

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

Luís Fernando Kranz

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO VALE DO RIO CAÍ (CIS/CAÍ): SERVIÇOS
PRESTADOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE EM SAÚDE**

Porto Alegre, 2012

Luís Fernando Kranz

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO VALE DO RIO CAÍ (CIS/CAÍ): SERVIÇOS
PRESTADOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

Porto Alegre, 2012.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Consórcios Intermunicipais apresentam-se como estratégia de oferta pública de serviços ao unir municípios e desenvolver ações de média e alta complexidade em saúde de forma eficiente. O Consórcio Intermunicipal do Vale do Caí (CIS/CAÍ) é composto por 23 municípios do Rio Grande do Sul e atua desde 2005. **OBJETIVOS:** Descrever a utilização média anual dos municípios componentes do CIS/CAÍ e quantificar o valor despendido pelo CIS/CAÍ segundo tipo de serviços; analisar a produção de serviços no período 2008-2011 e comparar a produção de serviços do CIS/CAÍ com a do SIA-SUS no mesmo período. **MÉTODOS:** Estudo transversal retrospectivo do tipo descritivo-exploratório com uma abordagem quantitativa. Os dados foram coletados a partir de sistemas de informação de domínio público – como IBGE, DATASUS, FEE, SIOPS, CNES e do utilizado pelo CIS/CAÍ – e apresentados como médias anuais por tipo de serviço (consultas, exames, procedimentos e sessões de reabilitação). **RESULTADOS:** Quatro municípios (Montenegro, Brochier, Maratá e Pareci Novo) dos 23 integrantes do consórcio respondem pelo consumo de 77,0% de todos os serviços analisados. Montenegro apresentou as maiores médias anuais para todos os serviços. As sessões de reabilitação são os serviços mais procurados (25.373), seguidos dos exames (20.001), das consultas (17.813) e dos procedimentos (950). Exames consomem o maior volume de recursos financeiros (R\$ 637.673,00), seguidos pelas consultas (R\$ 593.279,00), sessões de reabilitação (R\$ 532.577,00) e pelos procedimentos (R\$ 106.892,00). O incremento de serviços ofertados pelo CIS/CAÍ, ao considerar a produção ambulatorial do SUS, foi de 18,3%. **CONCLUSÕES:** O CIS/CAÍ, no setor saúde, exerce importante função de incremento de serviços, como consultas, exames, sessões de reabilitação e procedimentos. As ações, contudo, concentram-se principalmente no nível da média complexidade da assistência à saúde.

UNITERMOS: Consórcios de Saúde; Sistema Único de Saúde; Gestão em Saúde; Regionalização; Descentralização; Desenvolvimento Regional.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Intermunicipal Consortium present as a strategy of public offering of services uniting cities and to developing actions medium and high complexity in health care efficiently. The Intermunicipal consortium Vale do Rio Caí (CIS/CAÍ) is composed of 23 cities of Rio Grande do Sul and acts since 2005. **OBJECTIVES:** Describe the average annual use of cities components of CIS/CAÍ and quantify the amount spent by the CIS/CAÍ according to the type of service, analyze the production of services in the period 2008-2011 and compare the production of services of CIS/CAÍ with the SIA-SUS in the same period. **METHODS:** This is a retrospective cross-sectional study, descriptive and exploratory with a quantitative approach. Data were collected from information systems in the public domain as IBGE, DATASUS, FEE, SIOPS, CNES and from the system used by the CIS/CAÍ and presented as annual averages as to type of service (consultation, tests, procedures and rehabilitation sessions). **RESULTS:** Four cities (Montenegro, Brochier, Maratá e Pareci Novo) of the 23 members of the Health consortium respond by consume 77.0% of all the analyzed services. Montenegro had the highest annual average for all services. The rehabilitation sessions are the top searches services (25.373), followed by tests (20.001), consultations (17.813) and procedures (950). Tests consume the largest volume of financial resources (R\$ 637.673,00), followed by consultation (R\$ 593.279,00), rehabilitation sessions (R\$ 532.577,00) and procedures (R\$ 106.892,00). The increment in services offered by CIS/CAÍ, when considering outpatient services SUS was 18.3%. **CONCLUSIONS:** The CIS/CAÍ, in the health sector, plays an important of increased services such as consultations, examinations, sessions and procedures. The actions focus primarily on the level of average complexity of health care.

