



artigo original

Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de São Paulo*

Intermunicipal healthcare groups in the State of São Paulo

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de São Paulo. **Métodos:** Estudo descritivo, a partir de dados secundários disponíveis dos 15 consórcios intermunicipais de saúde existentes no Estado de São Paulo. **Resultados:** Verificou-se que a maioria dos municípios consorciados apresenta como sede do consórcio o mesmo município apontado como sede de módulo assistencial no Plano Diretor de Regionalização do Estado de São Paulo. Tal fato nos remete a uma regionalização já sedimentada nas regiões estudadas. Em geral, os municípios se consorciam para obter maior governabilidade e ampliar o espectro da oferta de serviços a sua população. **Conclusão:** A observação dos consórcios paulistas nos mostra que não existe um modelo pronto e acabado para se formar um consórcio, sendo um produto de decisões tomadas pelas autoridades locais e comunidades envolvidas em um processo de planejamento e participação popular.

ABSTRACT

Aim: To review the profile of intermunicipal healthcare groups in the State of São Paulo. **Methods:** Descriptive study based on secondary data available regarding the existing fifteen intermunicipal healthcare groups in the State of São Paulo. **Results:** Most municipalities indicate that the head office of the group is located in the same municipality in which the healthcare facility is located in the Regional Directory of healthcare facilities in the State of São Paulo. This points to a well-established regionalization of the regions in the study. In general, the municipalities form healthcare groups for the sake of better management and also to expand the spectrum of healthcare services offered to their respective populations. **Conclusion:** A review of healthcare groups in the State of São Paulo shows that there is no ready model to organize a group, and that groups are the result of decisions made by local authorities and communities that are involved in the planning and popular consultation process.

I – INTRODUÇÃO

Observa-se que, no decorrer dos últimos anos, ocorreu um significativo crescimento da utilização da figura jurídica dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de São Paulo.

Passamos de dois consórcios em 1985, para 15 no intervalo de 20 anos. O objetivo principal foi traçar aqui o perfil dessa configuração, buscando, se não explicações, pelo menos dados para o planejamento de ações estra-

tégicas para esse aglomerado de municípios que se apresenta.

Atualmente São Paulo conta com 15 Consórcios Intermunicipais de Saúde. Dos 645 municípios paulistas, 154 municípios, ou seja, 23,87% são con-

Maria Luiza Rebouças Stucchi¹

Palavras-chave

Consórcios Intermunicipais de Saúde. Regionalização. Planejamento Integral de Saúde.

Keywords

Intermunicipal healthcare groups. Regionalization. Total healthcare planning.

Conflito de interesse: nenhum declarado.
Financiador ou fontes de fomento: nenhum declarado.
Data de recebimento do artigo: 10/1/2006.
Data da aprovação: 13/2/2006.

1. Bacharel, Licenciada em Ciências Sociais, Assistente Técnico de Planejamento em Saúde III, Coordenadoria de Planejamento de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde/SP.

Endereço para correspondência: Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 188 – 05403-000 – São Paulo, SP.

Endereço eletrônico: mstucchi@saude.sp.gov.br

sorciados, consolidando uma população de 2.513.310 habitantes, o que representa 6,2% da população do Estado, segundo IBGE/2005. O número de municípios em cada consórcio variou de 4 a 26, perfazendo totais de 42.817 a 549.299 habitantes. Do ponto de vista jurídico, os consórcios intermunicipais de saúde estão embasados na Lei Orgânica da Saúde (lei federal 8.080/90), bem como pela lei federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, caracterizando-se como figura jurídica, estrutura de gestão autônoma e orçamento próprio, dispondo de patrimônio próprio para a realização de suas atividades. Com a promulgação da lei dos consórcios nº 11.107 em 6 de abril de 2005, os Consórcios Intermunicipais de Saúde estão regulamentados com normas gerais para a União, Estados, Distrito Federal e Municípios e deverão obedecer aos princípios, normas e diretrizes que regulam o Sistema Único de Saúde. No entanto, como aponta Gouveia⁽¹⁾, a referida lei vem ordenar e disciplinar a formação de consórcios, mas não resolve sua fragilidade intrínseca, isto é, a permissão do ingresso e desligamento de municípios a qualquer tempo, acentuando uma perspectiva de transitoriedade e fluidez organizacional.

II – MÉTODO

Para esta análise foram utilizados, num primeiro momento, dados secundários disponíveis na Secretaria de Estado da Saúde, Divisão de Tuberculose, e CRT/AIDS ambos da Coordenadoria de Controle de Doenças, Fundação IBGE, Fundação SEADE, Fundação Prefeito Faria Lima, Direções Regionais de Saúde e sítios dos consórcios.

