

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA  
POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE**

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO  
DE PENÁPOLIS (SP): ELEMENTOS DA COOPERAÇÃO  
POLÍTICA**

**LUIZ ANTONIO DA SILVA NEVES**

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ, para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

Prof. Dr. Gilberto Hochman. Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ.

Prof. Dr. Aluisio Gomes da Silva Jr. Universidade Federal Fluminense.

Data do Exame: 24 de outubro de 2001.

**Orientador: Prof. Dr. JOSÉ MENDES RIBEIRO**

RIO DE JANEIRO

2001

Dedico este trabalho a José Mendes Ribeiro, meu orientador.

Desde quando manifestei a intenção de fazer o curso de mestrado, tem sido grande incentivador, mostrando-me caminhos e novas idéias, provocando a reflexão e visão crítica neste novo universo que passei a desvendar. Sobretudo pela serenidade e amizade com que tem feito.

Também aos meus pais, Ovídio e Terezinha, pelo incentivo de minha vida inteira. À Paula, minha companheira, pela compreensão e, a todos que colaboraram de alguma forma, em especial aos meus companheiros de trabalho na Secretaria Municipal de Saúde de Pirai – RJ.

## **Agradecimentos**

Ao prefeito de Pirai, Luiz Fernando de Souza, por sua paciência e compreensão.

Aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Pirai, pelo companheirismo e compreensão nas diversas fases do curso, em especial à Conceição pelo apoio incontestável.

Aos colegas Secretários Municipais pelo permanente incentivo.

A todos os professores do curso, por seus ensinamentos, referência intelectual e incentivos.

Aos colegas de turma de Políticas Públicas e Saúde, Miriam, Gabriela, Marília, Viviane, Maria José, Luísa, Marita, Alexander, Walter e Denise e, à Elenice e demais colegas de mestrado e doutorado da ENSP.

Aos Professores Nilson do Rosário, Antonio Ivo e Paulo Buss pelas orientações e incentivo. Ao também professor Gilberto Hochman, pelo aprofundamento no tema da política.

A todos que em Penápolis e nas cidades de Alto Alegre, Avanhandava, Barbosa, Braúna, Glicério e Luiziana colaboraram de alguma forma.

A João D'Elia e Rosângela Vechia pelas entrevistas, documentos e recepção.

A Sinoel Baptista pelas orientações e entrevista.

A Mauro Bonini pela entrevista e pela colaboração durante o trabalho e fornecimento de documentos do CISA.

Ao Waldemar Pereira e a todos os funcionários do CISA, em todas as suas unidades.

As entrevistas de Rosimeri Florêncio Gonçalves Garcia, de Avanhandava, Francisco da Silva Lessa e Geraldo Deolindo, de Luiziana, Radir Risk Eid e Rosemir Aparecida Torresan Eid, de Glicério, Vandeir Guerreiro Bosco, de Braúna, Gilmar Ramalho Rosa e Valdenice Lopes de Andrade Rocha, de Barbosa, Luiz Henrique Felipe Valente, de Penápolis, Walter Cazáreo, de Alto Alegre e, aos Conselheiros Municipais de Penápolis João Belmudo, Hugo Tadeu Montanari Crepaldi e Francisco Garcia.

A Luis Felipe Pinto pela colaboração.

As funcionárias Mônica e Edna pela constante ajuda.

A todos àqueles que me ajudaram e porventura não mencionei aqui.

Ao CNPQ pela oportunidade da realização do presente estudo com financiamento através de bolsa.

Ao Departamento de Ciências Sociais pelo apoio técnico administrativo durante todo o período, destacando a cordialidade dos seus funcionários.

Aos componentes da Banca de Qualificação Nilson do Rosário Costa e Gilberto Hochman pelas orientações e da Banca Examinadora por terem aceito este convite.

## Resumo

Consórcios Intermunicipais de Saúde tem sido utilizado como um modelo alternativo e inovador na superação de lacunas na assistência à saúde, principalmente com relação a consultas médicas em especialidades, diagnose e terapia em nível secundário. Mantém forte vínculo com a estratégia de regionalização de saúde no Brasil, sendo adequado ao processo de reforma administrativa do setor, buscando maior eficiência, racionalidade e qualidade na oferta de serviços à população.

O estabelecimento de consórcios no Brasil teve forte impulso a partir de 1993, sendo alguns destinados exclusivamente ao aumento de serviços especializados e outros que também buscam uma estruturação regional com uma oferta mínima entre os participantes. Alguns consórcios surgiram da capacidade aglutinadora de seus líderes, outros por indução estadual, e em alguns casos pela combinação de organização regional associada a incentivos estaduais.

No desenvolvimento dessas cooperações observamos que alguns consórcios se mostraram como estruturas frágeis e de pouca duração, enquanto outros vêm se sustentando ao longo do tempo.

Recorremos ao estudo do caso do Consórcio de Penápolis, o mais antigo do Brasil, que se sustenta a mais de quatorze anos, para examinar a dinâmica da cooperação e procurar desvendar as razões da sua sustentabilidade. Sua formação é um misto de reestruturação da oferta regional associada ao aspecto empreendedor de seus líderes e incentivos estaduais.

Sua capacidade de resolução das demandas locais, com qualidade e flexibilidade na gestão foram importantes fatores demonstrados. Há uma importante noção entre os participantes de que as regras de funcionamento são justas e há uma alta confiabilidade no sistema de prestação de contas do consórcio. Uma coordenação eficiente e transparência na gestão são percebidos como elementos também importantes na manutenção do CISA.

No plano político partidário o estudo revela um ambiente de maiorias políticas e sucessão de atores políticos que favorecem a manutenção de contratos e estabilidade de estruturas como o CISA. Há uma importante percepção entre os entrevistados sobre a ausência de clientelismo político no consórcio.

## Abstract

Health Intermunicipality Consortiums of have been used as alternatives and innovative models in the improvement in health provision, mainly related to specialized physician consulting and diagnosis and therapy in secondary level. It maintains strong entail with the strategy of regionalization of health in Brazil, being for larger efficiency, rationality and quality on the provision of services to the population.

The establishment of consortiums in Brazil had strong impulse since from 1993, being some destined exclusively to the increase of specialized services and others that also look for a regional structuring with a minimum delivery of service among the participants. Some consortiums resulted from binding capacity of partners and others from institutional induction, and in some cases from a mix of regional organization and state incentives.

In the development of those cooperations it was observed that some consortiums were shown as fragile structures with little duration, while others were sustained along the time.

We choose methodology of case study of the Consortium of Penápolis, the oldest in Brazil, that remained for more than fourteen years, to examine the dynamics of the cooperation and to try to unmask the reasons of its maintenance. Its formation is a mix of restructuring of the regional provision associated with its leaders' enterprising aspect and state incentives.

Its capacity of dealing with local demands, with quality and flexibility in the administration was an important demonstrated issue. There is an important notion among the participants that the operation rules are fair and there is a high reliability in the accountability of the consortium. An efficient coordination and transparency in the administration are noticed as elements also important in the maintenance of CISA.

In the supporter political plan the study reveals an atmosphere of political majorities and political actors' succession that support a stable contracts and stability of structures like CISA. There is an important perception among the interviewees on the absence of political clientelism in the consortium.

# Índice

Agradecimentos .....	03
Resumo .....	04
Apresentação .....	11
Introdução	
A atual configuração da assistência pública à saúde na Brasil .....	13
Capítulo 1	
Os consórcios e a organização regional da oferta de serviços .....	24
1.1 Aspectos jurídicos dos consórcios .....	27
1.2 Os consórcios de saúde no Brasil .....	30
1.3 O novo modelo de regionalização e os consórcios .....	35
Capítulo 2	
Metodologia .....	45
Capítulo 3	
O caso Penápolis .....	48
3.1 A dinâmica política da cooperação .....	68
3.2 A composição dos Poderes Legislativo e Executivo na região do CISA .....	78
3.3 Atividades do CISA e produção de serviços .....	86
Considerações finais: A experiência política do CISA e o futuro da regionalização à atenção à saúde no Brasil .....	95
Referências Bibliográficas .....	101

## Lista de Tabelas

Tabela 1 .....	15
Tabela 2 .....	15
Tabela 3 .....	21
Tabela 4 .....	31
Tabela 5 .....	33
Tabela 6 .....	64
Tabela 7 .....	66
Tabela 8 .....	87
Tabela 9 .....	88
Tabela 10.....	89
Tabela 11.....	89
Tabela 12.....	90
Tabela 13.....	91
Tabela 14.....	92
Tabela 15.....	93

## Lista de Quadros

Quadro 1 .....	20
Quadro 2 .....	48
Quadro 3 .....	50
Quadro 4 .....	56
Quadro 5 .....	57
Quadro 6 .....	58
Quadro 7 .....	61
Quadro 8 .....	61
Quadro 9 .....	63
Quadro 10.....	69
Quadro 11.....	75
Quadro 12.....	78
Quadro 13.....	78
Quadro 14.....	79
Quadro 15.....	79
Quadro 16.....	80
Quadro 17.....	80
Quadro 18.....	81
Quadro 19.....	81
Quadro 20.....	82
Quadro 21.....	82
Quadro 22.....	83
Quadro 23.....	83
Quadro 24.....	84
Quadro 25.....	84

## Lista de Anexos

Anexo I .....	105
Anexo II .....	106
Anexo III.....	107
Anexo IV.....	108
Anexo V.....	117
Anexo VI .....	128

## Lista de Siglas.

AMTÊ – Associação de Municípios do Médio Tietê.  
BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social.  
CEPAM – Centro de Planejamento e Administração Municipal.  
CES – Conselho Estadual de Saúde.  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite.  
CIS – Consórcio Intermunicipal de saúde de Penápolis.  
CISA - Consórcio Intermunicipal de saúde de Penápolis.  
CIT – Comissão Intergestores Tripartite.  
CMS – Conselho Municipal de Saúde.  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.  
COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde.  
DIR – Diretoria Regional de Saúde.  
ERSA – Escritório Regional de Saúde.  
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação.  
GPAB – Gestão Plena de Atenção Básica.  
GPABA – Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.  
GPSM – Gestão Plena de Sistema Municipal.  
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde.  
NOB – Norma Operacional Básica.  
PAB – Piso de Atenção Básica.  
PABA – Piso de Atenção Básica Ampliada.  
PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde.  
PNI – Programa Nacional de Imunização.  
PPI – Programação Pactuada Integrada.  
PSF – Programa de Saúde da Família.  
SEADE – Fundação Estadual de Análise de Dados.  
SES – Secretaria Estadual de Saúde.  
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais.  
SIH – Sistema de Informações Hospitalares.  
SIOPS – Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde.  
SNA – Sistema Nacional de Auditoria.  
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.  
SUS – Sistema único de Saúde.  
USP – Universidade de São Paulo.

## **Apresentação**

O processo de descentralização da provisão dos serviços de saúde no Brasil levou a um significativo incremento das atividades e da participação dos municípios na provisão dos mesmos. A legislação, desde a Constituição de 1988, a Lei Orgânica da Saúde e as Normas Operacionais do Ministério da Saúde, definiu uma modelagem de descentralização que colocou os municípios no centro das responsabilidades pela execução dos serviços de saúde. Estes receberam apoio técnico e financeiro das demais instâncias de governo, dentro de uma lógica de construção de um sistema, que busca ser unificado no seu conjunto de ações, formando uma rede descentralizada, organizada hierarquicamente em níveis de complexidade crescentes, de tal sorte que possa atender as premissas da universalidade e integralidade previstas na Carta Magna.

Se por um lado os Municípios tiveram forte influência e responsabilidade na execução destas tarefas, os Estados por sua vez experimentaram uma perda significativa de suas funções executivas e não alcançaram sua finalidade de organização de sistemas regionais hierarquizados. Nesta lacuna, entre a necessidade de provisão de serviços capazes de atender a sua demanda, em caráter integral, e a ausência de uma rede organizada em nível regional, os municípios buscaram alternativas para alcançarem serviços de maior complexidade no nível ambulatorial e hospitalar.

Os consórcios intermunicipais em saúde aparecem neste cenário como uma das alternativas de organização regional capaz de superar estas dificuldades.

Entretanto se claro está que os consórcios resultam em vantagens para os municípios consorciados e sua população, como apontam alguns estudos, (Cruz:1992, Gil:1998, Schneider:1998), as razões da sua indução e da sua sustentabilidade necessitam de maior investigação.

Consórcios Intermunicipais em Saúde, se apresentam como uma possibilidade real e atual para organização de sistemas de saúde em nível regional ou como forma de superação de necessidades locais. Alguns dos seus aspectos motivaram esta dissertação.

O estudo destaca como uma questão preliminar o fato de existirem diversas regiões do país onde motivações como ganho de escala, racionalidade técnica e ampliação da oferta de serviços, seriam obtidos com a formação de consórcios, que no entanto, não são constituídos. Por outro lado, estes se formam em regiões onde as coalizões políticas são organizadas nesta direção e são observadas condições especialmente favoráveis para a sua formação.

O estudo de caso sobre o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Penápolis - CISA - evidencia exemplarmente, um caso índice, o primeiro consórcio intermunicipal de

saúde do Brasil, que vem funcionando regularmente a mais de quatorze anos. Serviu de referência para a organização de diversos outros consórcios de saúde no país e, ao longo de tantos anos, com diversas mudanças de administração nas prefeituras locais, se manteve ativo e ampliando sua oferta de serviços.

O presente estudo pôde revelar aspectos significativos da história da formação do CISA, inclusive por seu ineditismo, que mostra a pactuação do convênio do SUDS, entre a Secretaria de Estado de São Paulo e o consórcio, envolvendo os sete municípios em conjunto, fato sem paralelo, relatado, na história recente do sistema de saúde nacional.

Mostramos também que no ambiente político partidário há uma permanente continuidade de atores ao longo dos anos, que sugere a permanência de um ambiente político local favorável a manutenção do consórcio, ao mesmo tempo em que o CISA, na referência feita pelos entrevistados, representa uma estrutura já consolidada e incorporada ao cotidiano dos municípios, com uma capacidade efetiva de atender as demandas dos participantes.

## **Introdução:**

A atual configuração da assistência pública à saúde no Brasil.

O modelo de atenção à saúde no Brasil, no final da década de 70 e início dos anos 80 sofreu significativa alteração, impulsionado por um ambiente de mudança política no plano interno, e por uma nova concepção de saúde no plano internacional.

No final da década de 70 o governo autoritário já não conseguia responder as necessidades sociais da população, em busca de valores universais de cidadania, direito e justiça, obrigando ao governo maior preocupação com a área social, ampliando a cobertura, inclusive na saúde. Draibe (1989) qualifica as políticas sociais neste período como residuais e meritocrático-corporativas, estando os direitos sociais vinculados ao sistema previdenciário.

A exemplo do incrementalismo acontecido no sistema de cobertura previdenciária, houve ampliação da oferta, ainda que de forma parcial e por concessão da estrutura governamental, nos termos *da cidadania regulada* (Santos,1989), para um sistema mais abrangente. A agenda da reforma sanitária foi progressivamente sendo fortalecida e permitiu a ampliação da oferta de serviços para além dos “segurados”. Há nesta época, uma incorporação progressiva da população aos serviços médicos e uma crescente oferta de serviços assistenciais.

A sociedade caminhava em direção a uma cidadania plena, que incorporasse direitos civis, políticos e sociais (Marshall,1967), de forma que as necessidades sociais fossem atendidas, progressivamente, em sua plenitude.

No plano internacional se realizou, em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, antiga URSS, que conclamou a todos os governos a executarem uma política de saúde de caráter universal e coletiva, centradas em cuidados primários de saúde e numa ação intersetorial de políticas públicas que visam o bem estar do indivíduo e da coletividade. Esta discussão impulsionou o movimento transformador da reforma sanitária e ampliou o debate na sociedade brasileira sobre as necessidades de mudanças no ambiente político de forma permitir maior inclusão das pessoas no acesso aos bens e serviços públicos e na conquista de direitos universais.

As mudanças continuaram, no plano interno, e em 1982 foi criado o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária, que buscou implementar as Ações Integradas de Saúde – AIS, ao mesmo tempo em que ocorreram eleições gerais para as prefeituras, em todo o País, onde se observou um ambiente de grande fortalecimento político da oposição ao regime militar e, de redemocratização progressiva da nação brasileira.

Em 1986, impulsionado pelo movimento da reforma sanitária, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação de diversos setores da sociedade

brasileira, de trabalhadores, técnicos da área da saúde políticos, pesquisadores, movimentos populares, que apresentou em seu relatório final, uma série de recomendações visando a universalidade e integralidade das ações de saúde e, o fortalecimento da descentralização destas ações, como estratégia da consecução de seus objetivos.

Em meados de 1987 foi estabelecido o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde com a finalidade de ampliar as Ações Integradas de Saúde e possibilitar uma descentralização mais acentuada dos serviços a serem oferecidos à população.

Em 1988 foi criado pela nova Constituição, o Sistema Único de Saúde (SUS), que amplia o conceito de saúde e o estabelece em novas bases, agora como um direito universal de cidadania e dever do Estado, sua provisão plena. São de relevância pública as ações e serviços de saúde para essa finalidade e deverão se realizar através de uma rede pública de serviços, integrada num sistema único, complementada pelo setor privado. Sua gestão deverá ser descentralizada e com participação da comunidade.

Esta nova conformação do sistema de saúde brasileiro a partir da Constituição de 1988 e a legislação infra constitucional, levaram a uma grande mudança nas relações entre as esferas de governo, obrigando a um efetivo exercício do pacto federativo. A descentralização da política de saúde no Brasil seguiu, nos anos 90, sob uma direção fortemente municipalista, com vista a uma efetiva implementação de acesso universal da população e maior controle pelos cidadãos usuários do sistema, dos serviços públicos ou contratados.

Aos Municípios ficou delegada a responsabilidade da prestação de serviços à população com o necessário apoio técnico e financeiro dos governos Federal e Estaduais. Há na Lei 8080/90 a previsão de uma série de atribuições comuns às três esferas de governo (art.15), da prestação de cooperação técnica e financeira da União aos Estados e Municípios (Art.16, XIII), cabendo aos Estados “promover a descentralização, para os municípios, dos serviços e das ações de saúde”, e “prestar apoio técnico e financeiro aos municípios ...” (Art.17, I e III). Aos Municípios, “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde” e “participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual” (Art.18, I e II).

Este incremento nas atividades municipais levaram a um significativo aumento da participação dos municípios na provisão dos serviços de saúde e a uma separação entre financiamento e provisão entre os níveis de governo conforme demonstrado que, no período de 1980 a 1993, os Municípios e os Estados passaram de 31% para 42% de participação nas receitas disponíveis pela federação (Costa et al, 1999). No mesmo período, os Municípios

registraram um crescimento específico de participação de 9% para 16% das receitas públicas, segundo os dados da Tabela 1.

Tabela 1

Evolução da receita disponível por esfera de governo (em porcentagem). Brasil, 1980/88/93.

Ano	União(%)	Estados(%)	Municípios(%)
1980	69	22	9
1988	62	27	11
1993	58	26	16

Fonte: Afonso, Silva (1995).

Essa repartição das receitas nacionais sustentou o crescimento relativo da gestão dos municípios.

Dentro desta mesma perspectiva verificamos que os municípios incorporaram progressiva e rapidamente as ações e serviços, como podemos extrair da Tabela 2 com um grande incremento dos estabelecimentos de saúde sob gestão municipal(Costa et al, 1999).

Tabela 2

Evolução do número de estabelecimentos de saúde do setor público por esfera administrativa. Brasil, 1981/88/92.

Ano	Federal	Estadual	Municipal	Total
1981	3.764 (28%)	6.890 (50%)	2.961 (22%)	13.615 (100%)
1988	1.978 (9%)	10.643 (50%)	8.851 (41%)	21.472 (100%)
1992	1.387 (5%)	7.043 (26%)	18.622 (69%)	27.092 (100%)

Fonte: IBGE/AMS (1981/88/92).

Este crescimento permitiu o desenvolvimento dos sistemas municipais de saúde e seu conseqüente fortalecimento no cenário político, ao mesmo tempo em que uma série de normas emanadas pelo Ministério da Saúde, esvaziaram as funções dos Estados. Neste aspecto, conforme afirma Soares (*apud* Lima,1999:13), em países de estrutura federativa, a descentralização assume formas específicas, já que é característica dos próprios sistemas federados a difusão de poder e autoridade em muitos centros, de modos que o governo nacional e os subnacionais tenham poderes únicos e concorrentes para governar sobre o mesmo território e as mesmas pessoas. O estabelecimento de um contrato federativo é o passo

inicial para se constituir uma federação, conforme definido por Daniel Elazar (1987:5) *apud* Abrúcio (1998):

“O termo ‘federal’ é derivado do latim *foedus*, o qual [...] significa pacto. Em essência, um arranjo federal é uma parceria, estabelecida e regulada por um pacto, cujas conexões internas refletem um tipo especial de divisão do poder entre os parceiros, baseada no reconhecimento mútuo da integridade de cada um e no esforço de favorecer uma unidade especial entre eles”

No campo da saúde este aspecto ainda é confuso, visto que o Ministério de Saúde utiliza de sua posição privilegiada no financiamento do sistema, para determinar práticas políticas e induzir Estados e Municípios a adotá-las por meio de alocação específica de receitas na transferência de recursos, embora, por outro lado, tenha criado mecanismos de pactuação política com as demais esferas de governo subnacionais.

As chamadas Normas Operacionais foram os instrumentos utilizados pelo Ministério da Saúde para detalhar o novo desenho institucional, seguindo as mudanças políticas introduzidas neste novo ambiente.

A Norma Operacional Básica – SUS 01/1991 definiu uma nova sistemática de transferências financeiras, criando a figura de Estados e Municípios habilitados, implicando em compromissos regionais e locais, na gestão de serviços públicos e na instituição de Fundos Municipais de Saúde ou conta bancária especial, para recebimento das transferências federais e na formação de Conselho Municipal de Saúde.

A instituição da Norma Operacional Básica 01/93, de cunho fortemente municipalista, trouxe inúmeras inovações, introduziu a figura da habilitação por níveis de gestão (incipiente, parcial e semi-plena), de acordo com a capacidade institucional, controle sobre a rede assistencial e o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde.

No tocante ao financiamento, estabelece um novo patamar que demarca a separação financiamento/provisão ao introduzir a transferência direta e automática de recursos, aos habilitados na gestão semi-plena, em tetos previamente definidos e mediante o cumprimento de um conjunto de compromissos de aumento da responsabilidade governamental. Desta forma são fortalecidas as funções dos governos municipais para a compra de serviços junto aos prestadores privados para o atendimento de clientela SUS. Nesta condição os municípios assumiam como responsabilidades e prerrogativas:

- planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados;
- controle de toda rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual;

- execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador;
- recebimento mensal do total dos recursos financeiros para custeio, correspondente aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos;

E assumiam como requisitos:

- manifestar o interesse em assumir estas responsabilidades e dispor de condições técnicas e materiais para assumi-las;
- comprovar o funcionamento regular do Conselho Municipal de Saúde;
- demonstrar o funcionamento do Fundo Municipal de Saúde;
- apresentar anualmente Plano Municipal de Saúde atualizado;
- apresentar anualmente Relatório de Gestão atualizado;
- comprovar anualmente a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Municipal para a saúde;
- elaborar de Plano de Carreira, Cargos e Salários;
- firmar Termo de Compromisso aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde com metas para um período de um ano, com indicadores de resultados a serem avaliados;
- manter o sistema de informações atualizado aos bancos de dados nacionais, incluindo procedimentos ambulatoriais e hospitalares;

Com isto a NOB/93 inaugurou uma normalização do setor, tanto no aspecto da descentralização como na responsabilização das instâncias de governo.

A NOB/93 instituiu ainda, as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) que são fóruns de pactuação e decisão entre gestores, estaduais e municipais, para definição das políticas de saúde em cada estado, inclusive no aspecto da organização regional do sistema. No nível nacional, a NOB estabeleceu a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) como fórum de pactuação e decisão entre as três esferas de governo, contando com representação dos Municípios, dos Estados e da União, significando este processo, um grande avanço nas relações entre as esferas de governo e, se constituindo num verdadeiro exercício de pactuação federativa. Vale ressaltar que as decisões em cada nível devem ser homologadas por seus respectivos Conselhos de Saúde.

Se por um lado a NOB/91 se caracterizou por uma baixa adesão dos municípios, por seu baixo grau de incentivo, não havendo sanção aos não habilitados e sem modificação nos repasses aos prestadores que não aderiram à norma, a NOB/93 promoveu grande adesão dos

municípios, conforme dados do Ministério da Saúde, de 1996, demonstrando que de um total de 4.973 municípios 65,05% estavam habilitados numa das modalidades de gestão, sendo 49,38% em gestão incipiente, 12,85% em gestão parcial e 2,86% em gestão semi-plena.

Com a instituição da NOB 01/1996 o processo de habilitação municipal foi reduzido a duas modalidades de gestão, Gestão Plena de Atenção Básica – GPAB – e Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM – ao nível dos municípios, sendo previstos para os Estados a Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual.

A NOB/96 representou um marco importante na instituição de nova modalidade de transferências financeiras, ao instituir o Piso da Atenção Básica. Foi definido um piso per capita nacional mínimo, portanto em bases populacionais, de forma que os municípios habilitados em qualquer das modalidades de gestão têm direito a um quantitativo de recursos financeiros, para cobrir uma série de procedimentos, definidos como de atenção básica, proporcional à sua população. O recebimento é automático, independente de produção, variando de um mínimo de R\$10,00, até R\$18,00 per capita / ano, para os municípios que já desenvolviam ações básicas de saúde em valores correspondentes a essa variação. Com isso pode-se perceber uma maior autonomia dos municípios, e uma melhor alocação de recursos, visto que muitos municípios do país se situavam em valores médios de atenção básica abaixo dos dez reais.

A NOB/96 também introduziu uma mudança no modelo assistencial, com a implementação de incentivos dirigidos ao Programa de Saúde da Família – PSF – e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS - , ampliando a assistência ao espaço domiciliar. Em seu texto verificamos em diversas passagens que a NOB/96 incorpora uma concepção ampliada de saúde buscando operacionalizá-la, com um novo enfoque indutor do modelo de atenção à saúde. A lógica aqui estabelecida é da efetiva organização da gestão com ênfase na direção única e na construção de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

Além disso incorpora o enfoque epidemiológico como o motor do processo de atenção visando a integralidade das ações, “... *deve resultar na ampliação do enfoque do modelo atual, alcançando-se assim, a efetiva integralidade das ações. Essa ampliação é representada pela incorporação, ao modelo clínico dominante (centrado na doença), do modelo epidemiológico, o qual requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes ...*”(M.S., 1996) . O indivíduo, o coletivo, o meio ambiente e os comportamentos interpessoais são reforçados como elementos centrais do novo enfoque, e a dinâmica do espaço onde as relações se estabelecem, e os diversos atores políticos atuam, passa a ter a importância estratégica.

Neste processo de incorporação e valorização das ações calcadas na epidemiologia, a NOB/96 cria um Teto Financeiro de Vigilância Sanitária e um Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma definir e direcionar as ações de saúde neste campo.

Outro instrumento introduzido pela NOB/96 como forma de planejamento e de regulação entre os sistemas municipais foi a Programação Pactuada Integrada – PPI, atribuindo responsabilidades a Municípios e Estados e norteando o planejamento ascendente e regionalizado. *“A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS...”*(M.S., 1996). A PPI representou um importante instrumento no estabelecimento de pactos intermunicipais e regionais. Sua efetivação se deu através de documento firmado entre os gestores, mediado pelos Estados, com aprovação nas Comissões Intergestores Bipartites. Permitiu fundamentalmente uma programação na assistência, onde ficou claro quais procedimentos estavam sendo pactuados, a forma de acesso da população e o mecanismo de transferência financeira de um município para o outro.

Esta indução e as possibilidades aí existentes, se constituíram, de fato em importante instrumento de programação regional, melhorando em muitas regiões o fluxo de recursos e serviços ofertados a população. Entretanto não logrou êxito a constituição de uma efetiva rede regionalizada de serviços, capaz de atender as necessidades demandas para cada região.

Isto porque se trata, na verdade, de um tipo de planejamento ascendente sujeito a um teto orçamentário que restringe o atendimento ao conjunto das demandas e impõe escolhas.

Afora isso, não trata da cobertura da saúde suplementar, que é por sua vez um setor sob regulação estatal e dotado de subsídios fiscais.

Como inovação, na busca de romper ainda mais com as transferências por produção, a NOB/96 previu um Índice de Valorização de Resultados para o teto financeiro estadual, mediante impactos positivos sobre as condições de saúde da população e, da mesma forma, um Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária. Embora previstos não foram implementados.

A implementação do Piso de Atenção Básica, instituído pela NOB/96, se deu através da Portaria nº1882/GM de 18 de dezembro de 1997, e foi efetivado a partir de janeiro de 1998 quando começou a habilitação, de Estados e Municípios, nos termos desta Norma. Isto aconteceu um ano após a publicação da NOB. Este fato foi relevante e merece destaque, porque foi fruto de um impasse na Comissão Intergestores Tripartite, entre seus participantes, sobre o valor a ser estabelecido como o mínimo per capita nacional do Piso de Atenção

Básica (PAB). Na reunião em que foi estabelecido este valor os representantes dos municípios, através do CONASEMS, o consideraram baixo mas ainda pior o fato do processo de descentralização já estar interrompido há um ano com graves repercussões para todo o sistema.