KEYWORDS: Health Consortia; Unified Health System; Health Management; Regional Health Planning; Decentralization; Regional Development.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Conselhos Regionais de Desenvolvimento	18
Gráfico 1 – População rural e urbana, CIS/CAÍ, RS, 2010	28
Gráfico 2 – População por faixa etária, CIS/CAÍ, RS, 2010	28
Gráfico 3 – Receita municipal dos municípios componentes do CIS/CAÍ – 2008-2011	29
Gráfico 4 – Internações por capítulo CID-10 (média anual), CIS/CAÍ, RS, 2008-2011	30
Gráfico 5 – Óbitos por capítulo CID-10 (média anual), CIS/CAÍ, RS, 2008-2011	30
Gráfico 6 – Quantitativo de profissionais médicos com vínculo empregatício junto aos municípios componentes do CIS/CAÍ – 2011	31
Gráfico 7 – Quantitativo de profissionais da saúde não médicos com vínculo empregatício junto aos municípios componentes do CIS/CAÍ – 2011	32
Gráfico 8 – Transferência de recursos do Sistema Único de Saúde para os municípios componentes do CIS/CAÍ – 2008-2011	33
Gráfico 9 – Recursos próprios e transferidos aplicados em saúde nos municípios componentes do CIS/CAÍ – 2008-2011	33
Gráfico 10 – Recursos próprios aplicados em saúde dos municípios componentes do CIS/CAÍ – 2008-2011	34
Gráfico 11 – Gasto público em saúde por habitante segundo esfera de governo dos municípios componentes do CIS/CAÍ – 2008-2011	35
Gráfico 12 – Gasto público em saúde por subfunção orçamentária dos municípios componentes do CIS/CAÍ – 2008-2011	36
Gráfico 13 – Crescimento da produção de serviços do CIS/CAÍ – 2008-2011	42
Gráfico 14 – Evolução da produção ambulatorial do Sistema Único de Saúde por local de residência dos municípios componentes do CIS/CAÍ – 2008-2011	44
Gráfico 15 – Evolução da produção ambulatorial do Sistema Único de Saúde por local de residência dos municípios componentes do CIS/CAÍ – 2008-2011	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Municípios – CIS/CAÍ, RS, 2010.....	27
Tabela 2 - Consultas mais realizadas e valor (médias anuais), CIS/CAÍ, RS, 2008-2011	37
Tabela 3 – Exames mais realizados e valor (médias anuais), CIS/CAÍ, RS, 2008-2011	38
Tabela 4 – Sessões mais realizadas e valor (médias anuais), CIS/CAÍ, RS, 2008-2011	38
Tabela 5 – Procedimentos mais realizados e valor (médias anuais), CIS/CAÍ, RS, 2008-2011	39
Tabela 6 – Consultas (média anual) segundo municípios maiores demandantes CIS/CAÍ, RS, 2008-2011	39
Tabela 7 – Exames (média anual) segundo municípios maiores demandantes CIS/CAÍ, RS, 2008-2011	40
Tabela 8 – Sessões (média anual) segundo municípios maiores demandantes CIS/CAÍ, RS, 2008-2011	40
Tabela 9 – Procedimentos (média anual) segundo municípios maiores demandantes CIS/CAÍ, RS, 2008-2011	41
Tabela 10 – Produção ambulatorial de média e alta complexidade (média anual) do SIA-SUS e do CIS/CAÍ segundo município, RS, 2008-2011	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CID – Classificação Internacional de Doenças
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CODEVARC – Conselho Regional de Desenvolvimento do Vale do Rio Caí
COMUDE – Conselhos Municipais de Desenvolvimento
COREDE – Conselhos Regionais de Desenvolvimento
CIS/CAÍ – Consórcio Intermunicipal do Vale do Rio Caí
CIS – Consórcios Intermunicipais de Saúde
CF-88 – Constituição Federal de 1988
COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EC – Emenda Constitucional
EC nº 29 – Emenda Constitucional nº 29/2000
ESF – Estratégia Saúde da Família
FEE – Fundação de Economia Estatística
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
NOAS-SUS – Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde
OSCIP – Organização de Sociedade Civil de Interesse Público
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS – Sistema Único De Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 MÉTODOS	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 DESCENTRALIZAÇÃO, REGIONALIZAÇÃO E REGIÃO DE SAÚDE.....	14
3.2 CONSÓRCIO PÚBLICO.....	18
3.3 CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO VALE DO RIO CAÍ (CIS/CAÍ).....	22
3.4 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA REGIÃO	26
3.5 CARACTERÍSTICAS ORÇAMENTÁRIAS DO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE ..	32
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
4.1 DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS VIA CIS/CAÍ.....	37
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	48

1 INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde¹ (SUS) tem a municipalização como estratégia para a construção de um sistema público de saúde orientado pelos princípios de universalidade, integralidade de assistência, igualdade da assistência (BRASIL, 1990a) e pelas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988). Essa conformação é resultado do Movimento Sanitário Brasileiro, de Conferências Nacionais e Internacionais de Saúde, da participação da comunidade e de recomendações de órgãos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