Posteriormente, buscou-se o aprofundamento de algumas questões com a aplicação de questionário direciona-

do aos gestores dos consórcios. Para a análise qualitativa foram escolhidos pela Secretaria de Estado da Saúde seis Consórcios Intermunicipais de Saúde: Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Andradina; Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Birigui; Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Penápolis; Consórcio Intermunicipal de Saúde do Circuito das Águas e o Consórcio Intermunicipal de Saúde da região de Andradina.

III – ANÁLISE DA INFORMAÇÃO

A Secretaria de Estado da Saúde divide o território do Estado de São Paulo em 24 Direções Regionais de Saúde – DIR. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde estão presentes em 13 delas, ou seja, 54,16% das DIR.

A tabela 1 apresenta os Consórcios Intermunicipais de Saúde, a população consorciada e quantidade de municípios envolvidos.

A seguir, descreve-se o escopo dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Estado de São Paulo:

1) CIVAP – Consórcio Intermunicipal do Vale do Paranapanema:

Os municípios consorciados proporcionam atendimento a todos os municípios com os equipamentos adquiridos através da pactuação, sendo eles: ultra-som com ecodoppler; eletroencefalograma; eletrocardiograma e videodoscópio, distribuídos, respectivamente, nos seguintes municípios: Assis, Cândido Mota, Pedrinhas Paulistas e Paraguaçu Paulista.

O Consórcio prevê ainda a contratação de três médicos neurocirurgiões para atenderem urgência e emergência no Hospital Regional de Assis, a aquisição de UTI móvel alocada no Hospital Regional de Assis e implantação de farmácia de manipulação.

2) Consórcio de Desenvolvimento da região de Governo de São João da Boa Vista – CONDERG:

Esse consórcio da região de São João da Boa Vista visa o atendimento hospitalar de média complexidade em oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia, clínica cirúrgica geral, cardiologia e neurologia clínica. Inclui ainda a parceria com universidades e atendimento a deficientes físicos e mentais. O serviço de reabilitação física conta com fornecimento de órteses auditivas e próteses ortopédicas.

3) Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Capivari:

Proporciona o atendimento de especialidades médicas em Capivari, a remoção de pacientes graves por meio de UTI Móvel e Maternidade vinculada à Santa Casa de Misericórdia de Capivari. A sustentação financeira do hospital filantrópico foi a de convênio intermunicipal; sendo assim, houve consenso de que os municípios poderiam elaborar projetos de lei que permitiram a consolidação desse convênio e o repasse de recurso financeiro.

4) CISA – Consórcio Intermunicipal da Microrregião de Penápolis:

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. Pelo seu caráter pioneiro, o Consórcio de Penápolis tem sido objeto de estudos e recebido equipes técnicas do Ministério da Saúde, de secretarias estaduais e municipais, sendo que as etapas jurídicas e administrativas percorridas servem de modelo às demais experiências observadas no país. O escopo do consórcio é a integração dos serviços ambulatoriais secundários ofe-

TABELA 1
Consórcios Intermunicipais em Saúde no Estado de São Paulo, segundo DIR, municípios consorciados, data da celebração, estimativa populacional em 2004 e número de municípios consorciados

