
REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL: OS CONSÓRCIOS MUNICIPAIS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

José Mendes Ribeiro*

Nilson do Rosário Costa**

Resumo

Os 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 médio portes. 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 abrangentes nas microrregiões onde

* Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ – Rio de Janeiro-RJ.

** Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ – Rio de Janeiro-RJ.

são instalados e, nas experiências exitosas, ordenam o conjunto da assistência à saúde. Este estudo demonstra os ganhos em ampliação da capacidade de governo, maior eficiência na oferta de serviços e sustentabilidade, por meio da descrição de variações organizacionais e estudo de caso.

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 comprehensive systems organized in micro areas and, in best practices, structure the whole health care. 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.

Palavras-chave: Consórcio Intermunicipal de Saúde; Sistema Único de Saúde; Atenção à Saúde.

Key words: Health District Consortium; Unified Health Service; Health Care.

1 Introdução

A organização da atenção à saúde no Brasil experimentou ao longo da década de 90 um processo acelerado de inovações que acompanharam a descentralização promovida pelo sus nesse período. Um grande número de inovações tem se voltado a soluções para contratação de pessoal, provimento de incentivos para fixar especialistas ou melhorar desempenho, assim como inovações gerenciais caracterizadas por ganhos em autonomia e reordenamento da oferta de serviços [Costa 'et al.', 1999, 2000]. Um ponto comum observado foi a ênfase no município como agente e protagonista dessas mudanças. A gestão municipal, no sus, por um lado mostrou capacidade inovadora e de resposta a demandas sociais, porém evidenciou em muitos casos baixa capacidade de governo especialmente em municípios de pequeno porte. No setor saúde, esses déficits têm sido enfrentados de duas maneiras. Uma delas reside em iniciativas do Ministério da Saúde e de várias Secretarias Estaduais de Saúde no sentido de recuperar iniciativa política e capacidade institucional frente aos municípios. Outra maneira reside em iniciativas locais voltadas a ampliar a capacidade de governo na área da saúde por meio de políticas intersetoriais e de parcerias em escala regional. Uma forma de parceria regional que se desenvolveu no sus ao longo da década de 90 se expressa pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Esses representam parcerias estabelecidas entre governos municipais de determinadas microrregiões que pactuam 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, embora sejam observados casos onde as secretarias estaduais de saúde competem ou buscam exercer maior controle sobre essas iniciativas de regionalização da atenção à saúde. De modo geral, os consórcios visam ampliar a oferta de especialistas médicos ou de serviços de maior densidade tecnológica que exigem 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:

REGIONALIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE NO BRASIL:
OS CONSÓRCIOS
MUNICIPAIS NO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS)

- se essas 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 essas associações induzem a uma auto-exclusão dos governos estaduais (por desinvestimento, desinteresse político), remetendo aos municípios as funções de regionalização e hierarquização da assistência à saúde;
- se essas associações representam avanços em termos de cooperação local, ampliando coalizões políticas e a qualidade de governo.

Este artigo postula, em função dos resultados do estudo de caso e da observação sobre a multiplicação dessas parcerias no país, que a ampliação da capacidade de governo municipal representa o principal fator na implementação dos consórcios. 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 simétrica 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;
- 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 maior articulação entre os serviços oferecidos pelo sistema público.

REGIONALIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE NO BRASIL:
OS CONSÓRCIOS
MUNICIPAIS NO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS)

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 pela Lei nº 8 080, que estabelece em seu artigo 10:

“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 nessa Lei, ao dispor sobre as funções do gestor municipal, o artigo 18 define que:

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

(...) VII – formar consórcios administrativos intermunicipais;” (idem)

A formação dos consórcios desde então tem sido estimulada por administrações recentes do Ministério da Saúde e de algumas Secretarias Estaduais de Saúde. Dessa forma, devido às necessidades locais aliadas à indução institucional, essas modalidades difundiram-se por todo o país, sendo mais comuns em Estados do Sul e Sudeste do país. Governos estaduais têm oferecido incentivos para o desenvolvimento dessas parcerias locais, mostrando, entretanto, dificuldades em assegurar sua sustentabilidade.

Algumas experiências com resultados opostos 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 para a construção de hemocentros

distribuídos em microrregiões. A organização de consórcios entre os municípios foi a forma sugerida para a implementação de políticas de provisão e controle sobre o sangue e hemoderivados. Com as mudanças de governo e de prioridades políticas, esses consórcios se esvaziaram e apenas o da Região dos Lagos (Hemolagos), que se sustentou por meio de um sistema de cotas, manteve-se mais tempo em atividade. 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.

Outro exemplo, este exitoso, foi o do Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis em São Paulo (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 BNDES. 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 assinalado, de prioridades circunstanciais, mas também varia quanto ao objetivo. No Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, a gestão do Hospital da Posse, em Nova Iguaçu (RJ), sob comando federal foi transferida inicialmente para o consórcio da Baixa Fluminense, mas opera na prática como um convênio entre o MS, a prefeitura local e a SES/RJ, que dirige a unidade. Por outro lado, em Minas Gerais, em que a formação de consórcios representou prioridade de governo estadual, se observam casos de iniciativas antigas de municípios na formação de consórcios, como o da Região do Alto São Francisco, com formação de sociedade civil, e experiências recentes, como o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba (CISMEP), sediado em Betim, em que seus gestores evitaram a formação de novos entes administrativos, de caráter público não-estatal, como ocorre na maioria dos casos.

Pelo tipo de administração e regras de funcionamento, os consórcios se apresentam como alternativas organizacionais que promovem maior flexibilidade gerencial para aquisição de equipamentos,

contratação de pessoal e implementação de programas de incentivo. Dessa forma, podem ser caracterizados como organizações semipúblicas do setor saúde e que antecedem o próprio projeto das Organizações Sociais formuladas pelo governo federal [Brasil, 1995]. Representam, por outro lado, juntamente com as demais iniciativas cooperativas, fundações privadas, entidades filantrópicas, organizações não-governamentais, mudanças organizacionais marcantes na esfera pública, orientadas à resolução de problemas imediatos, porém de sustentabilidade incerta.

REGIONALIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE NO BRASIL:
OS CONSÓRCIOS
MUNICIPAIS NO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS)

Não existem registros precisos sobre o perfil e o número real de consórcios intermunicipais de saúde existentes no Brasil, embora sejam inúmeros os relatos dessas experiências na forma de “inovações em gestão do sus”. Como não constituem pré-requisitos para elegibilidade de municípios a recursos federais, 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 dessas parcerias são imprecisos e circunstanciais.

Segundo dados do Ministério da Saúde, existem 143 Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) no Brasil, envolvendo 1 386 municípios. Os dados apresentados na tabela 1 foram obtidos pelo Ministério da Saúde por meio de consulta direta às Secretarias Estaduais de Saúde segundo posição vigente em outubro de 1997 e correspondem a uma cobertura de 22 660 329 habitantes conforme estimativa populacional do IBGE para 1996.