As pressões que culminaram na inclusão e na extensão de Direitos Sociais² na Constituição Federal de 1988 (CF-88), artigos 7º, 8º, 9º, 10, 11 e 193 e seguintes, na seção sobre saúde, são resultado da tentativa de reformular um sistema privatista, que excluía principalmente a população mais carente da assistência à saúde³ e da inexistência de um sistema organizado sob a responsabilidade do Estado Brasileiro. O documento redigido pelo Ministério da Saúde (MS), (BRASIL, 2007b, p.2) assim define o cenário:

Desigualdades historicamente construídas se acentuaram com as reformas empreendidas a partir dos anos oitenta, que visavam a restringir o acesso aos sistemas públicos de proteção social e de provisão de serviços públicos às populações sem capacidade de obter no mercado a satisfação de suas necessidades de atenção à saúde.

¹ O Sistema Único de Saúde é uma construção sócio-histórica que afirma a saúde como bem público e como direito social de todo cidadão brasileiro. Para tanto, o sistema de saúde deve ser organizado de forma a garantir o acesso universal e equitativo de cada cidadão a um conjunto de serviços e ações que garantam a integralidade, resolubilidade e a qualidade da atenção (Secretaria Executiva. Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. **Política nacional de avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2007).

² Direitos sociais são aqueles que têm por objetivo garantir aos indivíduos condições materiais tidas como imprescindíveis para o pleno gozo dos seus direitos, por isso tendem a exigir do Estado intervenções na ordem social segundo critérios de justiça distributiva. Assim, diferentemente dos direitos liberais, realizam-se por meio de atuação estatal, com a finalidade de diminuir as desigualdades sociais.

³ A assistência à saúde é um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos. Assim, promover a saúde também é executar ações que garantam habitação, meio ambiente saudável, educação de boa qualidade, condições de trabalho e distribuição de renda.

Apesar de instituído, o SUS nasceu na “contramão” das reformas que os governantes dos países desenvolvidos adotaram durante as décadas de 80 e 90 (ALMEIDA, 2002) e de forma híbrida, com a possibilidade da participação privada no setor. Passados 24 anos, inúmeras são as discussões sobre como implementar políticas públicas de saúde que sejam integrais e universais em um cenário que sente a falta de recursos financeiros e humanos preparados para atuar no sistema público de saúde. Esse sistema conta com a incorporação de novas tecnologias e equipamentos que auxiliam no diagnóstico e prevenção de doenças, mas que demandam também muitos recursos financeiros. Além disso, o desconto de despesas com a contratação de serviços privados de saúde no Imposto de Renda é uma realidade que colabora com o enfraquecimento do sistema.

Apesar de ser uma República Federativa, o Brasil, que teve sua primeira Carta Constitucional do período republicano em 1891, inspirada na constituição dos Estados Unidos da América, e pretendia dar grande autonomia aos municípios e aos estados, desde o início não conseguiu atingir de fato essa intenção. Depois de períodos de frágil democracia e de ditaduras, o Estado Brasileiro parece, ainda que com timidez, estar caminhando no sentido de permitir que os municípios definam suas políticas e atendam suas especificidades. Com a promulgação da CF-88, os municípios passaram a gozar de autoridade administrativa, autoridade fiscal limitada e grande responsabilidade pela prestação de serviços públicos antes executados pelos poder central e regional. Conforme Zimmermann (1999, p.152), “A descentralização política é um processo garantidor de autoridade e recursos para os governos regionais”; contudo, essa garantia de autoridade e de recursos é um tanto limitada para os municípios e centralizada na União, principalmente no que diz respeito à arrecadação de tributos.

No SUS, o princípio da descentralização sustenta-se em um desenho institucional que busca garantir a institucionalização dos governos municipais e da população, via conselhos de saúde, de acordo com os princípios de descentralização e controle social do sistema público de saúde (LIMA, 2000). Vianna (1996) aponta que o processo de descentralização do setor de saúde foi influenciado pela reforma fiscal de 1988; entretanto, isso teria ocasionado consideráveis desigualdades na implementação do SUS nas diferentes regiões do País, uma vez que a retração dos investimentos federais na área de saúde não foi compensada pela elevação dos investimentos municipais. O resultado disso é que “[...] o sistema

de saúde brasileiro produziu desequilíbrios estruturais, desorganização na composição e articulação entre serviços, além de profundas iniquidades no acesso [...]” (BRASIL, 2007b, p.09). Dallabrida e Zimmermann (2009) lembram que o equilíbrio da federação depende de uma distribuição equitativa dos recursos públicos, não só os tributários, mas também de outras receitas da União, dos investimentos das empresas estatais federais, e dos incentivos fiscais regionais e setoriais.

