services, specially in low population density districts. In short, private associations are created and manage public funds transferred by district administrations through fixed monthly share and/or use rules. HDC are similar to single payer systems and, on successful cases, structure the whole health care in those regions. This article shows advantages in terms of government capacity improvement and more efficient and sustainable programs, by describing some organizational patterns and a case study.*

---

## SINOPSE

---

Consórcios intermunicipais de saúde têm sido amplamente difundidos no Brasil e representam parcerias entre governos municipais voltadas ao provimento de especialistas médicos ou serviços de maior complexidade, envolvendo principalmente municípios de pequeno e de médio porte. Em geral, são criadas organizações de caráter privado que administram os fundos públicos alocados por sistemas de cotas fixas e por utilização. Os consórcios constituem sistemas que se assemelham ao de pagador único e, nas experiências exitosas, ordenam o conjunto da assistência à saúde nessas regiões. Este estudo demonstra os ganhos em ampliação da capacidade de governo e maior eficiência na oferta de serviços e sustentabilidade, pela descrição de variações organizacionais e estudo de caso.



## 1 INTRODUÇÃO

Uma ampla variedade de mudanças na gestão e gerência de redes e unidades de saúde no âmbito do SUS é apresentada enquanto inovações. Na maioria das vezes trata-se de soluções voltadas para contratação de pessoal ou provimento de incentivos destinados a atrair profissionais necessários junto ao mercado ou induzir melhora de desempenho no trabalho. Outro ponto em comum está no predomínio do município como agente dessas mudanças. Junto a tais iniciativas existem modalidades mais antigas e duradouras voltadas para melhorar o desempenho do SUS em localidades específicas, entre as quais se destacam os consórcios intermunicipais de saúde. Representam parcerias estabelecidas entre governos municipais geograficamente próximos, que envolvem pactuação entre os gestores do sistema de saúde e estabelecem regras de financiamento de serviços e de acesso de clientela com base em recursos dos municípios associados. Mais recentemente alguns governos estaduais têm contribuído com recursos técnicos e financeiros para fomentar parcerias locais. De modo geral os consórcios visam ampliar a oferta de especialistas médicos ou de serviços de maior densidade tecnológica que exijam escala pouco compatível com cada prefeitura isoladamente.

Os estudos sobre essas modalidades sugerem questões relevantes para a configuração do SUS. Entre elas destacamos as seguintes:

- se as associações decorrem da fragilidade de municípios de pequeno porte que passam a atuar como *compradores* de serviços junto ao município-sede, capitalizando a sua oferta e gerando economia de escala;
- se as associações induzem à auto-exclusão dos governos estaduais (por desinvestimento, desinteresse político), remetendo aos municípios as funções de regionalização e hierarquização da assistência à saúde; e
- se as associações representam avanços de cooperação local, ampliando coalizões políticas e a qualidade de governo.

Constatamos, após observações preliminares e estudo de caso, que a dimensão associada à ampliação da capacidade de governo é predominante na implementação dos consórcios. Pelo estudo efetuado, os seguintes fatores observados sustentam essa conclusão:

- existência de coalizão partidária entre os participantes voltada à sustentação do consórcio;
  - indução e eventual financiamento de governos estaduais a etapas da construção dos consórcios;
  - distribuição homogênea dos benefícios da parceria entre os participantes;
-

- ampliação da oferta de serviços ambulatoriais entre os consorciados;
- financiamento solidário por sistema de cotas mensais entre os participantes, cuja sustentabilidade depende da percepção de ganhos coletivos entre os parceiros; e
- efeitos positivos decorrentes da durabilidade da parceria e da inexistência de ação predatória do município-sede perante os demais.

Além disso, a multiplicação dessas experiências no Brasil leva à formação de fundos regionais e à maior articulação entre os serviços oferecidos pelo sistema público.

## 2 CONSÓRCIOS DE SAÚDE NO BRASIL

A criação de consórcios intermunicipais de saúde no Brasil remonta à década de 80. As primeiras experiências desenvolvidas a partir de 1986 forneceram elementos para a sua normatização por intermédio da Lei nº 8 080, que estabelece em seu artigo 10º que:

“Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º - Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância” [Brasil, 1990].

Ainda na mesma lei, ao dispor sobre as funções do gestor municipal, o artigo 18º define que:

“À direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS), compete:

(...) VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;” [Brasil, 1990].

A formação dos consórcios desde então tem sido estimulada por administrações recentes do Ministério da Saúde e em documentos normatizadores do SUS, como a Norma Operacional Básica-96 [Brasil,1996]. Dessa forma, em razão das necessidades locais combinadas à indução institucional, essas modalidades difundiram-se por todo o país, sendo mais comuns em estados do Sul e Sudeste. Governos estaduais têm oferecido incentivos para o desenvolvimento das parcerias locais, mostrando, entretanto, dificuldades em assegurar sua sustentabilidade.

Duas experiências opostas podem ser lembradas. No caso do Hemolagos (RJ), um consórcio formado na década de 80 entre municípios da Região dos Lagos destinado a coletar, processar e distribuir sangue e hemoderivados, o governo estadual, motivado pela necessidade de controlar a qualidade desses insumos no Rio de Janeiro, injetou recursos (na forma de convênios) para a construção de hemocentros por microrregiões. A forma de administração proposta foi a instituição de consórcios entre os municípios. Com as mudanças de governos e de prioridades políticas, os consór-

---

cios se esvaziaram, restando apenas o da Região dos Lagos (Hemolagos), que se sustentou por meio de um sistema de cotas. Mesmo nesse caso, a precariedade da parceria e os sucessivos conflitos políticos (do município-sede com a administração do consórcio, por exemplo) provocaram a desativação parcial do hemocentro. Atualmente, a Secretaria Estadual de Saúde/RJ tem vinculado a celebração de novos convênios e investimentos à adoção pelos municípios da modalidade de consórcios, evidenciando que a indução estadual varia com as composições observadas para o Executivo.

Outro exemplo, este exitoso, no qual nos deteremos com detalhes mais adiante, foi o do Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis (CISA). Nesse caso a sustentabilidade foi garantida pelos municípios associados. O CISA foi criado em 1986 mediante incentivo do governo estadual de SP e criação de uma linha de financiamento junto ao antigo BNDS. Com o fim desses investimentos, os municípios assumiram a gestão autônoma da associação, que hoje representa a experiência mais duradoura na área.

O papel do Executivo estadual em induzir a parceria e assegurar a sua sustentabilidade depende, como foi assinalado, de prioridades circunstanciais, mas também varia quanto ao objetivo. No estado do Rio de Janeiro observa-se iniciativa entre municípios da Região Serrana para formar um consórcio voltado ao provimento de serviços de maior complexidade. Há também o caso do Hospital da Posse, em Nova Iguaçu (RJ), inicialmente modelado como consórcio da Baixada Fluminense, mas que opera na prática como um convênio entre o MS, a prefeitura local e a SES/RJ, que dirige a unidade. Quanto a Minas Gerais, consórcios mais antigos, como o da Região do Alto São Francisco, coexistem com os mais recentes, como o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba (CISMEP), sediado em Betim, em que seus gestores propõem um modelo no qual não seja formada uma sociedade civil de direito privado, como ocorre nas demais experiências do gênero.

Pelo tipo de administração e pelas regras de funcionamento, os consórcios situam-se entre as inúmeras fórmulas desenvolvidas no setor saúde voltadas a flexibilizar mecanismos de aquisição de equipamentos e de contratação de pessoal. Dessa forma, podem ser agrupados entre as diversas modalidades de organizações semi-públicas existentes no setor saúde e que antecedem o projeto das organizações sociais formuladas pelo governo federal [Brasil, 1995]. Representam, ainda, juntamente com as demais iniciativas (cooperativas, fundações privadas, entidades filantrópicas, organizações não governamentais), uma importante mudança no modelo de gestão que decorre de demandas locais, pontuais e de durabilidade incerta.

Não existem registros precisos sobre o perfil e o número existente de consórcios intermunicipais de saúde no Brasil, embora sejam inúmeros os relatos dessas experiências na forma de *inovações em gestão do SUS*. Como não constituem pré-requisitos para habilitação ou financiamento de municípios, nem recebem bônus de qualquer espécie por parte do Ministério da Saúde – em 1994 foi criado pelo MS um incentivo

---

de 2,5% sobre o teto ambulatorial para os municípios consorciados, mas que não chegou a ser efetivamente pago –, os registros sobre volume, escopo e localização dos consórcios são imprecisos e ocasionais.

Segundo informações do Ministério da Saúde, os consórcios intermunicipais de Saúde totalizam 143 e envolvem 1 740 municípios em todas as regiões, conforme pode-se depreender da tabela 1.

TABELA 1  
Distribuição de Consórcios Intermunicipais de Saúde – Brasil

Região/Estado	Total de Consórcios	Total de Municípios
<i>Norte</i>	1	8
Acre	0	0
Amapá	0	0
Amazonas	0	0
Pará	0	0
Rondônia	1	8
Roraima	0	0
Tocantins	0	0
<i>Nordeste</i>	4	38
Alagoas	0	0
Bahia	0	0
Ceará	0	0
Maranhão	0	0
Paraíba	4	38
Pernambuco	0	0
Piauí	0	0
Rio Grande do Norte	0	0
Sergipe	0	0
<i>Sudeste</i>	88	931
Espírito Santo	7	42
Minas Gerais	71	789
Rio de Janeiro	1	13
São Paulo	9	87
<i>Sul</i>	38	656
Paraná	20	310
Rio Grande do Sul	9	130
Santa Catarina <sup>1</sup>	9	216
<i>Centro-Oeste</i>	12	107
Distrito Federal	0	0
Goiás	3	28
Mato Grosso	9	79
Mato Grosso do Sul	0	0
<b>BRASIL</b>	<b>143</b>	<b>1740</b>

Fonte: Ministério da Saúde, julho/1999.

Nota: <sup>1</sup> Municípios fazem parte de mais de um consórcio.