Pesquisa realizada por Lima (1997) apresentou totalizações também para 1997 obtidas por resposta direta de consórcios a questionários, identificando 91 consórcios no País, envolvendo 1 204 municípios e população coberta de 18 591.514 habitantes. Segundo esse estudo, as organizações sofreram um grande impulso no país a partir de 1995. No período de 1985-1994, foram criados a cada ano de 1 a 5 novos consórcios no país. Esses números aumentaram para 35 em 1995, para 28 em 1996, e para 12 em 1997. Os dados são consistentes com o acelerado desenvolvimento de organizações semipúblicas na política setorial brasileira ao longo da década de 90. Com relação ao porte dos municípios envolvidos

nessas parcerias, dados recentes obtidos também por sondagem junto às Secretarias Estaduais de Saúde e observação direta local contabilizaram 141 cis, distribuídos por 13 Unidades da Federação, envolvendo 1 607 municípios para uma população coberta estimada em 25 362 735 habitantes [Lima e Pastrana, 2000]. Segundo as autoras, 94,5 % dos cis envolvem municípios de até 50 000 habitantes, sendo que 58,6% do total representam associações de municípios de até 10 000 habitantes.

Por meio de sistematização de algumas experiências e de estudo de caso, este artigo discute a dinâmica política da criação e funcionamento dos consórcios, os tipos mais comuns de serviços que oferecem, e o que representam para a capacidade de governo no setor saúde.

TABELA 1

Consórcios Intermunicipais de Saúde, Brasil, 1997

Região/Estado	Nº de Consórcios	Municípios Associados	População Coberta
Nordeste	1	10	94 000
Paraíba	1	10	94 000
Sudeste	82	945	16 256 862
Espírito Santo	5	47	978 545
Minas Gerais	63	725	10 760 755
São Paulo	14	173	4 517 562
Sul	23	405	5 811 801
Paraná	16	280	4 496 932
Rio Grande do Sul	2	51	520 000
Santa Catarina	5	74	794 869
Centro-Oeste	3	26	497 666
Mato Grosso	3	26	497 666
Total	109	1 386	22 660 329

Fonte: Ministério da Saúde, população IBGE 1996, extraído de <http://www.saude.gov.br>

Aspectos Jurídicos e Normativos

REGIONALIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE NO BRASIL:
OS CONSÓRCIOS
MUNICIPAIS NO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS)

O Consórcio Intermunicipal representa um tipo de acordo celebrado entre municípios, de caráter diferente do convênio, e previsto na Lei nº 8 080/90, que definiu a base institucional do Sistema Único de Saúde (sus). O consórcio é visto 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. 110-1]. Essas 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 parcerias 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." ('idem', 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" ('idem', 1995, p.113).

Quanto a esse último aspecto existe uma contradição entre os casos estudados, à medida que aspectos relacionados à contratação de pessoal costumam ser tratados segundo lógicas do mercado, como o emprego regido por regime CLT, 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 criação de entes semi-estatais inibe vetos, apesar dos sucessivos recursos interpostos por sindicatos de servidores públicos.

No plano político, se observa que governos municipais participantes do Consórcio buscam dividendos decorrentes da provisão de serviços mais eficientes, porém tendem a enfrentar disputas entre os parceiros quanto à extensão desses ganhos. Por exemplo, quando existe um município pólo, suas lideranças políticas podem ser vistas como mais beneficiadas, *caroneando* ('free rider') a ação coletiva desenvolvida. O desempenho deste tipo de arranjo reflete 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.

Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde na Década de 90

O Sistema Único de Saúde (sus) representou, ao final da década de 80, uma importante mudança de caráter institucional. 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 apontado 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 em termos nacionais ao longo dos anos 90, assim como a tendência que a política apresenta no sentido de compensar paula-

tinamente as desigualdades regionais [Costa e Ribeiro, 1997]. Esta 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, que definem regras de partilha e transferência de recursos federais para o setor.

REGIONALIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE NO BRASIL:
OS CONSÓRCIOS
MUNICIPAIS NO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS)

Os padrões de transferência de recursos ambulatoriais e hospitalares no sus, da União para Estados e municípios, ao longo da década de 90, resultaram de duas influências básicas. Uma delas corresponde à ação de políticos junto a agências governamentais e ao Congresso Nacional no sentido de captar recursos pela competição orçamentária. 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. A atuação da tecnoburocracia setorial e dos organismos colegiados que atuam como instâncias regulatórias tende a favorecer critérios técnicos e universalistas na alocação de recursos públicos, favorecendo políticas mais equitativas.

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 a 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 decorrer da influência de elites políticas, com o advento do SUDS, no período 1986-87, “houve um esforço para privilegiar, por meio dos repasses, as regiões mais carentes do país, como o Norte, o Nordeste e o Centro-Oeste. Nesses anos, as três regiões receberam repasses do SUDS proporcionalmente maiores que suas populações.” [Médici, 1996, p.312].

Por outro lado, 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. Por outro lado, embora possa se observar a tendência ao maior equilíbrio macrorregional, a concentração nos grandes centros ainda permanece. Isto decorre do tipo de financiamento ao setor que acompanha a oferta de serviços, em vez de subordinar-se ao perfil de necessidades locais. Essa lógica repercute com maior intensidade ainda dentro dos Estados, privilegiando municípios dotados de maior porte e de maior complexidade de rede. A persistência das desigualdades, especialmente dentro dos Estados, configura um dos pontos centrais de conflito no âmbito do sistema. Além disso, mostra uma certa fraqueza nos arranjos decisórios em nível estadual, refletindo provavelmente a concentração de decisões alocativas nas Secretarias Estaduais de Saúde, apesar de as NOBS 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 deste processo fortalece os municípios em termos de autonomia, facilitando as condições de parceria.

Dois padrões específicos de oferta favorecem a formação dos consórcios intermunicipais. Um deles decorre da existência de um pólo na microrregião que atrai a migração de pacientes dos municípios vizinhos, o que faz gerar conflitos locais por escassez de oferta. Outra situação observada é a da baixa oferta de serviços de maior complexidade tecnológica ou de especialistas médicos em uma determinada microrregião. 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.

REGIONALIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE NO BRASIL:
OS CONSÓRCIOS
MUNICIPAIS NO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS)

Padrões de Consórcios de Saúde no Brasil

A formação de associações intermunicipais tornou-se comum na gestão municipal em saúde. Estas parcerias tem se constituído em alternativas para os municípios, especialmente os de pequeno porte, para enfrentar problemas crônicos na distribuição de serviços especializados. Vários consórcios se formaram ainda na década de 80. Estudos tomaram por referência experiências semelhantes observadas em diversas regiões do país e permitiram traçar um perfil inicial dessas modalidades [Ribeiro, 1994; Ribeiro 'et al.', 1994]. De modo geral, os consórcios intermunicipais de saúde apresentam as seguintes características:

- formam sociedades civis de direito privado;
- ampliam e diversificam a oferta de serviços em municípios de pequeno e médio portes;
- 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 ou especialistas e, em alguns casos, se articulam aos conselhos de saúde locais;
- flexibilizam a remuneração dos profissionais com pagamento de incentivos;
- buscam, pela otimização dos recursos regionais disponíveis, melhorar o acesso aos serviços; e
- concentram as atividades de maior complexidade em um município-pólo.

Afora essas regularidades, algumas singularidades podem ser observadas conforme o tipo de acordo celebrado entre gestores e lideranças locais.