Para concretizar o sistema público de saúde em municípios do interior do Brasil – onde as necessidades e carências apresentadas pelos entes federados de pequeno porte para a prestação de ações de saúde encontram entraves (falta de recursos materiais de todo tipo, escassez de recursos humanos, principalmente pela baixa remuneração, e otimização de estrutura física etc.) – associações, na forma de consórcios, constituem uma das alternativas de gestão para efetivar os princípios do SUS e oferecer serviços de saúde à população daquele determinado território, além de atender ao princípio da Administração Pública da eficiência⁴. A formação de consórcios propicia que os interesses e disponibilidades de uma dada região sejam aprimorados pelo agrupamento de municípios próximos geograficamente (LIMA, 2000). Dessa forma, a gestão associada de serviços de saúde se dá principalmente em virtude da necessidade de disponibilizar desde os níveis mais elementares até os mais complexos de atendimentos necessários ao bem-estar dos cidadãos.

O tema do estudo versa sobre a descentralização das ações e serviços de saúde com ênfase na municipalização (BRASIL, 1990a) na forma de Consórcios Intermunicipais. O objeto de estudo será o Consórcio Intermunicipal do Vale do Rio Caí (CIS/CAÍ), no estado do Rio Grande do Sul que, com o intuito de atender às demandas por serviços de saúde da população e de racionalizar os recursos físicos e financeiros, foi composto por municípios da região do Vale do Rio Caí⁵ em 2005. O referido consórcio conta hoje com 23 municípios e com uma população de 209.441 habitantes.

Diante do exposto, o tema e o objeto de estudo propostos justificam-se ao levar em conta as dificuldades de todas as ordens (recursos humanos, físicos e

⁴ A Administração Pública deve buscar um aperfeiçoamento na prestação dos serviços públicos, mantendo ou melhorando a qualidade dos serviços, com economia de despesas.

⁵ É um dos 28 Conselhos Regionais de Desenvolvimento do Rio Grande do Sul (COREDE). A cidade polo do COREDE é Montenegro, que abrange também os municípios de Alto Feliz, Barão, Bom Princípio, Brochier, Capela de Santana, Feliz, Harmonia, Linha Nova, Maratá, Pareci Novo, Salvador do Sul, São José do Hortêncio, São José do Sul, São Pedro da Serra, São Sebastião do Caí, São Vendelino, Tupandi e Vale Real.

financeiros) e os esforços que a maioria dos 5.565 municípios do Brasil encontram para garantir ações e serviços em saúde em todos os níveis de atenção e oferecer um atendimento integral de saúde aos seus usuários. Com o propósito de encontrar soluções para as dificuldades e atender às diretrizes e aos princípios do SUS, os municípios da região do Vale do Rio Caí associaram-se na forma de um consórcio, merecendo assim uma análise detalhada dos resultados encontrados até o momento. A pesquisa pretende responder à seguinte pergunta: qual é a contribuição do Consórcio Intermunicipal do Vale do Rio Caí para a produção de serviços em saúde de média e alta complexidade nos municípios que o integram?

O objetivo geral busca verificar o alcance das ações desenvolvidas pelo CIS/CAÍ por meio da análise da produção de serviços de média e alta complexidade (consultas⁶, exames⁷, sessões⁸ e procedimentos⁹) em relação à produção de mesma complexidade em saúde da região coberta pelo consórcio.

Como objetivos específicos, o estudo busca:

- descrever a utilização média anual dos municípios componentes do CIS/CAÍ segundo os tipos de serviços (consultas, sessões, procedimentos e exames);
- quantificar o valor despendido pelo CIS/CAÍ segundo os tipos de serviços;
- analisar a produção de serviços (consultas, exames, sessões e procedimentos) do CIS/CAÍ de 2008 a 2011;
- comparar a produção de serviços do CIS/CAÍ com a produção de serviços ambulatoriais de média e alta complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) de 2008 a 2011.

⁶ Consultas segundo as especialidades de Nutrição, Psiquiatria, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Neurologia, Otorrinolaringologia, Clínica Geral, Cirurgia Geral, Medicina do Trabalho, Traumatologia, Gastroenterologia, Urologia, Dermatologia, Cirurgia Cardiovascular, Odontologia, Cardiologia, Oftalmologia, Cirurgia Plástica, Proctologia e Pneumatologia.

⁷ Exames tais como de Laboratório, Radiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalografia e Ecografia.