Consórcio	DIR	Municípios consorciados	Data	Pop./Consórcio	Nº Mun.
CIMSA	22	Nova Canaã Paulista, Rubinéia, Santa Clara D'Oeste, Santa Fé do Sul, Santa Rita D'Oeste, Três Fronteiras	1.995	43.085	6
CISA	6	Alto Alegre, Avanhandava, Barbosa, Braúna, Glicério, Luziânia, Penápolis	1.985	91.387	7
CISAVAR	17 e 23	Adrianópolis (Paraná), Apiaí*, Barra do Chapéu*, Iporanga*, Itaóca*, Itapirapuã Paulista*, Ribeira*	2.001	46.713	7
CISNAP	16	Dracena, Flora Rica, Irapuru, Junqueirópolis, Monte Castelo, Nova Guataporanga, Ouro Verde, Panorama, Paulicéia, Santa Mercedes, São João do Pau D'Alho, Tupi Paulista	1.998	117.290	12
CIVAP	8, 14 e 16	Assis, Borá, Campos Novos Paulista, Cândido Mota, Cruzália, Echaporã, Florínia, Ibirarema, Iepê, Lutécia, Maracá, Nantes, Oscar Bressane, Palmital, Paraguaçu Paulista, Pedrinhas Paulista, Platina, Quatá, Rancharia, Tarumã.	2.001	302.489	20
CONDERG	20	Aguai, Águas da Prata, Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Espírito Santo do Pinhal, Itobi, Mococa, Santa Cruz das Palmeiras, Santo Antônio do Jardim, São João da Boa Vista, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Gramma, Tambaú, Tapiratiba, Vargem Grande	1.985	478.448	16
CONISCA	12	Águas de Lindóia, Lindóia, Serra Negra, Socorro	2.004	84.045	4
CIS BIRIGUI	6	Birigui, Brejo Alegre, Buritama, Clementina, Coroados, Gabriel Monteiro, Lourdes, Piacatu, Santópolis do Aguapeí, Turiúba.	2.000	149.120	10
CIS CAPIVARI	15	Capivari, Elias Fausto, Mombuca, Rafard	1.997	72.949	4
CIS CONCHAS	11	Anhembi, Bofete, Conchas, Pereiras, Porangaba	1.986	45.006	5
CIS ITANHAÉM, PERUIBE, ITARIRI, P. TOLEDO	17 e 19	Itanhaém*, Itariri*, Pedro de Toledo*, Peruíbe*	2.000	176.292	4
CONSAÚDE	5, 17, 19 e 23	Apiaí, Barra do Chapéu, Barra do Turvo, Cajati, Cananéia, Eldorado, Iguape, Ilha Comprida, Iporanga, Itanhaém, Itaóca, Itapirapuã Paulista, Itariri, Jacupiranga, Juquiá, Juquitiba, Miracatu, Mongaguá, Pariquera-Açu, Pedro de Toledo, Peruíbe, Registro, Ribeira, São Lourenço da Serra, Sete Barras e Tapiraí	1.989	589.679	26
CONSIRJ	22	Aparecida d'Oeste, Aspásia, Dirce Reis, Dolcinópolis, Jales, Marinópolis, Mesópolis, Palmeira d'Oeste, Paranapuã, Pontalinda, Santa Albertina, Santa Salete, Santana da Ponte Pensa, São Francisco, Urânia, Vitória Brasil.	2.001	103.036	16
UMMES	8 e 11	Bernardino de Campos, Canitar, Chavantes, Espírito Santo do Turvo, Ipauçu, Manduri, Óleo, Ourinhos, Ribeirão do Sul, Salto Grande, Santa Cruz do Rio Pardo, São Pedro do Turvo, Timburi.	1.994	228.711	13
CONSAÚDE ANDRADINA	6	Andradina, Bento de Abreu, Castilho, Guaraçá, Ilha Solteira, Itapura, Lavinia, Mirandópolis, Murutinga do Sul, Nova Independência, Pereira Barreto, Rubiácea, Sud Mennucci, Suzanópolis, Valparaíso	2.005	208.065	15

Fonte: Fundação IBGE e Direções Regionais de Saúde das áreas de abrangência dos consórcios e sites dos próprios consorciados.

Nota: Os Municípios com (*) pertencem a mais de um consórcio.

recidos ao conjunto da população, referência à especialidade – Clínica de Especialidade, Centro Endoscópico, Ambulatório de Saúde Mental, Oficina Abrigada, Centro de Atenção Psicossocial.

5) CIMSА (Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Araraquarense): Visa proporcionar aos municípios atendimentos em Pronto-Socorro, utilização de incubadora neonatal, utilização de UTI Móvel. Prevê ainda a parceria com Santa Casa de Misericórdia de Santa Fé do Sul e contratação de médicos.

6) CISAVAR (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto do Vale do Ribeira): Neste CIS os municípios se consorciaram a fim de manter o Hospital de Apiaí, que atende a população dos municípios consorciados.

7) CISNAP (Consórcio Intermunicipal de Saúde da Nova Alta Paulista) Os municípios se consorciaram a fim de aumentar a oferta das seguintes especialidades: Ortopedia, Gastroenterologia, Dermatologia, Pequena Cirurgia e Apoio Diagnóstico.

8) CONISCA – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Circuito das Águas: Este consórcio prevê o atendimento nas seguintes especialidades médicas: Cardiologia, Neurologia, Ortopedia, Gastroenterologia, Psiquiatria, Urologia e Oftalmologia. E apoio diagnóstico: Ultra-som, RX e Patologia Clínica.

9) Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Birigui: Este CIS contempla as seguintes especialidades: Ortopedia, Neurologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Otorrinolaringologia, Urologia-Endocrinologia, Angiologia, Oftalmologia, Dermatologia, Pneumologia, Oncologia e Psiquiatria. E apoio diagnóstico para: RX, Ergometria, Ecocardiografia, Mamografia, Ultra-sonografia, Eletroencefalografia, Eletrocardiografia, Densitometria Óssea, Cinti-

lografia, Ressonância Magnética e Tomografia.

10) Consórcio Intermunicipal de Saúde de Conchas: O consórcio visa a municipalização do hospital filantrópico, e os municípios partícipes foram chamados a efetuar um co-financiamento.

11) Consórcio Intermunicipal de Saúde de Itanhaém, Peruíbe, Itariri e Pedro de Toledo: Este CIS proporciona a compra de equipamentos e a contratação de oftalmologista.