A tabela 2 apresenta uma comparação entre alguns consórcios na forma como se encontravam em 1994. Essa seleção foi efetuada por uma equipe do Ministério da Saúde a partir de respostas a questionários distribuídos aos municípios e visitas destinadas a catalogar experiências inovadoras em gestão da saúde no Brasil. Embora não represente um inventário dos consórcios então existentes no país, demonstra os modelos de associação predominantes.

A sistematização dos casos observados na tabela 2 permite traçar um perfil dessas organizações. Além dos itens descritos, os consórcios apresentam algumas particularidades, 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 e compra de serviços especializados não ofertados pela rede pública; também organizou 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 cofinanciamento e representa um dos consórcios mais antigos, funcionando desde 1986. No Alto São Francisco/MG, o eixo de estruturação deu-se por meio da integração docente-assistencial e do incentivo à interiorização da atenção à saúde. Em São Lourenço, o consórcio buscou assegurar a contratação de serviços médicos não disponíveis pelo SUS, por meio do 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 e 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 e os funcionários eram cedidos pelos municípios, havendo complementação salarial.

TABELA 2

Perfil de Consórcios Intermunicipais de Saúde, sus, 1994

Consórcio Jurídica	Situação Decisória	Objetivos Social	Estrutura Gerencial	Controle	Organismo	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
Hemolagos (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), 'op. cit.'

Chama a atenção o fato de muitos desses consórcios terem-se estruturado por referência a uma Coordenação Regional da Secretaria Estadual de Saúde. Isto decorre de indução da esfera estadual, ou para compensar a redução dos investimentos de governos estaduais no setor. 'Grosso modo', os consórcios se organizam 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 congêneres), nomeada pelo Conselho de Prefeitos, que exerce as funções tradicionais de controle e avaliação. As funções regulatórias são compartilhadas com os Conselhos de Saúde.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis/SP (CISA)

Pelo caráter pioneiro do Consórcio de Penápolis (CISA), ele tem sido objeto de estudos [Gontijo 'et al.', 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.¹ As informações foram atualizadas por intermédio de contatos com seus dirigentes² e de 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 85 325 habitantes (IBGE, estimativas populacionais, 1999). Penápolis, a sede do consórcio, tem 54 133 habitantes e os demais municípios menos de 9 000 habitantes cada um.³ A atividade econômica concentra-se na

¹ O material obtido nesta viagem foi recolhido em conjunto com Oswaldo Donnini e Lilliane Tannus Gontijo, especialistas no assunto, tendo originado os artigos e relatórios conjuntos citados e utilizados na presente análise.

² Para atualização de informações sobre o consórcio fomos auxiliados pela sua diretora administrativo-financeira, Eliane Maria Simon Rodrigues, a quem somos bastante gratos.

³ A população estimada pelo IBGE para os municípios do CISA em 1999 é a seguinte: Alto Alegre, 4 184; Avanhandava, 8 574; Barbosa, 6 118; Braúna, 4 457; Glicério, 3 985; Luiziânia, 3 874; Penápolis, 54 133.

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 diminuiu de 36,8, em 1987, para 26,77 em 1998. Diversos indicadores socioeconômicos para a região situam-se abaixo da média estadual. Pela Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, do IBGE (1992), existiam 230 empregos médicos na área do CISA. Esses empregos se distribuíam por 34 estabelecimentos de saúde, dos quais 20 localizados em Penápolis, evidenciando a concentração da oferta no município-sede.

REGIONALIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE NO BRASIL:
OS CONSÓRCIOS
MUNICIPAIS NO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS)

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 Consórcio Intermunicipal de Saúde (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, deveria ser regida pelas regras da administração pública (Processo nº 7 489/026/92 do TCE/SP). Isto 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 anteriormente por Carvalho e Santos (1994), 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, mesmo após uma década de atuação dessas associações.

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

À medida que se observa uma 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, revelando maior confiança dos governos municipais em contratar fora do RJU.

O CISA foi consolidado pela 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 respectiva Câmara de vereadores.
- Secretaria Executiva – proporciona a estrutura operacional do consórcio; tem 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).

-
- Núcleo de Informações – avalia dados de produção e epidemiológicos do consórcio.

REGIONALIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE NO BRASIL:
OS CONSÓRCIOS
MUNICIPAIS NO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS)

A estrutura expressa os serviços oferecidos, que incluem especialidades clínicas, atenção à doença mental e suporte laboratorial. A Classe Descentralizada de Formação de Auxiliar 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, a cardiologia, a cirurgia, a dermatologia, a oftalmologia, a otorrinolaringologia, a ortopedia, a fisiologia e a urologia. A demanda reprimida se concentrava na 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 visita 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 dispomos, 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 gerencial descrita foi recentemente simplificada, passando a adotar a seguinte configuração:

- Conselho de Prefeitos – órgão decisório máximo; a Presidência atualmente exercida pelo Prefeito de Penápolis;

- Coordenação Geral – estrutura de gerência do CISA; divide-se em Diretoria Administrativa e Financeira e Diretoria Técnica. A Diretoria Técnica absorveu a Unidade de Avaliação e Controle.

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 por meio de 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 desse sistema, após a edição da NOB 91,⁴ o CISA passou a receber por serviços prestados segundo a produção. Nesse período, estimou-se que cerca de 25% dos gastos 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 gasto total era deduzido o repasse do INAMPS (forma de transferência que prevalecia até então), e 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 uma outra sistemática: 50% por critérios de densidade populacional e 50% proporcionais à utilização dos serviços. Em 1990, 84% dos gastos do consórcio foram financiados pelo governo esta-

⁴ A Norma Operacional Básica do SUS 01/1991 foi elaborada pelo Ministério da Saúde como instrumento ordenador do recém-criado Sistema Único de Saúde e deu origem à figura do município habilitado como critério de elegibilidade às transferências federais para o setor. Na prática, apenas com instrumentos posteriores, como as Normas Operacionais de 1993 e de 1996, as iniciativas em favor de maior uniformização das transferências gerou conseqüências expressivas.

dual (que atuou como indutor do processo por meio de convênios) e 16% pelos municípios. Em 1991, houve uma inversão: 66% dos gastos foram sustentados pelos municípios, 13% pelo Estado e 21% pela União.

REGIONALIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE NO BRASIL:
OS CONSÓRCIOS
MUNICIPAIS NO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS)

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, construção e 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, com maior impacto para a área de Saúde Mental. O financiamento do sistema contou com a injeção de recursos de convênios oriundos do BNDES e do governo estadual. Para a viabilização do CISA foram efetuados investimentos do BNDES 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, os atrasos eram sistemáticos até dezembro de 1996 e diminuíram em função de medidas restritivas. 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 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. Por outro lado, 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) e essas variam a cada mês. Existem custos fixos referentes 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, em 1997. A folha de pagamento de pessoal representou 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 este salário, pela mesma carga horária, buscando compor um quadro abrangente de especialistas nas clínicas descritas.