Estudo recente identificou, por respostas a questionários, a existência em 1997 de 91 consórcios que envolviam 1 204 municípios, e cobrem uma população de 18 591 514 habitantes. Segundo os dados obtidos por esse estudo, essas organizações sofreram um grande impulso no país a partir de 1995: no período de 1985 a 1994 eram criados a cada ano de 1 a 5 novos consórcios no país; esta faixa aumenta para 35 em

1995, para 28 em 1996, e para 12 em 1997 [Lima, 1998]. Os dados são consistentes com o acelerado desenvolvimento de organizações semipúblicas na política setorial brasileira dos anos 90.

Por meio de relatos de experiências e de estudo de caso busca-se estabelecer a dinâmica política da criação e funcionamento dos consórcios, os tipos mais comuns de serviços que oferecem, e o que representam em termos de governança no SUS.

### 3 ASPECTOS JURÍDICOS E NORMATIVOS

O consórcio intermunicipal representa um tipo de acordo celebrado entre municípios, de caráter diferente do convênio, tendo sido objeto, como se disse, da Lei nº 8 080/90. Assinala-se que o *consórcio* pode ser definido como “...um acordo entre entidades da mesma espécie: estados entre si, municípios entre si, autarquias entre si, fundações entre si. Nesse aspecto, difere do *convênio*, que pode congrega pessoas jurídicas de espécie diferente” [Carvalho e Santos, 1995, p. 110-111]. Lembram ainda, em consonância com os casos aqui estudados, que tais associações exigem a formação de uma pessoa jurídica (de existência limitada no tempo conforme as necessidades do empreendimento), necessariamente de caráter privado, para administrá-las. Sobre as possíveis semelhanças com os consórcios que atuam na economia de mercado, destaca-se a especificidade das parceiras no setor público:

“Vale lembrar que o consórcio intermunicipal não se confunde com o consórcio de empresas previsto na Lei de Sociedade por Ações e na Lei de Mercado de Capitais, nem com o consórcio de empresas para fins de licitação (...) O único ponto de contato entre esses consórcios (formalizados em contrato particular) e o consórcio administrativo intermunicipal está em que uns e outro se destinam a congrega esforços e recursos para um fim determinado. Mas enquanto os consórcios de empresas não podem formar uma pessoa jurídica porque então seria uma outra entidade, distinta das empresas consorciadas, igualmente de natureza jurídica privada, o consórcio de municípios tem necessidade de criar uma pessoa jurídica privada, uma vez que os municípios são entidades estatais, políticas, e não poderiam agir em conjunto a não ser por intermédio de uma pessoa jurídica e, obviamente, de natureza jurídica privada” [Carvalho e Santos, 1995, p. 112].

Nesse processo, a adesão dos municípios depende da aprovação pela câmara municipal e “...a pessoa jurídica de direito privado criada pelos municípios consorciados deverá, no nosso entender, se pautar pelos princípios básicos que informam as atividades da administração pública, uma vez que os recursos que irá administrar são recursos públicos” [Carvalho e Santos, 1995, p. 113].

---

Quanto a este último aspecto existe uma contradição no tocante aos casos estudados, na medida em que aspectos relacionados à contratação de pessoal costumam ser tratados segundo lógicas do mercado, como no emprego regido por regime CLT, e pagamentos por produtividade não extensivo ao conjunto dos servidores públicos. De certa forma, a inobservância das disposições jurídicas nos consórcios situa-se no mesmo plano do constatado em outras inovações em gestão – a indução do governo federal à gestão semipública no setor saúde enfraquece pontos de veto tanto na área do Executivo local quanto no Judiciário, apesar dos sucessivos recursos interpostos por sindicatos de servidores públicos.

Do ponto de vista normativo, as disposições inovadoras da Lei nº 8 080 repercutem para o plano organizativo e a mais recente Norma Operacional Básica (1996) estimula tais parcerias entre os municípios, embora não crie incentivos financeiros específicos.

No plano político, reside a questão central. Os governos municipais participantes do consórcio buscam dividendos políticos em função do provimento de serviços eficientes e de qualidade, porém tendem a enfrentar disputas entre os parceiros quanto à extensão dos ganhos. Por exemplo, quando existe um município-pólo, suas lideranças políticas podem ser vistas como mais beneficiadas, *caroneando free rider* a ação coletiva desenvolvida. Trataremos adiante dos dilemas da parceria e das soluções encontradas pelos consórcios em um caso relevante: o Consórcio de Penápolis (SP), reconhecido como um dos pioneiros.

O desempenho desse tipo de arranjo reflete tendências e necessidades locais e constrangimentos institucionais decorrentes do processo de mudança do modelo assistencial do SUS nesta década. Decisões de caráter normativo originárias do Ministério da Saúde e de instâncias colegiadas (Conselho Nacional de Saúde; Comissão Intergestores Tripartite) podem favorecer arranjos locais como os consórcios.

As transferências da União para estados e municípios ao longo da década de 90 mostram uma correção paulatina dos desequilíbrios por grandes regiões e, caso a implementação do Piso da Atenção Básica (PAB) definido pela Norma Operacional Básica SUS-1996 cumpra sua função de distribuir de modo mais equitativo os recursos aos municípios, as condições de associação local serão efetivamente ampliadas, facilitando a implementação dos consórcios.

---

#### 4 PERFIL DO SUS E REDIRECIONAMENTO DO MODELO NA DÉCADA DE 90

O Sistema Único de Saúde (SUS) representou, ao final da década de 80, uma importante inovação política. Os princípios constitucionais e os arranjos decisórios instituídos voltaram-se para a inclusão de clientela anteriormente marginalizadas pelo modelo corporativo de cidadania regulada [Santos, 1987]. Estudos têm apontando o direcionamento das políticas no período no sentido da ampliação de seu escopo redistributivo, apesar da permanência de desigualdades no acesso aos bens e serviços públicos [Costa, 1997]. No caso do SUS, é notável o progressivo aumento de oferta de serviços no país ao longo dos anos 90, assim como a tendência que a política apresenta de compensar as desigualdades regionais [Costa e Ribeiro, 1997]. Essa tendência decorre não apenas dos objetivos propalados da política, mas dos arranjos decisórios instituídos, como a Comissão Intergestores Tripartite, formada por representantes dos governos federal, estaduais e municipais, ou decisões normativas como no caso do PAB.

Observamos que a transferência de recursos ambulatoriais e hospitalares no SUS, da União para estados e municípios, ao longo da década de 90, responde a duas influências básicas. Uma delas corresponde à ação de políticos junto a agências governamentais e ao Congresso Nacional para capturar recursos orçamentários para as suas regiões. A outra diz respeito ao estabelecimento de parâmetros de alocação financeira por parte da tecnoburocracia setorial, que atualmente converge para o desenvolvimento de organismos colegiados voltados para a regulação do SUS, representados especialmente pelas comissões Intergestores e conselhos de Saúde [Costa e Ribeiro, 1996].

Mais recentemente, em especial após a edição da NOB-SUS 01/93, observa-se maior intervenção da tecnoburocracia setorial e dos organismos colegiados que atuam como instâncias regulatórias, reduzindo o clientelismo no que se refere à distribuição de recursos do SUS, o que se reflete no próprio tecnicismo da NOB-SUS 01/96.

Ao longo dos anos 90, o efeito combinado dessas duas influências reforçou as funções redistributivas do SUS, orientando cada vez mais recursos para as regiões mais pobres e menos populosas. A tendência à ampliação da oferta e de redução das desigualdades entre as grandes regiões pode ser observada principalmente pela distribuição de recursos hospitalares desde o início da década de 80 [Costa e Ribeiro, 1997]. Esses dados são consistentes com tendências anteriormente apontadas com relação à Ações Integradas de Saúde e ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) dos anos 80. Segundo Médici (1996), no período de 1983 a 1989 esses programas absorveram cada vez mais recursos do antigo INAMPS e, apesar de, no caso das Ações Integradas de Saúde (AIS), a dispersão de recursos pelos estados de-

---

correr da influência de elites políticas, com o advento do SUDS, no período 1986-87, “houve um esforço para privilegiar, através dos repasses, as regiões mais carentes do país, como o Norte, o Nordeste e o Centro-Oeste. Nestes anos, as três regiões receberam repasses do SUDS proporcionalmente maiores que suas populações” [Médici, 1996, p. 312]. Contudo, como assinala, essas políticas foram desarticuladas no período seguinte, refletindo os conflitos entre elites políticas regionais e projetos técnicos racionalizadores no âmbito das instituições públicas.

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

Entretanto, embora possa se observar a tendência ao maior equilíbrio macrorregional, a concentração nos grandes centros ainda permanece. Isso decorre de o tipo de financiamento ao setor acompanhar a oferta de serviços, em vez de subordinar-se ao perfil de necessidades locais. Essa lógica repercute com maior intensidade ainda nos estados, privilegiando municípios dotados de maior porte e de maior complexidade de rede. A persistência das desigualdades, especialmente nos estados, configura um dos pontos centrais de conflito no âmbito do sistema. Além disso, mostra certa fraqueza nos arranjos decisórios no nível estadual, refletindo, provavelmente, a concentração de decisões alocativas nas secretarias estaduais de Saúde, apesar de as NOB 93 e 96 preconizarem a pactuação no interior das comissões bipartites.

A progressiva interferência de organizações-pico – como o CONASEMS e o CONASS – em arranjos decisórios multipartites – como a Comissão Intergestores Tripartite, que envolve o Ministério da Saúde – tem influenciado na redução das disparidades entre as regiões. O efeito do processo fortalece os municípios em autonomia, facilitando as condições de parceria. A análise pode então ser efetuada em dois planos. No primeiro, a distribuição de recursos por regiões e depois o seu comportamento entre os municípios, pelo que se depreendem os estímulos à cooperação institucional. Vejamos o perfil dessa distribuição de recursos da União, para o ano de 1997.