Nesta definição e composição ficou estabelecido que o PAB é composto “de uma parte fixa destinada à assistência básica e de uma parte variável relativa a incentivos para o desenvolvimento de ações de atenção básica à saúde”, sendo os últimos destinados às ações básicas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, à Assistência Farmacêutica Básica, aos Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família, e de Combate às Carências Nutricionais.

Este conjunto de elementos levou a uma grande adesão dos municípios a habilitação à NOB/96 num grau efetivamente superior ao dos Estados, revelando um maior comprometimento dos gestores municipais e seu protagonismo na política setorial. Representou um reflexo da orientação municipalista da política de saúde vigente, que teve forte indução nas Normas Ministeriais. O quadro 1 revela esta diferença de comportamento entre Estados e Municípios em relação à NOB/96.

Quadro 1

Comparativo de Habilitação na NOB/96 entre Estados e Municípios no período Dez 98 a Dez 2000.

<i>Tipo de Gestão</i>	<i>DEZ/98</i>	<i>DEZ/99</i>	<i>DEZ/00</i>
Município Atenção Básica	4.600	4.854	4.927
Município Plena de Sistema	449	496	523
Estado Gestão Avançada	01	04	04
Estado Gestão Plena	01	01	04

Fonte: Ministério da Saúde.

Podemos afirmar que desde o momento em que o processo de habilitação foi desencadeado, em 1988, os Municípios tiveram forte adesão ao mesmo, com um incremento progressivo. Ao mesmo tempo, os Estados se mantiveram com uma baixa adesão ao longo dos anos.

Isto revela uma baixa capacidade institucional dos Estados ou uma falta de estímulo específico no conteúdo da Norma.

Mesmo para o tipo de gestão onde as exigências institucionais são menores, Estado em Gestão Avançada, não observamos esta adesão. E a habilitação de municípios, que é uma das exigências da Norma, como podemos ver, não se constituiu em impeditivo.

Ao verificarmos a adesão dos municípios por tipo de gestão, distribuídos nos diversos Estados brasileiros nos deparamos com o quadro demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3

Habilitação de municípios, segundo a NOB/96, em dezembro de 2000.

ESTADO	TOTAL DE MUNIC.	PLENA DE ATENÇÃO BÁSICA		PLENA DE SISTEMA MUNICIPAL		TOTAL DE MUNICÍPIOS HABILITADOS	
		MUNIC.	%	MUNIC.	%	MUNIC.	%
AC	22	16	72,73	1	4,55	17	77,27
AL	101	86	85,15	14	13,86	100	99,01
AM	62	53	85,48	6	9,68	59	95,16
AP	16	13	81,25	1	6,25	14	87,50
BA	415	398	95,90	12	2,89	410	98,80
CE	184	155	84,24	29	15,76	184	100,00
ES	77	42	54,55	35	45,45	77	100,00
GO	242	227	93,80	15	6,20	242	100,00
MA	217	170	78,34	44	20,28	214	98,62
MG	853	776	90,97	55	6,45	831	97,42
MS	77	68	88,31	8	10,39	76	98,70
MT	126	125	99,21	1	0,79	126	100,00
PA	143	106	74,13	33	23,08	139	97,20
PB	223	217	97,31	6	2,69	223	100,00
PE	185	171	92,43	14	7,57	185	100,00
PI	221	220	99,55	1	0,45	221	100,00
PR	399	386	96,74	13	3,26	399	100,00
RJ	91	71	78,02	20	21,98	91	100,00
RN	166	155	93,37	10	6,02	165	99,40
RO	52	41	78,85	11	21,15	52	100,00
RR	15	14	93,33	1	6,67	15	100,00
RS	467	454	97,22	10	2,14	464	99,36
SC	293	273	93,17	20	6,83	293	100,00
SE	75	75	100,00	0	0,00	75	100,00
SP	645	480	74,42	159	24,65	639	99,07
TO	139	135	97,12	4	2,88	139	100,00
<b>BRASIL</b>	<b>5.506</b>	<b>4.927</b>	<b>89,48</b>	<b>523</b>	<b>9,50</b>	<b>5.450</b>	<b>98,98</b>

Fonte: SAS, Ministério da Saúde.

Observamos a grande adesão dos municípios, em quase sua totalidade, com uma distribuição uniforme em quase todos os Estados, a exceção do Acre com 77,27% e Amapá com 87,50%, estando todos os outros com mais de 95% dos municípios habilitados.

Entretanto, esta habilitação é muito mais significativa na Gestão Plena de Atenção Básica (89,48%) do que em Gestão Plena de Sistema, o que revela ainda uma baixa capacidade institucional da maioria dos municípios ou incentivos inadequados contidos na NOB.

Verificamos também, que a NOB/96 em diversos trechos reforçava a necessidade da construção de um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, fundamentado na relação entre gestores, sobretudo gestores municipais, que são responsáveis pela execução dos serviços e pela relação direta com os usuários do sistema. Mas mediada pelo gestor estadual, de forma consolidar estruturas micro-regionais ou regionais de saúde.

A NOB/96 amplia desta maneira as possibilidades do consorciamento entre municípios e facilita a relação entre os municípios nos consórcios já existentes, inclusive criando mecanismos regulares de pactuação, como a PPI, e clareando as formas de transferências financeiras entre gestores para o custeio de ações acordadas, que sempre representaram uma dificuldade relatada por gestores municipais. Inclusive de como fariam para prestarem contas a outras instâncias como os Tribunais de Contas dos Estados. Permitiu ainda, uma clara definição das atribuições no campo da auditoria, controle e avaliação dos serviços ofertados, incluindo a responsabilização do gestor estadual na mediação e intervenção nas divergências intermunicipais.

A NOB/96 foi importante instrumento de ajuste do sistema, no direcionamento de um novo modelo de atenção à saúde, no estabelecimento dos papéis de cada esfera de governo e na aproximação das relações entre gestores, reforçando a necessidade de uma pactuação constante, num ambiente marcado por um dinamismo intenso onde se busca a implementação de uma política única através de entes federados distintos com poderes definidos e diversos.

Entretanto esta prática, de pactuação, ainda corrente e em permanente ajuste e tensão, levou a novos arranjos em cada nível de governo.

Com a descentralização em direção aos municípios ficou evidente o seu fortalecimento político e institucional. Estados experimentaram um esvaziamento no seu papel e apresentam grande dificuldade em retomar sua finalidade organizadora do sistema em nível regional. Por sua vez, a União começou a induzir políticas, segundo sua ótica, utilizando seu poder financiador de grande parte do sistema, com a expedição de normas, que embora pactuadas, o foram, ainda com conteúdo divergente, e nem sempre revelaram, na prática, aquilo que se esperava por seus conteúdos.

Ficou clara assim, a necessidade de uma nova definição das atribuições de cada esfera de governo neste novo arranjo institucional, especialmente na organização de sistemas regionais.

Observamos que a municipalização vem ocorrendo com baixa regulação e pouca definição no estabelecimento de responsabilidades nas relações entre Municípios, Estados e União. Evidentemente que em paralelo ao aumento de responsabilidade dos municípios e da maior autonomia, a baixa capacidade institucional de inúmeros deles, aliada a um financiamento inadequado e sem o necessário apoio tecnológico, de recursos humanos e organizacional, levaram os municípios a buscarem formas alternativas de solução para seus problemas e à resolução de suas demandas, com modelos inovadores na gestão, dentre eles o do consórcio intermunicipal em saúde.

A ação dos gestores para a consecução da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, determinou uma realidade dinâmica e uma necessidade permanente de interação entre gestores públicos, numa conjugação de esforços contínuos para a realização destes objetivos.

Paralelo a este processo assistimos a sociedade avançar no plano democrático, ampliando as áreas de atuação onde os direitos individuais e coletivos são debatidos e buscados como um bem social.

Os Conselhos de Saúde se tornaram palco de disputa entre diversos segmentos sociais, passaram a ter uma atuação crescente, influenciando, em maior ou menor grau, as ações políticas em âmbito municipal e estadual, de forma garantirem os seus direitos. Outros Conselhos passaram a ter a saúde como um tema central para consecução de seus objetivos, como o Conselho dos Idosos, da Criança e Adolescente, de Mulheres, demandando cada vez mais dos gestores, uma resposta efetiva às suas necessidades para uma atenção universal e integral.

Outras estruturas da sociedade trouxeram para primeiro plano o direito, à cidadania e as suas relações, como os PROCONs, Conselhos Tutelares, onde o debate para a conquista da cidadania plena, e neste contexto, o do conceito ampliado de saúde, emerge a todo instante.

Uma demanda crescente para gestores de saúde, inclusive nas suas relações institucionais.

A falta de orientação e modelagem política a ser seguida no plano regional, levaram os municípios a buscarem modelos alternativos e cooperativos que dessem conta da sua realidade. Como afirmamos, os Consórcios são uma destas alternativas. Por conta de experiências exitosas, que se tornaram vitrine do processo e, pela existência, em muitos casos de ambiente propício, assistimos um grande desenvolvimento deste tipo de cooperação entre municípios.

## Capítulo 1

### Os consórcios e a organização regional da oferta de serviços

Os consórcios, em sua grande maioria, surgiram para dar conta das necessidades específicas de oferta de serviços de saúde nos municípios, ou como forma de regionalizar a assistência à saúde. Buscam superar as deficiências na assistência, notadamente na área de consultas médicas de especialidades, exames de média e alta complexidade e terapias diversas, sem estarem, para tanto, necessariamente subordinados à gestão estadual, como no modelo prevalente da década de 80. Neste período, os governos estaduais atuavam através de escritórios regionais, intermediando o acesso a serviços mais qualificados, sendo grande a ingerência dos representantes estaduais na política local.

Verificamos que o processo de descentralização, da forma como aconteceu, favoreceu o amadurecimento e o crescimento da atuação política dos municípios, seja através de suas entidades, os COSEMS (Conselho de Secretários Municipais de Saúde) e CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) ou via cooperação intermunicipal, institucionalizada ou não. De toda forma resultou numa ação mais organizada dos municípios, especialmente nos fóruns de pactuação política, as Comissões Intergestores Bipartites e Tripartite, que paulatinamente foram assumindo importância crescente no processo decisório setorial.

Entretanto, o baixo comprometimento da maioria dos governos estaduais, deixou um vazio na formação de sistemas regionais. Seja na organização de efetivos sistemas de saúde, ou na indução à regionalização da saúde. Também no seu papel de financiamento, em custeio e investimentos, ficaram aquém das necessidades reclamadas por municípios e regiões. Em maior ou menor grau, a participação dos Estados se deu na forma de cooperação técnica.

As funções de cooperação técnica desenvolvidas pelas SES (Secretarias Estaduais de Saúde) podem explicar em associação à maior participação das SES após 1998, os resultados de pesquisas recentes onde as SES são consideradas pelos Municípios como parceiros mais diretos na gestão do que o próprio Ministério da Saúde, considerados mais pelas suas funções de financiamento (SILVA & DRAIBE, 2001).

Mesmo a área de controle e avaliação não demonstrou um crescimento significativo por parte dos Estados ou no seu repasse de tecnologia, neste setor, aos Municípios.

Neste cenário, seja por necessidade de resolver os problemas advindos da falta de estrutura na assistência ou por orientação política à cooperação regional os municípios buscaram alternativas para atender plenamente as necessidades de seus cidadãos. Nesse processo alguns Estados passaram a induzir à formação de consórcios com incentivos e

financiamento de estruturas regionais voltadas para assistência de média a alta complexidade, como no caso de Minas Gerais, onde a excessiva dependência dos recursos financeiros revelou fragilidades políticas locais e comprometeu a sustentabilidade destas parcerias.

Outros consórcios surgiram do amadurecimento político de seus líderes, na mesma tentativa de superar problemas comuns, principalmente na área de assistência médica especializada, de média e alta complexidade, buscando ao Estado como cooperador e financiador deste processo. Nesta construção há consórcios destinados exclusivamente a um aumento da oferta de serviços especializados e outros que buscam uma estruturação regional hierarquizada a partir da existência de uma rede mínima em cada município participante, definição de rotinas comuns, captação de clientela pela rede básica e uma rede de referência organizada.

Por fim, existem consórcios, como no caso do Mato Grosso onde a cooperação do Governo Estadual favoreceu a sustentabilidade das parcerias locais (Guimarães, 2001).

O Ministério da Saúde, no ano de 1997, traduz em dois documentos, “1997 – O Ano da Saúde no Brasil, Ações e Metas Prioritárias” e “O Consórcio e a Gestão Municipal em Saúde”, sua posição política, entendendo este tipo de organização como um “importante instrumento de articulação entre os sistemas municipais...” (M.S., 1997:5), e orientando ao seu estímulo como forma de acelerar o processo de descentralização e habilitação de municípios, notadamente na Gestão Plena de Sistema Municipal. Mesmo a previsão da formação de consórcios de saúde interestaduais está contemplada na avaliação do Ministério da Saúde.

Entretanto não se configurou, no seguir dos anos, um efetivo estímulo à formação de consórcios por parte do Ministério da Saúde e, nenhum tipo de indução política, nos moldes das previstas na NOB/96, foi estabelecido.

A formação de consórcios intermunicipais aconteceram por razões e motivações de ordem local, ainda que em alguns casos contassem com ajuda estadual.

O termo consórcio é de uso difundido, associado a formação de grupos para aquisição de bens, como automóveis e eletrodomésticos.

Consórcio intermunicipal está definido na legislação desde a Constituição de 1937 (Gil,1998), com a previsão do agrupamento de municípios, dotado de personalidade jurídica, para exploração de serviços públicos em comum. A finalidade nestes sempre foi a da associação e união em torno de interesses e benefícios aos consorciados.

Verificamos ainda, que o tema consórcio fez parte de discussão política regional na Paraíba no ano de 1955, no I Congresso Estadual dos Municípios Paraibanos e, foi motivo de estudo jurídico, em direito administrativo, em 1958, pelo jurista Fernando Almeida, em artigo

publicado na Revista de Direito Administrativo da Fundação Getúlio Vargas do Rio de Janeiro (Gil,1998).

Desta maneira, os consórcios surgem como uma forma de cooperação entre municípios para a consecução de objetivos comuns, como conservação de estradas, pavimentação de ruas, intensificação de serviços agrícolas, etc. E inclusive na área da saúde para a provisão de serviços, administração hospitalar, entre outros.

Com finalidades diversas, os consórcios não obedecem, via de regra, a mesma lógica. Estão subordinados aos interesses locais e regionais, à condições sinérgicas que favoreçam o seu desenvolvimento.

Alguns consórcios, como o CISA de Penápolis, na área da saúde, tiveram forte efeito indutor para outros municípios e regiões. Seu pioneirismo e efeito inovador na gestão logo recebeu a atenção de estudiosos no assunto e da mídia, provocando um “efeito vitrine”, que resultou no desencadeamento de inúmeras trocas de experiência em diversas regiões do país.

## 1.1 Aspectos jurídicos dos consórcios

Os aspectos jurídicos foram discutidos por Carvalho e Santos (1994) ressaltando que os consórcios intermunicipais em saúde estão previstos na Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

“Art. 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.

§ 2º. No nível municipal, o Sistema Único de Saúde – SUS poderá organizar-se em distritos de forma integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde”.

Outra lei também faz a previsão sobre consórcio intermunicipal na área da saúde, a Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

“Art. 3º. Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta Lei serão repassados de forma regular e automática para os municípios, estados e distrito federal de acordo com os critérios previstos no art. 35 da lei 8080, de 19 de setembro de 1990:

§ 3º. Os municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta Lei”.

É interessante ressaltar que a Lei nº 8080/90 seguiu o espírito emanado pela Reforma Sanitária, que foi traduzido no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde e firmado na Constituição de 1988. Entretanto sofreu os vetos do então Presidente da República Fernando Collor de Melo, distorcendo o conjunto de seus propósitos. Seu ideário foi recomposto, após significativa pressão política de diversos setores da sociedade e de partidos políticos, com a edição da Lei nº 8142/90 que, além de tratar das transferências intergovernamentais e da participação da comunidade, colocou a figura do consórcio como uma possibilidade legal.

Santos (2000), conceitua consórcios como acordos despersonalizados, firmados entre entidades públicas da mesma espécie ou do mesmo nível para a consecução de objetivos de interesse comum, Município com Município, Estado com Estado, Autarquia com Autarquia.

Podem se unir para o desenvolvimento de atividades comuns ou para a implementação de programa de interesse de todos os consorciados. Neste mesmo estudo Santos ressalta a definição com relação aos convênios afirmando que o consórcio difere do convênio quanto às pessoas que o firmam, pois no convênio podem associar-se pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado uns com os outros, conforme o interesse de cada um. O convênio tem um campo de abrangência mais amplo, mais diversificado, sendo utilizado comumente, o que já não ocorre com consórcios, que exigem que os interessados sejam pessoas jurídicas públicas de igual natureza jurídica ou do mesmo nível de governo.

Como nos ensina Di Pietro (1999), na elaboração do consórcio é aplicável a Lei nº 8.666/93, que rege as licitações e contratações públicas, e face as suas finalidades, a mesma torna-se inexigível.

Existe, entretanto, um debate jurídico sobre a necessidade da constituição ou não de uma personalidade jurídica para a execução do consórcio, onde alguns juristas defendem a criação de uma personalidade jurídica, uma entidade civil ou comercial para administrar o consórcio. Outros entendem não haver esta necessidade, bastando a escolha dentre os municípios participantes, de um, que assuma esta tarefa de responder pelo consórcio, administrando suas atividades e bens, prestando contas aos demais consorciados. Estas duas posições têm amparo legal devendo a escolha recair sobre uma delas, sendo instituída após análise de cada caso. O Ministério da Saúde na cartilha “O Consórcio e a Gestão Municipal” (1997) sugere a formação de uma sociedade civil sem fins lucrativos para a gestão dos consórcios.

Por outro lado já existe um consenso sobre a necessidade do comportamento administrativo dos consórcios corresponderem como a de qualquer órgão público, estando submetido às mesmas regras como licitações e concursos, por se tratar de uma associação de órgãos públicos gerindo dinheiro público e prestando serviço público.

Silva (2000) ressalta que o Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais em pronúncia sobre o assunto em 1996 admitiu a possibilidade da instituição de pessoa jurídica de direito privado para gerir o consórcio, tendo entretanto, que se submeter a todas as regras do serviço público.

A Emenda Constitucional nº19, de 04 de junho de 1998, que trata da Reforma Administrativa estabeleceu no Art. 241. “A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei, os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos”.

Esta Emenda trouxe para o plano constitucional a figura do consórcio, consolidando o pensamento associativista de muitos administradores que vêm neste tipo de cooperação, uma saída racionalizada para boa parte das dificuldades que encontram no exercício da gestão. A Emenda explicita, de forma clara seus participantes, “entes federados”, associados ao conceito de gestão e, definindo em regra geral as bases da cooperação, delegando à legislação infra constitucional sua regulamentação. Esta nova redação constitucional representa um importante impulso aos consórcios no País, especialmente ao facilitar a adoção de estruturas e regimes mais flexíveis na gestão regional da saúde.

Por outro lado, encontra-se em debate no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 1071/1999 do Deputado Rafael Guerra e outros que “Dispõe sobre normas gerais para a celebração de consórcios públicos, nos termos da Emenda Constitucional nº 19/97”, que pretende regulamentar a matéria e dirimir possíveis impasses. Entretanto a análise de seu conteúdo mostra que, longe de tratar de “normas gerais”, se refere a detalhes sobre a formação de um consórcio. Diz que os consórcios só poderão ser celebrados mediante autorização legislativa. Trata do objeto do consórcio e fixa a obrigatoriedade de se criar pessoa jurídica de direito privado para gerir os consórcios. Afirma que deverá ser organizada, esta pessoa jurídica, sob a forma de sociedade civil sem fins lucrativos, concedendo a estas entidades os mesmos privilégios fiscais conferidos às entidades filantrópicas. Determina a forma de contratação de pessoal, trata dos órgãos de direção e administração do consórcio.

Regulariza o afastamento de servidores, fixa regras sobre a dissolução, cotas partes, penalidade, prestação de contas e forma de deixar de pertencer ao consórcio, entre outras questões. Lenir Santos (2000) considera que o projeto de Lei é inadequado e afeta a competência dos Estados e Municípios para disporem sobre a matéria, de forma complementar e exaustiva.

## 1.2 Os consórcios de saúde no Brasil

O desenvolvimento de consórcios intermunicipais em saúde no Brasil teve impulso a partir de 1993, embora existam relatos de consórcios desde 1986 como na região de Conchas e o da região de **Penápolis**. Os objetivos para sua formação são os mais diversos, tendo recebido apoio institucional dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde em diversos estados e, de Governos Estaduais, em maior ou menor grau. O Ministério da Saúde, com o advento da Norma Operacional Básica nº 01 de 1996 - NOB 01/96, facilitou em diversos aspectos este tipo de cooperação e em 1997, nos documentos citados, passou a orientar sua formação como estratégia de descentralização e organização em nível regional.

Os diversos estudos realizados abordam os consórcios de saúde no Brasil sob ângulos variados. Tem sido propostas atualmente alternativas voltadas a corrigir os déficits da municipalização. De um lado, via iniciativa da cooperação local de municípios que manifestam entre si esta necessidade - os consórcios intermunicipais. De outro, a indução, via regionalização, coordenada pelas Secretarias Estaduais, revigoradas no cenário político com as eleições de 1998 e, defendida por alguns autores.

Naturalmente existem experiências que combinam os componentes locais com os relacionados à indução estadual e outras que colocam os consórcios como uma esfera política de atuação regional, em verdadeira autonomia em relação aos municípios que dele fazem parte, numa intermediação com o nível estadual.

Na expectativa da superação das dificuldades da municipalização, em especial a da configuração de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, o Ministério da Saúde editou recentemente, a *Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios*

Esta nova Norma certamente terá repercussões na organização de consórcios e sobre os já existentes e merece especial atenção. Trataremos desta questão mais adiante, onde apresentamos um tópico específico sobre a NOAS e suas relações com os consórcios.

O sucesso dos consórcios tem sido destacados em diversos estudos (Cruz:1992, Gil:1998, Schneider:1998). Um ponto comum nestes relatos se refere as vantagens da associação. Outro fator está na proliferação destas parcerias, onde podemos observar um aumento crescente, conforme verificamos na tabela 4.

Tabela 4

Consórcios Intermunicipais em Saúde, distribuição por Estados, no período de outubro de 1997 a dezembro de 1998.

<b>Região / Estado</b>	<b>Total de Consórcios 10/97</b>	<b>Total de Municípios 10/97</b>	<b>Total de Consórcios 04/98</b>	<b>Total de Municípios 04/98</b>	<b>Total de Consórcios 12/98</b>	<b>Total de Municípios 12/98</b>
<b>Norte</b>	-	-	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>8</b>
Acre	0	0	0	0	0	0
Amapá	0	0	0	0	0	0
Amazonas	0	0	0	0	0	0
Pará	0	0	0	0	0	0
Rondônia	0	0	1	8	1	8
Roraima	0	0	0	0	0	0
Tocantins	0	0	0	0	0	0
<b>Nordeste</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>38</b>
Alagoas	0	0	0	0	0	0
Bahia	0	0	0	0	0	0
Ceará	0	0	0	0	0	0
Maranhão	0	0	0	0	0	0
Paraíba	1	10	1	10	4	38
Pernambuco	0	0	0	0	0	0
Piauí	0	0	0	0	0	0
Rio Grande	0	0	0	0	0	0
Sergipe	0	0	0	0	0	0
<b>Sudeste</b>	<b>82</b>	<b>945</b>	<b>80</b>	<b>906</b>	<b>88</b>	<b>931</b>
Espírito Santo	5	47	4	37	7	42
Minas Gerais	63	725	66	769	71	789
Rio de Janeiro	0	0	1	13	1	13
São Paulo	14	173	9	87	9	87
<b>Sul</b>	<b>23</b>	<b>405</b>	<b>34</b>	<b>619</b>	<b>38</b>	<b>656</b>
Paraná	16	280	16	273	20	310
Rio Grande	2	51	9	130	9	130
Santa	5	74	9	216	9	216
<b>Centro-Oeste</b>	<b>3</b>	<b>26</b>	<b>17</b>	<b>150</b>	<b>12</b>	<b>107</b>
Distrito	0	0	0	0	0	0
Goiás	0	0	0	0	3	28
Mato Grosso	3	26	6	72	9	79
Mato Grosso	0	0	0	0	0	0
<b>Brasil</b>	<b>109</b>	<b>1.386</b>	<b>122</b>	<b>1.615</b>	<b>143</b>	<b>1740</b>

Fonte: Ministério da Saúde. \* Neste caso estão considerados municípios que fazem parte de mais de um consórcio.

Os consórcios representam um grau de descentralização que busca dar consequência aos preceitos do SUS de regionalização e hierarquização. São inovações do setor público que podem ser incluídos entre iniciativas que embora não se associem no plano político à Reforma do Estado, geram soluções organizacionais que se afastam do modelo típico da administração direta. Têm permitido uma verdadeira construção de sistemas regionais pactuados, respeitando o fluxo natural da demanda existente, corrigindo distorções e orientando para maior racionalidade no uso dos serviços. Ademais as coalizões feitas em torno dos consórcios,

de uma maneira geral, tem aumentado a cooperação política entre os participantes sendo capaz de superar tradicionais disputas nesta área.

Outros ganhos tem sido percebidos, além dos associados com a oferta de serviços, tanto no nível hospitalar como de serviços médicos de especialidades, diagnose de média e alta complexidade e recursos terapêuticos. Os municípios envolvidos acabam por estruturar sua rede, segundo sua capacidade, diminuindo a ociosidade e otimizando seus serviços, criam fluxos regulares de referência, capaz de orientar a demanda a um uso mais racional dos recursos disponíveis e, com captação da clientela a partir de unidades primárias. Na sua relação com o setor privado passam a atuar como verdadeira agência de regulação do mercado, evitando distorções na compra de serviços isolados pelos municípios, especialmente em localidades menores, onde as instituições públicas representam o principal comprador de serviços e financiador de ações de saúde. Há também um significativo ganho político que aumenta a coalizão para além do setor saúde.

Estes modelos de consórcios disputam, na arena política, uma predominância pela forma de sua organização, havendo um efervescente debate e troca de experiências entre os modelos existentes e aquelas regiões que estão buscando se organizar em torno de um projeto desta natureza.

Recentemente assistimos aos Governos Estaduais revigorarem sua participação neste cenário político, principalmente após as eleições de 1998, onde nas várias regiões do país, Secretários Estaduais são oriundos do movimento municipalista e, portanto mais afeitos a sua realidade, passaram a intervir no processo de regionalização.

São duas as principais tendências no setor, para a organização do sistema no plano regional, e ambas incluem significativa presença estadual. A livre associação de municípios que se organizam segundo características políticas próprias e com uma regionalização que respeita estas mesmas características, e de outro lado, uma indução estadual que busca uma regionalização, segundo uma repartição territorial na lógica verticalizada do estado.

Ambas experiências tem se difundido no país, ora com estados que apóiam a livre organização de municípios, atuando de forma complementar e solidária ao processo de organização regional e, havendo outras experiências onde Estados são estimuladores da formação de consórcios dentro de uma lógica de regionalização onde as “cooperações” são centradas e dependentes dos estímulos financeiros advindo dos estados, como no caso de Minas Gerais.

Do estudo de Gil (1998) destacamos a observação de que há uma variação significativa no percentual de municípios consorciados e a população coberta, nos estados analisados, conforme mostra a tabela 5.

Tabela 5

Municípios consorciados e população coberta, por estado, 1997.

Estado	Pop. Total	Mun. Tot	Consórcio existente	Mun. Consorciados	%	Pop. Coberta	%
MG	16.673.097	853	54	636	75	9.694.504	58
MT	2.235.832	126	05	66	52	961.596	43
PB	3.305.616	223	01	10	4,5	82.618	2,5
PR	9.003.804	399	16	274	69	4.214.947	47
RS	9.637.682	467	2	55	12	890.621	9,0
SC	4875.244	293	5	84	29	847.093	17
SP	34.120.886	645	8	79	12	1.900.135	5,6
Total	79.852.161	3006	91	1204	40	18.591.514	23

Fonte: Gil:1998 (modificada). População IBGE 1996.

É interessante salientar ainda que destes municípios, 95% tem menos de 50 mil habitantes, sendo 60% com menos de 10 mil habitantes, o que nos permite afirmar se tratar de uma cooperação típica de cidades de pequeno porte, com vistas a superação de problemas comuns que sozinhos não conseguiriam resolver.

Não há ainda no país uma única capital que pertença a consórcio, embora municípios de grande porte adotem este tipo de associação.

Os estudos analisados demonstram que de uma forma geral, os consórcios de saúde no Brasil se organizam em torno de assistência especializada, serviços de diagnose e terapia, constituindo-se como uma sociedade civil de direito privado, com sua execução seguindo regras públicas conforme já consagrado na opinião de diversos juristas. A sua estrutura decisória é centrada num Conselho de Prefeitos e a gerencial em um órgão executivo – secretaria ou curador.