A contabilidade acerca do gasto global do consórcio por habitante pode ser estimada segundo os dados disponíveis. No SIA-SUS (que combina sistema de informações e de pagamentos) a consulta médica era registrada sem discriminar a especialidade até 1999 (apenas recentemente com a adoção do Piso da Atenção Básica houve maior discriminação desses dados). Como o CISA restringe-se aos atendimentos especializados, não é possível uma separação precisa dos gastos 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) como 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 dispomos de dados precisos sobre o possível aporte de recursos advindos de outras rubricas orçamentárias para remunerar despesas com infraestrutura 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, podemos considerar que toda a receita equivale à despesa, feitas as ressalvas anteriores. Assim, como mostra a tabela 3, o gasto 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 uma 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.

REGIONALIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE NO BRASIL:
OS CONSÓRCIOS
MUNICIPAIS NO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS)

TABELA 3

Gasto Aproximado por Habitante/Ano do CISA/Penápolis (SP), Reais, 1997

Cotas municipais ¹	2 160 000,00	
Transferências SUS (ambulatório) ²	1 995 942,70	
Receita total		4 155 942,70
População CISA		83 631
Gasto por habitante-ano	49,69	

Fontes: ¹ CISA; DATASUS; IBGE.

Notas: ¹ Receita mensal média de R\$ 180 000,00;

² 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. Por outro lado, quando 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. Isto 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 dentro da lógica do SUS, que consiste em promover o 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 ampliam a capacidade de resolução dos ambulatórios primários, atingindo objetivos almejados por outras soluções como programas de saúde da família e na atenção gerenciada 'gate-keepers', com a vantagem de assegurar um 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 pelos recursos tecnológicos modestos.

Como dito, os sete municípios consorciados se responsabilizam pela atenção básica, cabendo ao CISA o atendimento ambulatorial secundário e o laboratório. Este 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) estiveram 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.

REGIONALIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE NO BRASIL:
OS CONSÓRCIOS
MUNICIPAIS NO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS)

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 internações; o Hospital S. João de Alto Alegre com 7,8% e o Hospital Espírita de Penápolis (Psiquiatria) com 3,8%. Esses serviços concentraram 86% das internações na área geográfica do CISA. Esse comportamento estimula os dirigentes a reduzirem o volume das internações, seguindo tendência nacional como anteriormente 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 (federalismo);
- queda apontada na receita de transferências do SUS induz ao aumento de gastos municipais em saúde para manter a oferta de serviços (financiamento);
- busca por autonomia financeira do CISA e maior flexibilidade em compras e contratação (reforma gerencial).

Desempenho Sistêmico do CISA

O consórcio situa-se na Regional de Araçatuba (Noroeste de São Paulo) 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 Luizíânia, em gestão incipiente. Chama a atenção o fato de três municípios (Alto Alegre, Avanhandava e Braúna) não terem se habilitado pela antiga NOB 93. Isso denota falta de iniciativa em cumprir com requisitos mínimos de gestão do SUS. A tabela 4 mostra, no entanto, que o quadro se modificou com o advento da NOB 96 e o pagamento do Piso da Atenção Básica (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), tornando-se elegíveis aos recursos federais.

TABELA 4

Habilitação dos Municípios Componentes do CISA – Penápolis

Município	NOB 93	NOB 96 ¹
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
Luizíânia	Incipiente	Plena da Atenção Básica
Penápolis	Semiplena	Plena do Sistema

Fonte: SAS/MS; SES/SP.

Nota: ¹ Situação vigente em novembro de 2000, inalterada desde 1998.

No caso do município de Alto Alegre, a situação era mais paradoxal pelo fato de sediar um dos hospitais da região com 19 leitos públicos disponíveis. Nesse caso, a não habilitação transferia à Secretaria Estadual de Saúde a emissão das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), representando baixa capacidade do governo local.

A tabela 5 mostra que a maioria dos leitos hospitalares da área é provida por hospital filantrópico de Penápolis (253 leitos). Além disso, a sede concentra a maioria dos ambulatórios do consórcio e a oferta de leitos pelo sistema público é feita principalmente por meio de instituição filantrópica contratada. A concentração de leitos hospitalares e de consultórios em Penápolis, estabilizada ao longo de 20 anos, sugere a hipótese de o consórcio servir como mecanismo de redução de capacidade ociosa de sua rede. Por outro lado, a dimensão da cooperação (demonstrada pela cotização mensal dos participantes com recursos fiscais) expressa um padrão observado para regiões em que predomina a pulverização de pequenos municípios geograficamente próximos. Nesse modelo, o consórcio atua como uma coordenação microrregional que integra e dirige o sistema de atenção pública. A oferta de leitos hospitalares permaneceu inalterada na década de 90, assim como os serviços ambulatoriais, em que pese a flutuação observada em Penápolis.

TABELA 5

Ambulatórios e Hospitais Cadastrados no SUS, por Regime e Município do CISA

Município	Ambulatórios	Hospitais			Leitos			Ano
		Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados	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
	4	1	0	1	19	0	19	1998
	4	1	0	1	19	0	19	1999
	4	1	0	1	19	0	19	2000
	Avanhandava	-	-	-	-	-	-	-
-		-	-	-	-	-	-	1993
-		-	-	-	-	-	-	1994
3		-	-	-	-	-	-	1995
3		-	-	-	-	-	-	1996
3		-	-	-	-	-	-	1997
3		-	-	-	-	-	-	1998
3		-	-	-	-	-	-	1999
3		-	-	-	-	-	-	2000
Barbosa		-	-	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	-	-	1993
	-	-	-	-	-	-	-	1994
	1	-	-	-	-	-	-	1995
	1	-	-	-	-	-	-	1996
	1	-	-	-	-	-	-	1997
	2	1	0	1	14	0	14	1998
	2	1	0	1	14	0	14	1999

(continua)

(continuação)

Município	Ambulatórios	Hospitais			Leitos			Ano
		Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados	Total	
Braúna	2	1	0	1	14	0	14	2000
	-	-	-	-	-	-	-	1992
	-	-	-	-	-	-	-	1993
	-	-	-	-	-	-	-	1994
	2	-	-	-	-	-	-	1995
	2	-	-	-	-	-	-	1996
	2	-	-	-	-	-	-	1997
	1	-	-	-	-	-	-	1998
	1	-	-	-	-	-	-	1999
	2	-	-	-	-	-	-	2000
Glicério	-	-	-	-	-	-	-	1992
	-	-	-	-	-	-	-	1993
	-	-	-	-	-	-	-	1994
	2	-	-	-	-	-	-	1995
	4	-	-	-	-	-	-	1996
	4	-	-	-	-	-	-	1997
	3	-	-	-	-	-	-	1998
	3	-	-	-	-	-	-	1999
	3	-	-	-	-	-	-	2000
	Luiziânia	-	1	0	1	14	0	14
-		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
1		1	0	1	14	0	14	1998
1		1	0	1	14	0	14	1999
2		1	0	1	14	0	14	2000
Penápolis		-	0	2	2	0	253	253
	-	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
	10	0	2	2	0	253	253	1998
	10	0	2	2	0	253	253	1999
	14	0	2	2	0	253	253	2000

Fonte: Ministério da Saúde.