---

TABELA 2  
Transferências SUS por Região, por Habitante-Ano – 1997

(Em R\$)

Região/UF	Internações	Ambulatório Integral	Transferências Globais
<b>Brasil</b>	<b>20,08</b>	<b>22,87</b>	<b>42,96</b>
<i>Norte</i>	<i>11,94</i>	<i>14,48</i>	<i>11,94</i>
Rondônia	15,28	16,77	32,05
Acre	10,13	12,02	22,15
Amazonas	7,58	16,84	24,42
Roraima	1,32	27,30	28,62
Pará	13,46	12,10	25,56
Amapá	6,62	13,75	20,37
Tocantins	15,37	17,33	32,70
<i>Nordeste</i>	<i>16,87</i>	<i>19,48</i>	<i>36,35</i>
Maranhão	14,59	17,87	32,46
Piauí	18,42	20,80	39,22
Ceará	17,24	24,21	41,45
R.G. do Norte	14,50	20,54	35,04
Paraíba	19,32	18,68	38,00
Pernambuco	20,33	22,42	42,76
Alagoas	18,37	18,84	37,21
Sergipe	14,14	19,63	33,77
Bahia	15,10	15,65	30,75
<i>Sudeste</i>	<i>21,83</i>	<i>27,30</i>	<i>49,13</i>
Minas Gerais	20,74	26,02	46,75
Espírito Santo	16,93	17,56	34,48
Rio de Janeiro	22,79	25,01	47,81
São Paulo	22,38	29,62	52,00
<i>Sul</i>	<i>25,10</i>	<i>21,82</i>	<i>46,92</i>
Paraná	26,43	23,66	50,09
Santa Catarina	18,91	21,47	40,38
R.G. do Sul	26,99	20,28	47,27
<i>Centro-Oeste</i>	<i>20,26</i>	<i>20,55</i>	<i>40,81</i>
Mato Grosso do Sul	20,85	19,74	40,59
Mato Grosso	17,62	20,86	38,48
Goiás	20,47	19,72	40,19
Distrito Federal	22,35	23,08	45,43

Fontes: Elaboração a partir de IBGE, Censo Demográfico, estimativas; DATASUS.

A tabela 2 retrata, em linhas gerais, a distribuição dos recursos da União para os estados em 1997. Como se assinalou, ao longo dos anos 90 essas desigualdades foram sendo paulatinamente reduzidas, porém a vinculação das transferências ao perfil da oferta de serviços de saúde faz que as regiões Norte e Nordeste retenham menos recursos por habitante-ano do que a média nacional. Espera-se para os anos seguintes maior equilíbrio nas transferências ambulatoriais em função da aplicação do PAB, que é calculado sobre a base populacional e aumentado conforme a implementação de programas locais. Pelos dados apresentados, as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste retêm o maior volume de transferências, especialmente a região Sul para as internações e a Sudeste para o ambulatório. Entretanto, como se demonstrou em

estudo anterior [Costa e Ribeiro, 1997], a face mais marcante da desigualdade é observada entre os municípios em cada estado.

Dessa forma, duas configurações de oferta acabam por estimular os consórcios intermunicipais. Uma delas decorre da existência de um pólo na microrregião que atrai a migração de pacientes dos municípios vizinhos. Outra situação observada é a da baixa oferta de serviços de maior complexidade tecnológica ou de especialistas médicos em uma área geográfica ampla. Essas duas condições favorecem a formação de consórcios, considerando-se a existência de uma fonte fixa de recursos do SUS associada aos gastos municipais. Quando os governos estaduais aportam recursos novos para implementar essas experiências, os consórcios, na forma de organizações semipúblicas, formam-se como o padrão dominante de regionalização da política de saúde.

## 5 OS PADRÕES DE CONSÓRCIOS DE SAÚDE NO BRASIL

A formação de associações intermunicipais tornou-se comum na gestão municipal em saúde. Tais parcerias têm-se constituído em alternativas para os municípios, especialmente os de pequeno porte, para enfrentarem problemas crônicos como a falta de meios diagnósticos e de atendimentos especializados.

Vários consórcios foram instituídos no final da década de 80 e outros têm sido criados, definindo a tendência apontada. Estudos tomaram por referência experiências semelhantes observadas em diversas regiões do país e permitiram traçar um perfil inicial dessas modalidades [Ribeiro, 1994; Ribeiro *et alii*, 1994].

De modo geral, os consórcios intermunicipais de Saúde apresentam as seguintes características:

- formam sociedades civis de direito privado;
  - ampliam e ordenam a oferta de serviços em municípios de pequeno e de médio porte, principalmente por meio de especialistas médicos e suporte para diagnóstico;
  - compram serviços e contratam profissionais segundo regras de mercado;
  - concentram a decisão política em conselhos de prefeitos;
  - delegam a operação do sistema aos secretários de Saúde da região e/ou técnicos qualificados e, em alguns casos, integram sua atuação com os conselhos de saúde locais;
  - flexibilizam a remuneração dos profissionais com pagamento de incentivos;
  - buscam, via medidas de otimização dos recursos regionais disponíveis, melhorar o acesso e a qualidade do SUS; e
-

- concentram as atividades de maior complexidade em um município-pólo.

Afora essas regularidades, algumas particularidades são observadas em função da realidade local e do tipo de pactuação efetuado pelos gestores e lideranças locais.

A tabela 3 apresenta uma comparação entre alguns consórcios na forma como se encontravam em 1994. A seleção foi efetuada por uma equipe do Ministério da Saúde a partir de respostas a questionários distribuídos aos municípios para catalogar experiências inovadoras em gestão da saúde no Brasil. Embora não represente um inventário dos consórcios existentes no país naquele período, demonstra os modelos de associação predominantes.

A observação da tabela 3 e de um resumo das diversas experiências permite traçar um perfil dessas organizações. Além dos itens descritos, os consórcios apresentam algumas singularidades, segundo relatos de seus dirigentes.

Na Grande Santa Rosa/RS, o objetivo foi aumentar a resolutividade da rede e desconcentrar serviços. Os conselhos municipais de Saúde se agruparam, reproduzindo a configuração intermunicipal. O financiamento se deu por cota mensal segundo a densidade populacional e transferências do SUS. Em Campo Mourão/PR, houve cooperação técnica com a Regional de Saúde da SES para montagem de ambulatório especializado e 30% das consultas eram compradas fora do SUS. Em Santa Maria/RS, também houve articulação com a Regional da SES, compra de serviços especializados não ofertados pela rede pública, e organização de Conselho Intermunicipal de Saúde. Em Conchas/SP, a motivação deu-se em função da municipalização do hospital filantrópico. Os municípios dependentes de seus serviços foram chamados a efetuar um co-financiamento; trata-se de um dos consórcios mais antigos, que funciona desde 1986. No Alto São Francisco/MG, o eixo de estruturação deu-se pela integração docente-assistencial e pelo incentivo à interiorização da atenção à saúde. Em São Lourenço/MG, o consórcio buscou assegurar a contratação de serviços médicos não disponíveis pelo SUS, pelo pagamento da tabela de procedimentos em dobro aos consultórios associados. Em Toledo/PR, a referência foi a Regional de Saúde da SES e voltou-se para a oferta de serviços especializados; o financiamento deu-se por cotas anuais dos municípios por densidade populacional. No Hemolagos/RJ, o financiamento inicial contou com convênio com a SES e cotas municipais proporcionais conforme o uso, e posteriormente passou a ser mantido apenas por transferências do SUS, com os funcionários cedidos pelos municípios, com complementação salarial.

TABELA 3  
 Perfil de Consórcios Intermunicipais de Saúde – SUS – 1994

Consórcio	Situação Jurídica	Objetivos	Estrutura Decisória	Controle Social	Organismo Gerencial	Financiamento	Pagamento de Profissionais Acima da Tabela SUS
Santa Rosa (RS)	Sociedade Civil de Direito Privado	Assistência especializada; SADT	Conselho de prefeitos	Conselho Intermunicipal de Saúde	Secretaria Executiva	Cotas mensais + transferências do SUS	Não previsto
Santa Maria (RS)	Sociedade Civil de Direito Privado	Assistência especializada; SADT	Conselho de prefeitos	Conselho Intermunicipal de Saúde	Secretaria Executiva	Transferências do SUS	Conforme necessidade
Campo Mourão (PR)	Sociedade Civil de Direito Privado	Assistência especializada; SADT	Conselho de prefeitos	Conselhos municipais de Saúde	Administrador	Cotas mensais + transferências do SUS	Conforme necessidade
Conchas (SP)	Sociedade Civil de Direito Privado	Hospital regional	Conselho de prefeitos	Conselhos municipais de Saúde	Conselho Curador	Transferências do SUS + consultas particulares	Não previsto
Penápolis (SP)	Sociedade Civil de Direito Privado	Assistência especializada; SADT	Conselho de prefeitos	Conselhos municipais de Saúde	Secretaria Executiva	Cotas mensais + transferências do SUS	Não previsto
Alto São Francisco (MG)	Sociedade Civil de Direito Privado	Assistência especializada; SADT	Conselho de prefeitos	Conselhos municipais de Saúde	Conselho Curador	Cotas mensais + cotas extras	Não previsto
São Lourenço (MG)	Sociedade Civil de Direito Privado	Assistência especializada; SADT	Conselho de prefeitos	Conselho Intermunicipal de Saúde	Secretaria Executiva	Cotas mensais + transferências do SUS	Conforme necessidade
Hematógenos (RJ)	Sociedade Civil de Direito Privado	Banco de sangue e hemoderivados	Conselho de prefeitos	Conselhos municipais de Saúde	Diretoria Administrativa	Transferências do SUS	Não previsto

Fonte: Modificado a partir de Ribeiro (1994, p. 41).

Chama atenção o fato de muitos desses consórcios terem se estruturado por referência a uma coordenação regional da Secretaria Estadual de Saúde. Isso decorre ou de indução da esfera estadual, ou para compensar a redução dos investimentos de governos estaduais no setor. *Grosso modo*, os consórcios se estruturaram com base em uma instância deliberativa máxima, o Conselho de Prefeitos, e incorporaram representantes de conselhos municipais de Saúde em um Conselho Fiscal ou Curador. Todos recorrem a uma instância executora no plano técnico, uma secretaria executiva (ou congênere), nomeada pelo Conselho de Prefeitos, que exerce as funções tradicionais de controle e avaliação. As funções regulatórias são compartilhadas com os conselhos de Saúde.

## 6 EXPERIÊNCIA MODELO: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE PENÁPOLIS/SP (CISA)

Pelo seu caráter pioneiro, o Consórcio de Penápolis (CISA) tem sido objeto de estudos [Gontijo *et alii*, 1994] e recebido equipes técnicas do Ministério da Saúde e de secretarias estaduais e municipais. Uma equipe do MS visitou o consórcio em 1994, observando seu funcionamento, instalações e registros.<sup>1</sup> As informações foram atualizadas por contatos com seus dirigentes<sup>2</sup> e dados sobre oferta e produção de serviços.