12) CONSAÚDE – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ribeira: O escopo do consórcio envolve o atendimento hospitalar e ambulatorial, no Hospital Regional do Vale do Ribeira; atendimento ambulatorial-mental e especialidades no Complexo Ambulatorial Regional Vale do Ribeira; apoio diagnóstico realizado no Laboratório Regional Vale do Ribeira, bem como o atendimento pré-hospitalar, centralizado no Hospital Regional do Vale do Ribeira, com bases localizadas ao longo da Rodovia Régis Bittencourt, em todo o trecho paulista, para atendimento às vítimas de acidentes.

13) CONSIRJ – Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Jales: O Consórcio prevê atendimento nas seguintes especialidades médicas: Otorino, Psiquiatria, Ortopedia, Neurologia; em Urgência/Emergência, e apoio diagnóstico para Ultra-som e Mamografia.

14) UMMES – Associação da União dos Municípios da Média Sorocabana: Este consórcio proporciona apoio diagnóstico em: Endoscopia, Ultra-som, Eletrocardiograma, Ecocardiograma. Prevê ainda a utilização de UTI móvel e a implantação de farmácia de manipulação.

15) Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Andradina – CONSAÚDE – O consórcio prevê o atendi-

mento em clínica especializada nas áreas de otorino, urologia, proctologia, hematologia, oftalmologia, dermatologia; apoio diagnóstico e compra e/ou manipulação de medicamentos.

A figura 1 mostra a distribuição geográfica dos consórcios no Estado.

Através da observação da distribuição geográfica dos consórcios verifica-se que sua formação acompanha uma estrutura geograficamente dada, isto é, respeitando os limites regionais, onde é possível delimitar nova configuração de poder regional. Assim, temos que a região ao Sul do Estado conta com três CIS, que se entrelaçam formando quase uma nova estrutura organizacional. De maneira similar pode-se observar o mesmo fenômeno na região do Oeste paulista.

Quanto à condição de gestão, o seguinte cenário se apresenta: 14,28% ou seja, 22 municípios consorciados se encontram habilitados na condição de Plenos do Sistema Municipal e 85,72% ou 132 municípios, como Plenos da Atenção Básica Ampliada pela NOAS.

A partir da publicação da Portaria nº 2.023/GM em 23 de setembro de 2004, que define as responsabilidades dos municípios na gestão e execução da atenção básica à saúde, todos os municípios passaram a ter as responsabilidades da atenção básica integral e a receber os valores *per capita* do PABA.

Segundo Ribeiro e Costa⁽²⁾, em geral, os consórcios visam a ampliar a oferta de especialistas médicos ou de serviços de maior densidade tecnológica que exijam escala pouco compatível com cada prefeitura isoladamente. Isso objetiva a ampliação e ordenação da oferta de serviços em municípios de pequeno e de médio porte, com a contratação de especialistas médicos, regidos pela CLT, e a realização de

Consórcios de Saúde e respectivos municípios, Estado de São Paulo, fevereiro/2006.