⁸ Sessões segundo as especialidades de Psicologia, Fisioterapia e Fonoaudiologia, Psicopedagogia, Equoterapia, Quiropraxia e Oficinas de Música e de Artesanato.

⁹ Procedimentos tais como imobilização, biópsia, curativo, tratamento cirúrgico de retração cicatricial e de lesões extensas, restauração de amálgama, sutura de ferimento de pele, entre outros.

2 MÉTODOS

Para o alcance dos objetivos, foi realizado um estudo transversal retrospectivo do tipo descritivo-exploratório com uma abordagem quantitativa.

O estudo transversal caracteriza-se como uma metodologia positivista projetada para obter informações sobre variáveis em diferentes contextos, mas simultaneamente. Ele é realizado quando há limites de tempo ou de recursos, e os dados são coletados em um período de tempo curto. Portanto, estudos transversais são um instantâneo de uma situação em andamento (HULLEY *et al.*, 2008; COLLIS e HUSSEY, 2005). Caracteriza-se como retrospectivo, pois os dados referentes à produção de serviços do consórcio foram coletados em uma série histórica que compreende os anos de 2008 a 2011.

A pesquisa exploratória é vista como o primeiro passo de todo o trabalho científico. Este tipo de pesquisa tem por finalidade proporcionar maiores informações sobre determinado assunto. Pode-se dizer que a pesquisa exploratória tem como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. A pesquisa bibliográfica se insere neste contexto e é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos (GIL, 2002). A pesquisa é também descritiva, uma vez que tem como objetivo fundamental a descrição das características de determinada população ou fenômeno. A partir dela, é possível também estabelecer relações entre variáveis abordadas na pesquisa. Procura descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com os outros, sua natureza e suas características (GIL, 2002). Segundo Gil (2002), as pesquisas descritivas são, assim como as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática. Por fim, trabalhou-se com uma abordagem quantitativa porque buscou-se traduzir em números as informações para serem classificadas e analisadas.

A pesquisa bibliográfica sobre Consórcios Intermunicipais de Saúde foi realizada nos bancos de dados *Scielo*, LILACS, BIREME e PubMed, com a utilização dos descritores *Consórcios de Saúde*, *Sistema Único de Saúde*, *Gestão em Saúde*, *Regionalização*, *Descentralização* e *Desenvolvimento Regional*, selecionados a partir do sítio eletrônico <http://decs.bvs.br/>. Os descritores foram

pesquisados de forma combinada, utilizando-se todos os índices (Título, Autor e Resumo).

A coleta de dados relativos a demografia, epidemiologia e economia da região coberta pelo consórcio foi obtida nas bases de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), da Fundação de Economia Estatística (FEE) do Rio Grande do Sul, do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A produção de serviços anuais do Consórcio foi coletada junto ao sistema de informação do CIS/CAÍ. Os dados foram sistematizados, e os resultados apresentados na forma de tabelas e gráficos. Segundo Collis e Hussey (2005), as tabelas e os gráficos são adequados para apresentar e resumir dados de frequência, além de possibilitarem a comunicação de informações de maneira precisa. A tabulação e o tratamento dos dados foram realizados com uso dos recursos disponíveis no Excel.

A análise e interpretação dos dados ocorreram na forma de análise exploratória, quando técnicas são aplicadas a dados como parte de uma análise preliminar – ou até uma análise completa, se não for exigido grande rigor estatístico ou os dados não a justificarem (COLLIS e HUSSEY, 2005).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 DESCENTRALIZAÇÃO, REGIONALIZAÇÃO E REGIÃO DE SAÚDE

A descentralização da gestão pública tem representado uma grande oportunidade para a adequação dos programas governamentais às demandas e singularidades locais. Também contribui para um aumento da eficiência do gasto público, da eficácia gerencial, da sustentabilidade e da equidade no que se refere aos resultados da ação governamental, com potencial de assegurar maior efetividade ao gasto social (LUCCHESI, 2003). Entretanto, o processo de descentralização da política de saúde no Brasil levou a um significativo incremento das atividades e da participação dos municípios na provisão de serviços de saúde (NEVES e RIBEIRO, 2006). Isso acarretou nova realidade para muitos municípios, como inexistência de recursos humanos e financeiros, dificuldade de acesso ao uso de tecnologias e falta de estrutura física adequada (AMARAL e BLATT, 2011).