A microrregião do consórcio situa-se no noroeste do estado de São Paulo e a população dos sete municípios soma 83 631 habitantes (IBGE, estimativas populacionais para 1997). Penápolis, a sede do consórcio, possui 52 433 habitantes e os demais possuem menos de 9 000 habitantes cada.<sup>3</sup> A atividade econômica concentra-se na cana-de-açúcar, seguida pela pecuária extensiva, havendo, desse modo, grande contingente de trabalhadores bóias-frias. A região é pobre e a mortalidade infantil em Penápolis vem diminuindo: 36,8% (1987); 31,5% (1990); e 26,4% (1991). Segundo o IBGE (1991), o analfabetismo na região é de 25% , contra 22% do estado de São Paulo.

Pela Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, do IBGE (1992), existem 230 empregos médicos na área do CISA. Esses empregos distribuem-se por 34 estabelecimentos de saúde, dos quais 20 localizam-se em Penápolis, o que evidencia a concentração da oferta no município-sede.

---

<sup>1</sup> O material obtido na viagem foi recolhido em conjunto com Oswaldo Donnini e Liliane Tannus Gontijo, especialistas no assunto, tendo originado o citado artigo e relatórios conjuntos para o Ministério da Saúde, dos quais retiramos diversas das informações aqui analisadas.

<sup>2</sup> Para atualização de informações sobre a configuração do consórcio fomos auxiliados pela sua diretora administrativo-financeira, Eliane Maria Simon Rodrigues, a quem somos bastante gratos.

<sup>3</sup> A população por municípios é a seguinte: Alto Alegre, 4 308; Avanhandava, 8 462; Barbosa, 5 935; Braúna, 4 400; Glicério, 4 104; Luizizânia, 3 989; Penápolis, 52 433.

---

Seguindo a regra apontada, os municípios consorciados criaram uma personalidade jurídica de caráter privado, o CISA (Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis), que administra os recursos e coordena as ações que, nesse caso, se concentram na oferta de atendimento médico especializado. Esses serviços são prestados em Penápolis, que funciona como sede. O CISA envolve sete municípios: Alto Alegre, Avanhandava, Barbosa, Braúna, Glicério, Luiziânia e Penápolis. Todos possuem unidades básicas de saúde. O objetivo consiste em integrar os serviços ambulatoriais básicos oferecidos ao conjunto da população, com a referência dos pacientes aos especialistas conforme a necessidade. As etapas jurídicas e administrativas percorridas servem de modelo às demais experiências observadas no país.

O consórcio situa-se na região de Araçatuba (noroeste de São Paulo), segundo a divisão da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. A situação de habilitação dos municípios consorciados perante a NOB 93 era heterogênea. Penápolis e Glicério estavam em gestão semiplena e Barbosa e Luiziânia, em gestão incipiente. Chama atenção o fato de três municípios (Alto Alegre, Avanhandava e Braúna) não terem se habilitado pela NOB 93. Isso denota falta de iniciativa em cumprir com requisitos mínimos de gestão do SUS. Após uma parceria por tempo tão prolongado, o fato pode representar que esses municípios funcionavam como compradores de serviços do CISA, sem maior interferência na sua direção, como seria esperado em uma parceria. A tabela 4 mostra que o quadro se modificou com o advento da NOB-96 e o pagamento do PAB a partir de 1998. Dessa forma, todos os municípios se habilitaram – montando conselhos e fundos de saúde, ampliando a capacidade técnica da Secretaria de Saúde, entre outros pré-requisitos.

TABELA 4  
Habilitação dos Municípios Componentes do CISA-Penápolis

Município	NOB 93	NOB 96
Alto Alegre	Não habilitado	Plena da Atenção Básica
Avanhandava	Não habilitado	Plena do Sistema
Barbosa	Incipiente	Plena da Atenção Básica
Braúna	Não habilitado	Plena da Atenção Básica
Glicério	Semiplena	Plena do Sistema
Luiziânia	Incipiente	Plena da Atenção Básica
Penápolis	Semiplena	Plena do Sistema

Fonte: SAS/MS; SES/SP.

No caso do município de Alto Alegre a situação era mais paradoxal pelo fato de sediar um dos hospitais da região, provendo 19 leitos públicos. Nesse caso, a não-habilitação transferia à Secretaria Estadual de Saúde a emissão das autorizações de internações hospitalares (AIH), comprometendo o planejamento local.

A tabela 5 mostra que a maioria dos leitos hospitalares da área são providos por hospital filantrópico de Penápolis (253 leitos). Além disso, a sede concentra 33 ambulatórios dentre os 49 disponíveis ao consórcio. Por fim, a oferta de leitos públicos próprios é baixa, mesmo incluindo-se os 14 oferecidos por Luiziana, o que totaliza 33 em 286 leitos. Essa forte concentração de leitos hospitalares e de consultórios em Penápolis, estabilizada ao longo de vinte anos, sugere, como já se afirmou, a hipótese de o consórcio servir como mecanismo de redução de capacidade ociosa do município. Por outro lado, a dimensão da cooperação – provada pela cotização mensal dos participantes com recursos do Tesouro municipal – expressa um padrão observado para regiões nas quais predomina a pulverização de pequenos municípios geograficamente próximos. Nesse modelo, o consórcio atua como coordenação microrregional que integra e dirige o sistema de atenção pública. A oferta de leitos hospitalares permaneceu inalterada nos anos 90. Contudo, o ambulatório sofreu aumento nos consultórios credenciados justamente em Penápolis, onde está sediado o consórcio voltado para incrementar esse tipo de serviço.

A criação do consórcio seguiu um caminho longo iniciado, no plano legal, com a aprovação de lei pelas respectivas câmaras municipais, em 1985, autorizando o Poder Executivo a participar dessa forma de associação intermunicipal. Em julho de 1986 foi realizada a assembléia de prefeitos para constituição do CISA e aprovação de seu estatuto. A estrutura administrativa do CISA foi consagrada em 1989, com a alteração do regimento interno original. O caráter privado da associação formada, como era a intenção inicial dos consorciados, foi questionado por resolução do Tribunal de Contas do Estado em setembro de 1992, que assinalou ser tal associação mantida fundamentalmente com recursos públicos e, em função disto, deve ser regida pelas regras da administração pública (Processo nº 7489/026/92 do TCE/SP). Isso acabou por configurar um quadro ambíguo, apontado em relatórios internos do CISA, em que a intenção dos executivos municipais em operar uma sociedade de direito privado esbarra no fato de ser regida por normas do direito público.

Pelo entendimento apresentado por Carvalho e Santos (1995), e corroborado pelas demais experiências de consorciamento entre entes públicos, o questionamento jurídico atinge os procedimentos (de contratação de pessoal e compra de serviços) do consórcio e não o caráter privado da sociedade civil que origina. De qualquer forma, como as vantagens proporcionadas pelo CISA e congêneres, a título de incentivo para atrair profissionais necessários ao SUS, não são extensivas ao conjunto dos funcionários dos municípios envolvidos, permanece um conflito não resolvido, em que pese uma década de atuação dessas associações.

TABELA 5  
Ambulatórios e Hospitais Cadastrados no SUS, por Regime e Município

Município	Ambulatórios	Hospitais			Leitos			Ano
		Público	Privado	Total	Público	Privado	Total	
Alto Alegre	-	1	0	1	19	0	19	1992
	-	1	0	1	19	0	19	1993
	-	1	0	1	19	0	19	1994
	5	1	0	1	19	0	19	1995
	5	1	0	1	19	0	19	1996
	5	1	0	1	19	0	19	1997
Avanhandava	-	-	-	-	-	-	-	1992
	-	-	-	-	-	-	-	1993
	-	-	-	-	-	-	-	1994
	3	-	-	-	-	-	-	1995
	3	-	-	-	-	-	-	1996
	3	-	-	-	-	-	-	1997
Barbosa	-	-	-	-	-	-	-	1992
	-	-	-	-	-	-	-	1993
	-	-	-	-	-	-	-	1994
	1	-	-	-	-	-	-	1995
	1	-	-	-	-	-	-	1996
	1	-	-	-	-	-	-	1997
Braúna	-	-	-	-	-	-	-	1992
	-	-	-	-	-	-	-	1993
	-	-	-	-	-	-	-	1994
	2	-	-	-	-	-	-	1995
	2	-	-	-	-	-	-	1996
	2	-	-	-	-	-	-	1997
Glicério	-	-	-	-	-	-	-	1992
	-	-	-	-	-	-	-	1993
	-	-	-	-	-	-	-	1994
	2	-	-	-	-	-	-	1995
	4	-	-	-	-	-	-	1996
	4	-	-	-	-	-	-	1997
Luiziânia	-	1	0	1	14	0	14	1992
	-	1	0	1	14	0	14	1993
	-	1	0	1	14	0	14	1994
	1	1	0	1	14	0	14	1995
	1	1	0	1	14	0	14	1996
	1	1	0	1	14	0	14	1997
Penápolis	-	0	2	2	0	253	253	1992
	-	0	2	2	0	253	253	1993
	-	0	2	2	0	253	253	1994
	17	0	2	2	0	253	253	1995
	33	0	2	2	0	253	253	1996
	33	0	2	2	0	253	253	1997
<b>Total</b>	-	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>33</b>	<b>253</b>	<b>286</b>	<b>1992</b>
	-	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>33</b>	<b>253</b>	<b>286</b>	<b>1993</b>
	-	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>33</b>	<b>253</b>	<b>286</b>	<b>1994</b>
	<b>31</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>33</b>	<b>253</b>	<b>286</b>	<b>1995</b>
	<b>49</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>33</b>	<b>253</b>	<b>286</b>	<b>1996</b>
	<b>49</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>33</b>	<b>253</b>	<b>286</b>	<b>1997</b>

Fonte: SAS/MS.

O conflito está designado em documentos do CISA (1993), nos quais a associação é exaltada pela sua *agilidade administrativa*. O consórcio se constitui em uma entidade distinta das prefeituras que o compõem e o caráter ambíguo assinalado permite que funcionários contratados por regime CLT venham no futuro a requerer possíveis benefícios do Regime Jurídico Único.