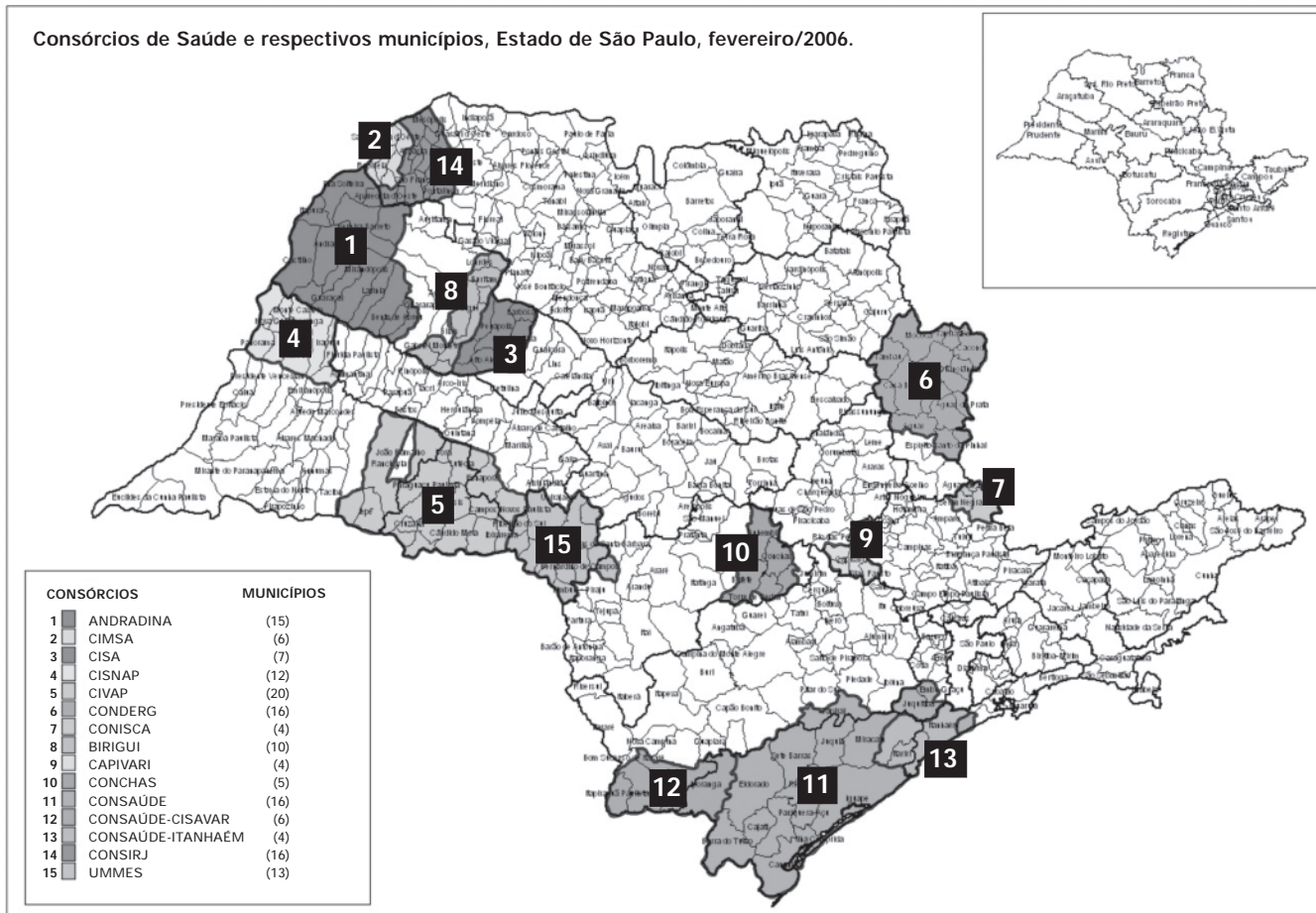


Figura 1 – Distribuição geográfica dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de São Paulo – 2006

diagnóstico laboratorial, sendo as atividades de maior complexidade concentradas em um município-pólo.

No inquérito aplicado aos seis Consórcios Intermunicipais de Saúde, obteve-se resultado similar: a maioria deles busca ampliar a rede de serviços de apoio diagnóstico e especialidades médicas. E, ainda no universo estudado em 66,6% (quatro) dos consórcios, as atividades de maior complexidade concentram-se no município-pólo.

Quanto à natureza, em 100%, ou seja, seis consórcios, a adesão dos municípios ao Consórcio Intermunicipal de Saúde obteve a aprovação pelas respectivas Câmaras Municipais, sendo

que 100% (seis) têm estatuto e 66,6% (quatro) regimento.

Em termos de estrutura organizacional, 50%, ou três consórcios, contam com conselho consultivo, 100% (seis) com conselho fiscal e 66,6% (quatro) secretaria executiva e ainda 100% contam com coordenação geral do Consórcio, estrutura de gerência, Diretoria Administrativa e Financeira, Diretoria Técnica e Unidade de Avaliação e Controle. Pode-se apontar aqui uma forma bastante profissional de associação no que diz respeito à estrutura propriamente dita; o que falta, na grande maioria dos cis, é o monitoramento e avaliação das ações e serviços oferecidos. Assim, tem-

se que em apenas dois consórcios o desempenho é medido através de metas e indicadores.

CONISCA

- Tempo para agendamento dos serviços
- Tempo de espera no Consórcio
- Atendimento mínimo da Portaria 1.001
- Número de pacientes encaminhados para municípios fora do CONISCA

CONSAÚDE

- Índice infecção hospitalar
- Número de atendimentos
- Análise óbitos após 48 horas
- "Programa Conte comigo"

Já a satisfação dos usuários dos serviços é medida ao longo da vigência do Consórcio em 83,3% (cinco), sendo mensurada por pesquisa de opinião na unidade de saúde em 66,6% (quatro) dos casos, ou por sistemas de ouvidoria em 33,3% (dois) e em 16,6% (um) através do programa Conte Comigo. Em 66,6% (quatro) dos CIS foi colocada a necessidade de ampliação do escopo.

O ganho político pode ser apontado como um dos principais motivos que levam um município a se consorciar e, para exemplificar esta questão, temos que, em 100% (seis) dos CIS as decisões políticas são tomadas por conselhos de prefeitos, sendo que em 66,6% (quatro) as reuniões decisórias são mensais. A operação do sistema é prerrogativa dos secretários de Saúde em 83,3% (cinco) dos CIS, sendo que em 50% (três) deles a sua atuação é integrada com os Conselhos de Saúde locais e em 100% (seis) deles há integração com a Comissão Intergestores Regional (CIR). Em 83,3% (cinco) dos consórcios as decisões são tomadas por consenso.