Por outro lado, no que tange o financiamento, observamos nos estudos existentes que municípios se cotizam para a manutenção da estrutura de funcionamento e para a provisão de serviços, ao mesmo tempo em que executam estes serviços numa base municipal recebendo transferências do SUS. A existência de um ente privado – consórcio – que executa serviços, leva a uma separação da estrutura de financiamento pelos municípios envolvidos e a própria provisão pelo ente consórcio. Da mesma forma os Estados atuam no financiamento dos consórcios e induzem e/ou regulam as atividades existentes. A União, embora tenha previsão

legal de sua participação, como aliás em todo o Sistema, deverá atuar no financiamento direto e indireto dos consórcios.

A regulação e participação social de um modo geral está prevista, ora como acompanhamento das próprias atividades do município via Conselho Municipal de Saúde, ora por formação de um Conselho Intermunicipal de Saúde.

Diversas experiências tem se mostrado duradouras e vêm se sustentando ao longo dos anos, sendo necessário verificar nas razões da sua indução, sustentabilidade, a manutenção da coalizão e da cooperação, e se podem fixar um padrão de consórcios e de políticas capazes de criar uma modelagem replicáveis a outras situações.

Recorremos ao estudo de um caso exemplar no sentido de desvendar com a maior precisão, as razões da cooperação política nos consórcios – o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Penápolis - CISA.

### 1.3 O novo modelo de regionalização e os consórcios.

O Ministério da Saúde ao editar a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, busca superar déficits na implementação do SUS, notadamente no processo de construção de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, capaz de garantir acesso e atenção universal e integral à população.

Esta questão passa a ter fundamental importância no presente estudo porque seu conteúdo modifica as relações hoje existentes entre municípios, entre Municípios e Estados, e certamente afetará o modelo de cooperação regional aqui estudado. Assim, cabe aqui uma apresentação-resumo da NOAS e nossa avaliação de possíveis impactos sobre os consórcios intermunicipais de saúde.

Na sua introdução, o documento apresenta uma avaliação do que é entendido como aspectos positivos e obstáculos, ao processo de regionalização. Como positivo, refere que os Estados avançaram na organização de “redes articuladas e resolutivas” com a implementação da programação pactuada integrada (PPI), de Centrais de Regulação, melhoria do controle e avaliação e, a organização de consórcios intermunicipais. Além da própria formulação e implementação de planos regionais.

Como obstáculo, aponta a complexidade do sistema federativo brasileiro, onde “... *os três níveis de governo são autônomos, sem vinculação hierárquica...*” e, a heterogeneidade dos municípios, que apresentam capacidade de governo distintas e possuem sistemas de saúde mais ou menos organizados, tendo alguns, se estabelecidos como pólo de atenção regional. Por isto, geram dificuldade administrativa face os limites municipais ou estaduais.

Ao nosso ver, é importante o reconhecimento dos consórcios como um ponto positivo na construção de sistemas regionais, mas é a única menção no documento, que estabelece mudanças importantes no relacionamento entre os diversos participantes, como veremos adiante, e nos parece uma mudança de posição do Ministério da Saúde em relação ao que já havia afirmado nos documentos anteriores sobre consórcios (MS,1997).

Além disso, não nos parece um problema, a conformação da estrutura federativa brasileira, com sua autonomia, pois esta é justamente o que caracteriza um sistema federativo, desde que nitidamente definidas as funções dos entes federados onde segundo Lijphart (1999), o federalismo expressa uma divisão consagrada e legítima do poder entre governos central e regionais e expressa de modo mais completo a noção de descentralização.

Como proposta para superação dos déficits, aponta o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Este

processo deverá obedecer uma lógica de planejamento integrado e noções de territorialidade, na conformação de sistemas funcionais de saúde.

A NOAS define que cada Estado deverá instituir um Plano Diretor de Regionalização, consoante com o Plano Estadual de saúde e submetido à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Conselho Estadual de Saúde (CES). Para este Plano, são definidos uma série de requisitos mínimos.

Deverá ainda contemplar o acesso a qualquer nível de atenção diretamente ou mediante referências intermunicipais.

A NOAS ainda define os seguintes “conceitos-chaves”:

- região de saúde;
- módulo assistencial;
- município sede do módulo assistencial;
- município pólo do módulo assistencial;
- unidade territorial de qualificação na assistência à saúde;

O Plano Diretor de Regionalização, deverá ainda contemplar as prioridades de intervenção, um plano de investimentos, o papel de cada município, mecanismos de referências e estratégias de regulação do acesso e a necessidade de referências para outros estados.

Não verificamos aqui nenhuma incompatibilidade com a modalidade de organização regional por consórcios, e no caso do CISA de Penápolis poderá facilitar ainda mais as relações existentes, e contemplar um plano de investimentos não definido.

Esta NOAS estabelece um novo tipo de habilitação para os municípios a - Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPABA, definindo áreas de atuação estratégica mínima, como condição para habilitação:

- o controle da tuberculose e a eliminação da hanseníase;
- o controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus;
- a saúde da criança e da mulher;
- a saúde bucal;

Estabelece ainda uma ampliação do grupo de procedimentos do PAB, a serem cobertos pelo PAB-Ampliado com um acréscimo no valor a ser recebido pelos municípios, exceto os que hoje já recebem um PAB fixo em valor superior ao PAB-Ampliado.

Para a habilitação ao PAB-Ampliado, serão contemplados os municípios habilitados na NOB 01/96, que tiverem aprovados pela CIB e CIT os seguintes requisitos:

- plano municipal de saúde vinculado à programação físico-financeira;

- abastecimento regular dos bancos de dados nacionais do SUS;
- avaliação dos indicadores do pacto de atenção básica;
- assumir as responsabilidades para a GPABA;

A NOAS passa a definir um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade, como primeiro nível de referência intermunicipal, em atenção ambulatorial e hospitalar. Os municípios deverão apresentar esta oferta para se habilitarem como município sede de módulo assistencial, incluindo assistência às urgências, em ginecologia, endodontia, exames laboratoriais, de RX e ultra-sonografia, fisioterapia e internações nas clínicas básicas. Este conjunto amplia o escopo de atendimento mínimo que um município precisa ofertar para se fixar como uma referência intermunicipal.

Estas ações serão contempladas com financiamento federal adicional, com base em um valor per capita nacional, a serem acrescidos nos tetos financeiros estaduais, em caráter progressivo de acordo com as aprovações pela CIT das microrregiões de saúde. Aqui ressaltamos, que tem sido expediente usual do Ministério da Saúde, a vinculação das habilitações que implicam no aumento de teto financeiro, à disponibilização de recursos, gerando algumas vezes, fila de espera. Entretanto, recursos adicionais como o previsto, poderão facilitar o processo de regionalização e de cobertura assistencial, especialmente onde o consórcio já é uma realidade, como o CISA Penápolis, onde os recursos são otimizados na sua aplicação.

A definição das microrregiões de saúde deverá contemplar um conjunto de procedimentos normativos definidos na NOAS. Neste conjunto de procedimentos, dois itens merecem destaque:

- vinculação de toda população de cada município da microrregião a um único município-sede de módulo assistencial, de forma que cada município integre somente um módulo assistencial e os módulos assistenciais cubram toda a população do estado;
- habilitação dos municípios-sede de módulo assistencial em Gestão Plena do Sistema Municipal e de todos os demais municípios da microrregião na condição de Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada;

Neste particular o documento busca estabelecer, primeiro, a vinculação de toda uma população regional a um único município, o que nos parece um problema, pois boa parte dos municípios se vinculam a municípios diferentes numa mesma região, em função da oferta existente e vínculos históricos já estabelecidos. Segundo, o município para ser sede de um módulo assistencial deverá ofertar uma série de procedimentos definidos em anexo da NOAS, nem sempre disponíveis ou conveniente de sê-los em seu próprio território, especialmente em

exames de análises clínicas. E, terceiro, e que nos parece o maior problema, o processo de habilitação dos municípios dentro de uma mesma região. Aqui, a Norma define que o município-sede deverá ser habilitado na Gestão Plena de Sistema Municipal, e todos os demais serem habilitados na Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada. Desta forma, esta norma é um contra-senso ao processo de descentralização e à própria NOB/96 que pretende aprimorar, que propugnou uma habilitação na Gestão Plena do Sistema Municipal, tendo sido feito um grande esforço, por parte de muitos municípios, para alcançarem este modelo de gestão. Neste caso haveria um retrocesso no uso de recursos fundo a fundo e conflitos ou situações conflituosas onde o gestor municipal já negocia autonomamente com os provedores nos termos da condição do sistema municipal.

Certamente já existem diversos municípios habilitados em Gestão Plena de Sistema numa mesma região, e a cumprirem o que pede a NOAS, deverão retroagir a uma modalidade de habilitação de menor autonomia. É o caso do CISA Penápolis, onde dos sete municípios que dele participam, três se encontram em gestão Plena de Sistema, sendo um deles Penápolis, sede do consórcio.

Não há dúvida que existe aqui um equívoco na formulação da Norma, pois a prevalecer esta forma, haveria um retrocesso no processo até hoje implantado e, no plano operacional, sua aplicação encontrará toda sorte de resistência.

Esta norma define também a organização de serviços de média complexidade, compreendendo um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares, que não justificam sua oferta em todos os municípios. Esta organização será definida pelo gestor estadual no Plano Diretor de Regionalização, garantindo o acesso aos serviços através da PPI. O financiamento destas ações segue o modelo per capita para cada grupo de atividades.

Diferentemente do exigido para a organização das referências intermunicipais no módulo assistencial, no caso de referências das demais ações de média complexidade, admite-se que um mesmo município as encaminhe para mais de um pólo de média complexidade, de acordo com o estabelecido na PPI.

Com relação à política de atenção de alta complexidade/custo no SUS a NOAS coloca como responsabilidade do Ministério da Saúde a definição de normas nacionais, controle do cadastro nacional de prestadores de serviços, vistoria de serviços, definição do elenco de procedimentos de alta complexidade, definição de mecanismos de acesso para referências interestaduais e financiamento das ações. Este financiamento se dará com recursos do Teto Financeiro de Assistência dos Estados e do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC. Ao Ministério da Saúde caberá ainda, a responsabilidade solidária de garantia do acesso aos procedimentos de alta complexidade, junto com os estados. Estes por sua vez serão

responsáveis pela gestão da política de alta complexidade em seu território, cabendo entretanto aos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal as atividades inerentes aos mesmos relativos aos serviços de alta complexidade instalados em seu território.

Nos municípios habilitados em Gestão Plena de Atenção Básica-Ampliada, que tenham serviços de alta complexidade a gestão e relacionamento com prestadores são de responsabilidade do estado, podendo ser delegada ao município.

Podemos verificar que esta Norma irá incrementar as atividades das Comissões Intergestores Bipartites, face um conjunto de definições de cunho operacional necessitem de acordos entre municípios e estados, sendo este o fórum mais adequado de pactuação.

Outra questão trazida pela NOAS é a explicitação de responsabilidades, por nível de governo, na garantia do acesso aos serviços, pela população referenciada.

Além da responsabilidade solidária do Ministério da Saúde aos Estados e Distrito Federal, já mencionada, coloca da mesma forma a responsabilidade solidária dos Estados aos Municípios, na garantia das referências intermunicipais, trazendo como instrumento um Termo de Compromisso para Garantia de Acesso a ser formalizado entre o estado e município. Este instrumento, visa a garantia de acesso da população dos outros municípios, tendo como base o pacto da PPI e com previsão de revisões periódicas, face o dinamismo dessas relações.

Esta inovação vai preencher uma lacuna existente no processo de descentralização e irá facilitar as relações entre municípios, uma vez que estabelece regras para as referências e níveis de arbitramento.

Nesta mesma direção a NOAS define que unidades hospitalares sob gerência de um nível de governo e gestão de outro, habilitado em gestão plena do sistema, deverão assinar um Termo de Compromisso, com cláusulas mínimas, visando a contratualização dos serviços oferecidos e para possibilitar uma mudança na forma de pagamento desses serviços que deixam de ser por produção e passam a receber pelo conjunto de metas estabelecidas. Estes procedimentos lembram as características básicas da administração pública gerencial (Bresser & Spink, 1998), de metas para a obtenção de resultados e contrato de gestão como instrumento de controle de gestores públicos.

A Norma faz referência explícita ao processo de controle, avaliação e regulação da assistência, que deverá ser exercida pelos três níveis de governo. Estes procedimentos deverão avaliar o funcionamento do sistema de saúde, tendo como orientação a promoção da equidade no acesso e na alocação de recursos, utilizando como instrumento básico o Relatório de Gestão. Este processo deverá estar também orientado para os cidadãos, verificando a satisfação dos usuários, a qualidade dos serviços ofertados e os resultados obtidos na

melhoria dos níveis de saúde. No campo financeiro pressupõe a avaliação calcada no interesse público, especialmente na relação com prestadores privados a serem contratados, a observação da legislação específica e o acompanhamento dos orçamentos públicos.

Embora toda a concepção do sistema único de saúde, tenha como meta a melhoria das condições de vida da população, aqui verificamos que itens como satisfação dos usuários e resultados calcados na qualidade e níveis de saúde da população são melhor explicitados.

O documento define critérios de habilitação e desabilitação de estados e municípios, considerando a NOAS como uma norma atualizadora das condições de gestão estabelecidas na NOB SUS 01/96. Para os municípios estabelece dois tipos de gestão:

- Gestão Plena de Atenção Básica-Ampliada – GPABA;
- Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM;

Aos municípios de Gestão Plena de Atenção Básica-Ampliada, destacamos entre outras, as seguintes responsabilidades e prerrogativas:

- elaboração de Plano Municipal de Saúde que contemple a Agenda de Compromisso Municipal e Quadro de Metas;
- ofertar os procedimentos de atenção básica ampliada;
- cadastro de usuários com vistas à implantação do Cartão Nacional do SUS;
- avaliação permanente de impacto das ações de saúde;
- elaboração de relatório de gestão anual aprovado pelo CMS;
- transferência regular e automática de recursos referente ao PABA;
- gestão de todas as unidades básicas de saúde;
- transferência regular e automática dos recursos do PAB variável;

E como requisitos para esta mesma modalidade de gestão destacamos, além das comprovações das responsabilidades acima:

- comprovar o funcionamento do CMS e do Fundo Municipal de Saúde;
- comprovar alimentação do SIOPS, dos recursos de contrapartida, nos termos da Emenda Constitucional nº29;
- capacidade no desenvolvimento de ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- submeter-se à avaliação da SES na oferta do Elenco de Procedimentos Básicos Ampliado – EPBA e ao Pacto de Atenção Básica de 2001 e subseqüentes;

Observamos que a Norma introduz novas responsabilidades aos gestores municipais, na direção de um maior vínculo com seus usuários, através de um planejamento que

contemple metas pactuadas de indicadores de saúde e seus resultados. Também a formação de uma base de dados de caráter familiar, a sistematização das informações orçamentárias e financeiras, além da ampliação da base da oferta assistencial.

Aos municípios que solicitarem sua habilitação à Gestão Plena do Sistema Municipal destacamos as seguintes responsabilidades e prerrogativas:

- elaboração de Plano Municipal de Saúde que contemple a Agenda de Compromisso Municipal e Quadro de Metas
- gestão de todo sistema municipal, ressalvados as unidades estatais de hemonúcleos/hemocentros e laboratórios de saúde pública;
- cadastro de usuários com vistas a implantação do Cartão Nacional do SUS;
- avaliação permanente de impacto das ações de saúde e meio ambiente;
- garantia de atendimento para sua população e a referenciada nos moldes da PPI e firmada em Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso;
- integração dos serviços às centrais de regulação;
- transferência regular e automática de recursos, per capita, para cobertura dos procedimentos executados, caso seja sede de módulo assistencial;
- transferência direta no Fundo Municipal de Saúde dos recursos federais nos limites programados, de acordo com o Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso;

E como requisitos a esta modalidade de Gestão além das comprovações das responsabilidades:

- desempenho satisfatório na gestão da atenção básica após avaliação da SES, aprovação da CIB e homologação da CIT;
- firmar o Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso com a SES;
- componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria;
- elaboração e implementação da PPI com alocação de recursos expressos;
- cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento de serviços sob sua gestão e avaliação do impacto das ações sobre a saúde;
- comprovar alimentação do SIOPS, dos recursos de contrapartida, nos termos da Emenda Constitucional nº29;
- disponibilidade orçamentária para o pagamento de prestadores;

Aos municípios habilitados na Gestão Plena, além do que destacamos acima para os habilitados na Gestão Básica Ampliada, verificamos um aprofundamento nos aspectos da organização da gestão e no seu planejamento. Ressalta a necessidade de formalização da

garantia de acesso aos usuários de outros municípios e, a submissão à SES e à CIB, dos resultados obtidos na atenção à saúde da população. Outra preocupação firmada é com a explicitação dos recursos pertencentes ao sistema de referência, que sempre foi obscuro e causa de conflitos regionais, e a disponibilidade orçamentária e financeira de recursos para a saúde.

Neste particular a Norma avança na regulamentação da garantia do acesso e na explicitação dos recursos destinados a assistência de referências. Mesmo em sistemas com alto grau de pactuação e confiabilidade, como o CISA Penápolis, estes componentes do processo de regionalização trarão maior transparência e facilitarão a convivência entre os participantes.

Quanto ao processo de habilitação do Estados a NOAS define duas modalidades de gestão:

- Gestão Avançada do Sistema Estadual;
- Gestão plena do Sistema Estadual;

Para a habilitação nas duas modalidades de gestão a NOAS define um conjunto de responsabilidades, que dentre elas destacamos:

- coordenação do sistema re referências intermunicipais;
- cooperação técnica e financeira aos municípios na organização e execução do SUS no estado;
- execução de atividades de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto nos municípios em Plena de Sistema Municipal;

Como requisitos para esta habilitação, além da comprovação das responsabilidades, destacamos os seguintes itens:

- apresentar Plano Estadual de Saúde aprovado pelo CES com os seguintes conteúdos mínimos:
  - a) Quadro de Metas compatível com a Agenda de Compromissos;
  - b) PPI de ações ambulatoriais e hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e controle de doenças, saneamento, pesquisa e desenvolvimento tecnológico e de educação e comunicação em saúde;
  - c) Estratégias de descentralização para os municípios;

- d) Estratégias de regionalização;
- e) Plano Diretor de Regionalização;

- Alimentar com dados financeiros do estado o SIOPS correspondentes à contrapartida, nos termos da Emenda Constitucional nº29;
- Transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados;
- Comprovar a descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças;

Verificamos que os Estados tem uma responsabilidade melhor definida que na NOB/96 para a formulação e execução do processo de regionalização, reafirmando a orientação da descentralização aos municípios da gestão das atividades finalísticas e, passa definir as informações de caráter financeiro como primordial ao processo.

Quanto aos Estados que se habilitarem à Gestão Avançada do Sistema Estadual e na Gestão Plena do Sistema Estadual, destacamos que nas atribuições específicas de responsabilidades, prerrogativas e requisitos não houve modificações em relação à NOB/96, mantendo os Estados como normalizadores do processo de regionalização, a flexibilização, pela Bipartite, dos valores referenciais da tabela SUS e as necessidades de habilitação de municípios em percentuais diversos.

A NOAS introduz também cláusulas punitivas, a Estados e Municípios que infringirem sua normatização. Estão elencadas em dois níveis: desabilitação e suspensão de repasses financeiros.

A desabilitação de municípios cabe a CIB com homologação da CIT. E serão desabilitados quando:

- descumprirem as responsabilidades assumidas;
- irregularidade na alimentação dos bancos de dados nacionais;
- cobertura vacinal menor que 70% do preconizado pelo PNI;
- insuficiência de alguns procedimentos básicos estratégicos, definidos pelo MS;
- não firmarem o Pacto de Indicadores da Atenção Básica;
- apresentarem irregularidades identificadas pelos componentes estadual ou nacional do Sistema Nacional de Auditoria (SNA);
- não cumprir o Termo de Compromisso de Garantia de Acesso;

A suspensão imediata das transferências financeiras federais quando houver:

- não pagamento dos prestadores de serviços até 60 dias após apresentação da fatura;

- falta de alimentação dos bancos de dados nacionais por 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados;
- indicação de suspensão por auditoria realizada pelo componente estadual ou nacional do Sistema Nacional de Auditoria (SNA);

Desta forma, além de determinar punições, acaba por estabelecer prazos, inclusive para a relação com o setor privado, estabelece um conjunto de metas a serem cumpridas.

Os Estados, da mesma forma, serão desabilitados pela CIT quando não cumprirem as responsabilidades assumidas e terão suspensos os recursos financeiros federais quando houver:

- não pagamento de prestadores de serviços até 60 dias após a apresentação da fatura;
- indicação de suspensão por auditoria realizada pelo componente nacional do SNA, homologada pela CIT apontando irregularidades graves;

Ao verificarmos as disposições transitórias da Norma, vemos a possibilidade dos municípios que hoje se encontram habilitados na Gestão Plena de Sistema Municipal de acordo com a NOB/96, se habilitarem em Gestão Plena do Sistema Municipal da NOAS.

Como vimos acima, há aí estabelecido um conflito imediato, que precisará ser sanado.

A presente Norma certamente provocará modificações nas relações entre municípios e entre estes e os estados. Apesar de não explicitar no todo o modelo de regionalização a ser adotado, as regras definidas apontam para uma determinada direção que tem na figura do gestor estadual, o orientador deste modelo. Há uma flexibilidade relativa no processo de pactuação, que serão debatidos nas CIBs, e certamente vão permitir a construção de modelos mais próximos das realidades regionais.

A existência hoje de processos de regionalização diferenciados, e dentro destes, os sistemas cooperativos como os consórcios intermunicipais de saúde, certamente sofrerão os reflexos da implantação desta norma nos termos em que está colocada. Cremos que alguns obstáculos, esta Norma apresenta para a continuidade ou a formação de novos consórcios no Brasil, a depender de como os estados se comportarão e de como o jogo político entre estados e municípios vai se expressar.

De toda sorte há de se ter um aprofundamento destas discussões nos planos estaduais, regionais e entre municípios de forma que se possa almejar construir um modelo de atenção regional, que dê conta da diversidade e da pluralidade do nosso território e, efetivar os princípios estabelecidos para o Sistema Único de Saúde.

## Capítulo 2

### Metodologia.

Recorremos a um Estudo de Caso. Trata-se de um caso bem sucedido, pela sua capacidade de difusão, que mostra as possibilidades de funcionamento deste tipo de cooperação. O Caso Penápolis é exemplar, sendo esta cooperação, consórcio, na área da saúde, o mais antigo do Brasil, e em atividade até hoje.

É um caso estudado, mas os estudos não deram conta da dinâmica da cooperação política na sua vasta experiência. É um consórcio de freqüente expressão entre os dirigentes de saúde no Brasil.

Foco do estudo foi:

- a) remontar a história do CISA, até hoje não disponível de modo sistemático;
- b) caracterizar o arranjo institucional (as regras do jogo);
- c) descrever a percepção dos gestores associados;
- d) analisar o financiamento e oferta de serviços;
- e) descrever a dinâmica operacional do CISA;
- f) traçar o panorama político partidário;

A pesquisa se baseou na coleta de dados qualitativos por meio dos seguintes instrumentos e procedimentos:

a) Pesquisa documental :

- Documentos do CISA – Ata da Assembléia de Fundação do CISA, Ata de Assembléia da AMTÊ, Estatuto inicial e modificações, Regimento Interno inicial e modificações, Decreto nº 2149 de 16/11/89 de Penápolis, Decreto nº 90 de 14/12/90 de Penápolis, Ata de Assembléia da Santa Casa de Penápolis de 10/05/91, Contrato entre a Prefeitura de Penápolis e a Santa Casa e termos aditivos, Documento proposta ao BNDES, Contrato do CISA com o BNDES, Convênio da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo e o CISA, Anais da 1ª Conferência Municipal de Saúde de Penápolis, I Relato de Experiências do CISA, Demonstrativo de produção de serviços do CISA, Demonstrativos financeiros do CISA, Balanço Anual do CISA de Prestação de Contas, Demonstrativo da folha de pessoal e de pagamentos do CISA,

- Documentos das Câmaras Municipais – Leis autorizativas das Câmaras de vereadores dos sete municípios do CISA, Documento informativo dos vereadores, prefeitos e vices dos sete municípios do CISA. Conferência de dados e correções pelas informações da Fundação Estadual de Análise de Dados – Seade, do Governo de São Paulo. ([www.seade.gov.br](http://www.seade.gov.br), acessado pela última vez em 26/08/2001).
- Jornais – Diário de Penápolis de 16/07/98, 22/08/98, 20/11/98, 21/11/98; Jornal Interior de 23/08/98; Folha de São Paulo de 28/07/97.

b) Bases de dados :

- Sistema de informações ambulatoriais – SIA/SUS/MS;
- Sistema de informações hospitalares – SIH/SUS/MS;
- Sistema de informações do SINASC/MS;
- Sistema de informações SIOPS/MS;
- Sistema de informações SIM/MS;
- Cadernos de Atenção Básica/MS;
- AMS;
- IBGE;
- Secretaria de estado de Saúde de São Paulo;
- CEPAM;

c) Entrevistas diversas com dirigentes atuais e da fase inicial da formação do CISA, que foram considerados como fontes históricas, obedecendo os seguintes critérios:

- Dirigentes atuais – utilizado roteiro semi-estruturado com saturação do tema (Anexo I). Foram entrevistados todos os Secretários Municipais de Saúde ou Dirigentes máximos da saúde de cada um dos municípios que participam do CISA e da Coordenação atual;
- Fontes históricas – utilizado roteiro semi-aberto enfatizando as motivações iniciais do CISA (Anexo II). Foram entrevistados dois prefeitos da fase inicial do CISA, um Coordenador do CISA, um Secretário Municipal de Saúde.
- Grupo focal de Conselheiros – entrevista semi-aberta com grupo de conselheiros municipais de saúde de Penápolis (Anexo III).

Na observação local foi realizada visita a todos os municípios que participam do CISA. Em cada município todas as unidades de saúde, exceto Penápolis, onde foram visitadas todas as unidades do CISA e algumas da rede própria municipal. Na observação foram verificados aspectos como limpeza e higiene das unidades, presença de filas de usuários e sua resolutividade, realizado contatos com funcionários e verificado o horário de funcionamento.

Na pesquisa bibliográfica foram levantados dezoito publicações que trataram do Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis; três teses de mestrado, quatro artigos de revista, um livro, dez outros documentos – relatórios e artigos. Além de outras publicações que tratam do tema consórcio.

## Capítulo 3

### O Caso Penápolis

O consórcio de **Penápolis** é um caso índice e sustentável ao longo de sua existência de mais de quatorze anos. Em que pesem estudos e descrições anteriores sobre esta experiência, em nenhum deles a ênfase foi dada às causas e efeitos políticos da cooperação.

A micro-região do Consórcio situa-se no Noroeste do Estado de SP e a população dos sete municípios soma 83.631 habitantes (IBGE, estimativas populacionais para 1997).

Penápolis, o maior município da micro-região, possui 52.433 habitantes e os demais possuem menos de 9.000 habitantes cada. A atividade econômica concentra-se na cana-de-açúcar, seguida pela pecuária extensiva havendo, desse modo, grande contingente de trabalhadores bóias-frias. A região é pobre mas a Taxa de Mortalidade Infantil vem diminuindo: 35,44 (1989); 33,74(1990); 29,04(1994); 26,77(1998), (DATASUS/MS). Segundo o IBGE (1991), o analfabetismo na região era de 25% , contra 22% do Estado de São Paulo.

A micro-região de Penápolis se situa a noroeste do Estado de São Paulo, a cerca de 523 Km da capital.

#### Quadro 2

---

Municípios do CISA, população (IBGE,1997), distância da sede e área territorial.

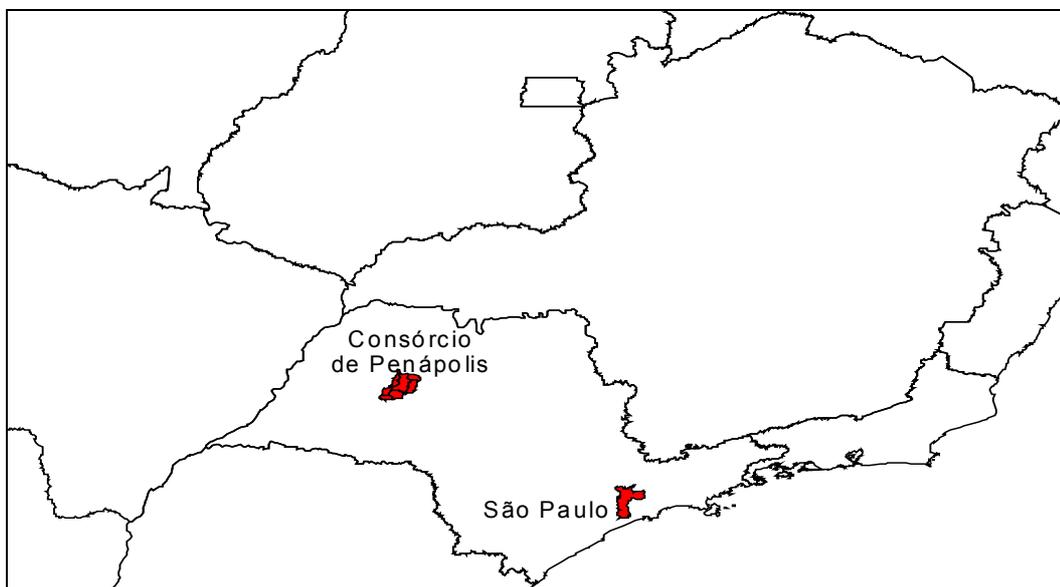
---

CIDADE	HABITANTES	DISTÂNCIA DA SEDE	ÁREA TERRITORIAL
Alto Alegre	4.308	16 Km	318 Km <sup>2</sup>
Avanhandava	8.462	12 Km	340 Km <sup>2</sup>
Barbosa	5.935	22 Km	205 Km <sup>2</sup>
Braúna	4.400	24 Km	196 Km <sup>2</sup>
Glicério	4.104	15 Km	274Km <sup>2</sup>
Luiziânia	3.989	35 Km	167 Km <sup>2</sup>
Penápolis	52.433	-	708 Km <sup>2</sup>
TOTAL	83.631	-	

Fonte: IBGE.