Na medida em que se observa acelerada difusão da adoção de incentivos financeiros na gestão do SUS em todo o país, o problema vivido pelo CISA atualmente inscreve-se no processo em curso de flexibilização da administração pública, recoberto pelo debate sobre a reforma do Estado. O quadro de funcionários do CISA caracteriza um sistema de duplo acesso, com dois tipos de contratos: os cedidos pelas prefeituras e os contratados pelo consórcio. Atualmente, no entanto, quase todos os funcionários são contratados em regime CLT, o que revela maior confiança dos governos municipais em contratar fora do RJU.

O CISA foi consolidado com a seguinte estrutura hierárquica e gerencial, recentemente modificada:

- Conselho de Prefeitos – órgão deliberativo composto pelos sete prefeitos municipais; elege presidente e um vice-presidente;
- Conselho Fiscal – composto por um vereador de cada município, indicado pela câmara local;
- Secretaria Executiva – proporciona a estrutura operacional do consórcio; conta com um coordenador executivo escolhido pelo presidente do Conselho de Prefeitos;
- Divisão Administrativa – subordinada ao coordenador do CISA; responsável pela administração dos recursos humanos, materiais e financeiros;
- Divisão de Recursos Secundários – coordena os serviços de laboratório, Ambulatório de Especialidades e Moléstias Infecciosas, Unidade Integrada de Saúde Mental e a Classe Descentralizada de Formação de Auxiliares de Enfermagem (setor de treinamento de pessoal de enfermagem); e
- Núcleo de Informações – avalia dados de produção e epidemiológicos do consórcio.

A estrutura expressa os serviços oferecidos, que incluem especialidades clínicas, atenção à doença mental e suporte laboratorial. A Classe Descentralizada de Formação de Auxiliares de Enfermagem surgiu para profissionalizar os atendentes de enfermagem e ampliou seus objetivos a partir de 1991, para reciclagem de pessoal voltado à prestação de serviços específicos à comunidade. A Clínica de Especialidades compreendia, no início, cardiologia, cirurgia, dermatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia, fisiologia e urologia. A demanda reprimida concentrava-se em neurologia, dermatologia e oftalmologia, acarretando agendamentos mais prolongados, e faltavam especialistas em endocrinologia, reumatologia e gastroenterologia. O laboratório, localizado no Centro de Saúde de Penápolis, efetua exames básicos e recebe material dos postos de coleta nas unidades dos municípios. A Unidade Integrada de Saúde Mental foi criada em 1992 aglutinando o Ambulatório de Saúde Mental e a Oficina Abrigada; o projeto técnico orienta-se para a desospitalização, reabilitação e ressocialização dos doentes mentais, na esteira da chamada Reforma Psiquiátrica.

Esses serviços ocupam área física adequada, não tendo sido observadas filas nas principais unidades durante a observação local efetuada, e as instalações são amplas. Na área de saúde mental, os investimentos foram expressivos e destaca-se a iniciativa do CISA em colocar esses serviços no centro da cidade, rompendo com as práticas de isolamento. Não se dispõe, no entanto, de indicadores de satisfação dos usuários, ficando apenas a constatação de boas instalações e de ausência de filas que, associada aos indicadores de produção de serviços e à longa duração do consórcio, contribuem para a impressão favorável causada pelo SUS na região.

A estrutura aqui descrita foi recentemente simplificada, passando a adotar a seguinte configuração:

- Conselho de Prefeitos – órgão decisório máximo, sendo a presidência atualmente exercida pelo prefeito de Penápolis;
- Coordenação Geral – estrutura de gerência do CISA, divide-se em uma Diretoria Administrativa e Financeira e uma Diretoria Técnica; a Diretoria Técnica absorveu a Unidade de Avaliação e Controle; e
- A Diretoria Técnica coordena dois ambulatórios: Especialidades e Saúde Mental.

Com relação à estrutura anterior, observa-se também a retirada da Classe Integrada de Formação, cujas atribuições passaram a ser exercidas no âmbito do Ministério do Trabalho mediante convênio com o Sindicato dos Enfermeiros.

Os serviços foram ampliados e as especialidades atualmente oferecidas em nível ambulatorial são as seguintes: ortopedia, neurologia, oftalmologia, cirurgia plástica reparadora, cirurgia geral, dermatologia, otorrinolaringologia, cirurgia vascular, cardiologia, urologia, infectologia, ginecologia e proctologia.

Quanto ao financiamento do sistema, após a edição da NOB 91, o CISA passou a receber por serviços prestados segundo a produção. Nesse período, estimou-se que cerca de 25% dos custos eram cobertos por transferências da União e o restante, pago por cotas dos municípios consorciados. Até 1991, as cotas de contribuição de cada município eram proporcionais à população. O mecanismo era simples: do custo total era deduzido o repasse do INAMPS – forma de transferência que prevalecia até então – sendo o restante rateado entre os municípios conforme sua população. A partir de outubro de 1991, o saldo de despesas passou a ser rateado entre os municípios segundo outra sistemática: 50% por critérios de densidade populacional e 50% proporcionais à utilização dos serviços. Em 1990, 84% dos custos do consórcio foram financiadas pelo governo estadual, que atuou como indutor do processo mediante convênios, e 16% pelos municípios. Em 1991, houve uma inversão: 66% dos custos foram sustentados pelos municípios; 13%, pelo estado; e 21%, pela União.

Essa mudança na composição do financiamento, levando ao predomínio dos municípios no custeio, resulta do próprio tipo de indução efetuado pelo governo

---

---

estadual que privilegiou, por via convencional, a aquisição de equipamentos, a construção e a adequação física de unidades. Posteriormente passaram a valer as regras da NOB 91 que regulam as transferências. A partir daí, então, os serviços especializados cobertos pelo CISA passaram a ser cobertos pelo sistema de cotas mensais entre os participantes.

Quanto aos gastos do CISA, 83% foram efetuados com pessoal e 17% com insumos e despesas administrativas. Segundo seus dirigentes, em 1991, com a introdução do pagamento por produção, todos os serviços se apresentaram como deficitários, sendo maior o impacto para a área de saúde mental. O financiamento do sistema contou com a injeção de recursos de convênios oriundos do BNDS e do governo estadual. Para a viabilização do CISA foram efetuados investimentos do BNDS para a compra de equipamentos e para a construção e recuperação de unidades de saúde nos municípios consorciados.

A estrutura do rateio foi freqüente alvo de conflitos. Da parte de Penápolis, o município de maior porte e pólo da região, argumentava-se que o tipo de rateio por base populacional onerava a sede em comparação aos municípios menores. Quanto a estes, o impacto dos custos era considerado elevado, provocando constantes atrasos nos repasses. Segundo os dirigentes, esses atrasos eram sistemáticos até dezembro de 1996, tendo sido superados no atual exercício, embora exista ainda um passivo relativo àquele ano. O recurso para assegurar o pagamento das cotas consiste em bloquear as consultas aos usuários do município em débito. Na disputa por novas regras, acabou por prevalecer os interesses do município-sede, alterando-se a lógica do rateio. Os novos critérios, vigentes a partir de janeiro de 1997, passaram a ser baseados em 30% por densidade populacional e 70% por utilização proporcional dos serviços oferecidos.

A lógica da parceria que envolve o consórcio é tensionada pela da venda de serviços do município-sede aos dependentes. A assimetria no interior da pactuação é evidenciada pelo controle administrativo e político que Penápolis exerce sobre o CISA, pelo tipo de rateio, e pela concentração de investimentos na sede. Entretanto, os municípios menores passam a beneficiar-se de serviços especializados não comumente ofertados em outras regiões semelhantes.

O financiamento do sistema estruturado pelo CISA funciona por rateio de despesas pelos participantes, segundo as regras citadas, que variam a cada mês. Existem custos fixos relacionados ao pagamento de pessoal e variáveis, relacionados aos insumos. Em termos médios, o gasto global variou entre R\$ 160 000, 00 e R\$ 180 000,00 ao mês para 1997. A folha de pagamento de pessoal representa R\$ 113 000,00 (R\$ 60 000,00 de salários diretos e R\$ 53 000,00 de encargos sociais). Os funcionários contratados são regidos pela CLT, havendo apenas dois médicos cedidos pela administração estadual e que recebem complementação salarial para atingir equivalência com os demais.

---

A oferta de serviços especializados passa pelo pagamento de salários competitivos aos médicos. A estrutura salarial construída é a seguinte: para os médicos com carga horária semanal de 20 horas, o salário praticado na região para atendimento em clínicas básicas é de R\$ 1 100,00; o CISA paga uma gratificação de 50% sobre esse salário, pela mesma carga horária, buscando compor um quadro abrangente de especialistas nas clínicas descritas.

A contabilidade acerca do custo global do consórcio por habitante pode ser estimada por meio de algumas aproximações, de acordo com os dados disponíveis. A primeira diz respeito ao próprio objetivo da associação – prover assistência médica especializada. No SIA-SUS, que combina sistema de informações e de pagamento, a consulta médica é registrada sem se discriminar a especialidade, salvo em municípios como o do Rio de Janeiro, onde foi implantado o SIGAB. Como o CISA restringe-se aos atendimentos especializados, não é possível uma separação precisa dos custos relativos a cada tipo de consulta em função do uso comum da infra-estrutura física e operacional. Na prática, as consultas especializadas são computadas tanto para o SIA-SUS – que remunera os custos ambulatoriais globais –, quanto para as estatísticas de utilização do CISA pelos clientes. No entanto, se tomarmos a base de gastos mensais de R\$ 180 000,00 (pelo pico) para 1997 e somarmos o faturamento anual do SIA para os sete municípios, poderemos estimar os custos globais por habitante. Não se dispõe de dados precisos sobre o possível aporte de recursos advindos de outras rubricas orçamentárias para remunerar despesas com infra-estrutura básica (luz, gás, telefones), manutenção de instalações e suporte administrativo, para contabilizar precisamente o custo global do sistema. Como o sistema envolve o rateio da despesa mensal, pode-se considerar que toda a receita equivale à despesa, feitas as ressalvas anteriores. Assim, como mostra a tabela 6, o custo aproximado do sistema por habitante-ano é de R\$ 49,69. O sistema, como pode ser observado, envolve um aporte de recursos superior ao que é transferido pelo SUS. Dessa forma, o consórcio representa um real incremento dos gastos locais em saúde em prol de ampliação e diversificação da oferta de serviços.