O número de municípios consorciados é o mesmo desde a celebração do CIS para 66,6% (quatro) deles, sendo que o mesmo percentual foi encontrado quanto ao credenciamento junto ao SUS e para 100% (seis) dos Consórcios existe a possibilidade de agregar novos municípios ao Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Verificou-se que o escopo da maioria dos consórcios parece seguir o caminho apontado por Nicoletto *et al.*⁽³⁾, que em sua maioria são focados na assistência médica especializada, como forma encontrada de aumento de oferta de assistência, sanando uma lacuna muito comum aos municípios de pequeno porte. Nessa linha de atuação,

três consórcios tinham em sua característica básica a implantação de clínicas especializadas.

Quanto ao escopo, a totalidade dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (15) no Estado assume este perfil:

- **60%**, ou seja, nove consórcios, envolvem atendimento em clínica médica especializada, estando incluídos nesta categoria: oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia, cardiologia, neuroclínica, gastroenterologia, urologia, dermatologia, pneumonologia e oncologia.

- **53,3%**, ou seja, oito consórcios envolvem a prestação de atendimento de média complexidade em pronto-socorros, hospitais e maternidades.

- **53,3%**, ou oito consórcios, prestam serviço de apoio diagnóstico, envolvendo a realização de exames laboratoriais, estando incluídos nesta categoria: endoscopia, ultra-som, eletroencefalograma, eletrocardiograma e mamografia.

- **46,6%**, ou sete consórcios, prestam atendimento em saúde mental.

- **26,6%**, ou seja, quatro consórcios, possuem UTI móvel e prevêm a remoção de pacientes graves para atendimento no pólo regional.

- **20%**, ou seja, três consórcios, prevêm a contratação de pessoal, já que isso se tornou um problema para os gestores, com a crescente dificuldade de realização de concursos públicos e o limite de gasto imposto pela lei de responsabilidade fiscal.

- **20%**, ou seja, três consórcios, envolvem a compra e/ou manipulação de medicamentos.

- **13,3%**, ou dois consórcios, envolvem parceria com universidades, com ampla estrutura hospitalar, como é o caso da Escola Paulista de Medicina.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde tem sido uma forma de proporcionar o

tratamento ambulatorial em saúde mental, financiado tanto por repasses do governo federal como através de rateio entre os municípios envolvidos.

A implantação de farmácia de manipulação e central de compras de medicamentos reflete uma preocupação de ordenar e baratear a oferta de medicamentos, pois fazendo grandes aquisições vários municípios conseguem melhores preços. Aliás, essa parece ser uma grande força dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, o significativo aumento de poder de barganha de municípios de pequeno porte. O poder de associação traz para os envolvidos um canal aberto com instituições, indústrias e outras esferas de governo, tanto federal como estadual, aumentando seu poder de negociação por recursos.

O financiamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) se dá através de transferências diretas ou indiretas de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) aos municípios.

O financiamento em geral é composto de uma combinação de três fontes básicas:

- Quotas dos municípios consorciados (definidas segundo critérios populacionais e/ou utilização dos serviços),
- Recursos provenientes diretamente do SUS e
- Recursos provenientes das Secretarias Estaduais de Saúde.

No inquérito já assinalado anteriormente, no que diz respeito a recursos, 66,6%, ou seja, quatro consórcios contam com recursos provenientes de repasse federal e da Secretaria de Estado da Saúde. Já recursos do Tesouro Municipal estão presentes em 100% (seis) dos CIS, recursos estes que são contabilizados para atendimento da emenda constitucional 29 de 13 de setembro de 2000.

Quanto à composição do orçamento do consórcio, 100% (seis) dos CIS investem mais de 50% dos recursos em pessoal; 25% dos recursos em insumos e mais de 15% dos recursos são gastos com despesas administrativas.

As categorias profissionais mais comumente contratadas, por concurso público ou processo seletivo, são as de enfermeiros, auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos e médicos. Em 50% (três) dos CIS é oferecida alguma forma de capacitação ou treinamento, sendo que em 50% (três) dos CIS há pagamento de gratificações aos profissionais.

Segundo Ribeiro e Costa⁽³⁾, as configurações de oferta acabam por estimular os Consórcios Intermunicipais de Saúde, sendo uma delas decorrente 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. Nesse cenário a formação de consórcios é favorecida, considerando-se a existência de uma fonte fixa de recursos do SUS associada aos gastos municipais. Quan-

do os governos estaduais aportam recursos novos para estimular essas experiências, os consórcios formam-se como padrão dominante de regionalização da política de saúde.

O Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) é uma ferramenta criada pela Fundação SEADE, usada para avaliar e redirecionar os recursos públicos voltados para o desenvolvimento dos municípios paulistas.