Os dados sobre oferta de serviços públicos são corroborados pela recente pesquisa da Assistência Médico-Sanitária do IBGE realizada em 1999. Segundo os dados da MAS – 1999, que inclui os serviços privados não contratados pelo SUS, a região do CISA dispõe ao todo de 334 leitos hospitalares. Como visto, 300 desses leitos estão disponibilizados pelo sistema público. A comparação entre as pesquisas do IBGE, para 1992 e 1999, permite observar a oferta de serviços na região do CISA, como mostram as tabelas 6 e 7. De modo geral, os dados apontam que o racionamento da oferta não se encontra no setor hospitalar. Isso explica o fato de o consórcio ter sido estruturado em torno das especialidades médicas em ambulatórios e não ter ampliado o seu escopo desde a sua formação. Isso é válido também para a atenção básica.

TABELA 6

Pesquisa Assistência Médico-Sanitária, IBGE, Região do CISA, 1992

Características	Alto Alegre	Avanhandava	Barbosa	Braúna	Glicério	Luiziânia	Penápolis	Total
Estabelecimentos por esfera								
Municipal	4	3	1	1	2	1	8	20
Privada	1	0	0	1	0	0	12	14
Total	5	3	1	2	2	1	20	34
Estabelecimento por natureza jurídica								
Órgão público	4	3	1	1	2	1	8	20
Soc. Sem fins lucrativos	1	0	0	1	0	0	3	5
Soc. Com fins lucrativos	0	0	0	0	0	0	6	6
Outra	0	0	0	0	0	0	3	3
Total	5	3	1	2	2	1	20	34
Estabelecimentos por categoria de unidade								
Geral	4	2	1	1	2	1	7	18
Especializada	1	1	0	1	0	0	8	11
Com especialidades	0	0	0	0	0	0	5	5
Total	5	3	1	2	2	1	20	34
Estabelecimentos por regime de atendimento								
Com internação	1	0	0	0	0	0	3	4
Sem internação	4	3	1	2	2	1	17	30
Total	5	3	1	2	2	1	20	34

Fonte: IBGE.

TABELA 7

Pesquisa Assistência Médico-Sanitária, IBGE, Região do CISA, 1999

Características	Alto Alegre	Avanhandava	Barbosa	Braúna	Glicério	Luiziânia	Penápolis	Total
Estabelecimentos por esfera								
Municipal	4	2	2	1	2	2	7	20
Privada	0	1	0	0	0	0	10	11
Total	4	3	2	1	2	2	17	31
Estabelecimentos por regime de atendimento								
Com internação	1	1	1	0	0	1	3	7
Sem internação	3	2	1	1	2	1	7	17
Diagnose	0	0	0	0	0	0	7	7
Total	4	3	2	1	2	2	17	31
Equipamentos em estabelecimentos de saúde								
Mamógrafo comando simples	0	0	0	0	0	0	0	0
Mamógrafo com estereotaxia	0	0	0	0	0	0	1	1
Raios X densitometria óssea	0	0	0	0	0	0	1	1
Tomógrafo	0	0	0	0	0	0	1	1
Ressonância magnética	0	0	0	0	0	0	0	0
Ultrassom	1	0	1	0	0	0	2	4
Eletrocardiógrafo	1	1	2	0	2	0	5	11
Eletroencefalógrafo	0	0	0	0	0	0	1	1
Equipamento de hemodiálise	0	0	0	0	0	0	0	0
Raios X até 100 mA	0	0	0	0	0	0	3	3
Raios X de 100 a 500 mA	1	0	1	0	0	0	4	6
Raios X mais de 500 mA	0	0	0	0	0	0	3	3

Fonte: IBGE, AMS 1999.

Os dados oferecidos pelas pesquisas do IBGE e aqueles observados pelos cadastros de serviços públicos apresentados pelo DATASUS (Ministério da Saúde) mostram que o consórcio não gerou ampliação física significativa ao longo da década de 90, tendo havido, conforme os dados sobre produção ambulatorial, maior aproveitamento da capacidade instalada. Os dados do IBGE mostram que a oferta de serviços de saúde na região é fortemente dependente do setor público, estando as atividades exclusivamente privadas (com fins lucrativos) reduzidas a centros de diagnose sediados em Penápolis. O protagonismo do setor público na oferta de serviços na região amplia a capacidade de governo do consórcio (planejamento; negociações com fornecedores) e torna a população mais sensível às medidas gerenciais.

REGIONALIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE NO BRASIL:
OS CONSÓRCIOS
MUNICIPAIS NO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS)

Com relação à capacidade dos municípios do CISA em captar recursos federais, observa-se maior diversidade e renúncia à implementação de programas dotados de financiamento específicos. Esses programas incidem sobre a atenção básica e hospitalar. A tabela 8 mostra que até 1999 apenas dois municípios (Glicério e Luiziana) haviam implementado o Programa de Saúde da Família, e que o Programa de Combate às Carências Nutricionais ficou restrito aos municípios de Alto Alegre, Braúna e Glicério. Como o modelo do CISA implica a especialização dos municípios periféricos na atenção básica, este quadro pode indicar baixa capacidade local. Por sua vez, todos os municípios implantaram os programas de Ações Básicas em Vigilância Sanitária e de Farmácia Básica. Para o ano de 2000, o PSF foi implantado em Braúna e o PACS em Penápolis.

O mesmo quadro heterogêneo é observado para programas implementados por hospitais e serviços especializados (transferências de alta e média complexidade), todos concentrados em Penápolis. Nesse caso, o município atua como pólo, havendo tendência à concentração dos recursos, em que pese a existência de leitos hospitalares públicos em Alto Alegre, Barbosa e Luiziana.

TABELA 8

Recursos Federais do SUS, CIS, Valor Transferido em Reais por Tipo de Despesa, 1999

Tipo de despesa	Alto Alegre	Avanhandava	Barbosa	Braúna	Glicério	Luiziânia	Penápolis
Pagamentos Federais	81 730,76		82 626,58	5 602,42		62 750,51	
Internações Hospitalares	40 934,06		61 910,38			55 737,31	
Atend. Ambulatorial	40 796,70		20 716,20	5 602,42		7 013,20	
Transferências – Atenção Básica	57 699,33	116 022,63	97 337,94	58 258,44	104 254,57	61 749,01	840 341,17
PAB Fixo	50 962,72	106 773,78	90 774,72	51 560,41	51 371,91	46 545,00	782 298,81
PACS					14 299,96	1 466,67	
PSF					32 333,30	9 500,00	
Vig.Sanitária	1 058,94	2 131,86	1 510,49	1 108,26	1 008,68	980,45	13 356,22
Carência nutricional	2 160,00			1 890,00	1 890,00		
Farmácia Básica	3 517,67	7 116,99	5 052,73	3 699,77	3 350,72	3 256,89	44 686,14
Transferências – Alta e Média Complexidade		70 285,86			44 553,71		3 987 685,11
Ass. Hospit/Ambulat.		70 285,86			44 553,71		3 789 450,59
Câncer de colo uterino							29 713,24
Cirurgia de catarata							160 650,00
Cirurgia de hérnia inguinal							3 529,00
Programa de tuberculose							192,40
Cirurgia de próstata							4 149,88
Total	139 430,09	186 308,49	179 964,52	63 860,86	148 808,28	124 499,52	4 828 026,28

Fonte: Composto a partir de <http://www.saude.gov.br> (Ministério da Saúde).