Dourado e Elias (2011) afirmam que, com a descentralização das ações e serviços em saúde, a estrutura municipalizada não se mostrou capaz de oferecer as condições para a plena realização dos objetivos do sistema nacional de saúde no ambiente de extrema heterogeneidade que caracteriza a Federação brasileira. Nesse sentido, Rosa *et al.* (2009) lembram da necessidade de maior articulação entre os sistemas municipais e de fortalecimento das secretarias estaduais de saúde, com a função reguladora para assegurar a organização de redes assistenciais regionalizadas, hierarquizadas e resolutivas, que propiciem resultados positivos para a saúde da população. Macdowel e Bugarin (2002) afirmam que um dos desafios impostos para o avanço expressivo da descentralização passou a ser o de compatibilizar uma escala adequada de produção de serviços com a proximidade dos problemas locais de saúde da população.

Dourado e Elias (2011) definem regionalização como uma necessidade basilar de integrar seus componentes para garantir a efetivação do direito à saúde no País; concluem afirmando que a municipalização da saúde foi priorizada, enquanto a regionalização foi praticamente desconsiderada. Da mesma forma, Rosa *et al.* (2009) também constataram que a regionalização da saúde ainda se

apresentava como uma das estratégias necessárias e indispensáveis ao avanço do SUS. Bifulco¹⁰ (*apud* VIANA, 2010, p.02), contudo, sugere que a complexidade da regionalização se deve à necessidade de conciliação de “fenômenos quase inconciliáveis”, tais como a institucionalização de uma rede homogênea de serviços e intervenções frente a uma grande heterogeneidade territorial e a formalização da responsabilidade pública com ampla participação e envolvimento da sociedade civil e dos diversos agentes que compõem o sistema de saúde no território.

Batista (2011) diz que a regionalização baseia-se na ideia de território, determinado não só por fatores físicos, sociais, econômicos e culturais, mas também pelo fluxo que os pacientes estabelecem, criando assim uma região de referência em saúde. O mesmo autor completa afirmando que a regionalização e a hierarquização de serviços determinam sua organização em níveis crescentes de complexidade, restritos a determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida. Diante dessas dificuldades, os consórcios na área da saúde encontraram condições favoráveis para se desenvolver, sobretudo em municípios de pequeno porte, e para sanar déficits do processo de regionalização na atenção à média complexidade, na oferta de consultas médicas de especialidades, em diagnose e terapia (AMARAL e BLATT, 2011).

Segundo Paim (2003), a descentralização no Brasil constituiu-se em um dos principais componentes do processo de Reforma Sanitária, cujas diretrizes foram aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. A CF-88 estabeleceu que os municípios que integram o Estado brasileiro gozam da mesma autonomia conferida aos outros entes. Logo depois de estabelecer que a saúde no Brasil é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988), os serviços públicos de saúde receberam a seguinte instrução, a qual posteriormente veio a receber novos desdobramentos na forma de Leis:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo.

¹⁰ BIFULCO, L. Strumenti in bilico: il Welfare locale in Italia tra frammentazione e innovazione. In: LACOURMES, P.; GALÉS, P. ***Gli strumenti per governare***. Italia: Bruno Mondadori; 2009. p. 283-305.

De acordo com o texto do art. 198 da Carta Constitucional de 1988 e no tocante à diretriz do inciso I, o processo de descentralização da saúde foi operacionalizado pela Lei Orgânica da Saúde e pelas Normas Operacionais Básicas que a ela se seguiram. Com a aprovação da Norma Operacional de Assistência à Saúde do SUS nº 01/01 (NOAS-SUS 01/01) e, em 2002, com a edição da NOAS-SUS (01/02), foram estabelecidas novas diretrizes para o processo de descentralização, por intermédio de um processo de regionalização assistencial (TEIXEIRA, 2007). Em 2006, mediante a publicação do Pacto pela Saúde, a regionalização solidária e cooperativa ganha destaque como eixo estruturante do processo de descentralização. Dentro do processo de descentralização em direção aos municípios e ante a necessidade da construção de modelos regionais de atenção, Neves e Ribeiro (2006) justificam a criação dos consórcios como instrumentos capazes de atender a essas demandas e como uma possibilidade concreta de regionalização. Na mesma linha, Nicoletto et al. (2005) afirmam que os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) constituem-se em uma importante estratégia para o desenvolvimento da atenção secundária, considerado importante mecanismo de regionalização da oferta pública de serviços.

Muller e Greco (2010) definem consórcio como a união de dois ou mais entes da mesma natureza jurídica que constitui um instrumento para solucionar desafios locais; por exemplo, a ampliação e o ordenamento da oferta de serviços, a compra de serviços e a flexibilização da remuneração de profissionais com pagamento de incentivos, e a otimização dos recursos regionais disponíveis, para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços. Desse modo, os CIS apresentam-se como uma possibilidade real para organização de sistemas de saúde em nível regional ou como forma de superação de necessidades locais (NEVES, 2001). Além disso, ao se associarem para resolver problemas específicos de sua região, cada consórcio adquire peculiaridades e características próprias ímpares.