Em seu conjunto, a experiência associa maior autonomia gerencial, flexibilidade na contratação e remuneração de pessoal, e adaptação da oferta a demandas locais em saúde.

TABELA 6  
Custo Aproximado por Habitante/Ano do CISA – 1997

	(Em R\$)
Cotas municipais <sup>1</sup>	2 160 000,00
Transferências SUS (ambulatório) <sup>2</sup>	1 995 942,70
Total da receita	4 155 942,70
População CISA	83 631,00
Custo por habitante/ano	49,69

Fontes: CISA; DATASUS; IBGE.

Notas: <sup>1</sup>Receita mensal média de R\$ 180 000,00.

<sup>2</sup>Faturamento anual do ambulatório, incluindo SADT.

A estrutura de financiamento mostra a complexidade do processo político de construção das parcerias que viabilizam o consórcio. O controle do patrimônio é algo difuso, pois as unidades construídas em Penápolis pertencem ao CISA, mas se as obras são realizadas nos demais municípios, estes detêm a posse das instalações. Em caso de rompimento da parceria, os investimentos do CISA não retornam e ficam com o município renunciante, exceto os efetuados em Penápolis. Isso diminui o poder de pressão do município-sede frente aos demais. São exemplos de conflito os atrasos nos pagamentos, que acarretam a suspensão do atendimento à população do município faltoso. Com tais regras, o equilíbrio encontrado penaliza a sede quanto à posse de patrimônio, estimulando iniciativas para ampliação de sanções que dificultem a renúncia ao pacto estabelecido.

O CISA está projetado para estruturar a oferta de serviços de saúde na lógica do SUS, que consiste em promover acesso universal, atenção integral e financiamento e gestão pública dos recursos disponíveis. Em regiões onde existam diversos municípios de pequeno porte, a associação observada em torno de Penápolis representa uma ampliação da escala na oferta de serviços especializados. O sistema de referência de pacientes entre esses municípios busca, também, concentrar o atendimento próximo ao local de moradia. A garantia de recorrer aos especialistas apenas por indicação do clínico (unificação da porta de entrada) e a instalação de postos de coleta de material para exames amplia a capacidade de resolução dos ambulatorios primários, atingindo objetivos almejados por outras soluções como programas de saúde da família e na atenção gerenciada (*gate-keepers*), com as vantagens de assegurar efetivo acesso dos usuários aos especialistas. Em comum a essas soluções, os dirigentes do CISA padronizam procedimentos e estabelecem regras de acesso aos especialistas e equipamentos complexos, no pressuposto de que as principais necessidades em saúde podem ser atendidas por médicos generalistas e por meio de recursos tecnológicos modestos.

Conforme foi exposto, os sete municípios consorciados se responsabilizam pela atenção básica, cabendo ao CISA o atendimento ambulatorial secundário e o laboratório. Esse foi o modelo sob o qual se estruturaram as secretarias municipais de Saúde, especialmente o Departamento de Saúde de Penápolis, de estrutura organizacional mais complexa.

Segundo dados da SES de São Paulo, em 1993, cerca de 16% da população da região – estimada na época em 79 425 habitantes – esteve internada, superando o teto de 9% previsto pelo SUS. Essa taxa chegou a 23% em Alto Alegre, que dispõe de uma unidade hospitalar, e ficou abaixo de 5% em Luiziana, possivelmente por dificuldade de acesso a esses serviços. A concentração de internações acima da base populacional reflete a migração entre municípios vizinhos.

Com relação aos serviços utilizados, 93,2% das internações foram feitas a partir do SUS, 3,5% por particulares e 3,3% por meio de convênios. A Santa Casa de Penápolis foi a principal referência hospitalar da região, respondendo por 74,4% das in-

---

ternações; o Hospital S. João, de Alto Alegre, por 7,8%; e o Hospital Espírita de Penápolis (psiquiatria), por 3,8%. Esses serviços concentraram 86% das internações na área geográfica do CISA. Tal comportamento estimula os dirigentes a reduzir o volume das internações, seguindo tendência nacional, como foi apontado, e a facilitar o acesso da população ao conjunto dos hospitais da região. Observa-se também o forte predomínio do SUS como provedor de serviços à população local.

Quanto à dinâmica política da parceria representada no CISA, seus dirigentes apontaram um conjunto de problemas que podem ser traduzidos nos itens seguintes:

- conflitos de territorialidade em função de superposição do território coberto pelo consórcio com a estrutura regional da SES de São Paulo – remete ao federalismo;
  - a queda apontada na receita de transferências do SUS induz ao aumento de gastos municipais em saúde para manter a oferta de serviços – remete ao financiamento; e
  - busca por autonomia financeira do CISA e maior flexibilidade em compras e contratação – remetem à reforma organizacional.
-

7 DESEMPENHO SISTÊMICO DO CISA

O desempenho do SUS na área coberta pelo CISA pode ser observado pelo volume de serviços prestados em hospitais e ambulatórios, apesar de o consórcio referir-se apenas ao ambulatório especializado. Como foi apontado pelos seus dirigentes, apesar do excessivo volume de internações no início da década de 90, a carência de especialistas foi o motivo da instituição da parceria.

Em termos de rede hospitalar pública, observa-se na região a repercussão de fenômenos em escala nacional. A tabela 7 mostra uma queda expressiva no volume de internações no SUS, desde 1993 (antecedendo a redução nacional), às custas especialmente da substantiva redução da oferta de leitos em Penápolis. O quadro explica-se pela busca de novos clientes por parte do hospital filantrópico mediante parcerias com planos de saúde e montagem de meios próprios de auto-sustentação (via venda de serviços). No entanto, o fator preponderante foram as medidas adotadas pelo MS para reduzir gastos hospitalares (controle de fraudes, teto máximo de hospitalização de 9% da população ao ano). Isso pode ser constatado pelo fato de, apesar da redução no volume de internações, a oferta de leitos credenciados ao SUS ao longo da década ter-se mantido estável, com um discreto aumento na oferta a partir de 1996 nos municípios de Penápolis e Glicério (ver tabela 5). A imposição do limite de internações não levou ao descredenciamento de leitos no SUS, embora possa ter aumentado a capacidade ociosa dos hospitais, o que explica a busca por novos parceiros e modalidades de financiamento por parte dos filantrópicos.

TABELA 7  
Internações Hospitalares no SUS, CISA – Penápolis (SP), por Ano

	1992	1993	1994	1995	1996	1997 <sup>1</sup>
Alto Alegre	1 078	1 008	1 062	583	559	496
Luiziânia	-	592	827	421	300	342
Penápolis	11 194	10 393	7 159	7 145	6 534	6 417
<b>Total CISA</b>	<b>12 272</b>	<b>11 993</b>	<b>9 048</b>	<b>8 149</b>	<b>7 393</b>	<b>7 255</b>
<b>Total SP</b>	<b>3 035 155</b>	<b>3 080 376</b>	<b>3 122 102</b>	<b>2 499 263</b>	<b>2 266 171</b>	<b>2 215 914</b>

Fonte: SIH-SUS/DATASUS.

Nota: <sup>1</sup> Estimativa.

TABELA 8  
Distribuição Percentual Anual de Pagamentos por Prestadores,  
SUS, CISA – Penápolis (SP)

Ano	Min. Saúde	Privados	Estaduais	Municipais	Filantrópicos	Sindicais
1994 <sup>1</sup>	16,47	0,29	0,52	60,95	20,82	0,95
1995	-	0,28	-	80,67	18,59	0,46
1996	-	0,15	-	85,84	13,84	0,17
1997 <sup>1</sup>	-	-	-	87,77	12,23	-

Fonte: SIA-SUS/DATASUS.

Nota: <sup>1</sup>Estimativas.

Outro aspecto relevante está no forte comprometimento dos municípios na área do CISA com a gestão dos serviços, o que pode ser observado pela evolução mostrada na tabela 8, na qual há queda absoluta na oferta de serviços hospitalares de sindicatos, Ministério da Saúde, governo estadual, e concentração da oferta privada em hospitais filantrópicos. Tais fatos se pautam na municipalização das unidades públicas e na dependência do setor privado de receitas governamentais.

O desempenho ambulatorial merece, no entanto, maior atenção pela própria especialização do consórcio. A questão inicialmente levantada acerca da distribuição de serviços e competências entre os municípios associados apontava para a concentração de serviços de referência em Penápolis e o fortalecimento da rede básica nos demais municípios. Conforme se expôs as consultas médicas não são discriminadas pelo SIA-SUS. Para verificar a hipótese de desenvolvimento de serviços básicos na região *versus* a desativação de serviços em prol do município-sede, vejamos o perfil da oferta na região.

Um detalhamento do desempenho ambulatorial mostra, como na tabela 9, a concentração da oferta no município-sede (Penápolis), como era esperado – 12,75 procedimentos por habitante/ano para 1997 (estável ao longo dos anos). Apenas o município de Barbosa apresenta oferta superior à média do CISA (11,84 contra 11,49 de média para 1997). Quando considerados apenas os procedimentos básicos, o perfil da oferta se mantém pouco alterado, persistindo a concentração em Penápolis. Isso pode ser explicado, como já se apontou, pelo fato de a atuação do CISA voltar-se para a oferta de consultas médicas especializadas, as quais são remuneradas pelo SIA-SUS sob o mesmo código (040) das consultas efetuadas por generalistas. Além disso, as consultas com especialistas induzem ao consumo de itens de maior complexidade, cuja oferta se dá justamente no município-sede, repercutindo sobre a sua média por habitante. Apesar disso, o município de Barbosa possui um *per capita*, em 1997, para serviços básicos, de 10,69, que supera o observado para Penápolis (9,63). Some-se a esse dado o perfil das consultas médicas por habitante no mesmo ano de 1997, em que Penápolis, com 3,32 consultas, é superado por Alto Alegre (3,72), Barbosa (3,48), e aproxima-se de Luiziana (3,27). O conjunto desses dados evidencia que, no

plano da oferta de serviços, o equilíbrio na oferta pretendido é alcançado, desfazendo hipótese de relação predatória da parte do município-sede. Para 1997 (ver tabela 9), a média projetada do CISA é de 3,20 consultas por habitante, e quatro municípios apresentaram uma oferta superior – contra apenas dois, quando a variável foi a distribuição por habitante de procedimentos ambulatoriais básicos. Contudo, essa oferta oscilou no tempo, e quatro municípios diminuíram o volume de consultas de 1996 para 1997.