Nas edições de 2000 e 2002 do Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS, 56 municípios consorciados ou 40,28% deles posicionaram-se

TABELA 2
Consórcios Intermunicipais em Saúde e sua inserção do PDR – Estado de São Paulo

Consórcio	DIR	Município sede do Consórcio	MICRORREGIÃO	MÓDULO	SEDE/ SATÉLITE	PÓLO
CIMSA	22	Santa Fé do Sul	SANTA FÉ DO SUL	SANTA FÉ DO SUL	SEDE	PÓLO
CISA	6	Penápolis	PENÁPOLIS	PENÁPOLIS	SEDE	PÓLO
CISAVAR	23	Apiáí	ITAPEVA	APIAÍ	SEDE	PÓLO
CISNAP	16	Dracena	DRACENA	DRACENA	SEDE	PÓLO
CIVAP	8	Assis	ASSIS	ASSIS	SEDE	PÓLO
CONDERG	20	Divinolândia	DIVINOLÂNDIA	DIVINOLÂNDIA	SEDE	PÓLO
CONISCA	12	Lindóia	AMPARO	AMPARO	SAT	
CIS de Birigui	6	Birigui	BIRIGUI	BIRIGUI	SEDE	PÓLO
CIS de Capivari	15	Capivari	CAPIVARI	CAPIVARI	SEDE	PÓLO
CIS de Conchas	11	Conchas	BOTUCATU	CONCHAS	SEDE	
CIS de Itanhaém, Peruíbe, Itariri e Pedro de Toledo	19	Peruíbe	SANTOS	PERUÍBE	SEDE	
CONSAÚDE	17	Pariquera-Açu	REGISTRO	REGISTRO	SAT	PÓLO
CONSIRJ	22	Jales	JALES	JALES	SEDE	PÓLO
CIS ABC	2	S. Bernardo do Campo	SANTO ANDRÉ	S.B. DO CAMPO	SEDE	PÓLO
UMMES	8	S. Cruz do Rio Pardo	OURINHOS	S. CRUZ RIO PARDO	SEDE	PÓLO
CONSAÚDE/ Andradina	6	Andradina	ANDRADINA	ANDRADINA	SEDE	PÓLO

Fonte: Plano Diretor de Regionalização do Estado de São Paulo.

no Grupo 3, grupo constituído por municípios com baixos níveis de riqueza e bons indicadores nas dimensões sociais; 47 ou 33,81% deles mantiveram-se no Grupo 4, que agrega os municípios com baixos níveis de riqueza e com deficiência em um dos indicadores sociais; e 21 municípios, 15,10%, no Grupo 5, que agrega os municípios com baixos níveis de riqueza e indicadores sociais insatisfatórios.

O Estado de São Paulo, cumprindo as premissas do SUS de descentralização e hierarquização, vem, desde a década de 80, transferindo para a gestão municipal a organização e desenvolvimento das ações no sistema municipal de saúde.

Os CIS fazem, com certeza, parte desse caminho e, em alguns casos, precedem as diretrizes de regionalização propostas por outras esferas de governo, como, por exemplo, a publicação de normas operacionais da assistência (tabela 2).

A partir da comparação do Plano Diretor de Regionalização do Estado e a distribuição geográfica dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, pode-se verificar que somente dois consórcios, o CONISCA e o CONSAÚDE, não apresentam o mesmo município como sede tanto do consórcio como no módulo assistencial no PDR. No CONISCA e CONSAÚDE, respectivamente, Lindóia e Pariqueira-Açu, que são sedes de consórcios, são municípios satélites no referido plano.

Se analisarmos a existência de municípios-pólo, apenas três – o CONISCA, CIS de Conchas e CIS de Itanhaém, Peruíbe, Itariri e P. Toledo – não contam com pólo para referência de especialidades em seu perímetro. Os demais se aproximam muito do desenho de regionalização pactuado no Estado.

Sob a ótica da regionalização e municipalização de serviços de saúde, o

Consórcio Intermunicipal de Saúde é sem sombra de dúvida uma forma de associação pioneira. De acordo com Junqueira *et al.*⁽⁴⁾, "esse processo é parte da estratégia de descentralização, organização, orçamentação, direção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e constitui-se na racionalização fundamental em que se encaixa o modelo de atenção à saúde". Dessa forma pode-se verificar que estão embutidas no conceito de consórcio a descentralização, as condições de acesso e contratualização das ações e serviços oferecidos pelo sistema público. É certo que a descentralização não é capaz de determinar uma alteração estrutural no modelo assistencial existente nos municípios, mas pode apontar dificuldades e suas soluções para a mudança de modelo de gestão na saúde, propiciando a oferta planejada de serviços de saúde. Nesse caso a necessidade de uma dada população determina o ajuste dos serviços oferecidos, tanto no município como nas referências dentro do consórcio. Com a implantação dos CIS forma-se, em geral, uma rede de referências e contra-referências intermunicipais, com estabelecimento de fluxos pactuados com os serviços regionais especializados, facilitando o acesso da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da observação dos consórcios paulistas, verifica-se que não existe um modelo pronto e acabado para se formar um consórcio, sendo, antes de tudo, produto de decisões tomadas pelas autoridades locais e pelas comunidades envolvidas em um processo de planejamento e participação popular nos conselhos. Para a celebração de um consórcio, uma série de variáveis é levada em conta, ou sejam, características próprias, decorrentes das pecu-