A tabela 9 reflete a desigualdade na captação de recursos, porém representa um padrão específico da oferta de serviços de saúde entre os municípios consorciados. A concentração em Penápolis decorre da maior oferta de leitos hospitalares e dos serviços especializados existentes e favorecidos pelo pacto entre os consorciados. Com relação aos municípios periféricos, Alto Alegre, Barbosa e Luiziana têm leitos hospitalares e valores transferidos 'per capita' próximos. A grande assimetria é observada em relação ao município de Braúna e, em menor escala, Avanhandava. Nesse sentido, a não implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF) em ambos e do Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN) em Avanhandava reforça esta assimetria. Esse desequilíbrio não reflete, no entanto, ação predatória entre os consorciados, pois os recursos não dependem de competição e sim de iniciativa local e se espera melhor posição de Braúna para o ano 2000 em decorrência da implantação do PSF.

TABELA 9

Distribuição de Recursos Federais, SUS,
Municípios do CISA, em Reais, 1999

Município	Total	Total/habitante/ano
Alto Alegre	139 430,09	33,32
Avanhandava	186 308,49	21,73
Barbosa	179 964,52	29,42
Braúna	63 860,86	14,33
Glicério	148 808,28	37,34
Luiziana	124 499,52	32,14
Penápolis	4 828 026,28	89,19
Total	5 670 898,04	66,46

Fontes: Ministério da Saúde; IBGE, Estimativas Populacionais para 1999.

Os dados sobre a atenção básica na região se revestem de especial importância para avaliar a distribuição de ganhos entre os participantes do consórcio. Como o acordo básico implica referenciar os pacientes necessitados de procedimentos de alta e média complexidade ao município-sede, os municípios periféricos devem se

concentrar em atividades de atenção básica. Como já foi visto a implementação desses programas foi desigual para o ano de 1999, com baixo desempenho observado em Avanhandava. Com relação aos programas de saúde da família e de agentes comunitários de saúde, implementados com transferências federais por meio da parte variável do PAB, que devem contar ainda com contrapartidas municipais e estadual, a tabela 10 mostra a cobertura populacional desses programas. Os níveis de cobertura podem ser considerados bons e o baixo percentual observado no PACS em Penápolis deve ser visto em função do caráter altamente focalizado deste programa para populações de alto risco social e epidemiológico.

De modo geral, o Coeficiente de Mortalidade Infantil, por ano, para os municípios do CISA mostraram tendência de queda distribuída uniformemente para os anos de 1989 (35,44); 1990 (33,74); 1994 (29,04); e 1998 (26,77), acompanhando a tendência para o próprio Estado de São Paulo.

TABELA 10

Cobertura Populacional do PACS e do PSF entre Municípios do CISA

Município	Programa	Cobertura	1998	1999	2000
Glicério	PSF	População Coberta/ano	1 330	2 904	849
		Percent. Pop. Coberta/ano	32,88 %	72,87 %	21,63 %
Braúna	PSF	População Coberta/ano	-	-	3 072
		Percent. Pop. Coberta/ano	-	-	68,49 %
Luiziânia	PSF	População Coberta/ano	-	-	4 281
		Percent. Pop. Coberta/ano	-	-	112,19 %
Penápolis	PACS	População Coberta/ano	-	-	7 112
		Percent. Pop. Coberta/ano	-	-	12,93 %

Fonte: Ministério da Saúde.

Dados relacionados aos nascidos vivos para a região revelam com maior acuidade as características socioeconômicas da região e a oferta e cobertura de serviços de saúde. A tabela 11 mostra que, a partir de 1997, com o ajuste e adequação das informações promovidos pela implantação do SINASC, caíram a zero os registros de parto em situação ignorada, evidenciando a quase exclusividade do

parto hospitalar. Isso indica a cobertura da atenção ao parto. Por outro lado, o parto hospitalar na região vem sendo acompanhado de taxas ainda elevadas de parto cesáreo (ver tabela 12), refletindo subordinação dos serviços a preferências dos médicos (organização de horários; simplificação de rotinas) com repercussão na ampliação de riscos.

REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL: OS CONSÓRCIOS MUNICIPAIS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

TABELA 11

Nascidos Vivos por Residência da Mãe e Local da Ocorrência em Municípios do CISA, ao Ano

Município	Ano	Hospital	Domicílio	Outro estab. de saúde	Outro	Ignorado	Total
Alto Alegre	1994	23	0	0	0	28	51
	1995	0	0	0	0	66	66
	1996	2	0	0	0	71	73
	1997	56	0	0	0	0	56
	1998	57	0	0	0	0	57
Avanhandava	1994	68	0	0	0	102	170
	1995	0	0	0	0	171	171
	1996	13	0	0	0	143	156
	1997	156	0	1	0	0	157
Barbosa	1998	170	0	1	0	0	171
	1994	37	0	0	0	73	110
	1995	0	0	0	0	116	116
	1996	19	0	0	0	99	118
Braúna	1997	85	0	3	0	0	88
	1998	97	0	0	0	0	97
	1994	21	0	0	0	46	67
	1995	0	0	0	0	58	58
Glicério	1996	7	0	0	1	49	57
	1997	58	0	2	0	0	60
	1998	63	0	0	0	0	63
	1994	33	1	0	0	31	65
Luiziânia	1995	0	0	0	0	52	52
	1996	8	1	0	0	43	52
	1997	62	0	1	0	0	63
	1998	64	0	0	0	0	64
Penápolis	1994	34	0	0	0	44	78
	1995	0	0	0	0	85	85
	1996	18	0	0	0	79	97
	1997	78	0	0	0	0	78
Total	1998	77	1	0	0	0	78
	1994	423	0	0	0	465	888
	1995	1	0	0	0	929	930
	1996	97	0	0	1	750	848
Total	1997	870	1	0	0	0	871
	1998	805	3	0	1	0	809
	1994	639	1	0	0	789	1429
	1995	1	0	0	0	1477	1478
	1996	164	1	0	2	1234	1401
1997	1365	1	7	0	0	1373	
1998	1333	4	1	1	0	1339	

Fonte: Sistema de Informações de Nascidos Vivos, Ministério da Saúde.

TABELA 12

Nascidos Vivos por Residência da Mãe e
Tipo de Parto nos Municípios do CISA, ao Ano

	1994	1995	1996	1997	1998
Normal	381	641	617	618	637
Cesáreo	358	818	761	735	692
Fórceps	1	1	2	4	2
Ignorado	689	18	21	16	8
Total	1 429	1 478	1 401	1 373	1 339

Fonte: Sistema de Informações de Nascidos Vivos, Ministério da Saúde.

A implementação 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 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 13 mostra uma queda expressiva no volume de internações no SUS, desde 1993 (antecedendo a redução nacional), às custas especialmente da substantiva redução de oferta de leitos em Penápolis. Isso explica-se pela busca de novos clientes por parte do hospital filantrópico por meio de parcerias com planos de saúde e montagem de meios próprios de auto-sustentação (por 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. 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 das filantrópicas.

REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL: OS CONSÓRCIOS MUNICIPAIS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

TABELA 13

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

Município	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Alto Alegre	1 078	1 008	1 062	583	559	468	372	286
Barbosa	-	-	-	-	-	-	26	299
Luiziânia	-	592	827	421	300	328	313	278
Penápolis	11 194	10 393	7 159	7 145	6 534	6 458	6 295	5 947
Total CISA	12 272	11 993	9 048	8 149	7 393	7 254	7 006	6 810

Fonte: Ministério da Saúde.

TABELA 14

Distribuição Percentual Anual de Pagamentos por Prestadores por Natureza, SUS, Região do CISA – Penápolis (SP)

Ano	Ministério Saúde	Privados	Estaduais	Municipais	Filantrópicos	Filantrópico isento	Sindicais	Total
1994	16,47	0,29	0,52	60,95	20,82		0,95	100
1995		0,28		80,67	18,59		0,46	100
1996		0,15		85,84	13,84		0,17	100
1997		-		6,67	30,90	62,43		100
1998				6,08		93,92		100
1999				7,60		92,40		100
2000				7,76		92,24		100

Fonte: Ministério da Saúde.

Na configuração atual relativa a essa distribuição, os hospitais de Alto Alegre, Barbosa e Luizânia, todos de pequeno porte, estão sob gestão municipal direta, enquanto que o hospital de Penápolis, de médio porte, é representado por uma instituição filantrópica

que goza de isenção fiscal completa. Outro aspecto relevante está no forte comprometimento dos municípios na área do CISA com a gestão dos serviços. Pode ser observado pela evolução mostrada na tabela 14, em que há queda absoluta na oferta de serviços hospitalares de sindicatos, Ministério da Saúde, governo estadual e uma concentração da oferta privada em hospitais filantrópicos. Isso é explicado pela municipalização das unidades públicas e pela 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. Como dito, 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 15, a concentração da oferta no município-sede (Penápolis), como esperado – 16,86 procedimentos por habitante/ano para 1999 (crescimento ao longo dos anos). Se considerados apenas os procedimentos básicos, o perfil da oferta se mantém pouco alterado, persistindo a concentração em Penápolis. É explicado 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.

O quadro geral, apesar de flutuações no período, permite comparar a situação observada em 1994 (ano em que os dados de produção ambulatorial do SUS começaram a ser disponibilizados de forma sistemática) com a de 1999. Com relação ao número de procedimentos ambulatoriais realizados por habitante ao ano se observam ganhos para os municípios de Alto Alegre, Avanhandava, Barbosa, Glicério e Penápolis. Perderam em volume de procedimentos os

municípios de Braúna e de Luiziana. Este último deve ser caracterizado como tendo sofrido perda pouco significativa e acompanhada de ganhos ao longo do período. Quanto ao volume de procedimentos ambulatoriais básicos por habitante ao ano, tomados os mesmos anos de 1994 e 1999, o quadro revela ganhos em quatro municípios (Alto Alegre, Barbosa, Glicério e Penápolis) e perdas em três deles (Avanhandava, Braúna e Luiziana). Se observarmos a magnitude dos ganhos e a flutuação ao longo do período, notaremos que a parceria esteve associada a ganhos coletivos, exceto para Luiziana e Avanhandava.

REGIONALIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE NO BRASIL:
OS CONSÓRCIOS
MUNICIPAIS NO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS)

Os dados da tabela 8, mostravam que o município de Avanhandava não implantou programas básicos de atenção à saúde e geradores de receita para o município (PSF, PACS, PCCN). Como mostra a tabela 15, a perda desse município no período 1994-1999 se restringe aos procedimentos ambulatoriais básicos, havendo ganho importante no conjunto dos procedimentos ambulatoriais. Dessa forma, a perda relacionada aos procedimentos básicos deve ser atribuída à baixa iniciativa local e não por perda de recursos para os parceiros no consórcio.

Em seu conjunto, os dados relacionados à produção ambulatorial demonstram ganhos coletivos para os participantes do CISA. Ou seja, a concentração de atividades relacionadas às consultas por especialistas médicos no município-pólo não esteve associada a perda de recursos e de capacidade institucional dos municípios periféricos, exceto pelo caso de Avanhandava, em que o quadro se tornaria estável pela implantação dos programas preconizados e co-financiados pelo Ministério da Saúde para o fortalecimento da atenção básica, ampliação de cobertura e maior focalização das políticas a clientela de risco social e epidemiológico.

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

TABELA 15

Perfil Ambulatorial no CISA/Penápolis (SP)

Município	a) Procedimentos ambulatoriais totais						a) Procedimentos ambulatoriais básicos totais					
	b) Procedimentos ambulatoriais/hb/ano						b) Procedimentos ambulatoriais básicos/hb/ano					
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Alto Alegre	45 814 (9,64)	41 836 (8,68)	45 455 (7,88)	45 043 (10,46)	46 064 (10,85)	44 581 (10,66)	34 954 (7,35)	31 863 (6,61)	29 468 (6,02)	35 945 (8,34)	36 345 (8,56)	34 168 (8,17)
Avanhandava	60 158 (7,19)	81 938 (9,65)	73 009 (8,48)	66 729 (7,89)	72 356 (8,50)	65 355 (7,62)	56 238 (6,72)	76 021 (8,96)	65 115 (7,56)	61 839 (7,26)	62 166 (7,30)	50 343 (5,87)
Barbosa	38 962 (7,24)	52 265 (9,58)	62 955 (11,38)	62 731 (11,07)	58 465 (9,70)	52 390 (8,56)	37 954 (7,06)	48 791 (8,94)	57 730 (10,44)	59 156 (9,97)	53 620 (8,90)	45 247 (7,40)
Braúna	43 294 (10,23)	43 294 (10,04)	35 988 (8,26)	40 769 (9,27)	38 926 (8,79)	39 660 (8,90)	41 130 (9,72)	40 788 (9,50)	33 207 (7,62)	38 966 (8,86)	37 211 (8,40)	38 011 (8,53)
Glicério	35 838 (8,52)	43 556 (10,21)	35 256 (8,15)	32 393 (7,89)	44 996 (11,12)	52 463 (13,17)	33 528 (7,98)	41 489 (9,73)	32 764 (7,58)	32 026 (7,80)	41 046 (10,15)	46 098 (11,57)
Luiziânia	29 896 (6,99)	36 634 (8,43)	29 160 (6,62)	33 513 (8,40)	30 524 (7,77)	23 695 (6,12)	29 090 (6,80)	31 557 (7,27)	27 874 (6,33)	30 549 (7,66)	27 450 (6,98)	20 272 (5,23)
Penápolis	646 514 (12,75)	613 657 (11,92)	658 978 (12,62)	679 018 (12,95)	698 583 (13,11)	912 893 (16,86)	481 984 (9,50)	454 703 (8,83)	495 424 (9,49)	530 176 (10,11)	490 242 (9,20)	630 945 (11,66)
Total cisa	900 476 (10,99)	912 968 (10,98)	933 911 (11,07)	960 196 (11,48)	989 914 (11,72)	1 191 037	714 878 (8,73)	752 232 (9,05)	741 582 (8,79)	788 657 (9,43)	748 080 (8,86)	865 084 (10,14)

Fontes: Ministério da Saúde; IBGE: Contagens Populacionais, Estimativas.