Com relação aos valores pagos (ver tabela 10), observa-se também a participação de Barbosa superando a de Penápolis em recebimentos para os procedimentos básicos, enquanto Penápolis supera em muito este e os demais quando se considera o conjunto dos valores pagos ao ambulatório. Novamente os achados são coerentes com o modelo de oferta desejado pelo CISA.

Tomamos três variáveis por habitante-ano para melhor detalhar a distribuição da oferta no interior do CISA: volume de procedimentos ambulatoriais globais e básicos e distribuição de consultas médicas, apresentados na tabela 9 e cobrindo o período 1994-1997. Com relação aos procedimentos ambulatoriais, apenas Avanhandava apresenta redução seguida nos dois últimos anos. Os demais municípios apresentam oscilações ou um aumento contínuo, como no caso de Barbosa. Outra observação importante está em que Penápolis manteve sua oferta estável ao longo do período. Esse conjunto de fatores corrobora a tese de que não houve esvaziamento dos municípios menores em função da atuação do consórcio.

Quando separamos do conjunto dos procedimentos ambulatoriais a consulta médica, o quadro modifica-se pouco. Lembremos que um serviço de atenção básica pode utilizar menor número de médicos em função de ações programáticas serem desenvolvidas por equipes multidisciplinares. Porém, pode ocorrer justamente o contrário – os ambulatórios concentrarem sua atuação em consultas médicas e negligenciarem as outras atividades. As curvas dos municípios para esse parâmetro se assemelham às demais, com exceção do caso de Braúna, em que se observa redução consistente nos últimos dois anos contra a tendência de elevação a partir de 1996 com relação ao volume da oferta ambulatorial desse município. A forte convergência nos demais municípios decorre do conhecido predomínio que as consultas médicas têm na configuração geral dos serviços de saúde.

Em resumo, o detalhamento da oferta ambulatorial por município demonstra que o modelo inicialmente pensado pelo consórcio foi preservado, não se observando migração desordenada da oferta para o município-sede, nem tampouco desestruturação da rede local. Isso acentua, juntamente com a sustentabilidade da associação e o tipo de financiamento pactuado, a dimensão do aumento da capacidade de governo promovido pelos consórcios.

---

TABELA 9  
Perfil Ambulatorial no CISA/Penápolis (SP)

Município	Proc. Ambulatoriais				Proc. Amb. Hab./Ano				Procedimentos Básicos				Proc. Bás. Hab./Ano				Cons Méd.² /Hab./Ano			
	1997¹	1996	1995	1994¹	1997¹	1996	1995	1994¹	1997¹	1996	1995	1994¹	1997¹	1996	1995	1994¹	1997¹	1996	1995	1994¹
Alto Alegre	45 455	38 565	41 836	45 814	10,55	7,88	8,68	9,64	35 237	29 468	31 863	34 954	8,18	6,02	6,61	7,35	3,72	2,80	2,65	3,16
Avanhandava	67 605	73 009	81 938	60 158	7,99	8,48	9,65	7,19	59 403	65 115	76 021	56 238	7,02	7,56	8,96	6,72	2,75	3,29	3,44	3,43
Barbosa	70 286	62 955	52 265	38 962	11,84	11,38	9,58	7,24	63 425	57 730	48 791	37 954	10,69	10,44	8,94	7,06	3,48	3,76	3,15	2,44
Braúna	42 480	35 988	43 082	43 294	9,65	8,26	10,04	10,23	39 149	33 207	40 788	41 130	8,90	7,62	9,5	9,72	2,43	2,77	3,22	3,21
Glicério	32 669	35 256	43 556	35 838	7,96	8,15	10,21	8,52	31 631	32 764	41 489	33 528	7,71	7,58	9,73	7,98	2,28	2,17	2,50	2,13
Luizdânia	33 630	29 160	36 634	29 896	8,43	6,62	8,43	6,99	29 258	27 874	31 557	29 090	7,33	6,33	7,27	6,80	3,27	2,61	2,31	2,56
Penápolis	668 658	658 978	613 657	646 514	12,75	12,62	11,92	12,75	504 693	495 424	454 703	481 984	9,63	9,49	8,83	9,50	3,32	3,27	3,35	3,50
<b>Total CISA</b>	<b>960 781</b>	<b>933 911</b>	<b>912 968</b>	<b>900 476</b>	<b>11,49</b>	<b>11,07</b>	<b>10,98</b>	<b>10,99</b>	<b>762 794</b>	<b>741 582</b>	<b>752 232</b>	<b>714 878</b>	<b>9,12</b>	<b>8,79</b>	<b>9,05</b>	<b>8,73</b>	<b>3,20</b>	<b>3,16</b>	<b>3,20</b>	<b>3,27</b>

Fonte: SIA-SUS (DATASUS); IBGE: Contagens Populacionais, Estimativas.

Notas: ¹Estimativas.

²Consultas Médicas - cód. 040.

TABELA 10  
Valores Pagos pelo SUS, para Serviços Ambulatoriais e Hospitalares,  
CISA-Penápolis 1997 (estimativa)

(Em R\$)

Município	Ambulatório Básico		Ambulatório Global		Internações	
	Valor	Valor Hab./Ano	Valor	Valor Hab./Ano	Valor AIH	Valor Hab./Ano
Alto Alegre	56 068,73	13,02	87 666,89	20,35	72 318,45	16,79
Avanhandava	110 033,34	13,00	121 290,60	14,33	-	-
Barbosa	107 098,61	18,05	111 726,57	18,83	-	-
Braúna	58 562,76	13,31	64 151,00	14,58	-	-
Glicério	67 015,01	16,33	54 407,76	13,26	-	-
Luiziânia	49 640,81	12,44	56 600,83	14,19	51 027,34	12,79
Penápolis	868 151,67	16,56	1 500 099,10	28,61	1 573 370,00	30,01
<b>Total CISA</b>	<b>1 316 570,91</b>	<b>15,74</b>	<b>1 995 942,70</b>	<b>23,87</b>	<b>1 696 715,60</b>	<b>20,29</b>

Fonte: SIA-SUS; SIH-SUS/DATASUS; IBGE, Estimativas Populacionais.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os consórcios se associam à regionalização e ao acesso aos serviços. A sua associação às experiências internacionais de reforma setorial se dá pela descentralização, condições de acesso e contratualização das ações e serviços oferecidos pelo sistema público.

A descentralização, por exemplo, é tratada na literatura inglesa em associação aos distritos e à autoridade sanitária. No processo de reforma implementado nos anos 90 e de ampliação da autonomia financeira dos serviços de porta de entrada (*GP fundholding*) e de sua competitividade, muitos dos serviços que administram orçamentos globais passaram por modernização dos contratos, em que se incluiu a própria prática de consorciamento [Laing e Cotton,1998].

No tocante a acesso, que representa a principal motivação dos dirigentes que implementam consórcios de saúde no Brasil, a literatura internacional contempla o tema de modo bastante variado; admitem-se regras de priorização que padronizam o acesso de clientes segundo necessidade, renda, patologia, entre outros, como parte da agenda reformadora. Abordagens sistêmicas, entretanto, enfatizam o caráter resolutivo de ambulatórios primários como forma de selecionar o acesso a níveis mais complexos e de maior incorporação tecnológica no âmbito do sistema. No caso brasileiro, essas estratégias podem ser reconhecidas nos Programas de Saúde da Família.

O acesso aos serviços é tratado na literatura como dependente dos custos e da intensificação tecnológica. Nesse caso, sistemas reguladores de porta de entrada (*gate*

*keeping*) são apresentados como estratégias para combinar qualidade e controle de custos. Abordagens sistêmicas enfatizam ainda as inovações organizacionais voltadas a equilibrar oferta e demanda de modo a estabelecer níveis de competência e responsabilidade no âmbito da política e as formas de contratação que incentivem qualidade e custo-efetividade [Klein, 1998; New e Le Grand, 1996].

Com relação à contratualização, a experiência inglesa é bastante influenciada pelo *managed care* estadunidense e destaca o desenvolvimento de mercados competitivos, organizados pelo Estado, em que agentes tomam decisão com margens de autonomia constrangidas pelas normas que regulam a atenção pública, no pressuposto de que a atenção à saúde configura mercados imperfeitos. O incentivo a uma competição altamente regulada pressupõe, contudo, consenso acerca das vantagens dos incentivos diferenciados e da difusão de informações aos usuários no sentido de favorecer resultados equitativos nesses mercados públicos – *internal markets* [Flynn *et alii*, 1996; Glennerster *et alii*, 1994; Light, 1998].

Importante estudo que revisa resultados de pesquisas efetuadas sobre o modelo estadunidense de competição gerenciada aponta como fator dominante a existência de resultados contraditórios com relação à capacidade desses modelos de controlarem custos e/ou assegurarem qualidade do acesso e incorporação tecnológica, embora assinala que a maioria dos resultados favoreçam as *Health Maintenance Organizations*, sem uma significativa queda na qualidade dos serviços [Robinson e Steiner, 1998].

A experiência internacional favorece o desenvolvimento de organizações abrangentes no provimento de serviços e na sua integração como estratégia de controle de custos e garantia de qualidade, e os consórcios observados na experiência brasileira seguem essa tendência.

O caso brasileiro se diferencia na medida em que a integração entre provedores e financiadores se dá, ao contrário de nos Estados Unidos, predominantemente na esfera pública, e, com relação à experiência inglesa, sem a indução à competição entre provedores de serviços. Nesse caso, o ordenamento de mercados planejados [Saltman e Otter, 1995] e os problemas do equilíbrio entre oferta e demanda [Rosen e Mays, 1998] têm sido valorizados. Por fim, a contratualização tem sido analisada no âmbito da centralidade do paradigma econômico na análise política e dos limites observados em metodologias dependentes da escolha individual frente a abordagens de cunho institucionalista [Taylor-Gooby, 1998]. Independentemente de sua centralidade, a competição entre agentes pertence aos objetivos mais gerais da política setorial [Klein, 1995; Mays e Dixon, 1996].