Figura 1

Mapa com o Estado de São Paulo, com destaque para a capital e o CISA Penápolis.



Fonte: IBGE

Figura 2

CISA Penápolis, municípios participantes e suas relações de fronteiras.



Fonte: IBGE

O quadro 2 revela a proximidade entre os municípios participantes e a sede Penápolis e, que Penápolis além de contar com uma população que é maior do que a soma de todos os outros, o seu território é pelo menos o dobro de qualquer outro município.

No campo educacional, que tem forte impacto na saúde das populações, apesar do índice de analfabetismo apontado acima, com dados de 1991, hoje podemos observar o seguinte quadro:

### Quadro 3

Municípios do CISA, estabelecimentos de ensino, anos de estudo e % de residentes sem instrução.

MUNICÍPIOS	Estab. de ensino*	Anos de estudo	Sem instrução
Alto Alegre	8	4,12	19%
Avanhandava	9	4,41	16%
Barbosa	6	3,96	20%
Braúna	4	4,54	19%
Glicério	4	4,29	18%
Luiziânia	4	4,07	22%
Penápolis	49	5,30	15%

Fonte: IBGE, 2000.

Ensino pré-escolar, fundamental e médio.

Neste quadro podemos observar que a exceção de Penápolis a média de anos de estudo da população geral, com mais de quatro anos de idade, nos municípios é bem próxima, mesmo Alto Alegre que dispõe de uma rede de ensino proporcionalmente maior. No campo dos sem instrução observamos que houve uma redução geral em relação ao ano de 1991, à exceção de Luiziana que apresenta taxa semelhante à anterior. Penápolis se destaca pelo seu número de estabelecimentos de ensino, uma melhor escolaridade e uma taxa menor de pessoas sem instrução.

Em todos os municípios se registra a presença de uma agência bancária e Penápolis conta com oito destes estabelecimentos.

A constituição do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS), se dá num momento de restabelecimento do Estado de Direito democrático do país. Na fase final do regime militar, com as primeiras eleições democráticas para os governos estaduais, no ambiente político do governo Estadual André Franco Montoro, cujo eixo político era democratização e descentralização. O governo estadual monitorava e apoiava o desenvolvimento de políticas

públicas locais através da Secretaria de Negócios do Interior e do CEPAM (Centro de Planejamento e Administração Municipal).

Em Penápolis assume o governo municipal, em 1983, o prefeito João D'Elia. Médico, que durante a campanha, entre outros compromissos, assumiu o de buscar soluções para as questões da saúde, que era uma forte reivindicação da população.

No plano local o município buscava ampliar a sua oferta de serviços de saúde e esbarrava na dificuldade dos estabelecimentos, em sua maioria, pertencerem ao governo Estadual ou ao INAMPS, gerando alguns conflitos com agentes locais e mesmo com alguns vereadores.

Neste período, dando seguimento às suas propostas de ampliação da oferta, o município conseguiu realizar um convênio com o Governo Estadual, para implantação de médico em unidades municipais (modalidade de convênio que visava fixar médicos no interior). O município também nesta ocasião, manifestou, perante o Estado, o desejo de assumir suas unidades.

No plano regional o então prefeito de Penápolis, João D'Elia, assumiu a presidência da Associação de Municípios do Médio Tietê – AMTÊ, que congregava prefeitos e vereadores de diversos municípios da região, inclusive os que vieram a fazer parte do consórcio, mas não só estes. Esta associação discutia os problemas regionais e os problemas comuns aos municípios. Dela saíram projetos de reforma agrária, que acabou virando um núcleo das Fazendas Reunidas, com 83 famílias, ao lado do município de Promissão e que foi acompanhada pela USP. Um projeto de aproveitamento de várzeas, um projeto de informática e um de saúde. Estes projetos foram apoiados pelo governo estadual através da Secretaria do Interior e do CEPAM, que propuseram, como modelo de organização, a figura do consórcio. Uma figura jurídica prevista na Constituição de São Paulo e que já havia sido implementada para criação de abelhas e de peixes. Desta discussão saíram os consórcios para recuperação de várzeas, um de informática destinado a fazer o cadastro fazendário dos municípios e prestar serviços e o de reforma agrária falado anteriormente.

No campo da saúde, Penápolis iniciou a ampliação de sua rede com a construção de postos de saúde periféricos e de um pronto socorro junto à Santa Casa, com o Governo Estadual apoiando através de convênios.

Na AMTÊ o debate da saúde se ampliou nas reuniões regionais, estimulados ainda mais pelos incentivos financeiros estaduais, culminando com uma reunião ampliada dos prefeitos, para a discussão da saúde em nível regional. Esta reunião contou com a participação do atual deputado estadual pelo PT Roberto Gouveia, e do deputado federal Eduardo Jorge

também do PT, além de representante do INAMPS local, da Secretaria Estadual de Saúde e outros.

Produto desta reunião foi a idéia, da formação de um distrito sanitário regional, com o controle por uma estrutura administrada pelos municípios.

Nesta ocasião o Estado já havia montado um ERSA (Escritório Regional de Saúde) em Penápolis abrangendo onze municípios em torno.

Para organizar essa estrutura regional o então prefeito de Penápolis convidou o Dr. Edson Keiji Yamamoto. Em discussão com os técnicos do CEPAM, propuseram a figura do consórcio, como aplicável à intenção manifestada pelos prefeitos, para a organização de nível regional, e que já era de conhecimento dos mesmos para outras atividades.

Embora houvesse dúvidas por parte de alguns técnicos, quanto a aplicabilidade da figura jurídica do consórcio, para a prestação de serviços em saúde, esta modalidade de parceria já contava com um reforço político, pela experiência anterior vivida por vários prefeitos na região.

A formação jurídica do Consórcio seguiu a amplo debate entre as partes. Todos os municípios aprovaram Lei autorizativa para a participação no Consórcio em suas respectivas Câmaras Municipais, sendo seguido o mesmo texto legal para todos os Municípios, como a Lei nº1.551 de 31 de outubro de 1985 do município de Penápolis, da qual destacamos:

“Art. 1º - Fica o Executivo Municipal autorizado a:

I- Participar de Consórcio com outros Municípios, para a consecução das seguintes finalidades:

- a) representar o conjunto de Municípios que o integram, em assuntos de interesse comum, perante quaisquer outras entidades, especialmente perante as demais esferas constitucionais de Governo;
- b) planejar, adotar e executar programas e medidas destinadas a promover e acelerar o desenvolvimento sócio-econômico da região compreendida no território dos Municípios consorciados;
- c) Ações Integradas de Saúde visando garantir a assistência secundária realizada pela Santa Casa de Misericórdia de Penápolis.

II – Integrar pessoa jurídica, se assim for deliberado e convier ao bom desempenho das atividades do Consórcio.

....”

Este fato mostrou o alto grau de adesão a proposta de formação do consórcio e uma importante coesão política, com a participação inclusive, de todas as Câmaras Municipais, criando um ambiente propício à cooperação pretendida.

Seguindo a regra apontada, os municípios consorciados criaram uma personalidade jurídica de caráter privado, o Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis (CIS) , para administrar os recursos e coordenar as ações orientadas à oferta de atendimento médico especializado.

Em 1986 (11/07/86), reunidos em assembléia, os municípios efetivamente constituíram o Consórcio Intermunicipal de Saúde – CIS, sob a forma jurídica de Associação Civil, conforme definido no artigo 1º do Estatuto original (Anexo VI). Do Estatuto ainda extraímos outras observações relevantes:

- é facultado o ingresso de novo sócio a qualquer momento por deliberação do Conselho de Prefeitos;
- foi definido como sede e foro o município de Penápolis, mas podendo ser transferido para qualquer outro;
- define como área de atuação o território do conjunto dos municípios, inexistindo limites intermunicipais para as finalidades que se propõe;
- tem como finalidade a representação em assuntos de interesse comum, especialmente frente as demais esferas de governo; planejar, adotar e executar programas e medidas destinadas a promover a saúde dos habitantes da região e implantar os serviços afins;
- para a execução de suas finalidades o Consórcio poderá: “a) adquirir os bens que entender necessários, os quais integrarão o seu patrimônio; b) firmar convênios, contratos, acordos de qualquer natureza, receber auxílios, contribuições e subvenções de outras entidades e órgãos de governo; c) prestar a seus associados serviços de qualquer natureza, especialmente assistência técnica fornecendo inclusive recursos humanos e materiais.”

Apesar de facultado o ingresso de outros municípios, este não aconteceu, como veremos adiante, mesmo com a intenção demonstrada, sugerindo haver barreiras a esta pretensão. Ressalta a transferência ao consórcio a representação dos municípios junto as demais esferas de governo, e o planejamento e execução de ações de saúde em nível regional.

Ainda do estatuto verificamos que o Consórcio foi instituído com a seguinte estrutura administrativa:

- Conselho de Prefeitos;
- Presidente;
- Conselho Fiscal;
- Secretaria executiva;

O Conselho de prefeitos é o órgão deliberativo máximo, constituído pelos prefeitos dos municípios que integram o Consórcio.

O Presidente é escolhido por meio de eleição entre seus pares, junto com um vice-presidente, e tem a finalidade de presidir as reuniões do Consórcio, representá-lo em todos os fóruns e movimentar as fianças em conjunto com o Coordenador Geral.

Desde a sua formação o CIS tem sido presidido por prefeitos de Penápolis, à exceção de um período de transição, em virtude do falecimento do prefeito de Penápolis.

O Conselho Fiscal é o órgão de fiscalização e é constituído por membros indicados pelas respectivas Câmaras Municipais.

É interessante verificar que a atribuição de fiscalização é mantida ao poder legislativo, respeitando a separação dos poderes e a função precípua de cada um. Este fato certamente aumenta a governabilidade do CIS.

A Secretaria Executiva é constituída por um Coordenador Geral indicado pelo Conselho de Prefeitos e contratado pelo Presidente e por um quadro técnico e administrativo. O Coordenador tem a finalidade de gerir todas as atividades do consórcio.

É interessante destacar também a previsão do artigo 18 que diz “aos servidores municipais requisitados será concedido afastamento sem vencimento (grifo nosso), sem prejuízo das vantagens gerais de seus cargos ou empregos, devendo ser admitidos sob o regime da legislação trabalhista.”

Com esta medida o consórcio pode requisitar funcionários municipais a que tiver necessidade e remunerá-los de acordo com seus interesses. E como veremos adiante este expediente foi utilizado especialmente com relação a servidores de Penápolis, sendo motivo de queixa atual, de alguns secretários, como uma vantagem em relação aos outros municípios.

No Estatuto também há a previsão, do acesso e utilização dos bens e serviços do consórcio, para todos aqueles que contribuíram para sua aquisição e, para os que não contribuíram, na forma da decisão daqueles.

Serão excluídos do consórcio àqueles que deixarem de efetuar pagamento ao Consórcio.

Percebemos aqui uma cobertura de natureza meritocrática em função do acesso aos benefícios da cooperação. Embora possam participar outros municípios, somente acontecerá, de acordo com o que for estabelecido pelos participantes. A cláusula de exclusão é clara e diretamente ligada ao financiamento do consórcio. Na pesquisa verificamos que a questão da contribuição inicial para aquisição dos bens do consórcio, foi o argumento utilizado pelos participantes para barrarem o ingresso de outros municípios. Embora exista inadimplência,

esta se configura mais como atrasos no pagamento, nunca existindo nenhuma exclusão de participantes.

O Estatuto, visando sua atualização, foi modificado em ato do dia 16 de novembro de 1994, destacando-se as principais alterações:

- sua sigla é efetivada como CISA e, não mais CIS;
- para o cumprimento das finalidades do CISA, são acrescentados mais dois itens:
  - d) criar e gerir empresas com a finalidade de comercializar o excedente de sua produção e serviços;
  - e) ceder e transferir funcionários a instituições que tenham caráter beneficente e atendam os interesses coletivos da comarca.
- o mandato do Presidente é modificado de um para dois anos;
- o mandato do Conselho Fiscal também é alterado para dois anos e introduzida a modificação, no caso de impedimento de indicação de Conselheiro por algumas das Câmaras Municipais, será considerado como membro, o Presidente do Conselho Municipal de Saúde do município correspondente;
- excluído o item de aprovação da requisição de funcionários municipais para servirem no consórcio;
- os servidores requisitados aos municípios passam a ser cedidos sem prejuízo dos seus vencimentos de origem, deixando de serem contratados pelo CISA, entretanto o CISA “reverterá ao município cedente o valor da remuneração dos servidores cedidos, bem como eventuais despesas e encargos sociais (o que em termos financeiros não muda a condição anterior);
- no artigo que trata das rendas do CISA é instituído um item para a comercialização de excedente de seus produtos e serviços;
- a quota de participação passa a ser definida mensalmente pelo Conselho de Prefeitos, levando em consideração o resultado entre as receitas e despesas do CISA;
- é introduzido artigo proibindo “distinção de sexo, raça, cor, credo religioso ou político”;
- os resultados de toda natureza inclusive os de empresas criadas para comercializar excedente de produtos ou serviços serão reinvestidos no CISA, proibido seu rateio entre os consorciados;

Percebemos na modificação do estatuto do CISA, alterações importantes que habilitam a sua transformação em uma empresa pública com práticas próximas ao mercado. São acrescentados dois itens, um permitindo a comercialização de produtos do CISA, bens ou

serviços, sem especificação se ao mercado privado ou a outros municípios. O CISA poderá inclusive, criar ou gerir empresas para esta finalidade. Pelo que podemos verificar, de fato não há restrições quanto a clientela, e a intenção é de angariar recursos financeiros para o custeio do CISA. Na prática não aconteceu, segundo as informações colhidas, o CISA nunca comercializou externamente seus serviços ou produtos. Outro, cria a oportunidade do CISA se tornar fornecedor de mão de obra a outras instituições, por cessão ou transferência.

Há uma extensão dos mandatos, para dois anos, de forma permitir maior continuidade administrativa e, a introdução do Conselho Municipal de Saúde como uma possibilidade, ainda que restrita, de compor o Conselho Fiscal.

No âmbito dos recursos humanos, a modificação feita altera aspectos formais da movimentação de funcionários, entretanto o custeio de pessoal permanece na responsabilidade do CISA, que agora deverá ressarcir aos municípios, os funcionários que solicitar.

Há uma preocupação clara com a discriminação de qualquer natureza, sendo introduzido um artigo específico,

Do Regimento Interno fixado pela Resolução 02/89 de janeiro de 1989 verificamos a seguinte estrutura administrativa:

- Conselho de Prefeitos;
- Presidência;
- Conselho Fiscal
- Secretaria Executiva;

A Secretaria Executiva é composta por outros elementos administrativos, responsáveis pela execução de diversas atividades, conforme quadro abaixo.

Quadro 4

---

Estrutura administrativa da Secretaria Executiva do CISA.

---

<b>Coordenadoria Técnica</b>	<b>Divisão de Saúde</b>	<b>Divisão Administrativa</b>
• Planejamento	• Vig. Sanitária e Epidemio.	• Almoxarifado e Patrimônio
• Programação	• Amb. de Especialidades	• Compras e Finanças
• Controle de Serviços	• Laboratório	• Pessoal e Direitos Func.
• Informação	• Amb. de Saúde Mental	• Serviços Gerais

Fonte: CISA.

Deste Regimento Interno cabe ainda destacar algumas particularidades, como as atribuições Coordenadoria Técnica de elaborar o plano distrital, os planos municipais de

saúde e, “... *implementar e executar a Política Distrital de Saúde*”. Além disso, promover a elaboração do orçamento e programação integradas da região.

Fica claro, que o Regimento, aponta para o planejamento regional, tomando por base a discussão de distrito sanitário que permeava aquele ambiente.

É atribuído ao CISA, a função do planejamento, mas não só da região, mas de cada município que compõe a cooperação, inclusive os respectivos orçamentos.

Ademais há previsão no art.13 do Regimento Interno, de participação popular e o acatamento pelo consórcio, das decisões do Conselho Municipal de Saúde. Entretanto, não há menção se é o Conselho de Penápolis, ou de todos os municípios ou de um conselho intermunicipal. Verificamos que, apesar desta previsão, não há participação da comunidade, de forma organizada, no CISA. Os Conselheiros de Penápolis, por sua inserção mais próxima, tentam, de maneira tímida, influenciar o processo de discussão e funcionamento do CISA, mas não existe uma estrutura ou um espaço político, claramente definido para a participação popular.

Em julho de 1997 o Regimento Interno do Consórcio sofre nova alteração e este novo Regimento promove alterações significativas nos seus objetivos:

#### Quadro 5

#### Comparativo das modificações do Regimento Interno do CISA.

Regimento Interno de janeiro de 1989.	Regimento Interno de julho de 1997.
I – Coordenar o sistema local de saúde, desenvolvendo atividades de planejamento, programação, supervisão e avaliação, junto aos serviços primários, secundários e terciários de Penápolis e micro-região.	I – Desenvolver atividades de planejamento, programação, supervisão, atendimento e avaliação, junto aos serviços secundários de saúde, nos municípios consorciados.
II – Prestar assistência médica integral especializada, universalizada, como segundo nível da hierarquia das regiões de saúde.	II – Prestar assistência médica e apoio diagnóstico, na área de saúde secundária, especializada e universalizada, aos municípios consorciados.
III – Garantir acesso da população aos serviços de nível terciário, como internação e reabilitação física e social dos incapacitados.	III – Estimular e garantir a participação organizada da sociedade no sistema de saúde secundário, na área dos municípios consorciados.
IV – Prestar os serviços de apoio, diagnóstico e vigilância epidemiológica e sanitária.	IV – Oferecer subsídios, colaborando para que outros municípios organizem-se em Parceria na área de saúde secundária.
V – Estimular e garantir a participação organizada da sociedade civil no sistema local de saúde.	V – Realizar contatos permanentes para que outros municípios da região façam parte do Consórcio (CISA).
	VI – Preservar a IDENTIDADE (autonomia) do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISA), voltado para a “saúde em parceria”.
	VII – Cooperar com os Órgãos de Saúde (Departamentos, Conselhos, Coordenadorias, Santas Casas, Hospitais, etc ...), em sua área específica ou afim, sem no entanto perder a sua IDENTIDADE (autonomia).

Fonte: CISA.

Assim podemos verificar importantes mudanças, destacando-se um deslocamento dos objetivos, para os serviços secundários e de apoio diagnóstico, desaparecendo as atividades de planejamento dos serviços primários e terciários, e a garantia de acesso da população às internações e reabilitação.

Da mesma forma, desaparece a prestação de serviços de vigilância sanitária e epidemiológica anteriormente prevista. Há manutenção do item que fala em estimular e garantir a participação da sociedade civil organizada junto as atividades do consórcio e aparece novos itens, introduzindo como finalidade do consórcio, o estímulo a novas parcerias (formação de consórcios, tal como o CISA) e do ingresso de outros municípios da região no CISA.

Mais dois itens reforçam a necessidade de preservação da “identidade” do CISA, expressa também como autonomia do consórcio, deixando entender que esta vinha sendo, de alguma forma, uma questão importante do debate interno.

Ademais o novo Regimento trouxe uma nova estrutura administrativa para a Secretaria Executiva:

#### Quadro 6

Nova estrutura administrativa da Secretaria Executiva do CISA.

<b>Coordenadoria Técnica</b>	<b>Divisão Técnica</b>	<b>Divisão Administrativa</b>
• Coordenador Geral	• Clínica de Especialidades	• Finanças e Contabilidade
• Quadro de Pessoal	• Amb. Saúde Mental	• Patrimônio e Almoxarifado
-	• Laboratório de análises clín.	• Pessoal e Recursos H.
-	• Farmácia de Manipulação	• Serv. Gerais, Arq. e Protoc.
-	• Unidade de Aval. e Controle	• Centro de Proc. de Dados

Fonte: CISA.

Esta nova estrutura incorpora novos serviços como a Oficina Abrigada de Reabilitação Profissional, no ambulatório de saúde mental, uma farmácia de manipulação, unidade de controle e avaliação e o centro de processamento de dados anteriormente inexistentes, além de outras modificações.

Vale ressaltar aqui dois aspectos importantes nestas modificações, uma pelo desaparecimento da estrutura dos serviços de vigilância sanitária e epidemiológica pela mudança nos objetivos do consórcio, e que deve ser absorvido pelos municípios. Outra, a finalidade da unidade de controle e avaliação, que se destina a atender todos os municípios nas suas ações, de controle, avaliação e auditoria. Colocando-se como uma unidade

*“direcionada pelo Sistema Nacional de Auditoria, coordenado pelo Ministério da Saúde e supervisionada pela UAC-DIR VI (Diretoria de Saúde) – Araçatuba-SP”*. Trata-se portanto, da otimização e de economia em escala, no âmbito administrativo, onde municípios de pequeno porte, como os do entorno de Penápolis, podem realizar serviços desta natureza, a custo reduzido e, atender as normas emanadas pelo Ministério.

A unidade de controle a avaliação tem sua atuação sobre os serviços públicos e privados de todos os municípios que compõe o consórcio e sobre os serviços do CISA. A atuação se dá em nível ambulatorial e hospitalar, com controle de AIHs, autorização prévia de internações eletivas e consolidação de todos os dados do SIH de hospitais dos municípios consorciados. No nível ambulatorial é responsável pela distribuição de cotas, dos serviços oferecidos pela Diretoria Regional de Saúde do Estado – DIR – de Araçatuba, aos municípios.

Para a efetiva consolidação dos objetivos iniciais do Consórcio, de estruturação regional de um modelo de distrito sanitário, buscou-se o fortalecimento de uma estrutura de serviços primários de saúde em cada um dos municípios consorciados e uma estrutura de referência regional, de nível secundário, que foi instalada em Penápolis.

Assim os municípios buscaram organizar-se localmente e os prefeitos se movimentavam em conjunto, na busca de recursos financeiros para financiar suas estruturas. Ao passo que discutem com o governo estadual, uma forma progressiva de assumirem os serviços estaduais ali instalados.

Desta forma, em dezembro de 1987, é realizado um convênio, que reflete o ineditismo do CISA, entre o Governo do Estado de São Paulo e o Consórcio Intermunicipal de Saúde. O governo estadual foi representado pelo então Secretário de Estado de Saúde, Dr. José Aristodemo Pinotti, na qualidade de Presidente da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), gestora do SUDS – SP, e o Consórcio pelo prefeito de Penápolis, Dr. João Carlos D’Elia, tendo como objeto:

*“... a integração no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo (SUDS-SP), dos serviços de saúde que atuam nos municípios consorciados ....*

*... a celebração entre o Estado e o Consórcio pressupõe a integração no SUDS-SP de cada Município consorciado nos termos do Decreto nº 27.140 de 30.06.97 e disposições complementares.”* (grifo nosso).

Com este convênio são colocados à disposição do Consórcio todos os serviços de saúde e os recursos humanos correspondentes existentes, bem como garantido o aporte de recursos financeiros para a manutenção dos mesmos.

Este convênio marca, não só o ineditismo do CISA, como de fato traduz a função intermediadora que o consórcio assumiu, com outras instâncias de governo, conforme sua previsão estatutária.

Como se trata de uma relação, que não encontramos semelhante na história recente da saúde, introduzimos uma cópia, de inteiro teor como anexo ao presente estudo (Anexo VI).

Na mesma linha, os prefeitos, assinam em dezembro de 1988, um contrato de financiamento com o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social BNDES, a fundo perdido (contrato de colaboração financeira não-reembolsável), para a construção ou reforma de unidades de saúde e equipamentos, nos municípios que compõe o consórcio, do próprio CISA e na Santa Casa de Penápolis.

Com isso, passam os municípios a instituir, uma rede primária de saúde, em cada um deles e, conforme planejamento do CISA, como elemento essencial à estruturação regional.

Entretanto, apesar da liberação dos recursos, a Santa Casa de Misericórdia de Penápolis não promove os meios necessários para o efetivo recebimento desses recursos, criando óbice a pretensão inicial dos prefeitos junto ao BNDES. Com isso o então prefeito de Penápolis decreta intervenção, em novembro de 1989, do poder público municipal na Santa Casa e passa o município a administrá-la. É dada seqüência necessária ao convênio com o BNDES, e aos investimentos previstos. Esta ação resulta em batalha judicial que se finda com um acordo entre as partes, em agosto de 1991, reconhecendo o Conselho Diretor da Irmandade da Santa Casa, os investimentos feitos pela prefeitura e formalizando a cessão da administração da Santa Casa para a prefeitura, em contrato que vem sendo renovado pelas partes até o presente momento.

O CISA, desde sua fundação, vem aumentando progressivamente sua oferta de serviços aos municípios. Diversas especialidades são introduzidas, diagnose como a endoscopia digestiva e, exames de análises clínicas. No âmbito da saúde mental foram criadas as Oficinas Abridadas de Reabilitação Profissional, que visam dar um instrumento profissional aos pacientes, para que possam colaborar no seu sustento.

Atualmente o CISA conta com os seguintes serviços:

## Quadro 7

Oferta de consultas médicas, exames e procedimentos na clínica de especialidades.

• Cardiologia	• Cirurgia plástica	• Pneumologia	• Neonatologia
• Dermatologia	• Cirurgia vascular	• Tsiologia	• Fonoaudiologia
• Ginecologia	• Urologia	• Neonatologia	• Endosc. Digestiva
• Oftalmologia	• Proctologia	• Hansenologia	• Eletrocardiograma
• Otorrino.	• Reumatologia	• Infectologia	• Eletroencefalograf.
• Cirurgia geral	• Neurologia	• Ortopedia	-

Fonte: CISA

Além das especialidades listadas acima, o CISA fornece bolsas de colostomia, aparelhos auditivos e aparelhos ortopédicos.

## Quadro 8

Serviços disponíveis no laboratório de análises clínicas do CISA.

• Bioquímica	• Bacteriologia	• Citologia	• Uroanálise
• Hematologia	• Imunologia	• Parasitologia	• P.S.A.

Fonte: CISA.

Estes quadros, revelam a capacidade do CISA em atender a finalidade para o qual foi instituído. É uma gama importante de especialidades, além da diagnose e fornecimento de próteses, que poucas regiões tem como oferta estruturada. Revela também a capacidade maximizadora do CISA, permitindo que municípios de pequeno porte tenham acesso a um conjunto de serviços que sozinhos não alcançariam. E, por outro lado, Penápolis que é o município pólo natural, deixa de ter sua rede demandada espontaneamente pela região, permitindo sua organização e também maximizando seus resultados.

O serviço de saúde mental, denominado Unidade Integrada de Saúde Mental (UNISAM), é composto da seguinte estrutura:

- Ambulatório de psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional, assistência social e enfermagem;
- Centro de Atenção Psicossocial – CAPS;

- Oficina Abrigada de Reabilitação Profissional\*, com cursos terapêuticos/profissionalizantes em:
  - Marcenaria;
  - Artesanato;
  - Artes Plásticas;
  - Pintura em Tecido;
  - Jardinagem / Horticultura;
  - Artefatos em Couro;
  - Teatro;

\*Horário integral, com fornecimento de alimentação e medicamentos aos pacientes.

Esta unidade foi citada em todas as entrevistas como um dos serviços mais eficientes do CISA, servindo de referência a outros serviços, que vem ao CISA na busca de troca de experiências. Apresenta um elo maior com a comunidade organizada de Penápolis e possui uma loja com venda dos produtos, dos pacientes das Oficinas Abrigadas, tendo sua renda revertida para os pacientes.

A unidade de controle e avaliação, que serve a todos os municípios e, como intermediadora com a estrutura regional do governo estadual (DIR – Araçatuba), em linhas gerais realiza os seguintes procedimentos:

- Autorização e controle de AIHs;
- Autorização e controle de APAC;
- Distribuição e controle das cotas mensais de SADT aos municípios;
- Consolidação do faturamento mensal dos municípios;
- Controle e avaliação dos serviços oferecidos pelos municípios e CISA;
- Auditoria de procedimentos hospitalares;

O CISA, visando a complementação da dispensação de medicamentos nos diversos municípios que o compõe, montou uma farmácia de manipulação. Esta produz e fornece aos municípios, medicamentos e soluções mediante solicitação prévia, com uma importante lista de itens disponíveis, conforme o Quadro 9.

## Quadro 9

Medicamentos produzidos pela farmácia de manipulação do CISA, em 2000.