Considerações Finais

Os consórcios estão vinculados ao tema da regionalização da atenção à saúde. Essas inovações mostram alguns pontos de contato com tendências observadas e reformas do setor saúde em âmbito internacional. Esses pontos podem ser resumidos em: descentralização, mecanismos de acesso e contratualização das ações e serviços oferecidos pelo sistema público.

REGIONALIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE NO BRASIL:
OS CONSÓRCIOS
MUNICIPAIS NO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS)

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 desses serviços que administram orçamentos globais passaram por modernização dos contratos, em que se incluiu a própria prática de consorciamento [Laing 'et al.', 1998]. Em termos de acesso – a principal motivação dos dirigentes que implementam consórcios de saúde no Brasil – a literatura internacional contempla o tema de modo bastante variado, em que admitem-se regras de priorização que padronizam o acesso de clientes em que segundo necessidade, renda, patologia, entre outros como parte da agenda reformadora. Abordagens sistêmicas, por outro lado, enfatizam o caráter resolutivo de ambulatórios primários como forma de selecionar o acesso a níveis mais complexos e de maior incorporação tecnológica dentro do sistema. No caso brasileiro, essas estratégias podem ser reconhecidas nos Programas de Saúde da Família e na reforma da atenção básica expressa no Piso de Atenção Básica. 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 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 'et al.', 1996].

Com relação à contratualização, a experiência inglesa é bastante influenciada pelo 'managed care' norte-americano e enfatiza o desenvolvimento de mercados competitivos, organizados pelo

Estado, em que agentes tomam decisões com margens de autonomia constringidas pelas normas que regulam a atenção pública, no pressuposto pelo qual a atenção à saúde configura mercados imperfeitos. O incentivo a uma competição altamente regulada pressupõe, por outro lado, um 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 al.’, 1996; Glennerster ‘et al.’, 1998, 1994; Light, 1998, 1997]. Importante estudo revisando os resultados de pesquisas efetuadas sobre o modelo norte-americano de competição gerenciada aponta como fator dominante a existência de resultados contraditórios com relação à capacidade de esses modelos 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 ‘et al.’, 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 à medida que a integração entre provedores e financiadores se dá, ao contrário dos Estados Unidos, predominantemente na esfera pública, e com relação à experiência inglesa, sem indução à competição entre provedores de serviços. Nesse caso, o ordenamento de mercados planejados [Saltman ‘et al.’, 1995], assim como os problemas do equilíbrio entre oferta e demanda [Rosen ‘et al.’, 1998], tem sido valorizado. Por fim, a contratualização tem sido analisada dentro 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 ‘et al.’, 1996].

Os consórcios intermunicipais de saúde têm se consolidado, no caso brasileiro, como importante mecanismo de regionalização da oferta pública. Com relação ao exposto anteriormente, estão inseri-

dos no âmbito de políticas de redução de barreiras de acesso e de descentralização, porém com baixa tradição de contratualização. A regulação, parte em função dessa 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 deste '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 órgãos públicos e que envolvem, em algum grau, a participação de organizações comunitárias no planejamento das atividades desenvolvidas.

REGIONALIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE NO BRASIL:
OS CONSÓRCIOS
MUNICIPAIS NO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS)

As experiências aqui descritas reservam funções regulatórias aos conselhos de saúde. Dessa forma, seguem as tradições e as normas do sus, que atribuem 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 uma parceira, 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 de 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 em termos de qualidade dos serviços e facilidade de acesso são apresentados em

pequenas municipalidades como justificativa para o repasse ao 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, esses, 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, porém em alguns casos são 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 a sua adesão ao sistema público. Embora, como relatado, existam 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 estadual e federal para realizar investimentos e liberar recursos para pagar salários competitivos aos especialistas. Enquanto uma 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 desta modalidade de gestão de política é o da parceria e esta decorre da busca por legitimação na esfera política local. Isso explica por que 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 equilí-

brio 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.

REGIONALIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE NO BRASIL:
OS CONSÓRCIOS
MUNICIPAIS NO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS)

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, pela execução da política de saúde, relações de confiança e respeito entre governos locais.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado*. Brasília: Presidência da República, 1995.
- _____. Lei n. 8.080, DOU, 19 de set. 1990.
- CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/90 e Lei n. 8.142/90)*, 2. ed., atualizada e ampliada. São Paulo: Hucitec, 1995.
- PENÁPOLIS/CISA. *Eixo Organizacional e Gerencial do cisa*, 1993.
- 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*. IPEA/PNUD, 1997.
- COSTA, Nilson do Rosário; SILVA, Pedro Luís Barros e RIBEIRO, José Mendes. A Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, v. 50, n. 3, p. 33-55, jul./set. 1999.
- _____. *Reforma do Estado e Mudança Organizacional: Um estudo de hospitais públicos, ciência e saúde coletiva*, v. 5, n. 2, p. 427-442. 2000.
- FLYNN, Rob; WILLIAMS, Gareth; PICKARD, Susan. *Markets and Networks: contracting in community health services*. Buckingham: Open University Press, 1996.
- 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.

REGIONALIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA À
SAÚDE NO BRASIL:
OS CONSÓRCIOS
MUNICIPAIS NO
SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE (SUS)

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. 1994.

KLEIN, Rudolf. *The New Politics of the NHS*. 3rd. Edition. London/
New York: Longman. 1995.

_____. Why Britain is Reorganizing its National Health Service –
Yet Again. *Health Affairs*, v. 17, n. 4, p. 111-148, 1998.

LAING, Angus; COTTON, Seonaid. Partnerships in Purchasing:
Development of Consortium-Based Purchasing among GP
Fundholders. *Health Services Management Research*, n. 11,
p. 245-254.

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.

_____. 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, Anais
do V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, *Comunicação
Coordenada*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

LIMA, Ana Paula G.; PASTRANA, Rosa. *Consórcios Intermunicipais
de Saúde no Brasil*. Relatório de Pesquisa, Ministério da Saúde,
out. 2000. mimeo

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.

-
- MÉDICI, André César. Descentralização e Gastos em Saúde no Brasil. In: Affonso, Rui de Britto e Silva, Pedro Luiz B. (orgs.) *Federalismo no Brasil: descentralização e políticas sociais*. São Paulo: FUNDAP, 1996. p.296-376.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96*. Portaria n. 2.203. D.O.U. de 5 de nov. 1996.
- NEW, Bill; LE GRAND, Julian. *Rationing in the NHS: principles and pragmatism*. London: King's Fund, 1996.
- RIBEIRO, José Mendes. Os Consórcios Intermunicipais no sus: parceria e cooperação técnica. *Espaço para a Saúde*, v. 3, n.3, p. 41-2, mar. 1994.
- RIBEIRO, José Mendes; DONNINI, Oswaldo; GONTIJO, Liliane Tannus. *I Seminário de Consórcios Intermunicipais de Saúde*, São Lourenço (MG), Relatório Final, abr. 1994. mimeo
- ROBINSON, Ray; STEINER, Andrea. *Managed Health Care: US evidence and lessons for the national health service*. Buckingham: Open University Press, 1998.
- SALTMAN, Richard B.; OTTER, Caster. *Von Implementing Planned Markets in Health Care: balancing social and economic responsibility*. Buckingham: Open University Press, 1995.
- 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*, 2. 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.