Os consórcios intermunicipais de Saúde têm se consolidado, no caso brasileiro, como a principal forma de regionalização da oferta pública. Com relação ao exposto, estão inseridos no âmbito de políticas de redução de barreiras de acesso e de descentralização, porém com baixa tradição de contratualização. A regulação, em parte

---

em função da baixa contratualização, decorre da atuação dos conselhos comunitários e a sustentabilidade depende dos laços diretos estabelecidos entre os governos locais. No estágio atual observado para essas experiências, têm predominado as estratégias de racionalização da oferta de serviços nas microrregiões, como demonstram as experiências aqui apresentadas.

Mesmo com o foco voltado à obtenção de ganhos em escala para os gestores locais, de modo geral essas parcerias promovem a criação de novas organizações que gerenciam fundos públicos de modo mais flexível e usufruem desse *status* semipúblico para praticar incentivos e melhorar as condições de contratação de pessoal especializado, especialmente médicos, para o sistema. Os consórcios são organizações flexíveis em termos gerenciais, porém financiadas e dirigidas por órgão públicos e que envolvem, em algum grau, a participação de organizações comunitárias no planejamento das atividades desenvolvidas.

As experiências descritas reservam funções regulatórias aos conselhos de Saúde. Dessa forma, seguem as tradições e as normas do SUS, que reserva a esses organismos colegiados funções de compensação do desequilíbrio de informações entre os governantes, provedores e profissionais frente aos cidadãos.

Muitos dos problemas constatados nos consórcios refletem, no entanto, os evidenciados no Sistema Único de Saúde. Em primeiro lugar, por se tratar de parceria, a confiança política mútua, aliada a peculiaridades da política municipal, tem influência marcante sobre o cotidiano dessas organizações, facilitando ou não a sua implementação. Os interesses dos políticos são processados por um tratamento técnico-instrumental operado pelos executivos dos consórcios como estratégia para ampliar a sua própria autonomia e assegurar algum nível de insulamento burocrático. Os resultados satisfatórios para os usuários/eleitores favorecem a agregação das elites políticas locais, neutralizando a fragmentação de interesses.

O típico problema de governabilidade da associação está na obtenção de bônus políticos ao sediar o consórcio ou centralizar a oferta dos principais serviços. Os resultados quanto à qualidade dos serviços e facilidade de acesso são apresentados em pequenas municipalidades como justificativa para o repasse para o município-sede de recursos do SUS alocados a cada participante, assim como a destinação de recursos do Tesouro municipal para o fundo comum na forma de cota mensal. Trata-se, para estes, de apresentar o que poderia ser visto como compra de serviços, relações políticas assimétricas, ou transferência de receita para o município-sede, como uma ampliação de benefícios aos cidadãos decorrente do espírito inovador e empreendedor dos políticos. Quanto à concentração de serviços no município-sede, são oferecidas explicações técnicas de economia de escala, embora em alguns casos sejam consideradas medidas de descentralização de oferta para dar conta da distribuição de bônus políticos, ou mesmo para ampliar benefícios aos usuários, como no oferecimento de transportes, criação de postos locais de coleta de exames, de central de consultas, e similares.

---

A motivação predominante observada é a contratação de médicos especialistas e o desenvolvimento de estímulos à sua adesão ao sistema público. Apesar de, como foi relatado, existirem consórcios voltados para outros objetivos, a contratação de profissionais médicos consiste no objetivo mais comum entre essas experiências.

Em comum, os consórcios operam com um delicado equilíbrio financeiro, dependendo dos governos estaduais e federal para realizar investimentos e liberar recursos para pagar salários competitivos aos especialistas. Enquanto tendência no âmbito do SUS, os consórcios intermunicipais de Saúde substituem responsabilidades tradicionalmente concentradas na esfera do gestor estadual, racionalizando o uso dos recursos disponíveis, e realçam a importância dos governos municipais. Os consórcios dependem de fatores políticos de intensidade variável, essencialmente devido ao fato de sua implementação depender de confiança mútua entre os gestores. O componente básico dessa modalidade de gestão de política é o da parceria, e esta decorre da busca por legitimação na esfera política local. Isso explica porque essas associações invariavelmente agregam dirigentes de diferentes partidos.

Nesse sentido, a lógica da cooperação tende a superar a da competição por recursos de outras esferas de governo. O acesso a especialistas médicos, exames de maior complexidade ou medicamentos estimula as parcerias em planos microrregionais. O fortalecimento de organismos colegiados, como as bipartites e a tripartite, favorece maior equilíbrio nas relações intergovernamentais. Dessa forma, a oferta de serviços de maior complexidade cada vez mais irá depender de esforços orçamentários dos níveis locais ou da conjugação desses recursos em fundos comuns.

Os consórcios, além do mais, são inovações porque criam parâmetros inusuais de cooperação e coordenação da política de saúde em nível local. Em um cenário de forte fragmentação política decorrente de conflitos partidários e eleitorais, eles estabelecem, por meio da execução da política de saúde, relações de confiança e respeito entre governos locais.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL/PRESIDENTE, (1995 –: F.H. Cardoso) **Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado**. Brasília: Presidência da República, 1995. 84 p.
- BRASIL, LEI No. 8 080, D.O.U., 19 de Setembro de 1990.
- BARROS, U. L. **Consórcio Intermunicipal de Saúde**. In: V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Comunicação Coordenada, Anais. Rio de Janeiro, Abrasco, 1997.
- CARVALHO, Guido Ivan de, SANTOS, Lenir **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8 080/90 e Lei 8 142/90)**, 2ª. edição, atualizada e ampliada. São Paulo: Hucitec, 1995.
- COSTA, Nilson do Rosário. Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: Saúde e Saneamento na Agenda Social. São Paulo: Hucitec, 1997.
- COSTA, Nilson do Rosário, RIBEIRO, José Mendes **Descentralização e Política Social: o Caso do Setor Saúde**. Rio de Janeiro: IPEA/PNUD, 1997.
- COSTA, Nilson do Rosário, RIBEIRO, José Mendes (orgs.) **Política de Saúde e Inovação Institucional: uma Agenda para os anos 90**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP. 1996.
- FLYNN, Rob; WILLIAMS, Gareth, PICKARD, Susan. **Markets and Networks: Contracting in Community Health Services**. Buckingham: Open University Press. 1996. 161 p.
- GLENNERSTER, Howard, COHEN, Anna, BOVELL, Virginia. Alternatives to Fundholding. **International Journal of Health Services**, v. 28, n. 1, p. 47-66, 1998.
- GLENNERSTER, Howard, MATSAGANIS, Manos, OWENS, Patricia **Implementing GP Fundholders: Wild Card or Winning Hand?** Buckingham: Open University Press. 1994. 205 p.
- GONTIJO, Liliame Tannus; DONNINI, Oswaldo, RIBEIRO, José Mendes, CUNHA, João Paulo P. da “Penápolis: relato de experiência”, **Espaço para a Saúde**, v. 3, n. 3, p. 11-13, mar/94.
- KLEIN, Rudolf (1995) **The New Politics of the NHS**. 3. ed. London/New York: Longman, 265 p.
- KLEIN, Rudolf. Why Britain is Reorganizing its National Health Service – Yet Again. **Health Affairs**, v. 17, n. 4, p. 111-148, 1998.
- LAINING, Angus, COTTON, Seonaid Partnerships in Purchasing: Development of Consortium-Based Purchasing among GP Fundholders. **Health Services Management Research**, n. 11, p. 245-254, 1998.
- LIGHT, Donald W. Managed Care in a New Key: Britain’s Strategies for the 1990s. **International Journal of Health Services**, v. 28, n. 3, p. 427-444, 1998.
- LIGHT, Donald W. From Managed Competition to Managed Cooperation: Theory and Lessons from the British Experience. **The Milbank Quarterly**, v. 75, n. 3, p. 297- 342, 1997.

- LIMA, Ana Paula G. **Os consórcios municipais de saúde e o sistema único de saúde - um estudo de caso em Mato Grosso**, V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Comunicação Coordenada, Anais. Rio de Janeiro, Abrasco, 1997.
- MAYS, Nicholas, DIXON, Jennifer Purchaser Plurality in the UK Health Care: Is a Consensus Emerging and Is It The Right One? London: King's Fund; 1996. 75 p.
- MÉDICI, André César Descentralização e Gastos em Saúde no Brasil. In: AFFONSO, Rui de Britto, SILVA, Pedro Luiz B. (orgs.) **Federalismo no Brasil: descentralização e políticas sociais**. São Paulo: FUNDAP, 1996. 296-376 p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS 01/96**. Portaria 2.203. D.O.U. de 5 de novembro de 1996.
- NEW, Bill, LE GRAND, Julian. **Rationing in the NHS: Principles and Pragmatism**. London: King's Fund. 1996. 77 p.
- PENÁPOLIS/CISA Eixo Organizacional e Gerencial do CISA, 1993.
- RIBEIRO, José Mendes. Os consórcios Intermunicipais no SUS: Parceria e Cooperação Técnica. **Espaço para a Saúde**, v. 3, n. 3, p. 41-2, Mar. 94.
- RIBEIRO, José Mendes, DONNINI, Oswaldo, GONTIJO, Liliane Tannus. **I Seminário de Consórcios Intermunicipais de Saúde**, São Lourenço (MG), Abril/1994, Relatório Final, mimeo.
- ROBINSON, Ray & STEINER, Andrea **Managed Health Care: US Evidence and Lessons for the National Health Service**. Buckingham: Open University Press, 1998. 205p.
- SALTMAN, Richard B. & OTTER, Caster Von **Implementing Planned Markets in Health Care: Balancing Social and Economic Responsibility**. Buckingham: Open University Press, 1995. 259 p.
- ROSEN, Rebecca & MAYS, Nicholas. The Impact of the UK NHS Purchaser-Provider Split on the "Rational" Introduction of New Medical Technologies. **Health Policy**, v. 43, n. 2, p. 103-123, 1998.
- SANTOS, Wanderley Guilherme dos **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**, 2ª. ed. (rev. e ampl.). Rio de Janeiro: Campus, 1987.
- TAYLOR-GOOBY, Peter **Choice and Public Policy: The Limits to Welfare Markets**. London: MacMillan Press Ltd. 1998. 258 p.
-

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)