<b>CÁPSULAS</b>			
• aas	• cinarizina	• glibenclamida	• propanolol
• aminofilina	• clorpropamida	• hidroclorotiazida	• paracetamol
• ampicilina	• diclofenaco	• mebendazol	• tetraciclina
• captopril	• digoxina	• metildopa	• tiabendazol
• cefalexina	• dipirona	• metronidazol	• verapamil
• cimetidina	• eritromicina	• metoclopramida	-
• cetoconazol	• furosemida	• omeprazol	-
<b>SOLUÇÕES E SUSPENSÕES</b>			
• dipirona	• pasta d'água	• PVPI tópico	• PVPI degermante
• hidróxido de alum.	• iodeto de potássio	• hipoclorito de sódio	• cloreto de benzalc.
<b>POMADAS, CREMES E GEL</b>			
• neomicina	• dexametazona	• cetoconazol	• nistatina
• metronidazol	• gel p/ ultrassom	• cânfora + mentol + salicilato de metila	

Fonte: CISA.

Este conjunto de medicamentos estão para além da lista básica do Ministério da Saúde. Tem sido utilizado para complementação dos medicamentos recebidos do governo estadual no programa Dose Certa, que se mostrou em quantidades insuficientes, em todos os municípios do CISA. Entretanto possui outros itens que não são de dispensação a pacientes, mas servem para diversos serviços como desinfecção, curativos e ultrassom, a um custo inferior ao do mercado.

A administração do CISA funciona em um prédio na região central de Penápolis, junto a Clínica de Especialidades. Neste mesmo espaço, em salas anexas, funciona a sede da Secretaria Municipal de Saúde de Penápolis, o que foi alvo de críticas por alguns Secretários, alegando que favorece uma ascensão do Secretário de Penápolis, sobre o Coordenador do CISA. Vale lembrar que o Coordenador do CISA é contratado pelo presidente do Conselho de Prefeitos, que desde a fundação do consórcio, tem sido exercida por prefeitos de Penápolis.

A estrutura administrativa funciona com um Coordenador Geral que responde por todas as atividades do CISA, e se relaciona diretamente com Secretários e Prefeitos dos municípios participantes. Possui um diretor técnico, médico, que atende às unidades do CISA e um diretor administrativo e financeiro que é responsável pelos serviços administrativos propriamente ditos, pelo processamento de dados, serviço de pessoal, compras e almoxarifado. É também responsável por toda a movimentação financeira junto com o coordenador.

O financiamento do CISA é feito através de recursos obtidos com o faturamento de suas unidades próprias junto ao SUS e por cota de participação dos municípios por rateio de despesas. Representa ao nosso ver, uma importante característica deste tipo de cooperação, necessitando de alto grau de coalizão política e confiabilidade entre os participantes. Verificamos no nosso estudo, que de fato existe um alto grau de confiabilidade entre os municípios. Todos também acham justo o critério de rateio adotado. Um Secretário acha alto o valor despendido ao consórcio, mas concorda que é justo e que dá resolutividade às demandas municipais.

O critério de rateio de despesas da cota parte foi modificado por consenso dos participantes, deixando de ser uma cota parte fixa de cada município, para ser uma cota fixa proporcional à população e uma cota variável proporcional à utilização dos serviços do CISA.

O valor a ser pago por cada município como cota de contribuição mensal prevista no Estatuto é feito da seguinte forma:

- 1- projeta-se mensalmente as despesas do CISA;
- 2- do total projetado deduz-se o valor faturado pelo CISA junto ao sistema SIA/SUS e eventuais saldos financeiros do mês anterior, vistos as despesas serem projetadas;
- 3- o restante é considerado como contrapartida dos municípios, a ser pago numa cota fixa, de base populacional, e uma cota variável, proporcional à utilização do CISA;
- 4- a cota fixa é determinada pela multiplicação do percentual correspondente a cada município do total populacional que congrega o CISA, por 30% da metade da contrapartida total devida pelos municípios;
- 5- do restante da subtração da contrapartida total menos a cota fixa dos municípios, divide-se pelo total de procedimentos executados pelo CISA (independentemente de terem custos diferentes) e chega-se ao valor unitário de cada procedimento;
- 6- o valor do procedimento é multiplicado pelo total de procedimentos utilizado por cada município, chegando-se a cota variável de cada um;

Para efeito demonstrativo do cálculo de contrapartida, apresentamos a Tabela 6, com valores de fevereiro de 1998.

Tabela 6

Cálculo do rateio da cota parte dos municípios do CISA, em Reais, fevereiro de 1998.

Município	Pop. %	50%	Cota 30%	Proc. Nº	%	P/ utilização	Total	%	Custo Médio
Alto Alegre	5,58	1.970,94	591,28	389	2,67	1.606,52	2.197,80	3,11	5,65
Avanhandava	10,32	3.645,14	1.093,54	742	5,09	3.063,92	4.157,46	5,88	5,61
Barbosa	6,35	2.242,89	672,86	714	4,89	2.943,33	3.616,19	5,12	5,07
Braúna	4,97	1.755,46	526,63	644	4,42	2.653,72	3.180,35	4,51	4,94
Glicério	4,94	1.744,86	523,45	436	2,99	1.798,80	2.232,25	3,29	5,33
Luiziânia	5,19	1.833,16	549,94	352	2,42	1.453,91	2.003,85	2,83	5,69
Penápolis	62,65	22.128,68	6.638,63	11.299	77,5	46.525,74	53.164,37	75,26	4,71
Total	100	35.321,13	10.596,33	14.576	100	60.045,94	70.642,27	100	4,85

Fonte: CISA

Ao verificar o conjunto de receitas e despesas do CISA e, para o cálculo dos valores nominais que cabe a cada município e ao CISA, no rateio das despesas globais, deparamos com a seguinte situação:

Competência 10/2000.

Valor Projetado das Despesas	R\$170.270,62*
Faturamento do SIA/SUS	R\$ 62.483,76
Saldo em Conta Corrente	R\$ 14.645,24
Valor da Contrapartida Total	R\$ 93.141,62

\* Do valor projetado das despesas observamos que:

- R\$132.467,72 (77,80%) são gastos com pessoal.
- R\$ 29.000,00 (17,03%) são de fornecedores.
- R\$ 2.200,00 ( 1,30%) são de água/luz/telefone.
- R\$ 6.602,60 ( 3,87%) são de outras despesas.

Das despesas com pessoal verificamos que o CISA dispõe de 112 funcionários. Destes 29 são médicos, distribuídos em 22 na clínica de especialidades, 4 na ortopedia 2 na saúde

mental e 1 no laboratório de análises clínicas. Os salários médicos somam a ordem de R\$56.532,00 (42,7%).

47 são psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas, biólogos, auxiliares de enfermagem e demais pessoal técnico.

36 funcionários estão entre administrativos, limpeza, motorista e vigia.

Na distribuição da rateio das despesas na competência outubro de 2000. observamos o seguinte tabela:

Tabela 7

Cálculo do rateio da cota parte dos municípios do CISA, em Reais, outubro de 2000.

Município	Densidade populac.	Cota fixa 30%	Total de procedim.	% de utilização	*Cota da utilização	Total contr.	% do total de contrap	Custo médio proc.
Alto Alegre	4,90%	1.369,18	392	2,90	2.195,28	3.659,86	3,93	9,34
Avanhandava	10,05	2.808,22	627	4,65	3.724,62	6.694,70	7,19	10,68
Barbosa	7,17	2.003,48	343	2,54	2.124,72	4.220,53	4,53	12,30
Braúna	5,22	1.458,60	722	5,35	3.124,93	4.719,33	5,07	6,54
Glicério	4,64	1.304,91	391	2,90	2.136,42	3.534,18	3,79	9,04
Luiziânia	4,55	1.271,38	552	4,09	3.060,26	4.464,63	4,79	8,09
Penápolis	63,44	17.726,71	10.470	77,57	46.117,53	65.848,39	70,70	6,29
Total	100,0	27.942,49	13.497	100,0	62.483,76	93.141,62	100,0	6,90

Fonte: CISA. \* Incluído resíduo do mês anterior e serviços extras.

Podemos observar, que das despesas efetuadas, o faturamento do CISA junto ao SUS cobre 36,7%, o restante é rateado entre os participantes de acordo com os critérios demonstrados acima. Das despesas, a maioria absoluta é com pessoal, 77,8%, e destes a maior parte com salários médicos que representam 42,7% (não incluídos os recolhimentos diversos). Outros gastos importantes de pessoal também se situam entre aqueles quês estão envolvidos diretamente na assistência, e o fornecimento de insumos outra parcela importante (17%) o que revela que o CISA concentra seus gastos junto a sua atividade fim.

Na tabela 7 observamos que Penápolis utiliza cerca de 77% dos procedimentos do CISA enquanto sua população representa cerca de 63% dos habitantes da região. Os demais municípios, a exceção de Luiziana que mantém uma utilização equivalente, estão abaixo do percentual da sua população, o que sugere que Penápolis utiliza mais o CISA em função de uma maior facilidade de acesso.

Na observação ao longo dos últimos anos, Penápolis apresenta o menor valor no custo médio do procedimento, abaixo inclusive do valor médio do CISA, enquanto Barbosa e Avanhandava apresentam os valores médios mais altos. Braúna também apresenta em seguida valor mais baixo dos procedimentos. Verificamos que este fato se deve a uma correlação entre o percentual de procedimentos utilizados e o percentual de população da representação de cada um dentro do CISA, deixando claro mais uma vez que Penápolis acaba se beneficiando pela facilidade de acesso de seus usuários.

Outro dado importante que verificamos na comparação de planilhas de custos anteriores 1988 e as do ano 2000, foi um incremento no valor médio final do procedimento na ordem de 43%, cujas razões não foram investigadas no presente estudo e merecem maior análise.

### 3.1 A dinâmica política da cooperação.

A partir das entrevistas realizadas com os atuais dirigentes municipais de saúde dos municípios que compõe o CISA, construímos o Quadro 10 como resumo dos itens mais relevantes da política regional e a percepção destes dirigentes sobre a dinâmica da cooperação.

## Quadro 10

Matriz de entrevistas com os dirigentes de saúde participantes do CISA, dez 2000.

QUESTÕES	Avanhandava	Braúna	Alto Alegre	Barbosa
Motivações iniciais	Não sabe.	Não sabe.	Não sabe.	Não sabe.
Ganhos da cooperação	Redução de custos; Melhor qualidade;	Referência com resolutividade.	Referência com resolutividade; Melhor qualidade;	Referência com resolutividade; Melhor qualidade;
Avaliação das regras de utilização dos serviços	Regras adequadas; Município presta atenção básica e referencia especialidade; Agendamento telefônico; Realiza exames de análises clínicas básicos em laboratório conveniado e referencia para o CISA; Prefeitura assegura transporte;	Regras adequadas; Município presta atenção básica e pequenas urgências, referencia especialidades; Agendamento por telefone; Exames de análises clínicas são coletados no município uma vez por semana com transporte do CISA; Prefeitura assegura transporte.	Regras adequadas; Município presta atenção básica e referencia especialidades; Agendamento por telefone; Realiza exames de análises clínicas básicos, restantes referencia para o CISA; Prefeitura assegura transporte;	Regras adequadas; Município presta atenção básica e referencia especialidades; Agendamento por telefone; Realiza exames de análises clínicas básicos, restantes referencia para o CISA;
Procedimentos perante serviços não ofertados.	O CISA referencia; Prefeitura assegura transporte; Mamografia e tomografia por referência do município;	O CISA referencia; Prefeitura assegura transporte;	O CISA referencia; Prefeitura assegura transporte;	O CISA referencia; Alguns casos referencia pelo município; Prefeitura assegura transporte;
Obstáculos na provisão de serviços	Sazonalidade na clientela (bóias-frias), aumenta a demanda e reduz acesso à ortopedia;	Centralização da oferta; Atrasos nas consultas por dificuldade de transporte (distância); Oferta baixa em oftalmologia;	Impontualidade no pagamento das cotas;	Oferta de especialidades restrita; Baixa oferta em cirurgia vascular e oftalmológica;
Medicamentos	Recebe Dose Certa do Gov. Est.; Compra da FURP e do CISA;	Recebe o Dose Certa do Gov. Est.; Compra do CISA;	Recebe o Dose Certa do Gov. Est.; Compra do CISA.	Recebe Dose Certa do Gov. Est.
Sistema de cotas	Aprova; acha justo.	Aprova.	Aprova; acha justo.	Aprova.
Qualidade da prestação de contas	Alta confiabilidade.	Alta confiabilidade.	Alta confiabilidade.	Alta confiabilidade.
Sistema decisório	Prefeitos delegam aos Secretários a representação.	Reuniões de secretários para discutir necessidades e problemas.	Secretários se relacionam com o Coordenador. Prefeitos se reúnem.	Prefeitos se reúnem e decidem; Não há reuniões de Secretários para decisões;
Integração entre os participantes.	Não interfere.	Maior integração, na saúde e política;	Não sabe avaliar.	Não interfere;
Percepção dos usuários na identidade do CISA.	Não diferenciam do geral do SUS.	Percebem.	Não sabe avaliar.	
Percepção dos usuários na qualidade do CISA.	Boa, com pequenas reclamações.	Boa.	Boa.	Boa, com pequenas reclamações.
Causas da sustentabilidade.	Regras adequadas; Ganhos perceptíveis; Coordenação eficiente;	Regras adequadas; Ganhos perceptíveis; Liderança do município sede;	Regras adequadas; Ganhos perceptíveis Transparência na gestão.	Regras adequadas; Ganhos perceptíveis; Coordenação eficiente; Pontualidade no pagamento de cotas;
Perspectivas para o CISA	Melhora contínua.	Melhora contínua. Prefeitos novamente eleitos.	Melhora contínua.	Melhora contínua.
Ingresso de outros municípios.	Houve tentativa não aceita.	Houve tentativa não aceita.	Não sabe dizer, mas acha que outros poderiam participar.	
Clientelismo político	Não existe.	Não existe.	Não percebe.	Não percebe.

Fonte: Autor.

Quadro 10

continuação

QUESTÕES	Luiziânia	Glicério	Penápolis
Motivações iniciais	Baixa oferta de serviços de média e alta complexidade. Gov. Est. estimulou reestruturação da oferta.	Caráter empreendedor do prefeito da cidade pólo.	Reestruturação da oferta.
Ganhos da cooperação	Referência com resolutividade;	Referência com resolutividade;	Referência com resolutividade; Melhor qualidade; Equidade no custeio; Reestruturação da oferta;
Avaliação das regras de utilização dos serviços	Regras adequadas; Município presta atenção básica, referencia especialidades; Agendamento por telefone; Exames de análises clínicas coletados no município referenciado para Alto Alegre (PPI) e outros para o CISA; Prefeitura assegura transporte;	Regras adequadas; Município presta atenção básica, referencia especialidades; Agendamento por telefone; Realiza exames básicos de análises clínicas, restante referencia para o CISA; Prefeitura assegura transporte;	Regras adequadas; Município presta atenção básica, referencia especialidades; Agendamento por telefone e direto pelo paciente; Realiza exames de análises clínicas e referencia para o CISA; Transporte por conta do usuário;
Procedimentos perante serviços não ofertados.	O CISA referencia; Alguns casos referência pelo município; Prefeitura assegura transporte;	0 CISA referencia; Alguns casos referência pelo município; Prefeitura assegura transporte;	O CISA referencia; Alguns casos referência pelo município; Prefeitura assegura transporte;
Obstáculos na provisão de serviços	Custo alto; Excesso de pessoal; Procedimentos diversos com o mesmo valor; Limite de atendimento por cotas;	Pouca oferta em diagnose; Não disponibiliza marcação por internet; Médicos com carga horária diferente;	Impontualidade na pagamento de cotas; Natureza jurídica indefinida; Baixa oferta em oftalmo e otorrino; Oferta de especialidades restrita;
Medicamentos	Recebe Dose Certa do Gov. Est.	Recebe Dose Certa do Gov. Est. Compra do CISA.	Recebe Dose Certa do Gov. Est. Compra do CISA.
Sistema de cotas	Acha caro e injusto.	Aprova.	Aprova; acha justo.
Qualidade da prestação de contas	Alta confiabilidade.	Alta confiabilidade.	Alta confiabilidade.
Sistema decisório	Reuniões de Prefeitos somente no início dos mandatos; Secretário de Penápolis tem ascensão sobre o Coordenador;	Poucas reuniões de prefeitos. Secretários não tem poder.	Secretários se relacionam com o Coordenador; Prefeitos decidem mudanças de custos;
Integração entre os participantes.	Maior integração	Não interfere.	Maior integração entre Secretários; Entre Prefeitos, não.
Percepção dos usuários na identidade do CISA.	Percebe como atendimento de Penápolis.	Não diferenciam do geral do SUS.	Não diferenciam do geral do SUS.
Percepção dos usuários na qualidade do CISA.	Boa, com pequenas reclamações.	Boa, com pequenas reclamações.	Boa.
Causas da sustentabilidade.	Ganhos perceptíveis; Status político do CISA;	Regras adequadas; Ganhos perceptíveis;	Regras adequadas; Ganhos perceptíveis
Perspectivas para o CISA	Funciona mais quatro anos; Reeleição do Prefeito de Penápolis;	Dura muitos anos; Necessita de correção;	Melhora contínua
Ingresso de outros municípios.		Houve tentativa não aceita.	Houve tentativa não aceita.
Clientelismo político	Não percebe	Não percebe.	Não existe.

O quadro 10 reúne os conteúdos de entrevistas semi-estruturadas efetuadas com os dirigentes municipais de saúde de cada um dos municípios que compõe o CISA.

A primeira questão se refere às motivações iniciais que levaram a formação do CISA, onde percebemos que poucos dirigentes preservam a memória histórica da formação. O Secretário de Luiziana é o mesmo desde a formação do CISA e refere a motivação como a baixa oferta regional de serviços em média e alta complexidade, aliada à dificuldade de uma referência pouco organizada e distante em Araçatuba. Credita ainda que um estímulo Estadual, na forma de incentivos financeiros, se deu como forma de reestruturação da oferta no nível micro-regional, visando uma diminuição da referência em média complexidade ao polo estadual de Araçatuba. O Secretário de Glicério, ativo participante em mandatos anteriores, credita a formação do CISA ao caráter empreendedor do então prefeito de Penápolis e, o Secretário de Penápolis, como uma forma de reestruturação da oferta em nível micro-regional, que já tinha Penápolis como referência. Estes dados podem significar rotatividade no exercício das funções e baixa documentação local da experiência

Do ponto de vista das vantagens da cooperação todos são unânimes em afirmar que houve ganhos, que persistem até o presente, principalmente como uma referência para os serviços oferecidos, com resolutividade, e a maioria citando também melhor qualidade. Um município citou redução de custos e Penápolis acrescentou a equidade no custeio e reestruturação da sua oferta.

Quanto a avaliação das regras de utilização dos serviços todos apontaram como regras adequadas, realizando no próprio município atenção básica e referenciando especialidades, com agendamento por telefone. Exceto Penápolis que é a sede do CISA, todos os outros municípios asseguram transporte aos seus usuários. Cinco dos municípios realizam na própria cidade exames de análises clínicas básicos, referenciando o restante para o CISA. Os outros dois municípios fazem coleta no próprio município referenciando para o CISA e, Luiziana também para Alto Alegre. O CISA dispõe de veículo para busca dos exames coletados nos municípios em dias pré-definidos. Em Penápolis os pacientes também buscam agendamento diretamente na Clínica de especialidades, especialmente para ocuparem vagas de eventuais faltosos. Foi manifestado desta forma, um consenso ativo entre os participantes, sobre as regras utilizadas no CISA.

Diante de referências que o CISA não dispõe este se responsabiliza pela busca da referência necessária, utilizando principalmente a DIR de Araçatuba mas também São José do Rio Preto e Campinas eventualmente, como destino dos pacientes. Todos os municípios se responsabilizam pelo transporte de seus usuários para estas referências. Cinco dirigentes

afirmaram que em alguns casos o próprio município busca a referência. Isto revela um comprometimento do CISA e dos dirigentes com o modelo de atenção integral à saúde dos cidadãos.

Com relação aos obstáculos encontrados na provisão dos serviços ofertados pelo CISA não há uniformidade de opiniões, ficando claro entretanto que cinco municípios manifestam algum tipo de restrição de oferta de algumas especialidades médicas como um importante obstáculo. Destes Avanhandava responsabiliza o caráter sazonal da mão de obra na safra da cana de açúcar, por um excesso de demanda em trauma não acompanhada pela oferta de ortopedia. Braúna, Barbosa e Penápolis queixam a baixa oferta em oftalmologia. Barbosa e Penápolis referem também a inexistência de oferta em cirurgia vascular. Dois municípios citam a impontualidade no pagamento das cotas que cabe a cada um dos municípios como importante obstáculo na provisão dos serviços por causarem uma instabilidade de custeio no CISA. Luiziânia refere um custo alto, devido principalmente a um excesso de pessoal administrativo no CISA, dos procedimentos terem o mesmo valor no rateio das despesas e de haver um limite no número de atendimentos. A lista de obstáculos parece-me pequena face a oferta existente e não são estruturais ou sistêmicos, são pontuais e localizados.

Com relação a oferta de medicamentos todos afirmam que recebem medicamentos do programa Estadual “Dose Certa”, mas que a quantidade é insuficiente para atender as suas necessidades, lançando mão também de compra ao laboratório de manipulação farmacêutica do CISA. O programa estadual se revela insuficiente para a demanda dos municípios, que acabaram incorporando no CISA o laboratório de manipulação, que é avaliado por todos como uma boa iniciativa para complementar quantitativa e qualitativamente o programa estadual, mas que ainda mantém uma lista aquém da necessidade.

Sobre o sistema de cotas como rateio de parte dos custos operacionais do CISA, seis dos sete municípios aprovam. Luiziânia refere como caro e injusto, especialmente por excesso de pessoal administrativo no CISA e pelos procedimentos diversos terem o mesmo valor final.

Em relação a qualidade da prestação de contas todos apresentam alta confiabilidade. O CISA disponibiliza mensalmente um relatório de utilização dos serviços que é checado pelos municípios com a referência feita. A Prestação de Contas formal ao Conselho Fiscal é feita uma vez por ano e a grande maioria dos dirigentes não tomam conhecimento, mas confiam na sua veracidade.

Sobre o sistema decisório do CISA a maioria percebe que há poucas reuniões do Conselho de Prefeitos e de Secretários, havendo delegação das ações por parte dos Prefeitos aos seus Secretários, e que estes mantém um relacionamento mais próximo com o Coordenador do CISA. Não há na estrutura do CISA um nível de decisão dos Secretários

Municipais de Saúde como também não há um órgão de participação dos usuários dos diversos municípios a exemplo de um Conselho Intermunicipal de Saúde.

Na avaliação de uma maior integração oportunizada pelo CISA ao longo dos anos três municípios acham que houve uma maior integração e intercâmbio, três referem que não interferiu e um não soube opinar.

Na opinião dos dirigentes sobre a percepção dos usuários sobre a identidade do CISA, três avaliam que os usuários não diferenciam do atendimento geral do SUS, um acha que é percebido como atendimento de Penápolis, um não soube avaliar e um não respondeu. E sobre a percepção que têm os usuários sobre a qualidade do CISA todos acham que é boa, mas quatro acrescentam que com pequenas reclamações. Por outro lado o CISA é SUS ou melhor, faz parte da estrutura do SUS, e chama a atenção a necessidade, apontada por alguns, da necessidade de diferenciação do CISA, como uma estrutura que foi concebida a nível local para otimizar a oferta de serviços de saúde.

Sobre as causas da sustentabilidade do CISA ao longo de mais de quatorze anos todos apontaram os ganhos perceptíveis da cooperação, seis incluindo as regras adequadas, três acrescentam ainda a eficiência da Coordenação do CISA, um à força política do CISA por sua movimentação financeira e quadro de pessoal, um à liderança do município sede e um à transparência na gestão.

Quanto a perspectiva do CISA, todos os dirigentes acreditam na sua continuidade, destes cinco acreditam que vai continuar melhorando continuamente, um credita a continuidade a vários prefeitos das cidades terem sido novamente eleitos e um especificamente à reeleição do prefeito de Penápolis. Um avalia a necessidade da correção de rumos para que o CISA possa perdurar. Este fator favorece a sustentabilidade do CISA

Perguntados sobre ingresso no CISA de outros municípios da região conforme previsão estatutária, quatro afirmam que houve tentativa mas que não foi aceita de ambas as partes face a inexistência de acordo sobre as inversões feitas até então pelos municípios fundadores do CISA. Um não sabe dizer e dois não se recordam. Verificamos aqui que existem barreiras de entrada, com a cobrança de taxa de amortização dos investimentos efetuados. Há também, não manifestado abertamente, temor de que se quebre a estabilidade existente com a entrada de novos usuários e novos parceiros.

Sobre clientelismo político no CISA, de prefeitos, vereadores, deputados etc, três afirmam que não existe e quatro não a percebem. Um entretanto acha que Penápolis leva vantagem por controlar o CISA através de seu Coordenador e porque os funcionários são de Penápolis.

Foi realizado uma entrevista com um ex-Coordenador da fase inicial do CISA e com o Coordenador atual.

Ambos os Coordenadores creditam a formação do CISA a uma reestruturação da oferta, que era maior em Penápolis, num ambiente de mudanças políticas no País, com o restabelecimento da prática democrática, dos debates existentes sobre as novas formulações políticas para o setor saúde e, pela existência de um fluxo micro-regional em torno de Penápolis face a serviços e ofertas de toda natureza, aliado ao componente empreendedor e de liderança do então prefeito de Penápolis. O Coordenador da fase inicial refere que embora o CISA tenha se constituído antes, o real engajamento dos municípios vizinhos a Penápolis só acontece com a liberação de recursos do BNDES e de convênios Estaduais.

Ambos avaliam que a constituição do CISA foi fundamental para a reestruturação da oferta, inclusive para a organização local de cada um dos municípios, na atenção básica e na consolidação da referência micro-regional.

Ambos Coordenadores veem como principais vantagens do CISA para os municípios a possibilidade da referência micro-regional, com resolutividade, organização da rede, diminuição de custos e decisão local sobre os problemas enfrentados.

Sobre obstáculos na provisão de serviços é interessante ressaltar que ambos noticiaram dificuldade na oferta de algumas especialidades, especialmente para a contratação e manutenção dos médicos, inicialmente com oftalmologista e neurologista, referindo atualmente a dificuldade em cirurgia vascular.

Refere ainda como obstáculo ao bom funcionamento do CISA, atualmente a indefinição quanto ao aspecto jurídico do CISA, haja vista que existe ações judiciais neste sentido, inclusive sobre multas aplicadas pelo INSS face a inconformidade dos recolhimentos patronais, cumprindo um regime público para o CISA embora sua natureza seja privada, destacando ainda que o atraso no pagamento das cotas de rateio, pelos municípios leva a problemas administrativos.

Ambos avaliam a sustentabilidade do CISA ao longo dos anos porque atende as necessidades de referência dos municípios, porque os prefeitos tem noção da importância política do CISA e suas regras são adequadas. O Coordenador da fase inicial acrescenta o fato das decisões serem locais e com peso igual entre os participantes.

## Quadro 11

Presidentes e Coordenadores do CISA, no período de julho de 1996 a dez.2000.

Presidentes / CISA	Período	Coordenadores / CISA	Período
João Carlos D'Elia	Jul. 1996 a Dez. 1988	Edson Keiji Yamamoto José Carlos A. Monteiro Valéria Vernaschi Lima	Julho 1996 a Fev. 1987 Março 1987 a Dez.1988 Outubro 1988 (subst)
Sinoel Batista	Jan. 1989 a Dez. 1992	José Carlos A Monteiro Valéria Vernaschi Lima  Rosângela Vechia Teresinha Alvarez	Jan. 1989 a Dez 1990 Março de 1989 (subst) Ago/Set. 1989 (subst) Nov/Dez 1989 (subst) Jan. a Agosto 1991 Ago. 1991 a Jan, 1993
Alidino Valter Bonini	Jan. 1993 a Dez. 1996	Maria do Carmo M T Cruz Moacir Perez Veronice Teodoro Vidal Moacir Perez Ivan Beraldo	Jan. a Maio de 1993  Maio a Junho 1993 Julho 1993 a Abr 1994 Maio a Novembro 1994 Nov. 1994 a Dez.1996
Benone Soares Queiroz	Jan. 1997 a Jun. 1998	Adolpho Avoglio Hecht Mauro Rubens Bonini	Jan. a Setembro de 1997 Out. 1997 a Jun. 1998
Rosemir A Torrezan Eid	Junho a Julho de 1998	Mauro Rubens Bonini	Junho a Julho de 1998
Firmino Ribeiro Sampaio	Jul. 1998 a Dez. 2000	Mauro Rubens Bonini Valdemar C. Pereira Mauro Rubens Bonini	Jul. 1998 a Mar de 2000 Mar. a Setembro 2000 Out. a Dezembro 2000

Fonte: CISA

Podemos observar no quadro 11 que no governo Alidino Valter Bonini houve uma significativa mudança de coordenadores, sugerindo uma instabilidade política no cargo. Ao passo que o coordenador atual é o que apresenta um maior período de atuação, tendo sido escolhido como coordenador também para o ano de 2001, sugerindo uma estabilidade política da coordenação.