liaridades e dificuldades de cada região e de cada um dos municípios consorciados, perfil epidemiológico, morbidade. A realização de um diagnóstico prévio antecede a criação de um consórcio a fim de verificar as necessidades e a quantidade de recursos disponibilizados pelos municípios envolvidos.

A figura jurídica dos Consórcios Intermunicipais de Saúde nos remete à regionalização e assim pode-se fazer, de alguma maneira, um paralelo ao modelo de regionalização proposto pela NOAS, que privilegia o acesso aos serviços de saúde, o mais próximo da residência do munícipe, isto é, dentro de uma base territorial definida (regionalização).

Com a consolidação do Sistema Único de Saúde e, mais recentemente, com a implantação da NOAS, os municípios passam a depender de serviços oferecidos que extrapolam os limites geográficos de sua abrangência, fora de seu controle político e administrativo. Às vezes, pela própria imposição de normas técnicas, como, por exemplo, a exigência de existência de posto de coleta e ultra-som para habilitação em Gestão Básica Ampliada pela Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02, os municípios menores deparam a necessidade de ampliar a oferta de serviços de saúde. Por vezes, o progresso tecnológico impõe elevados gastos em saúde, que, para o potencial econômico dos municípios de pequeno porte, pode no curto prazo levar ao sucateamento desses mesmos investimentos. Assim, a necessidade de disponibilizar especialidades e tecnologia em saúde pode ser uma das hipóteses do crescimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no cenário do SUS nos dias atuais, na busca de otimização dos recursos na forma de rateio entre os consorciados para o pleno atendimento à clientela.

Para além da regionalização, no momento da celebração de um consórcio, está subjacente um elenco de prioridades, respaldadas em parâmetros de necessidades de uma população, que foram pactuadas e suas referências negociadas, tendo em vista o montante de recursos financeiros disponibilizados por cada consorciado. Há uma tentativa de organização e regulação da assistência.

A fim de regularizar a associação entre municípios, Estado e União, tramita atualmente no Senado projeto de lei que regulamenta a criação de consórcios entre municípios. Entre várias modificações citam-se duas: a exigência da participação do Estado nos consórcios entre município e União, bem como a obrigatoriedade de adoção de

normas administrativas e financeiras de direito público, como, por exemplo, normas de licitação, garantindo assim a fiscalização dos Tribunais de Contas.

A observação de dados e informações de saúde permitiu conhecer os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de São Paulo, bem como a constatação da ampla utilização desta forma de associação para solucionar os entraves que a saúde pública enfrenta nos dias atuais. O presente perfil dos consórcios poderá ser revisto, objetivando ampliar e potencializar sua análise e utilização.

Embora seja inegável que as ações e serviços de saúde realizados pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde têm impactado o nível de vida e de saúde das populações, pode ser difícil

mensurar esses avanços. Para tanto seria muito interessante que fossem propostos modelos de análise e acompanhamento dos referidos sistemas de saúde e dos modelos de gestão utilizados pelos consórcios.

REFERÊNCIAS

1. Gouveia, Ronaldo Guimarães in revista RUMOS – Economia & Desenvolvimento para Novos Tempos – ABDE Editora – ano 30, nº 224 – novembro/dezembro 2005.
2. Ribeiro, José Mendes; Costa, Nilson do Rosário in Regionalização da Assistência à Saúde no Brasil: os consórcios municipais no SUS. Brasília, setembro de 1999.
3. Nicoletto, Sônia Cristina Stefano; Cardoni Jr, Luiz; Costa, Nilson do Rosário – in Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil.
4. Junqueira, Ana Thereza Machado; Mendes, Aquilas Nogueira; Meirelles T. Cruz, Maria do Carmo In Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de São Paulo: Situação Atual.



Assinatura

Desejo fazer uma assinatura anual da RAS, a partir da edição _____ (indicar o número).

Para tanto, anexo cheque no valor de R\$ 48,00, nominal à Redprint Editora Ltda.

Nome _____

Especialidade _____

Endereço _____

CEP _____ Cidade _____ Estado _____

Data _____

Enviar esta ficha preenchida, assim como o cheque respectivo, para **Redprint Editora Ltda.**, Rua Domingos de Moraes, 2.777 – 13º – 04035-001 – São Paulo, SP.

Assinatura _____