Das entrevistas realizadas com os prefeitos colhemos importantes observações<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> As entrevistas com os prefeitos tiveram questões em comum, entretanto os da fase inicial do consórcio focaram mais os aspectos da motivação e organização do CISA, enquanto os atuais centraram mais nos ganhos e obstáculos da cooperação.

Os prefeitos, todos, avaliam que o principal ganho da cooperação é o da referência com resolutividade. Como obstáculos há fundamentalmente o entendimento da diminuição da coalizão política entre os municípios, com uma hipertrofia de mando e de foco em Penápolis, resultado de anos sucessivos da presidência do CISA ser o prefeito de Penápolis e pela falta de reuniões e organização política dos prefeitos. Além disso os prefeitos atuais referem como obstáculo a baixa oferta em algumas especialidades como oftalmologia e neurologia. Um prefeito refere custo elevado para os municípios de menor porte.

Sobre as causas da sustentabilidade do consórcio ao longo dos anos, dois prefeitos referem como o bom funcionamento do CISA no atendimento as referências, um avalia pelo fato de estar confundido com o sistema de saúde de Penápolis e porque a cada eleição há uma nova coalizão de forças e discussão em torno do tema, outro porque o CISA cumpre sua finalidade primordial de referência secundária para os participantes. Um prefeito vê com insegurança o futuro do CISA, face a dificuldades financeiras dos municípios menores. Os demais prefeitos avaliam que o CISA continuará se desenvolvendo, com as correções políticas que se fizerem necessárias ao longo do tempo.

Com relação as motivações iniciais do CISA os prefeitos da fase inicial avaliam como motivação uma estruturação e uma reestruturação da oferta em nível regional, aliada a um ambiente político favorável onde se discutia regionalmente formas de organização para problemas comuns aos municípios, apoiados pelo governo estadual e com a experiência semelhante de consorciamento para outras atividades como máquinas agrícolas e conservação de estradas.

Da entrevista efetuada com os Conselheiros Municipais de Saúde de Penápolis podemos perceber que não há uniformidade de opiniões. Entretanto todos foram unânimes em afirmar da dificuldade de relacionamento institucional com o CISA, por não existir um espaço legal definido. A entrevista se deu ao mesmo tempo com três conselheiros, conforme condensamos a seguir.

Com relação à percepção da qualidade dos serviços oferecidos pelo CISA, os Conselheiros avaliaram com bom o atendimento na clínica de especialidades, e referindo como ganho o atendimento nas diversas especialidades. Como boas também foram avaliadas a realização de exames de análises clínicas, a dispensação de medicamentos e atenção em saúde mental.

Sobre obstáculos na prestação dos serviços, os Conselheiros referiram uma demanda reprimida na especialidade de oftalmologia, a inexistência de tomografias no CISA, o que obriga uma referência para fora de Penápolis e uma demora na realização do exame (4 a 6 meses), fluxo dos pacientes na clínica de especialidades e de um número restrito de

medicamentos oferecidos pela farmácia de manipulação do CISA. Centralização da farmácia na Unidade de Saúde do Centro (Macro Centro). Duplicidade de marcação de pacientes que consultam em mais de uma unidade básica, sobrecarregando o sistema. Ausência de um sistema informatizado de agendamento para evitar duplicidade e para otimizar a utilização da clínica de especialidades.

Sobre as regras de utilização dos serviços foi referido o atendimento nas clínicas básicas sendo feito na rede de Penápolis (Macros) e referenciado à Clínica de Especialidades e para a Saúde Mental, quando da necessidade, com agendamento telefônico feito pela unidade básica do município. Há a disposição vários laboratórios de análises clínicas conveniados ao sistema de Penápolis, além do laboratório do CISA.

Sobre a sustentabilidade do CISA, um Conselheiro avaliou que se dá em função da reestruturação da oferta que passou a ser centralizada no CISA. Este mesmo Conselheiro demonstrou preocupação com o futuro do CISA face ao atraso no pagamento das cotas de rateio de despesa por parte de alguns municípios. Outro Conselheiro avaliou como “politicamente viável” e há resolutividade para todos os municípios. Um terceiro Conselheiro avaliou como devido ao caráter empreendedor e “socialista” do prefeito do momento inicial do consórcio, aliado a uma reestruturação da oferta com sua ampliação e resolutividade dos serviços.

Perguntados sobre a atuação dos Conselheiro em relação ao CISA a avaliação foi de que há pouca participação, pouca informação e uma resistência a participação deles porque são Conselheiros do município e não do CISA. Estão avaliando a necessidade da criação de um Conselho Intermunicipal de Saúde. Houve queixa de que não são chamados a participar, pelo prefeito atual, sendo diferente na fase inicial do CISA.

## 3.2 A composição dos Poderes Legislativo e Executivo na região do CISA.

A diversidade política é a regra observada para os poderes Executivo e Legislativo na região de Penápolis desde a criação do consórcio no início da década de 80.

Os quadros seguintes mostram de modo detalhado o mosaico político sobre o qual é constituída a cooperação na política de saúde.

Quadro 12

Prefeitos e Vice Prefeitos do município ALTO ALEGRE, no período 1983/2004.

Período/Munic.	1983 a 1988	1989 a 1992	1993 a 1996	1997 a 2000	2001 a 2004
Prefeito	Nelson Ferlim	Sussumi Ivama	José Maria	Adhemar Flores	José Maria
Vice-Prefeito	Luiz A Oliveira	José Maria	Wandyr Merlo	Nelson Ramires	Maria das Graças
Partido do Pref.	PDS	PMDB	PTB	PSDB	PFL

Fonte: Câmara de Vereadores de Alto Alegre e SEADE.

Quadro 13

Vereadores e respectivos partidos políticos, do município de ALTO ALEGRE, por mandato, no período de 1983 – 2004.

Mandato 1983 - 1988		Mandato 1989 - 1992		Mandato 1993 - 1996		Mandato 1997 - 2000		Mandato 2001 - 2004	
José Per.	PMDB	José Per.	PMDB	Robison	PDS	Valter Bis	PFL	Adilson	PPB
Waldemar	PMDB	Waldemar	PMDB	Valter Bis	PTB	Derci	PFL	Helena R.	PSDB
José Luiz	PMDB	Emilio Kolle	PMDB	Derci	PMDB	Augusto	PPB	Ilson Peres	PFL
Durval Cruz	PDS	João Gimem	PMDB	Francisco R	PMDB	Mauro Gab.	PSDB	Derci	PFL
Cyrillo	PDS	Francisco R	PMDB	Nicacio	PDS	Valdir Ap.	PPB	José Mod.	PFL
Irineu	PDS	Derci	PMDB	Giovani	PDS	Robison	PFL	Valdir Ap.	PSDB
José Santos	PDS	Edson Dias	PTB	José Mod.	PMDB	Álvaro Mod	PFL	Francisco R	PFL
Augusto	PDS	Cristobal	PDS	Álvaro Mod	PFL	Augusta B.	PMDB	Robison	PFL
José Mod.	PMDB	Robison	PDS	Carlos Ful.	PDS	Aparecido	PSDB	Sérgio C.	PSDB
-	-	Durval Cruz	PDS	Francisco B	PDS	Giovani	PFL	Lázaro A.	PSDB
-	-	José Mod.	PMDB	Ilson Peres	PFL	Edson Dias	PSDB	Augusto	PPB

Fonte: Câmara Municipal de Alto Alegre e SEADE.

Dos quadros 12 e 13 podemos observar, que dos cinco mandatos de prefeito, um esteve presente, na chapa majoritária em três mandatos. Dos respectivos partidos apenas o PFL se repete uma vez, e com o mesmo prefeito. A análise do conjunto de vereadores permite verificar que em vários mandatos há uma repetição de nomes anteriores, alguns por até quatro mandatos seguidos. O partido do prefeito, em todos os mandatos, sempre contou com uma bancada importante, inclusive com maioria em dois deles. Se considerarmos as coalizões, que freqüentemente permeiam a política brasileira, podemos inferir um grau importante de

estabilidade política em ambiente de necessidade na representação partidária. Esta situação sugere um ambiente propício à manutenção de estruturas, que já contam com confiança pelos serviços oferecidos, como o CISA.

#### Quadro 14

Prefeitos e Vice Prefeitos do município AVANHANDAVA, no período 1983/2004.

Período/Munic.	1983 a 1988	1989 a 1992	1993 a 1996	1997 a 2000	2001 a 2004
Prefeito	Ricardo Jorge	Gino C Filho	Mauro Leocádio	Arnaldo Negreiros	Antonio Calixto
Vice-Prefeito	Gino C Filho	Celso Tirintan	Wilson R Arruda	Rossano Rinaldi	Marcio Duran
Partido do Pref.	PDS	PFL	PT	PSDB	PDT

Fonte: Câmara de Vereadores de Avanhandava e SEADE.

#### Quadro 15

Vereadores e respectivos partidos políticos, do município de AVANHANDAVA, por mandato, no período de 1983 – 2004.

Mandato 1983 – 1988		Mandato 1989 - 1992		Mandato 1993 - 1996		Mandato 1997 - 2000		Mandato 2001 - 2004	
Advaldo	PDS	Advaldo	PFL	Acliton	PMDB	Alamares	PTB	Rossano	PPS
Arlindo	PDS	Alamares	PFL	Alamares	PTB	Amélio	PTB	Alfeu	PFL
Arnaldo	PDS	Amélio	PTB	Amélio	PTB	Ana Lúcia	PSL	Zelver	PMDB
Bartolomeu	PDS	Ataíde	PMDB	Antonio P.	PPS	J. Barboza	PSL	Waldomiro	PTB
Belmira	PMDB	Bartolomeu	PDS	Bartolomeu	PDS	Ângelo	PSL	Ada	PFL
Gerson	PDS	Daniel	PTB	Daniel	PTB	J. Antonio	PSDB	Daniel	PTB
João Azenh.	PMDB	Francisco	PFL	Djalma	PDS	Walter	PSDB	Valcir	PT
João Franc.	PMDB	João Franc.	PFL	Francisco	PFL	J. Roberto	PMDB	Gutemberg	PDT
Wilson	PDS	Jovino	PFL	Jayme	PDS	Luís Gust.	PMDB	Luiz Carlos	PDT
-	-	Roberto	PMDB	José Anton.	PPS	Marisa	PPB	Ângelo	PSDB
-	-	Waldomiro	PMDB	Roberto	PMDB	Sueli	PPB	Pedro C.	PSDB

Fonte: Câmara Municipal de Avanhandava e SEADE.

Dos quadros 14 e 15 verificamos, que não há recondução de nenhum dos prefeitos, porém o vice prefeito do primeiro mandato analisado, se tornou o prefeito em seguida. Este fato tem importância para o consórcio, pois foram nestes mandatos que o CISA se constituiu e se estruturou. Não há no executivo continuidade partidária, e somente no quarto mandato analisado, o partido do prefeito conta com uma bancada expressiva na Câmara. No terceiro, o prefeito, do PT, não tem nenhum vereador. Entretanto, ressaltamos, é da prática política brasileira, as coalizões políticas, principalmente em torno do executivo. Na Câmara podemos observar, que vários vereadores se reelegem, em até três mandatos, permitindo uma continuidade mais duradoura, de políticas acertadas de cunho social como o CISA.

## Quadro 16

Prefeitos e Vice Prefeitos do município BARBOSA, no período 1983/2004.

Período/Munic.	1983 a 1988	1989 a 1992	1993 a 1996	1997 a 2000	2001 a 2004
Prefeito	Washington Luiz	Jorge Carvalho	Washington Luiz	Fernando Barbosa	Jorge Carvalho
Vice-Prefeito	Jorge Carvalho	Dirceu Desan	Mário Lima	Antonio Reis	Paulo Hissao
Partido do Pref.	PMDB	PMDB	PMDB	PSDB	PPS

Fonte: Câmara de Vereadores de Barbosa e SEADE.

## Quadro 17

Vereadores e respectivos partidos políticos, do município de BARBOSA, por mandato, no período de 1983 – 2004.

Mandato 1983 – 1988		Mandato 1989 - 1992		Mandato 1993 - 1996		Mandato 1997 - 2000		Mandato 2001 - 2004	
Antonio R	PDS	Antonio F.	PMDB	Alessandro	PMDB	Ademar	PMDB	Jorge Luis	PPS
J. Dias	PMDB	Aparecido	PMDB	Antonio M	PDS	Célia	PSDB	Marcos W.	PFL
Mário de S	PMDB	Cícero	PMDB	Antonio R	PDS	David	PMDB	Evair José	PFL
Nestor	PMDB	Élcio	PDS	Cícero	PMDB	Geraldo	PMDB	Osvaldo	PMDB
Nivaldo	PMDB	Geraldo	PTB	Geraldo	PMDB	Gilmar	PSDB	Waldir	PPB
Rosendo	PMDB	Herácio	PL	Oswaldo	PMDB	J. Inácio	PFL	João Reis	PTB
Waldir	PDS	Jovelino	PL	Silvanir	PMDB	Silvanir	PMDB	Alexandro	PTB
Wilson	PDS	Manoel R.	PDS	Waldecir	PMDB	Waldecir	PMDB	Cláudia	PPS
Manoel R.	PDS	Mário de S	PMDB	Waldir	PSD	Waldir	PSDB	Isael	PPS
-	-	Misael	PMDB	-	-	-	-	-	-
-	-	Silvanir	PMDB	-	-	-	-	-	-

Fonte: Câmara Municipal de Barbosa e SEADE.

Verificamos pelos Quadros 16 e 17 que há um quadro bastante nítido de continuidade política no município. Dos cinco mandatos analisados no executivo, em quatro há repetição de nomes do majoritário, três com a mesma pessoa. O PMDB se mantém enquanto partido nos três primeiros mandatos do prefeito e é força majoritária, na Câmara, nos quatro anos. O partido dos prefeitos tem expressiva bancada nos quatro primeiros mandatos analisados. Aqui, verificamos que também há manutenção de vereadores ao longo dos mandatos. Este ambiente político revela uma manutenção político-administrativa, sugerindo um ambiente de estabilidade, que favorece a continuidade de coalizões como a que resultou na instituição do CISA.

## Quadro 18

Prefeitos e Vice Prefeitos do município BRAÚNA, no período 1983/2004.

Período/Munic.	1983 a 1988	1989 a 1992	1993 a 1997	1997 a 2000	2001 a 2004
Prefeito	Francisco Guerrero	Waldyr Hecht	José Alves	Francisco Guerrero	Armélindo Sanches
Vice-Prefeito	Carlos Pelozato	Ginez T Filho	José Borsanello	Heitor Verdú	Vivaldo Gastaldi
Partido do Pref.	PMDB	PDS	PSD	PMDB	PPS

Fonte: Câmara de Vereadores de Braúna e SEADE

## Quadro 19

Vereadores e respectivos partidos políticos, do município de BRAÚNA, por mandato, no período de 1983 – 2004.

Mandato 1983 – 1988		Mandato 1989 – 1992		Mandato 1993 - 1996		Mandato 1997 - 2000		Mandato 2001 - 2004	
Ademir	PMDB	Airton	PMDB	Adalberto	PMDB	Darci	PPB	Fco. Anton.	PMDB
Antonio B.	PMDB	Angelo	PTB	Braz	PDS	J. Antonio	PPB	Valdecir	PMDB
Adiel João	PDS	Antonio B.	PMDB	Fco. Anton.	PMDB	J. Barzotti	PMDB	Jerusa	PPS
Batista	PMDB	Antonio V.	PMDB	Haroldo	PSDB	J. Pedro	PDT	Divaldo	PPS
Décio	PDS	Armélindo	PDS	João Aug.	PL	Mário M.	PMDB	Marcelo	PMDB
Gines	PMDB	Divaldo	PTB	Manoel V.	PSD	Paulo C.	PDT	Sérgio B.	PPS
João Carlos	PMDB	Fco. Anton.	PMDB	Mário M.	PDS	Sátimo	PMDB	Mario Pires	PMDB
Jonas	PDS	Fco. Andr.	PMDB	Paulo C.	PSD	Valentim	PMDB	J. Barsotti	PMDB
J. Antonio	PDS	Guido	PTB	Vivaldo	PDS	Vivaldo	PPB	Adivaldo	PPB
-	-	Mário Moreli	PDS	-	-	-	-	-	-
-	-	Mário Rib.	PDS	-	-	-	-	-	-

Fonte: Câmara Municipal de Braúna e SEADE.

Pelos Quadros 18 e 19 verificamos que no executivo há diretamente, apenas um caso de nova eleição de um mesmo prefeito, da fase inicial do CISA. Entretanto podemos observar também, que em duas outras eleições, foram eleitos ao majoritário, vereadores de mandatos anteriores. Esta situação permite-nos afirmar que também neste caso há uma convivência com o CISA, permitindo uma estabilidade política em torno desta experiência. Os prefeitos possuem bancada expressiva nos dois primeiros mandatos analisados, não deixando de referenciar aqui a probabilidade de coalizões políticas da prática brasileira. Há aqui também uma recondução de vereadores em seguidos mandatos.

## Quadro 20

### Prefeitos e Vice Prefeitos do município GLICÉRIO, no período 1983/2004.

Período/Munic.	1983 a 1988	1989 a 1992	1993 a 1997	1997 a 2000	2001 a 2004
Prefeito	Fuad Eid	Hayrton Areias	Enéas Xavier	Rosemir Eid	Wagner Marotta
Vice-Prefeito	Pedro Lírio	Enéas Xavier	Mauro Castilho	Job Polizel	Hayrton Areias
Partido do Pref.	PDS	PMDB	PMDB	PDT	PPS

Fonte: Câmara de Vereadores de Glicério e SEADE.

## Quadro 21

### Vereadores e respectivos partidos políticos, do município de GLICÉRIO, por mandato, no período de 1983 – 2004.

Mandato 1983 – 1988		Mandato 1989 – 1992		Mandato 1993 - 1996		Mandato 1997 - 2000		Mandato 2001 - 2004	
J. Almendro	PDS	Apdo. Rib.	PDS	Gerson	PDS	João Gonç.	PSDB	Dalva B.	PFL
Renato	PMDB	Apdo. Vie.	PL	João Gonç.	PDS	Jovercino	PSDB	Eduardo	PPS
Nilton K.	PDS	Fco. Líria	PTB	J. Almendro	PMDB	Laércio	PPS	Waldir	PPS
Waldir	PMDB	Gerson	PL	Nelson Q.	PMDB	Onivaldo	PMDB	J Fernandes	PMDB
Sebastião G	PMDB	Luis Cortez	PMDB	Nilton K.	PDS	Nelson B.	PPS	Onivaldo	PSDB
Gerson	PDS	Nilton K.	PL	Osmar	PMDB	Nelson C.	PMDB	Jane Apda.	PPS
Aparecido	PMDB	J. Almendro	PMDB	Renato Reis	PMDB	Ozair	PPB	Renato Reis	PMDB
Adelpho	PMDB	Renato Reis	PMDB	Sebastião T	PMDB	Valmir C.	PPB	João G.	PSDB
Kazuo	PDS	Sebastião G	PMDB	Valmir C.	PDS	Renato Reis	PMDB	Antonio R.	PFL
-	-	Waldemar	PL	Waldemar	PL	Nilton K.	PPB	Nelson C.	PTB
-	-	Waldir	PMDB	Waldir	PMDB	Waldir	PSDB	Leonardo	PFL

Fonte: Câmara Municipal de Glicério e SEADE.

Os Quadros 20 e 21 mostram que dos cinco mandatos analisados no majoritário, três apresentam uma recondução de nomes, e em dois de sobrenomes. Em dois mandatos os prefeitos apresentam importante bancada na Câmara, sendo o PMDB a maior bancada nos três primeiros. Aqui também verificamos um ambiente que favorece a políticas públicas, que por seus resultados e coalizões tendem a permanecer, como o CISA. A Câmara mantém o padrão anterior de recondução de vereadores ao longo dos mandatos políticos, também favorecendo a manutenção de determinadas práticas políticas públicas, como o CISA. Observamos novamente que há um caso em que o partido do prefeito, não possui vereadores.

## Quadro 22

Prefeitos e Vice Prefeitos do município LUIZIÂNIA, no período 1983/2004.

Período/Munic.	1983 a 1988	1989 a 1992	1993 a 1997	1997 a 2000	2001 a 2004
Prefeito	Fco. Antônio	Geraldo Deol.	Nivaldo	Geraldo Deol.	Nivaldo
Vice-Prefeito	Nivaldo	Valmir	Mariano	Roberto Bassan	Edivaldo
Partido do Pref.	PMDB	PMDB	PMDB	PMDB	PTB

Fonte: Câmara de Vereadores de Luiziana e SEADE.

## Quadro 23

Vereadores e respectivos partidos políticos, do município de LUIZIÂNIA, por mandato, no período de 1983 – 2004.

Mandato 1983 – 1988		Mandato 1989 – 1992		Mandato 1993 - 1996		Mandato 1997 - 2000		Mandato 2001 - 2004	
Alzira	PMDB	Roberto B.	PMDB	Luiz Deol.	PMDB	J. Mesquita	PMDB	Fco. Ferres	PTB
Mauri	PMDB	Lionércio	PMDB	Roberto B.	PMDB	Lourival	PMDB	João Batista	PTB
Lionércio	PMDB	J. Barreto	PMDB	Sebastião A	PMDB	Nilson F.	PMDB	Fco. Vieira	PTB
Gerson	PMDB	Cláudio G.	PFL	Cícero	PTB	J. Duarte	PPB	Laércio	PSDB
Luiz Deol.	PMDB	Cícero	PFL	Roberto R.	PTB	Edivaldo	PMDB	J. Duarte	PTB
Orlando	PDS	Gerson	PMDB	Djalma	PTB	Cícero Silv	PPB	J. Mesquita	PSDB
J. Carlos	PDS	João Batista	PMDB	J. Luiz	PMDB	Cícero Sant	PMDB	Roberto B.	PTB
Manoel S.	PMDB	J. Carlos	PFL	Gerson	PMDB	Djalma	PPB	Djalma	PMDB
Josias	PDS	Lourival	PMDB	Roberto C.	PTB	J. Luiz	PMDB	Marcos R.	PSDB
-	-	Roberto C.	PTB	Manoel S.	PMDB	J. Conegun	PPB	J. Barreto	PMDB
-	-	Luiz Deol.	PMDB	Lino	PTB	J. Barreto	PMDB	J. Basílio	PMDB

Fonte: Câmara Municipal de Luiziana e SEADE.

Pelos Quadros 22 e 23 observamos uma continuidade de atores políticos no majoritário em todos os mandatos. O partido do prefeito tem a maior bancada em todas as Câmaras, e o PMDB é maioria nos quatro primeiros mandatos, coincidindo com o prefeito. Há também a participação nos cargos majoritários de um vereador. Na Câmara verificamos que vários vereadores são reconduzidos em até três mandatos. Todo este quadro proporciona um ambiente de estabilidade política que certamente favorece a experiências como o CISA, que é calcado na coalizão política e vem se sustentando ao longo dos anos.

## Quadro 24

Prefeitos e Vice Prefeitos do município PENÁPOLIS, no período 1983/2004.

Período/Munic.	1983 a 1988	1989 a 1992	1993 a 1997	1997 a 2000	2001 a 2004
Prefeito	João D'Elia	Sinoel Batista	Alidino Bonini	Benone Soares	Firmino Sampaio
Vice-Prefeito	Edson Jereissati	Odemar Rosa	Jayme Monteiro	Firmino Sampaio	Benone Júnior
Partido do Pref.	PMDB	PMDB	PMDB	PSDB	PFL

Fonte: Câmara de Vereadores de Penápolis e SEADE.

## Quadro 25

Vereadores e respectivos partidos políticos, do município de PENÁPOLIS, por mandato, no período de 1983 – 2004.

Mandato 1983 – 1988		Mandato 1989 - 1992		Mandato 1993 - 1996		Mandato 1997 - 2000		Mandato 2001 - 2004	
Adalgiso	PMDB	Adalgiso	PMDB	Adalgiso	PMDB	Adalgiso	PMDB	Feltrin	PMDB
Antonio P.	PDS	Antonio P.	PDS	Apparecido	PDT	Antonio C.	PSDB	Fco. José	PSDB
Edson	PDS	Antonio C.	PTB	Célio José	PFL	Benjamin	PPB	Célio O.	PFL
Fco. Altima.	PDS	Carlos Alb.	PMDB	Cláudio G.	PST	Célio José	PFL	João Anton.	PSDB
J.Carlos	PDS	Fco.Altimar	PDS	Fco.Altimar	PDS	Fco.Mendes	PSDB	Adolpho	PFL
Jairo	PDS	Ivan Eid	PMDB	Flávio V.	PT	Valdemar	PMDB	Bete Oberg	PSDB
J. Fulanetti	PMDB	Jairo	PL	João Anton.	PSDB	Jadir	PFL	J.C.Aguirre	PPS
Juvenal	PDS	João Anton.	PL	J.C. Aguirre	PPS	Jair	PL	Antonio C.	PSDB
Maria José	PMDB	Maria José	PMDB	J. Serra	PDS	João Anton.	PSDB	João Luís	PT
Natalício	PDS	Newton	PL	Luiz Vicoso	PMDB	J. Nunes	PFL	Roberto M.	PT
Osvaldo	PMDB	Nicolau	PTB	Mauro Bon.	PFL	Luiz Cláud.	PPB	Adalgiso	PMDB
Severino	PMDB	Omar	PMDB	Moisés B.	PDC	Márcia A.	PMDB	Adalberto	PFL
Rubens	PMDB	Sebastião R	PFL	Paulo Sérg.	PPS	Marco Ant.	PT	Inês	PL
-	-	Severino	PMDB	Roberto D.	PMDB	Maria Eliz.	PSDB	Mauro Ol.	PFL
-	-	Waldemar	PFL	Valdenir	PMDB	Mauro Ol.	PSDB	Fco.Altimar	PDT
-	-	-	-	Adolfo A.	PFL	Osmar	PTB	Valdemar	PMDB
-	-	-	-	J. D'Elia	PPS	Roberto M.	PT	César Rod.	PTB

Fonte: Câmara Municipal de Penápolis e SEADE.

Por fim os Quadros 24 e 25 mostram o caso mais conhecido, e permite-nos verificar que há uma continuidade política nos dois primeiros mandatos analisados e nos dois últimos, com a reeleição do vice, que havia assumido o mandato em virtude de falecimento do prefeito eleito. O PMDB é o partido que se sucedeu nos três primeiros mandatos. Em três mandatos o partido do prefeito apresenta importante bancada, lembrando aqui mais uma vez, a prática de coalizões que permeia a política nacional. Há também, uma significativa recondução de vereadores, em até cinco mandatos, e chama a atenção que três deles ocuparam o cargo de coordenador do CISA. Este ambiente certamente favorece a manutenção do CISA, aliado ao fato de Penápolis ser a sede do consórcio e ter no seu prefeito, a figura do presidente em toda sua existência.

Desta forma podemos concluir que em todas as cidades há uma continuidade política em mandatos seguidos, tanto no majoritário quanto no proporcional, que estabelece um ambiente favorável a políticas públicas como o CISA. Ademais verificamos, que embora a legislação tenha permitido a reeleição dos prefeitos e vices, somente em Penápolis isto aconteceu. Entretanto, em três outros municípios foram eleitos prefeitos de gestões anteriores.

Este fato nos parece ter grande importância na manutenção do consórcio, pois permite que prefeitos que já tinham experiência com as atividades do CISA e avaliaram seus ganhos, mantenham o apoio político a esta experiência, lembrando que em muitas entrevistas, estes foram relatados como um dos principais elementos da sua sustentabilidade.

Por outro lado, a literatura nos revela que a alternância das maiorias podem favorecer as inovações, podendo ser, em muitos casos, uma situação desejável.

Entretanto sabemos que maiorias estáveis favorecem os contratos e, neste caso, somada a continuidade política aumenta a estabilidade da coalizão.

Mesmo nas situações em que observamos o prefeito não ter a maioria, pelo partido no qual foi eleito, é possível que a tenha pela prática das coalizões políticas tão costumeiramente observadas em nosso País, principalmente em torno do executivo, conforme mencionamos. É necessário observar entretanto que estas maiorias podem se dar entre partidos competitivos na esfera nacional, mesmo ocupando, os partidos, municípios distintos.

### **3.3 Atividades do CISA e produção de serviços.**

Do estudo de Ribeiro e Costa (1999), podemos verificar que a formação do consórcio, não privilegiou o município de Penápolis em detrimento dos demais, em diversos aspectos. Todos os municípios estão habilitados pela NOB/96 (sendo três em plena do sistema), quando pela NOB/93 três ainda não eram habilitados, permanecendo este quadro até 03/2000. No decorrer dos anos, todos os municípios instituíram algum tipo de ambulatório, sugerindo que o consórcio serviu como instrumento organizador/estimulador de infraestrutura de atendimento em cada município.

Este é um dos compromissos assumidos pelos municípios, quando da organização do CISA, do fortalecimento de uma rede básica em cada um deles. Verificamos na Tabela 8, este crescimento, incluindo os leitos hospitalares, que a partir de dezembro de 1998, foram acrescidos de mais 14 leitos, com a incorporação ao SUS , de um hospital em Barbosa. Verifica-se ainda nesta tabela uma redução no número de ambulatórios em três municípios, com destaque para Penápolis onde há uma redução em mais de dois terços da sua rede, face a fechamento de unidades de saúde por decisão política do governo municipal, na gestão anterior. Estas unidades foram reabertas no ano 2000 e foram importante elemento de debate político eleitoral.

Tabela 8

Ambulatórios e hospitais cadastrados no SUS, por regime e municípios do CISA.

Município	Ambulatórios	Hospitais			Leitos			Ano
		Pub	Pri	Tot	Pub	Pri	Tot	
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
Avanhandava	-	-	-	-	-	-	-	1992
	-	-	-	-	-	-	-	1993
	-	-	-	-	-	-	-	1994
	3	-	-	-	-	-	-	1995
	3	-	-	-	-	-	-	1996
	3	-	-	-	-	-	-	1997
	3	-	-	-	-	-	-	1998
	3	-	-	-	-	-	-	1999
Barbosa	-	-	-	-	-	-	-	1992
	-	-	-	-	-	-	-	1993
	-	-	-	-	-	-	-	1994
	1	-	-	-	-	-	-	1995
	1	-	-	-	-	-	-	1996
	1	-	-	-	-	-	-	1997
	2	1	0	1	14	0	14	1998
	2	1	0	1	14	0	14	1999
Braúna	-	-	-	-	-	-	-	1992
	-	-	-	-	-	-	-	1993
	-	-	-	-	-	-	-	1994
	2	-	-	-	-	-	-	1995
	2	-	-	-	-	-	-	1996
	2	-	-	-	-	-	-	1997
	1	-	-	-	-	-	-	1998
	1	-	-	-	-	-	-	1999
Glicério	-	-	-	-	-	-	-	1992
	-	-	-	-	-	-	-	1993
	-	-	-	-	-	-	-	1994
	2	-	-	-	-	-	-	1995
	4	-	-	-	-	-	-	1996
	4	-	-	-	-	-	-	1997
	3	-	-	-	-	-	-	1998
	3	-	-	-	-	-	-	1999
Luiziânia	-	1	0	1	14	0	14	1992
	-	1	0	1	14	0	14	1993
	-	1	0	1	14	0	14	1994
	1	1	0	1	14	0	14	1995
	1	1	0	1	14	0	14	1996
	1	1	0	1	14	0	14	1997
	1	1	0	1	14	0	14	1998
	1	1	0	1	14	0	14	1999
Penápolis	-	0	2	2	0	253	253	1992
	-	0	2	2	0	253	253	1993
	-	0	2	2	0	253	253	1994
	17	0	2	2	0	253	253	1995
	33	0	2	2	0	253	253	1996
	33	0	2	2	0	253	253	1997
	10	0	2	2	0	253	253	1998
	10	0	2	2	0	253	253	1999
Total	-	2	2	4	33	253	286	1992
	-	2	2	4	33	253	286	1993
	-	2	2	4	33	253	286	1994
	31	2	2	4	33	253	286	1995
	49	2	2	4	33	253	286	1996
	49	2	2	4	33	253	286	1997

	24	3	2	5	47	253	300	1998
	24	3	2	5	47	253	300	1999

Fonte: Datasus/MS.

Em relação aos procedimentos ambulatoriais, verificamos que os municípios permanecem em pleno desenvolvimento das suas ações, conforme a Tabela 9.

Tabela 9

Produção ambulatorial, SUS, qtd. apresentada, municípios do CISA, no ano de 1999\*.

Município	Prod. Total	Atend. Básico e % da prod. total.		Cons. Méd. Total.	Cons. Méd. Bás. e % da cons. méd. tot.
Alto Alegre	53.225	38.033 (71,5%)		17.520	13.043 (74,4%)
Avanhandava	66.200	51.313 (77,5%)		23.563	13.806 (58,6%)
Barbosa	58.707	48.263 (82,2%)		21.312	14.801 (69,4%)
Braúna	48.201	45.955 (95,3%)		14.453	14.453 (100%)
Glicério	52.901	46.498 (87,9%)		14.467	11.921 (82,4%)
Luiziânia	28.971	24.557 (84,8%)		11.220	8.515 (75,9%)
Penápolis	920.404	639.098 (69,4%)		206.773	111.277 (53,8%)

Fonte: Ministério da Saúde, Datasus.

\* Os dados de 1999 são projetados para todo o ano, com base em dez meses realizados, face a mudança de procedimentos em nov. 1999.

Nesta tabela observamos que da produção total do ambulatório:

- o grupo de atenção básica (PAB) tem a grande maioria de procedimentos;
- quatro dos municípios menores mantém mais de 25% de consultas médicas não básicas em seus municípios, destacando-se Avanhandava com 41,4% e Glicério 17,6%.
- das consultas médicas totais Braúna realiza 100% em consultas básicas;
- Penápolis realiza 46,2% das em consultas não básicas, visto ser a sede das consultas de especialidade;
- podemos afirmar que os municípios menores, vem conseguindo manter sua base de atividades em atenção básica no próprio território e, inclusive em valores razoáveis em consultas não básicas.

Tabela 10

Produção ambulatorial, SUS, qtd. apresentada, municípios do CISA, atendimento básico e não-básico, 1996 – 2000. Valores absolutos.

Ano	1996		1997		1998		1999*		2000	
<b>Município</b>	básico	ñ. bás.								
Alto Alegre	30.967	7.712	39.923	9.224	41.204	10.626	38.033	15.192	31.921	8.069
Avanhand.	74.434	3.561	74.661	5.117	64.983	10.329	51.313	14.887	45.809	13.471
Barbosa	65.902	2.015	67.853	3.981	61.684	5.949	48.263	10.444	48.435	8.603
Braúna	36.863	1.130	45.225	1.816	42.271	1.933	45.955	2.246	56.440	2.802
Glicério	48.146	1.473	51.621	375	43.361	3.952	46.498	6.403	56.863	14.990
Luiziânia	28.326	974	34.450	3.249	31.899	3.539	24.557	4.414	21.277	5.528
Sub-total	284.638	16.865	313.733	23.762	285.402	36.328	254.619	53.586	260.745	53.463
Penápolis	546.749	148.458	573.717	164.562	495.714	209.461	639.098	281.306	688.068	314.282
Total	831.387	165.323	887.450	188.324	781.116	245.789	893.717	334.892	948.813	367.745

Fonte: Datasus /MS.

\* Os dados de 1999 são projetados para todo o ano, com base em dez meses realizados, face a mudança de procedimentos em nov./1999.

Tabela 11

Produção ambulatorial, SUS, qtd. apresentada, municípios do CISA, atendimento básico e não-básico, 1996 – 2000. Proporcional (%).

Ano	1996		1997		1998		1999*		2000	
<b>Município</b>	básico	ñ. Bás.								
Alto Alegre	80,0	20,0	81,2	18,8	79,5	20,5	71,5	28,5	79,8	20,2
Avanhand.	95,4	4,6	93,6	6,4	86,3	13,7	77,5	22,5	77,3	22,7
Barbosa	97,0	3,0	94,5	5,5	91,2	8,8	82,2	17,8	84,9	15,1
Braúna	97,0	3,0	96,1	3,9	95,6	4,4	95,3	4,7	95,3	4,7
Glicério	97,0	3,0	99,3	0,7	92,3	7,7	87,9	12,1	79,1	20,9
Luiziânia	96,7	3,3	91,4	8,6	90,0	10,0	84,8	15,2	79,4	20,6
Sub-total	94,4	5,6	92,9	7,1	88,7	11,3	82,6	17,4	83,0	17,0
Penápolis	78,6	21,4	77,7	22,3	70,3	29,7	69,4	30,6	68,6	31,4
Total	831.387	165.323	887.450	188.324	781.116	245.789	884.259	333.250	948.813	367.745

Fonte: Datasus /MS.

\* Os dados de 1999 são projetados para todo o ano, com base em dez meses realizados, face a mudança de procedimentos em nov./1999.

Embora tenha havido uma mudança no conjunto de procedimentos básicos a partir de novembro de 1999, não podendo haver uma comparação direta com os dados do ano 2000, proporcionalmente a correlação dos dados mantém a tendência observada.

Podemos observar nas tabelas 10 e 11, que à exceção de Penápolis, os municípios do CISA mantiveram, no conjunto, o total de sua produção ambulatorial. Avanhandava e Barbosa apresentaram uma redução global. Alto Alegre e Luiziana mantiveram sua produção. Braúna, Glicério e Penápolis aumentaram sua produção.

Houve um incremento das atividades não básicas em quase todos os municípios, no período, exceto Braúna que permaneceu com valores baixos nestas atividades e Alto Alegre, que manteve o patamar já aumentado. Em paralelo houve um decréscimo das atividades básicas em Avanhandava, Barbosa e Luiziana, em números absolutos, e um incremento em Braúna, Glicério e Penápolis. Alto Alegre, com uma produção crescente inicialmente, retornando aos níveis iniciais do período.

Podemos afirmar, à exceção de Braúna, que os municípios estruturaram uma oferta parcial de atividades não-básicas e, pelo que observamos no local em virtude de uma demanda, que embora coberta pelo CISA, tem um custo operacional e político aumentado para o deslocamento da população. Nos parece haver uma adaptação de necessidades, no conjunto dos municípios, alguns com aumento de procedimentos básicos e outros com diminuição. Os municípios do CISA mantêm sua capacidade operacional, na oferta de serviços a sua população, realizando uma reestruturação em função das necessidades apresentadas.

Tabela 12

Procedimentos realizados, pelos municípios, nas unidades do CISA, no período 1997-2000.

MUNICÍPIO	1997	%	1998	%	1999	%	2000	%
Alto Alegre	2.750	1,7	4.663	2,7	4.849	2,8	6.009	2,9
Avanhandava	7.883	4,9	10.541	6,1	9.030	5,2	11.519	5,5
Barbosa	7.378	4,6	6.234	3,6	3.002	1,7	3.680	1,8
Braúna	6.663	4,2	6.661	3,9	7.182	4,1	7.300	3,5
Glicério	4.431	2,8	4.349	2,5	5.363	3,1	4.178	2,0
Luiziana	5.216	3,3	4.751	2,8	6.122	3,5	7.135	3,4
Penápolis	125.616	78,5	135.479	78,5	138.014	79,5	168.156	80,9

Total	159.937	100	172.678	100	173.562	100	207.977	100
-------	---------	-----	---------	-----	---------	-----	---------	-----

Fonte: CISA.

Verificamos na tabela 12 que os municípios vem mantendo, nos últimos anos uma importante utilização dos serviços oferecidos pelo CISA. A exceção é o município de Barbosa, que reduziu significativamente sua utilização. Ao verificarmos este item, percebemos que o município instituiu algumas especialidades em seu território, de maior utilização, como ortopedia e em análises clínicas. Perguntado especificamente sobre as razões que motivaram esta decisão, o secretário informou ser devido a uma importante demanda que obrigava um deslocamento constante de sua população, gerando ao final um custo que compensou sua implementação no município.

A tabela 13 mostra o quantitativo de internações hospitalares nos municípios que compõe o consórcio, numa séria histórica de 1992 a 1999.

Tabela 13

Internações hospitalares no SUS, por município do CISA, no período 1992 a 1999.

	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	7.141	6.779
Total CISA	12.272	11.993	9.048	8.149	7.393	7.254	7.852	7.642
Total SP	3.035.155	3.080.376	3.122.102	2.499.263	2.266.171	2.205.620	2.380.248	2.393.348

Fonte: SIH-SUS/DATASUS.

\* Os dados da internação de Barbosa são relativo ao mês de dezembro, quando iniciou o funcionamento do hospital.

Analisando a tabela acima podemos observar que:

- Em relação aos procedimentos hospitalares observamos uma progressiva diminuição das internações, até 1998;
- O ano de 1998 é marcado por dois eventos diferenciados: o início do funcionamento do hospital público de Barbosa, em dezembro, e um aumento nas internações em Penápolis;
- No total geral das internações de São Paulo observamos também um aumento do número de internações;
- Em 1999 verificamos nova diminuição das internações em relação a 1998;
- As internações de Barbosa, em 1999, parecem ter migrado de Penápolis, que era a referência.

A diminuição das internações, seguem uma tendência nacional desde que foi instituído um maior controle das fraudes e estabelecido o limite máximo de internações em 9% da população/ano, pelo Ministério da Saúde.

A tabela 14, mostra as modalidades de repasses ambulatoriais, recebidos pelos municípios do consórcio de Penápolis, tipo de habilitação na NOB-96 e o valor per capita / ano dos recursos do PAB.

Tabela 14

Tipos de repasses ambulatoriais recebidos nos anos de 1998 e 1999.

Natureza do repasse	Alto Alegre	Avanhandava	Barbosa	Braúna	Glicério	Luiziânia	Penápolis
PAB	X	X	X	X	X	X	X
Inc. Vig. Sanitária	X	X	X	X	X	X	X
Inc. Carênc. Nutric.	X	-	-	X	X	-	-
Prog. Saúde Fam.	-	-	-	-	X	X	-
Prog. Ag. Comunit.	-	-	-	-	X	X	-
Ass. Hos. Amb. MAC	-	X	-	-	X	-	X
Camp.Próstata	-	-	-	-	-	-	X
Camp.Hérnia Inguinal	-	-	-	-	-	-	X
Camp.Câncer de Colo	-	-	-	-	-	-	X
Camp. Catarata	-	-	-	-	-	-	X
PAB/hab/ano.R\$	12,18	12,45	14,83	11,56	12,89	11,99	14,45
Habilitação	Pl. Bás.	Pl. Sist.	Pl. Bás.	Pl. Bás.	Pl. Sis.	Pl. Bás.	Pl. Sis.

Fonte: Ministério da Saúde.

Avaliando a gestão a partir das modalidades de repasses de recursos ambulatoriais, provenientes do Ministério da Saúde, verificamos que:

- mais dois municípios além de Penápolis passaram a receber recursos destinados a média e alta complexidade;
- os municípios que recebem estes recursos são os habilitados na Gestão Plena de Sistema;
- foram direcionados para Penápolis os recursos relativos as “Campanhas” promovidas pelo Ministério da Saúde no âmbito das cirurgias de média complexidade;

Os dados assinalados revelam uma ampliação da capacidade ambulatorial e institucional desses municípios. Penápolis continua como referência para os procedimentos de maior complexidade, em especial no âmbito hospitalar. Percebemos também, que não há até aquela data uma adesão aos programas de agentes comunitário e de saúde da família, que vem sendo estimulados pelo Ministério. Também o programa de carências nutricionais, que é uma fonte de transferência financeira específica, e praticamente sem custos de implementação, não recebeu uma grande adesão.

Tabela 15

Indicadores selecionados do pacto de atenção básica, dos municípios do CISA.

Município	% de mães com 4 ou + consultas pré-natal. 1998.	Cobertura vacinal DPT em < 1 ano. 1999.	Cobertura vacinal Influenza / idosos 1999.	Taxa de int. AVC 30 a 59 Anos. 1998.	% pop. coberta p/ saúde da família. 1999.	Consulta méd. bás. hab/ano. 1999.	Concentração de proc. odonto coletivo 0 a 14 anos. 1999.
Alto Alegre	46,2	76,9	64,5	12,1	-	3,0	4,6
Avanhandava	75,8	102,3	52,9	10,7*	-	1,6	0,9
Barbosa	69,0	86,5	54,5	5,0*	-	2,4	0,0
Braúna**	88,7	123,0	74,32	6,24	71,9	2,26	8,21
Glicério	65,5	119,2	73,1	29,1	72,9	2,9	3,1
Luiziânia	84,5	72,2	77,1	29,1	-	1,8	2,0
Penápolis	81,3	102,3	51,0	13,1	-	2,0	8,0

Fonte: SPS/MS.

\* Dados de 1999.

\*\* Os dados de Braúna foram coletados também na SES/SP, por não estarem disponíveis integralmente na SPS/MS.

Na tabela acima verificamos que não há uniformidade no conjunto dos dados selecionados. Braúna apresenta nestes indicadores, melhor desempenho que os outros municípios, seguido de Penápolis, que é a sede do CISA e pólo da região.

À exceção de Alto Alegre os municípios apresentam uma boa cobertura no pré-natal.

As diferenças observadas nos índices de vacinação para o DPT podem significar a migração da população para a vacinação no município vizinho por maior facilidade no acesso.

A cobertura vacinal para influenza é boa se comparada aos dados nacionais.

A oferta de consultas médicas de atenção básica é boa na maioria dos municípios, ficando um pouco abaixo em Avanhandava e Luiziana.

Glicério e Avanhandava apresentam conjunto de indicadores mais irregulares.

Os procedimentos odontológicos coletivos somente apresentam números razoáveis em Braúna e Luiziana.

Observamos que embora o CISA permita uma maior interação entre os municípios e, inicialmente tenha sido uma de suas metas a estruturação da oferta básica nos municípios que dele participam, com a introdução dos indicadores da atenção básica, que permitem avaliar os resultados da oferta, verificamos que os municípios não tem uniformidade de resultados. Estes dados podem sugerir, inicialmente, que o CISA não esteja servindo como elemento capaz de homogeneizar a qualidade dos serviços oferecidos nos municípios desta cooperação.

Entretanto estes são dados preliminares e é possível que a qualidade dos dados informados não seja a melhor possível, como tem sido verificado em outras regiões do País. Ademais não existe uma série histórica longa de dados o suficiente que nos permita afirmar o resultado destes indicadores.

## **Considerações finais:** A experiência política do CISA e o futuro da regionalização à atenção à saúde no Brasil.

Verificamos ao longo do presente estudo que os consórcios intermunicipais de saúde mantêm forte vínculo com a estratégia de regionalização da saúde no Brasil. É adequado ao processo de reforma administrativa do setor, buscando maior eficiência, racionalidade e qualidade na oferta de serviços à população.

Seu aspecto inovador, como no CISA Penápolis, se inicia no país no ambiente político da redemocratização e acaba, ao longo dos anos, se tornando modelar para outras regiões que buscam, neste tipo de estrutura, ampliar o escopo de políticas necessárias ao atendimento de suas demandas.

O estabelecimento do Sistema Único de Saúde, com suas premissas de universalidade, integralidade e equidade, colocaram um desafio à nação para a construção de um sistema de saúde, que realmente pudesse atender às suas demandas, num país tão vasto e tão desigual.

Progressivamente a efetivação de um arcabouço legal infraconstitucional, e a edição de inúmeras normas e portarias pelo Ministério da Saúde, foi formatando um ambiente institucional capaz de atender as necessidades, diante de um quadro político dinâmico e num País de estrutura federativa.

A descentralização como palavra de ordem, em direção aos municípios e a participação da comunidade foram fundamentais para estruturar o sistema de saúde tal como se encontra, mesmo se o considerarmos como um modelo em construção e permanente ajuste.

As adesões às normas emanadas pelo Ministério da Saúde foram progressivamente crescentes, chegando a 98,98% dos municípios brasileiros, nos termos da NOB/96, em dezembro de 2000.

A instituição de Conferências de Saúde e de Conselhos de Saúde introduziu a figura do usuário, principal demandador do sistema, definitivamente neste cenário, exigindo dos gestores de saúde, especialmente dos municípios respostas adequadas às suas necessidades. Em paralelo, a flexibilização da legislação, o estabelecimento de fóruns de pactuação entre gestores, bi e tripartites, permitiram que o exercício político e administrativo, aliados à criatividade de muitos dos seus atores, dessem conta em grande parte destas demandas.

Neste ambiente, parece-nos que os consórcios intermunicipais de saúde ganharam terreno propício para seu estabelecimento, sobretudo para sanar déficits do

processo de regionalização, na atenção a média complexidade, na oferta de consultas médicas de especialidades e em diagnose e terapia.

A baixa regulação e a pouca definição no estabelecimento de responsabilidades nas relações intergovernamentais, aliada a uma ampliação crescente de sua demanda, levaram os municípios buscarem formas alternativas para a solução de seus problemas, com inovações na gestão, dentre elas o consórcio intermunicipal de saúde.

Há consórcios exclusivamente destinados ao aumento de serviços especializados e outros que buscam uma estruturação regional a partir de uma oferta mínima em cada um dos municípios participantes.

Alguns consórcios surgiram da capacidade aglutinadora de seus líderes, outros por indução estadual e, em alguns casos pela combinação de organização regional aliada a incentivos estaduais.

O Ministério da Saúde, no ano de 1997 revelou-se francamente favorável à implementação dessas estruturas, com a edição de documentos específicos. Posteriormente não deu prosseguimento a uma política explícita de fomento aos consórcios intermunicipais de saúde. Com a edição da NOAS 01/01, aponta para a organização de estruturas regionais tendo como articulador principal as secretarias estaduais de saúde, e consórcios são apenas citados no documento como fatores positivos ao processo de regionalização experimentados até o presente.

Nos aspectos legais vimos que as principais leis da saúde, Lei nº 8080/90 e Lei nº 8142/90 fazem menção expressa aos consórcios, facilitando seu estabelecimento. Nos trabalhos analisados verificamos que muitos consórcios foram criados com a figura jurídica de direito privado, na tentativa de fugir as regras estabelecidas para o serviço público, tendo entretanto os pareceres jurídicos posteriores sucumbido esta tentativa, por se tratar de entes públicos gerindo recursos públicos, prestando serviços também públicos, e portanto têm de se submeter às regras públicas. Recentemente, a instituição da Emenda Constitucional nº19/98, trouxe para o plano da Constituição a figura do consórcio, consolidando este tipo de cooperação como alternativa a muitos administradores municipais, para a resolução de problemas só resolvidos em escala de maior amplitude. Os consórcios de saúde, certamente ganham destaque, pois além da existência de várias cooperações estarem implantadas em diversas regiões do país, a previsão legal ficou assim constitucionalmente estabelecida favorecendo o seu desenvolvimento.

O estabelecimento dos consórcios intermunicipais de saúde no Brasil teve impulso a partir de 1993, chegando a 143 consórcios com 1740 municípios envolvidos em dezembro de 1998, últimos dados disponíveis de âmbito nacional.

As características dessas associações revelam que 95% dos municípios envolvidos são de pequeno porte, com menos de 50 mil habitantes, o que reforça a importância deste tipo de cooperação na superação de problemas comuns.

É necessário um novo estudo que dê conta dos consórcios existentes em todo o país, revele suas características, suas motivações e seus resultados, para que tenhamos a noção exata da sua magnitude e importância no processo de regionalização e de alternativas na atenção à saúde da população.

O estabelecimento da Norma Operacional da Assistência a Saúde – NOAS-SUS 01/2001, pelo Ministério da Saúde, é no seu conjunto, uma busca para superar os déficits no processo de regionalização do sistema de saúde. Não há na norma uma previsão específica para os consórcios já instituídos. Entretanto, na sua implementação, desde que alguns ajustes sejam feitos, é possível que consórcios se revigorem como uma das formas dessa construção regional. O financiamento previsto na NOAS, com recursos adicionais podem facilitar a ampliação da oferta nos consórcios existentes se forem tomados como base de processos regionais de organização.

Os problemas a serem enfrentados com a NOAS, especialmente para os consórcios já estabelecidos, como o CISA Penápolis, estão na necessidade de vinculação estrita de toda uma população regional a um único município e, a habilitação em Gestão Plena de Sistema Municipal, só permitida ao município-sede e excluída aos demais. Como afirmamos, não cremos ser possível a execução da regionalização desta forma, e forçosamente esta questão deverá ser revista.

Por outro lado a NOAS preenche algumas lacunas existente, mesmo neste tipo de cooperação, os consórcios. A explicitação de responsabilidades, por nível de governo, na garantia do acesso aos serviços pela população referenciada e, a transparência dos recursos financeiros destinados a esta finalidade, facilitarão as relações entre municípios, por vezes conflituosas neste nível.

A progressiva introdução de indicadores de saúde, como do pacto de atenção básica e sua vinculação à progressão na modalidade de gestão como previsto na NOAS, certamente irá ampliar o debate e as estratégias para obtenção de resultados para além do setor saúde. A construção de modelos regionais de atenção irá facilitar o desenvolvimento de políticas públicas estratégicas no campo social. A existência dos consórcios deverá oportunizar uma base mais sólida para esta construção.

O CISA Penápolis é exemplar por se sustentar a mais de quatorze anos, continuar ampliando sua oferta e possuir uma boa avaliação dos municípios participantes.

Sua formação é resultado de um “mix” entre a necessidade de reestruturação da oferta de Penápolis, associada ao aspecto empreendedor de seus líderes, incentivo estadual num ambiente político favorável do restabelecimento dos direitos democráticos e discussão da reforma sanitária.

Ao mesmo tempo em que buscou uma reestruturação da oferta centrada na ampliação de consultas de especialidades e diagnose em média complexidade, houve a preocupação com a formação de uma rede mínima para assistência básica em cada município participante, inclusive Penápolis.

Chama a atenção, desde a sua formação, até o presente estudo, na sua organização formal, a inexistência de um espaço destinado à discussão e decisões por parte dos dirigentes municipais de saúde. Também a peculiaridade do conselho fiscal ser composto por representantes das Câmaras Municipais de Vereadores, órgão já definido para a fiscalização do executivo, na separação dos poderes. Entretanto, carece o CISA, da participação popular, embora genericamente prevista em seu estatuto e regimento interno, mas sem um instrumento formal de participação dos diversos Conselhos Municipais de Saúde existentes.

O CISA ao longo dos anos promoveu algumas modificações nos seus objetivos e estrutura, destacando-se um deslocamento nos seus objetivos para os serviços secundários e de apoio diagnóstico, mais apropriados ao que na prática vinha oferecendo. Desapareceu as atividades de planejamento dos serviços primários e terciários, embora tenha desenvolvido para o conjunto de municípios um setor de controle, avaliação e auditoria e de processamento de dados. Trata-se ao nosso ver, de uma adaptação às necessidades conjunturais.

Fica evidenciado no estudo que o CISA manteve ao longo do tempo sua capacidade operacional, com ganho em escala para os seus participantes. Ampliou sua oferta em especialidades e diagnose, e seu espectro de ação com a instituição da farmácia de manipulação e das oficinas terapêuticas em saúde mental, além do setor de controle , avaliação e auditoria e de processamento de dados que mencionamos acima.

Nas entrevistas realizadas e nas observações que fiz ressalta como ponto importante da sustentabilidade do CISA ao longo dos anos, a sua capacidade operacional, que apresenta um bom desempenho e boa qualidade nos serviços oferecidos.

Outra questão que merece destaque nesta cooperação são as regras de utilização, o rateio das despesas e o conjunto dos gastos, que são concentrados na sua atividade fim. Há uma importante noção entre os participantes de que são regras justas e há uma alta confiabilidade no sistema de contas do consórcio. Estes fatos nos parecem ter grande importância na sustentabilidade do CISA.

Observamos que nos últimos anos os municípios ampliaram sua oferta em algumas especialidades, embora mantenham o CISA como principal instrumento para atendimento de nível secundário. Nos pareceu uma adaptação a uma demanda mais expressiva nestas especialidades, implicando num deslocamento mais freqüente da sua população, com custos financeiros e políticos.

Entretanto, se por um lado o CISA permitiu uma grande interação entre os participantes não há uma percepção entre os entrevistados de maior integração entre os municípios, especialmente no plano político - administrativo. Chama a atenção a afirmação de todos os entrevistados da inexistência ou não percepção de clientelismos político no CISA.

Aliados aos fatores acima mencionados, percebemos como pontos importantes na sustentabilidade do CISA, a percepção de uma coordenação eficiente e a transparência na gestão.

Como obstáculos podemos verificar a inexistência de uma estrutura de decisão no nível dos dirigentes municipais, de financiamento adequado para manutenção e modernização dos serviços assistenciais e de não haver uma estrutura que contemple adequadamente a participação popular, que pode em algumas situações ampliar o espectro de sustentação política do CISA.

Penápolis vem se mantendo como liderança política regional e na presidência do CISA. Foi o único município, dos que participam do CISA, que conseguiu reeleger o prefeito.

No plano político eleitoral verificamos que há ao longo do período examinado, uma continuidade política, com prefeitos se mantendo na sucessão em todas as cidades, e com vereadores que se reelegeram em mandatos sucessivos, estabelecendo um ambiente político favorável a sustentabilidade do CISA. Maiorias políticas favorecem a manutenção de contratos e neste caso observamos, além de uma expressiva manutenção de atores políticos e partidos, que os executivos têm importante base de apoio político em suas respectivas Câmaras, especialmente se considerarmos que a prática de coalizões políticas é freqüente em nosso meio, principalmente em municípios menores, ainda que seus partidos apresentem uma competição em nível nacional. Embora esta questão necessite de maior investigação neste caso, a estabilidade alcançada pelo CISA, aliada ao quadro político descrito, sugere que realmente exista um ambiente favorável à sua manutenção, ou que estas maiorias se beneficiam de alguma forma da existência do consórcio, que tem reconhecida eficiência e capacidade de atender a demanda existente, ou as duas coisas.

Não verificamos em nenhum dos registros feitos, obstáculos ao CISA no quadro político partidário.

Desta forma podemos afirmar que este tipo de cooperação política, os consórcios, podem responder adequadamente as demandas regionais. E com as observações que fizemos, se enquadrarem dentro do modelo de regionalização proposto pelo Ministério da Saúde através da NOAS.

O CISA tem inspirado ao longo de sua existência a formação de diversos outros consórcios, servindo como um modelo. Pelo que tivemos a oportunidade de observar, o CISA poderia ser aprimorado com a instituição de um fórum de decisão dos dirigentes municipais de saúde, de uma instância de participação popular como um Conselho Intermunicipal e pela adoção de mecanismos mais eficientes no financiamento de seus investimentos.

Os consórcios representam um bom instrumento de cooperação regional, capaz de superar obstáculos comuns a municípios na oferta de serviços de maior complexidade, notadamente para municípios de pequeno porte, que são a grande maioria deste país e, como o CISA podem se manter como uma política duradoura e flexível às necessidades conjunturais.

## Referências Bibliográficas

ABRUCIO, L.F., 1998. Os Barões da Federação - Os Governadores e a Redemocratização Brasileira. São Paulo: Hucitec.

AFFONSO, R.B.A. & SILVA, P.L.B., 1995. A Federação em Perspectiva. Ensaios Seleccionados. São Paulo: Fundap.

BARROS, P.M.,1995. Consórcios Intermunicipais: Ferramentas para o desenvolvimento regional. São Paulo: Alfa-Omega.

BASTOS, F.A. & MISOCZKY, M.C.,1998. Avançando na implantação do SUS: Consórcios Intermunicipais de Saúde. Porto Alegre: Dacasa Editora.

BRASIL, 1988. Constituição da República Federativa do, São Paulo: Ed.Atlas.

BRASIL, 1990. LEI Nº 8080, D.O.U., 19 de setembro de 1990.

CARVALHO, G.I. & SANTOS, L., 1997. Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica d a Saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90), 2a edição, atualizada e ampliada. São Paulo:Hucitec.

COSEMS/RJ (Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro), 1997. Manual do Gestor do COSEMS/RJ. Rio de Janeiro: Editora Lidador.

COSEMS/RJ (Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro), 1999. Manual do Gestor do COSEMS/RJ. Rio de Janeiro: Editora Zit Gráfica.

COSTA, N. R., 1997. Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: Saúde e Saneamento na Agenda Social. São Paulo: Hucitec.

COSTA, N. R., SILVA, P. L. B. & RIBEIRO, J. M., 1999. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. Revista do Serviço Público, 03:33 – 56.

COSTA, N. R. & RIBEIRO, J. M., 1996. Política de saúde e inovação institucional: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: SDE/ENSP.

CORDEIRO, H., 1991. Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial.

CRUZ, M. C. M. T., 1992. “O consórcio intermunicipal de saúde da microregião de penápolis como instrumento de viabilização dos sistemas locais de saúde”. Dissertação de Mestrado, 118 pg. São Paulo: EAESP/FGV.

DALLARI, S. G., 1995. Os estados brasileiros e o direito à saúde. São Paulo: Hucitec.

DI PIETRO, M.S.Z., 1999. Parcerias na Administração Pública: concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas, pp. 177 – 186. São Paulo: Atlas.

DRAIBE, S., 1989. Welfare State no Brasil: Características e Perspectivas. Ciências Sociais Hoje. São Paulo: ANPOCS.

GONTIJO, L. T., DONINI, O., RIBEIRO, J. M., CUNHA, J. P. P. da, 1994. Sete cidades e uma história em comum. Revista Espaço para a Saúde, 03:11-13.

GUIMARÃES, L., 2001. Arquitetura da cooperação intergovernamental: os consórcios de saúde de Mato Grosso. Dissertação de Mestrado, 208 pg. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.

LIJPHART, A., 1999. Patterns of Democracy: government forms and performance in thirty-six countries. Yalle: Yalle University.

LIMA, A. P. G. de, 1998. Os consórcios intermunicipais de saúde e o sistema único de saúde. Dissertação de Mestrado, 154 pg. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.

LIMA, L. D. de, 1999. O Processo de Implementação de Novas Estruturas Gestoras no Sistema Único de Saúde: Um Estudo das Relações Intergovernamentais na CIB do RJ. Dissertação de Mestrado, 183 pg. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.

MARSHAL, T.H., 1967. Cidadania, classe social e status. Rio de Janeiro: Editora Zahar.

MENDES, E. V. , 1994. Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec.

MENDES, E. V. , 1998. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec.

MENDES, E. V., 1999. Uma Agenda Para a Saúde, 2ª Ed.. São Paulo: Hucitec.

MS (Ministério da Saúde), 1993. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 01/93. Portaria MS nº 545 de 20/05/93. Publicada no D.O.U em 24/05/93. Brasília: Ministério da Saúde.

MS (Ministério da Saúde), 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB SUS 01/96. Portaria nº 2.203, publicada no D.O.U. de 5 de novembro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde.

MS (Ministério da Saúde), 1997. O Ano da Saúde no Brasil. Ações e Metas Prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde.

MS (Ministério da Saúde), 1997. O Consórcio e a Gestão Municipal em Saúde, 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde.

MS (Ministério da Saúde), 2001. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade na Acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01. Portaria MS/GM nº95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar. Publicada no D.O.U. de 29/01/01. Brasília: Ministério da Saúde.

PEREIRA, L.C.B. & SPINK, P. K., 1998. Reforma da Estado e Administração Pública Gerencial. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas.

RIBEIRO, J. M., DONNINI, O., & GONTIJO, L. T., 1994. I Seminário de Consórcios Intermunicipais de Saúde, São Lourenço. Relatório Final. Minas Gerais.

RIBEIRO, J. M., 1994. Os consórcios Intermunicipais no SUS: Parceira e Cooperação Técnica. Revista Espaço para a Saúde, 03: 41-2.

RIBEIRO, J. M. & COSTA, N. R. , 1999. Consórcios Municipais no SUS, texto para discussão nº 669. Brasília: IPEA.

RIBEIRO, J. M. & COSTA, N. R. , 2000. Regionalização da assistência à Saúde no Brasil: Os Consórcios Municipais no Sistema Único de Saúde (SUS), Planejamento e Políticas Públicas, 22:173 – 220. Brasília: IPEA.

SANTOS, L., 2000. Consórcio Administrativo Intermunicipal: Aspectos gerais, suas especificidades em relação ao Sistema único de Saúde. Mimeo, 17 pg. Brasília: M.S.

SANTOS, W.G.,1979. Cidadania e Justiça. Rio de Janeiro: Editora Campus.

SILVA, G.F.B, 1999. Consórcios. Exposição à oficina de consórcios. Mimeo, 5 pg. Rio de Janeiro: COSEMS.

SILVA, P.L.B. & DRAIBE, S.M., 2001. Avaliação da descentralização dos recursos do Ministério da Saúde para a Atenção Básica: PAB, programas e incentivos. Relatório Final. Campinas: NEPP/UNICAMP. [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br), acessado em 03/09/01.

SCHNEIDER, A. C. , 1998. Consórcios intermunicipais de saúde: instrumento de organização do sistema de saúde. Dissertação de Mestrado, 104 pg. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.

TEIXEIRA, S. F., (org.), 1995. Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria. 2ª Ed., São Paulo:Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco.

## Anexo I

### Roteiro Semi-estruturado

- Dirigentes municipais de saúde.

- 1- Como e porquê foi constituído o CISA?
- 2- Que vantagens trouxe o CISA para o seu município e região?
- 3- Como é o funcionamento do CISA? (referência, contra-referência, deslocamentos dos pacientes, coletas de exames etc.)
- 4- Na sua avaliação as regras de utilização do CISA são adequadas?
- 5- Quais as dificuldades encontradas pelo CISA e por seu município?
- 6- O rateio das despesas como é? Funciona?
- 7- Existem prestações de contas regulares? Tem alguma sugestão sobre as prestações de contas?
- 8- Como funciona o sistema de decisão no CISA? Qual o seu poder dentro do consórcio?
- 9- Houve maior integração política entre os municípios com o funcionamento do CISA? De que maneira?
- 10- Atualmente quais são os laços políticos mais estreitos relativos ao seu município, entre quais Secretarias de outros municípios, com vereadores ou outros?
- 11- Como você avalia a percepção dos usuários do seu município em relação ao CISA?
- 12- O CISA é o consórcio de saúde mais antigo e duradouro do país em atividade. Quais as causas que você avalia da sua durabilidade (ou sustentabilidade) durante tanto tempo?
- 13- Qual o futuro do CISA?
- 14- Existe previsão no CISA para ingresso de outros municípios. Porque não aconteceu? Houve tentativa?
- 15- Existe interferência política no CISA?

## **Anexo II**

Roteiro para entrevistas semi-abertas.

1- Identificação e breve histórico pessoal e político.

2- História do CISA – motivações, participação do governo estadual, estímulos financeiros, uso racional de recursos, ambiente político e político-partidário .

3- Implementação do CISA – facilitadores, obstáculos administrativos e políticos.

4- Avaliação do CISA – vantagens, problemas, razões de sua sustentabilidade, opinião da população.

Perspectiva do CISA – tendência.

## **Anexo III**

Roteiro de entrevista semi-estruturada com grupo focal de Conselheiros de Saúde.

- 1- O consórcio é bom?
- 2- Funcionamento e atendimento do paciente no CISA.
- 3- Dificuldades existentes com o CISA.
- 4- Sustentabilidade do CISA.
- 5- Atuação dos Conselheiros em relação ao CISA.

## **Anexo IV**

Conjunto de fotografias selecionadas das visitas as unidades de saúde do CISA e dos municípios participantes.

Foto 1.

---

Sede administrativa do CISA, dezembro de 2000.

---



Fonte: Foto do autor.

Foto 2.

---

Recepção da Clínica de Especialidades do CISA, dezembro de 2000.

---



Fonte: Foto do autor.

Foto 3.

---

Fachada, em obras da Clínica de especialidades do CISA, dezembro de 2000.

---



Fonte: Foto do autor.

Foto 4.

---

Farmácia de Manipulação do CISA, dispensação de medicamentos, dezembro de 2000.

---



Fonte: Foto do autor.

Foto 5.

---

Pronto Socorro de Penápolis, anexo à Santa Casa, dezembro de 2000.

---



Fonte: Foto do autor.

Foto 6.

---

Fachada principal da Santa Casa de Penápolis, dezembro de 2000.

---



Fonte: Foto do autor.

Foto 7.

---

Hospital de Alto Alegre, dezembro de 2000.

---



Fonte: Foto do autor.

Foto 8.

---

Centro de Saúde de Alto Alegre, dezembro de 2000.

---



Fonte: Foto do autor.

Foto 9.

---

Hospital de Avanhandava, dezembro de 2000.



Fonte: Foto do autor.

Foto 10.

---

Centro de Saúde de Avanhandava, dezembro de 2000.



Fonte: Foto do autor.

Foto 11.

---

Hospital de Barboza, dezembro de 2000.

---



Fonte: Foto do autor.

Foto 12.

---

Centro de Saúde de Barboza, dezembro de 2000.

---



Fonte: Foto do autor.

Foto 13.

---

Centro de Saúde de Braúna, dezembro de 2000.

---



Fonte: Foto do autor.

Foto 14.

---

Centro de Saúde de Glicério, dezembro de 2000.

---



Fonte: Foto do autor.

Foto 15.

---

Centro de Saúde de Luiziziânia, dezembro de 2000.

---



Fonte: Foto do autor.

## **Anexo V**

Cópia do instrumento de convênio para integração ao SUDS, dos municípios participantes do CISA.\*

\* Trata-se de documento de celebração de convênio entre a Secretaria Estadual de Saúde, no âmbito da Comissão Interinstitucional de Saúde – CIS – e o consórcio de Penápolis – CISA- para integração de todos os municípios participantes, num único documento.

Por seu ineditismo resolvemos reproduzi-lo, integralmente, como anexo ao presente estudo.

Optamos por apresentar uma reprodução digitada e uma cópia do original(encontra-se disponível no trabalho impresso).

CONVÊNIO ENTRE O ESTADO DE SÃO PAULO, POR SUA SECRETARIA DE SAÚDE E A SOCIEDADE CIVIL INSTITUÍDA PELO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DE PENÁPOLIS (BRAÚNA, GLICÉRIO, LUIZIÂNIA, BARBOSA, AVANHANDAVA, ALTO ALEGRE E PENÁPOLIS), OBJETIVANDO IMPLEMENTAR A INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS E O FORTALECIMENTO DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO.

O Estado de São Paulo, por sua Secretaria da Saúde, neste ato representado por seu titular, Prof. Doutor José Aristodemo Pinotti, também na qualidade de Presidente da Comissão Internacional de Saúde (CIS-SP), gestor do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo (SUDS-SP), devidamente autorizado pelo Governador do Estado, nos termos do Decreto nº 27.569, de 10 de novembro de 1.987, e doravante denominada Secretaria e a Sociedade Civil, instituída pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis (Braúna, Glicério, Luiziânia, Barbosa, Avandava, Alto Alegre e Penápolis), doravante denominado Consórcio, por seu representante legal DR. JOÃO CARLOS D'ELIA, firmam o presente convênio que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA

##### Do Objeto

Este Convênio tem por objetivo a integração no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo (SUDS-SP), dos serviços de saúde que atuam nos municípios consorciados, com a observância da política, diretrizes e normas do Convênio SUDS-SP/87, de 22.06.87, celebrado entre o MPAS/Inamps e o Estado de São Paulo – SES, com a interveniência do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação (D.O.E. de 1º-08-87), do Compromisso Interinstitucional de 21.08.87), das decisões da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS-SP) e das resoluções secretariais pertinentes, e promovendo a cooperação para planejamento e desenvolvimento conjunto de programação de saúde e saneamento que atenda simultaneamente, a mias de um Município, e assegurando:

- a) a integração dos recursos do Consórcio e da Secretaria;

b) o aumento da eficácia e da resolutividade dos serviços de saúde;

c) a melhoria geral dos padrões de saúde da população pertencente aos municípios consorciados

Parágrafo único – A celebração de Convênio entre o Estado e o Consórcio pressupõe a integração no SUDS-SP de cada Município consorciado nos termos do Decreto nº 27.140, de 30.06.87 e disposições complementares.

## **CLÁUSULA SEGUNDA**

### **Das Obrigações dos Partícipes**

Para alcançar os objetivos acima propostos, a Secretaria e o Consórcio assume as seguintes obrigações:

#### **A – Obrigações comuns**

1) Garantir à população dos municípios consorciados o direito igual à saúde, com padrões adequados de qualidade e eficiência dos serviços e fácil acesso a eles;

2) Garantir atenção integral à saúde, consistente na oferta integrada de cuidados preventivos e curativos;

3) Assegurar a participação efetiva da Secretaria e dos Municípios Consorciados nas instâncias dos órgãos colegiados das Ações Integradas de Saúde;

4) Garantir insumos básicos, principalmente imunobiológicos e medicamentos básicos em toda rede de serviços;

5) Proporcionar, reciprocamente, facilidades para:

- adequada execução do convênio;
- fluxo de dados e informações;
- apoio dos partícipes na utilização recíproca de recursos físicos, financeiros, humanos e materiais disponíveis;

- melhoria e integração do processo de planejamento dos serviços de saúde;

- concepção e implantação de programa de desenvolvimento de recursos humanos (capacitação, treinamento, aperfeiçoamento, critérios de seleção, quadro de pessoal, carreiras, equiparação salarial, etc...).

6) Acompanhar, supervisionar e avaliar a execução do convênio;

7) Realizar estudos visando à uniformização dos conteúdos ocupacionais e das denominações das funções em como o estabelecimento de perfis ocupacionais com o setor de saúde e as especificidades que o informam;

8) Garantir as contrapartidas financeiras federais, estaduais e municipais, necessárias à ampliação da rede física e sua plena ocupação com equipamentos e medicamentos básicos padronizados e módulos de pessoal mínimo, em função de metas de cobertura, concentração e resolutividade definidas pelos Partícipes, conforme explicitado no Plano de Operacionalização referido na Cláusula III.

#### B – Obrigações da Secretaria

9) Ceder ao Consórcio, observadas as normas legais pertinentes, o uso de bens móveis, instalações e equipamentos das unidades do serviço de saúde, pelo prazo de duração do convênio, responsabilizando-se, quando for o caso, pelo pagamento de aluguéis, contratos de manutenção de equipamentos, incluindo reposição de peças, e outros encargos existentes;

10) Colocar à disposição do Consórcio, mediante afastamento, pelo prazo de duração do convênio, ressalvado o disposto na Cláusula VIII, os funcionários e servidores em exercício nas unidades locais, na forma que vier a ser acordada entre os Partícipes, respeitando-se todos os direitos e vantagens a eles assegurados na legislação estadual específica na CLT, ressalvando-se ao Consórcio o direito, quando ratificado pelo Conselho Diretor, de não se interessar por funcionários ou servidor do Estado, seja ato da assinatura do convênio ou no decorrer de sua execução;

11) Assegurar recursos orçamentários e financeiros para reposição de pessoal colocado à disposição do Consórcio;

12) Assegurar apoio técnico e administrativo das unidades competentes da Secretaria às atividades referentes aos sistemas de administração financeira, de pessoal, de material e demais serviços administrativos;

13) Reservar em seu orçamento, para os exercícios subseqüentes, os recursos para atender às despesas decorrentes deste convênio;

14) Garantir o apoio técnico do Escritório Regional de Saúde, a todas as ações de saúde, incluindo as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saneamento do meio, controle de endemias e treinamento de pessoal, que vierem a ser desenvolvidos pelo Consórcio;

15) Elaborar diretrizes, normas técnicas e procedimentos para as ações de saúde, de acordo com os programas prioritários da Secretaria e as características dos Municípios participantes do Consórcio;

16) Gerenciar o sistema estadual de informações de saúde;

17) Garantir ao Consórcio a transferência dos recursos previstos no Plano de Operacionalização provenientes do Convênio 07/83/AIS, seus Termos Aditivos ou Termos de Adesão ou instrumentos sucessores;

18) Tendo em vista as resoluções pertinentes da Ciplan, o Compromisso Interinstitucional – MPAS/Estado de São Paulo, celebrado em 21.05.87 e o Convênio SUDS/SP-87, atribuir ao Conselho Diretor, nos limites definidos pela CIS, COMPETÊNCIA PARA:

a - atualizar permanentemente o diagnóstico da oferta de serviços de saúde e a adequação do Plano de Operacionalização às prioridades da demanda, ditadas pelo perfil regional e local da morbimortalidade;

b – promover mecanismos efetivos de referência e contra-referência entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços;

c – promover os remanejamentos necessários de pessoal, materiais e equipamentos em função da integração e racionalização da oferta de serviços de saúde à população;

d – avaliar o desempenho da execução dos convênios públicos de prestação de serviços de saúde;

#### C – Obrigações do Consórcio

19) Participar, de acordo com o Plano de Operacionalização, o gerenciamento administrativo da rede de serviços de saúde, que esteja sob a jurisdição do Consórcio, segundo orientação técnica referida na cláusula II, item 16;

20) Participar de gerenciamento de rede de saúde, em concorrência com as Políticas nacional, estadual e regional de saúde, definidas nas instâncias de decisão das AIS,

21) Proceder à reposição de pessoal de que trata o item 11;

22) Garantir pessoal, mediante novas admissões, observadas as disposições legais e regulamentares pertinentes;

23) Responsabilizar-se pela manutenção das unidades, bem com pelas despesas de custeio, nos limites do Plano de Operacionalização;

24) Criar os instrumentos legais e regulamentares necessários à execução deste convênio;

25) Treinar pessoal em conjunto com o ERSA ou ERSAS, de acordo com programas prioritários da Secretaria;

26) Aplicar, no âmbito de suas atribuições os recursos estaduais e municipais alocados para execução deste convênio, de conformidade com o Plano de Operacionalização;

27) Destinar os recursos financeiros previstos no Plano de Operacionalização, segundo o cronograma de desembolso estabelecido;

28) Garantir a não redução do percentual de participação orçamentária dos Municípios consorciados, no que se refere aos destinados para o setor saúde;

29) Rever, de comum acordo com a Secretaria, a transferência dos recursos provenientes do Convênio 07/83- AIS, referidos no item 17, sempre que o serviço de saúde consorciado contar com pessoal contratado pela Secretaria em regime CLT-AIS;

30) Recolher, ao Tesouro do Estado, as importâncias não empenhadas até o final do exercício, destinadas pela Secretaria a este Convênio;

31) Prestar contas, à Secretaria de Saúde, dos serviços, atividades e despesas realizadas, observando o disposto na Cláusula IV, item 3, § 3º;

32) Restituir ao Estado, incontinenti, nos casos de denúncias, vencimento do prazo avençado, rescisão ou resolução, os bens que, por permissão de uso, lhe tenham sido entregues, sob pena de reintegração liminar, sem prejuízo da composição por perdas e danos.

### **CLÁUSULA TERCEIRA**

O Convênio será executado em estrita obediência ao Plano de Operacionalização, que o integra, e constituiu o instrumento único indicativo da participação do Município no Consórcio, aprovado pela CRIS, bem como as normas baixadas pelo Secretário de Saúde, nos termos do Decreto nº 27.569, de 10 de novembro de 1.987.

### **CLÁUSULA QUARTA**

Dos Recursos Financeiros

1 – Serão destinados para execução do presente convênio, recursos financeiros no valor anual de Cz\$55.200.00,00.

2 – Do orçamento do Estado, a despesa anual importa em Cz\$50.400.000,00, que onerará a dotação própria consignada no Orçamento Anual de 1.988.

2.1 – Independente de valor constante no item 2, o Estado repassará ao Consórcio, o valor de Cz\$30.690.000,00, que no presente exercício, onerará a dotação consignada na Classificação Funcional Programática 13.75.428.2171, Classificação Econômica 4324, Código Local 09.01.01 no valor de Cz\$10.170.000,00 e o restante no exercício de 1.988, de acordo com o Cronograma de Desenvolvimento, onerando dotação própria do Orçamento Programa Anual de 1.988. Na hipótese de ocorrência de prorrogação do presente convênio, conforme previsto na cláusula IX, a Secretaria repassará ao consórcio o

valor de Cz\$8.550.000,00 no exercício de 1.989, onerando a dotação própria do Orçamento Programa Anual de 1.989.

3 – Os recursos dos Municípios integrantes do consórcio correspondem ao valor anual de Cz\$4.800.000,00, sendo a base mensal de Cz\$400.000,00 que onerará, a partir de janeiro de 1989 As dotações próprias do orçamento do Município de Penápolis.

3.1 – Independente do valor constante no item 3, os municípios contribuirão com o valor de Cz\$15.000.000,00 no exercício de 1.988, onerando as dotações próprias do orçamento do município de penápolis.

§ 1º - Os recursos do Estado e dos Municípios serão de execução direta pelo Consórcio. Deverão, todavia, ser depositados na Agência local do Banespa, em conta especial do convênio.

§ 2º - Em exercícios futuros correrá a despesa à conta das dotações próprias dos respectivos orçamentos.

§ 3º - a prestação de contas dos recursos financeiros deverá ser feita nos moldes exigidos pelo Tribunal de Contas do Estado.

## **CLÁUSULA QUINTA**

### **Do Critério de Reajuste**

O valor do convênio, no que se refere a repasse ao Município, para custeio, será alterado na mesma proporção, índices e época dos reajustes concedidos pelo MPAS/INAMPS aos repasses para o FUNDES.

## **CLÁUSULA SEXTA**

### **Do Gerenciamento**

1 – O presente convênio será gerenciado por um Conselho Diretor constituído pelos Prefeitos Municipais integrantes do Consórcio, por dois representantes da Secretaria de Saúde.

2 – O Conselho Diretor constituirá uma Secretaria Executiva, órgão composto por um Coordenador Geral e uma Equipe Técnico-Administrativa, que serão responsáveis pelo gerenciamento operacional da rede de serviço de saúde localizada na área de abrangência do Consórcio.

3 – O Conselho Diretor deverá elaborar regimento interno, que orientará seu funcionamento.

4 – Competirá ao Conselho Diretor do Convênio:

- a) Designar o Coordenador Geral;
- b) Aprovar o Plano de Operacionalização, elaborado e proposto pela Secretaria Executiva;
- c) Aprovar o plano de aplicação de recursos financeiros alocados ao convênio;
- d) Decidir sobre questões referentes à Política de Recursos Humanos, em particular no que se refere à estrutura de cargos e salários para o sistema de saúde constituído pelos serviços públicos de saúde localizados na área de abrangência do Consórcio;
- e) Fiscalizar o cumprimento das cláusulas contidas no presente convênio;
- f) Examinar problemas emergente que envolvam a participação conjunta dos convenientes.

5 – O Conselho Diretor reunir-se-á ordinariamente ao menos uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pela maioria simples de seus membros.

6 – Compete ao Coordenador Geral da Secretaria Executiva:

- a) Promover a execução das atividades do Consórcio;
- b) Propor a estruturação administrativa de seus serviços, o quadro de pessoal e a respectiva remuneração, a serem submetidos à aprovação do Conselho Diretor;
- c) Contratar, enquadrar, promover, demitir e aplicar penalidades, bem como praticar todos os atos relativos ao pessoal administrativo;
- d) Propor ao Conselho Diretor a requisição de servidores municipais para servirem ao Consórcio;
- e) Elaborar o Plano de atividades e propostas orçamentárias anuais, a serem submetidos ao Conselho Diretor;
- f) Elaborar o balanço e o relatório de atividades anuais, a serem submetidos ao Conselho Diretor;
- g) Elaborar os balancetes para ciência de Conselho Diretor;
- h) Elaborar a prestação de Contas de auxílios e subvenções concedidas ao Consórcio, para ser apresentada pelo Conselho Diretor ao órgão conessor;

i) Publicar anualmente, no jornal de maior circulação dos municípios consorciados, ou no jornal de maior circulação na região, o balanço anual do consórcio;

j) Movimentar em conjunto com o Presidente do Conselho Diretor do Convênio, as contas bancárias e os recursos do consórcio;

l) Efetuar compras dentro dos limites do orçamento aprovado pelo Conselho Diretor, e fornecimentos que estejam de acordo com o Plano de Atividade aprovado pelo mesmo Conselho;

m) Autenticar livros de Ata e Registro do Consórcio;

n) Designar seu substituto, em caso de impedimento ou ausência, para responder pelo expediente.

### **CLÁUSULA SÉTIMA**

#### Da Proibição de Obrigações Coligadas

Fica vedado ao Consórcio firmar acordos, ajustes, contratos, convênios ou quaisquer obrigações coligadas ao presente convênio não prevista no Plano de Operacionalização e neste instrumento.

### **CLÁUSULA OITAVA**

#### Dos Termos Aditivos

O presente Convênio poderá ser aditado e sofrer alterações relativos à sua Cláusula financeira, desde que observados o limite de até vinte e cinco por cento (25%) do valor do convênio e a dotação orçamentária respectiva, mediante autorização do Governador do Estado.

### **CLÁUSULA NONA**

#### Da Vigência, Denúncia, Rescisão e Resolução

1 – O presente convênio vigorará pelo prazo de 01 (um) ano a partir de sua assinatura, prorrogável automática e sucessivamente por iguais períodos, até o limite de 5 (cinco) anos.

2 – O Convênio poderá ser desfeito durante o prazo de vigência, por mútuo consentimento dos partícipes ou denúncia de qualquer deles, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias.

3 – O convênio poderá ser rescindido por infração legal ou convencional, respondendo, pelas perdas e danos, o partícipe que lhes der causa.

4 – O Secretário da Saúde e o representante legal do Consórcio são autoridades competentes para denunciar, resolver ou rescindir este convênio.

### **CLÁUSULA DÉCIMA**

#### **Dos Convênios em Vigor**

A partir desta data, cessam os efeitos do(s) convênio(s) existente(s) entre a Secretaria da Saúde e o(s) Municípios de Alto Alegre, Avanhandava, Braúna, Glicério e Luiziânia celebrados em 28.11.83 e 03.07.85, Barbosa celebrado em 25.11.83 e 03.07.85 e Penápolis celebrado em 24.01.85.

### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA**

#### **Da Publicação**

O presente convênio será publicado, em extrato, no Diário Oficial do Estado.

### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA**

#### **Do Foro**

Fica eleito o foro da Capital de São Paulo para dirimir as dúvidas deste convênio e que não forem resolvidas por comum acordo dos Partícipes.

### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA**

#### **Disposição Final**

O convênio será firmado, também, por um agente local do Governo, designado pelo Governador do Estado.

E, por estarem de acordo, firmam o presente convênio em 04 vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

São Paulo, 10 de dezembro de 1987.

DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI  
Secretário de Estado da Saúde e Presidente da CIS

JOÃO CARLOS D'ELIA  
Representante Legal do Consórcio

NELSON JESUS FERLIN  
Prefeito Municipal de Alto Alegre

RICARDO JORGE  
Prefeito Municipal de Avanhandava

WASHINGTON LUIZ DE CARVALHO  
Prefeito Municipal de Barbosa

FRANCISCO GUERREIRO SIMON  
Prefeito Municipal de Braúna

PEDRO LYRIA ALMENDRO  
Prefeito Municipal de Glicério

NIVALDO CERVIGNI  
Prefeito Municipal de Luiziânia

DR. JOÃO CARLOS D'ELIA Prefeito Municipal de  
Penápolis

## Anexo VI

\*Cópia do primeiro Estatuto e respectivo registro cartorial do Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis.

\* A cópia, por se tratar de reprodução em fotocópia se encontra disponível no trabalho impresso (pg. 141).