Com a edição do Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/90, ficou definido o conceito de Região de Saúde, no inciso I do art. 2º, como sendo um:

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

No art. 5º do mesmo Decreto, ficaram também definidos os requisitos para a instauração da Região de Saúde nos estados com os respectivos municípios. Com a introdução do conceito legal de Região de Saúde, impõe-se a instauração de processos de concertação entre os entes federados, visto que as responsabilidades de um gestor só podem ser plenamente realizáveis mediante articulação com os demais. A construção de um novo âmbito de gestão, o regional, pressupõe o encontro de interesses entre gestores que, nos processos de gestão territorial, devem definir suas formas de atuação considerando os pressupostos do SUS (BRASIL, 2007b).

Como instrumentos de articulação interfederativa, as Comissões Intergestores¹¹ têm, entre outras, as atribuições de pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. A Resolução nº 02/2011, elaborada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), trata sobre as normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP), cujo objeto foi definido no art. 34 do Decreto 7.508/2011 como “a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários”. O COAP deverá ser elaborado pelos entes federativos em cada Região de Saúde e estabelecerá as responsabilidades organizativas, executivas, orçamentário-financeiras e de monitoramento, avaliação de desempenho e auditoria (BRASIL, 2011b).

Influenciadas pela CF-88, as Constituições Estaduais, elaboradas a partir de 1989, buscaram atender aos princípios da descentralização e da participação cidadã na gestão pública. No Estado do Rio Grande do Sul, a Constituição Estadual de 1989 previu essa participação e, em seu Parágrafo 1º do art. 149, determina que os orçamentos anuais sejam distribuídos de forma regionalizada e tenham, entre suas finalidades, a de reduzir as desigualdades sociais e regionais. Em 1994, foi promulgada a Lei nº 10.283, que previu a organização de conselhos em cada região, os Conselhos Regionais de Desenvolvimento (COREDE). Desde sua origem, tais conselhos têm entre seus objetivos a promoção do desenvolvimento regional, a melhoria da qualidade de vida da população e a distribuição equitativa da riqueza

¹¹ Instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. Tem-se a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e Regional (CIR).

produzida. A partir de 2003, por extensão, propôs-se a criação de conselhos em cada município, os Conselhos Municipais de Desenvolvimento (COMUDE), com funções similares. Assim constituídos, os COREDE e COMUDE podem ser considerados estruturas de governança territorial para a gestão do desenvolvimento (DALLABRIDA e ZIMERMANN, 2009).

Hoje, o Estado do Rio Grande do Sul conta com 28 COREDE assim dispostos no mapa abaixo:

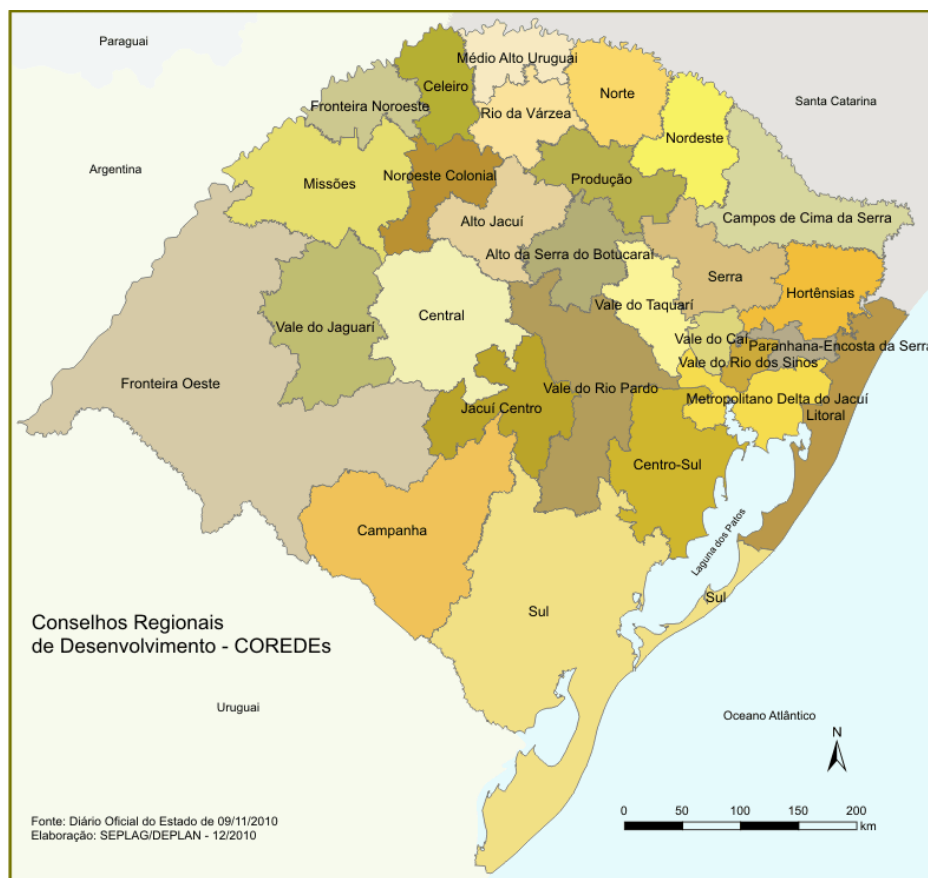


Figura 1 - Conselhos Regionais de Desenvolvimento.

Fonte: Atlas Socioeconômico Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.scp.rs.gov.br/atlas/exibelmq.asp?img=850> Acesso em 26 nov. 2011.

3.2 CONSÓRCIO PÚBLICO

Os consórcios intermunicipais não são novidade na história brasileira e já foram, inclusive, citados em outras Cartas Constitucionais, como as de 1937 e 1967,

com a previsão do agrupamento de municípios, dotado de personalidade jurídica, para exploração de serviços públicos em comum (NEVES e RIBEIRO, 2006). Depois de extintos por Emenda Constitucional (EC) em 1969, a matéria voltou a figurar na CF-88, quando faz referência direta ao tema no art. 23, parágrafo único, e no art. 25, § 3º. Já o art. 241, alterado pela EC nº 19/98, dispõe que:

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.

A Lei nº 11.107/2005, que disciplina a implantação e o funcionamento dos consórcios entre os entes federados, veio dar a sustentação legal que estava faltando no ordenamento jurídico para a cooperação interfederativa. Nos termos do Decreto nº 6.017/2007, que a regulamenta, em seu inciso I do art. 2º diz que:

Consórcio público é pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da Federação, na forma da Lei nº 11.107, de 2005, para estabelecer relações de cooperação federativa, constituída como associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos.

Como pessoa jurídica de direito público, o consórcio pode ser autorizado a receber dos municípios associados todas as atribuições relacionadas à gestão dos serviços públicos (planejamento, regulação, fiscalização e prestação dos serviços) (PEIXOTO, 2008). Já como pessoa jurídica de direito privado, o consórcio só poderá exercer funções executivas, como a prestação dos serviços públicos ou a execução de atividades ou serviços de apoio às administrações dos entes consorciados, não sendo possível lhe transferir as funções de planejamento, regulação e fiscalização dos serviços. No campo da Saúde, temos uma referência aos CIS na Lei nº 8142/90, em seu § 3º do art. 3º, de que “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”. Na Lei nº 8.080/90, em seu art. 10, que definiu a hipótese de consorciamento de municípios para desenvolvimento conjunto das ações e serviços de saúde, tem-se:

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.

Anterior à Lei que disciplinou os consórcios e à EC nº 19/98, a publicação da Norma Operacional Básica (NOB) do MS, em 1996 (BRASIL, 1997a), inseriu os CIS, no contexto da regionalização e hierarquização da rede de serviços, como sendo estratégias para articulação e mobilização dos municípios, com coordenação estadual, de acordo com características geográficas, demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e vontade política expressa pelos diversos municípios de constituírem um consórcio, incrementando o que a NOB nº 01/93 já sugeria. Em 1997, o MS lançou o documento “1997 – O Ano da Saúde no Brasil” (BRASIL, 1997b), em que cita a necessidade de criação dos consórcios. No mesmo ano, convoca a primeira oficina sobre consórcios, editando o manual “Os Consórcios e a Gestão Municipal em Saúde” (BRASIL, 1997c).

Até a definição da matéria, na CF-88, e a edição da Lei e do Decreto que trataram da figura do Consórcio Público, os CIS foram organizados e assumiram a natureza de associações civis de direito privado, conforme a Legislação Civil. Segundo Peixoto (2008), mesmo não havendo impedimento para que os consórcios constituídos sob essa forma jurídica executassem atividades e serviços públicos mediante delegação dos municípios, a falta de regulamentação legal específica dessas instituições impedia que as mesmas pudessem exercer funções públicas, como as de planejamento, regulação e fiscalização. Dessa forma, o mesmo autor completa dizendo que erros e falhas administrativas na gestão dessas entidades, como a de não atender aos dispositivos da Lei Complementar nº 101/2000, relativos à consolidação das despesas e gastos realizados com recursos transferidos pelos municípios, nas contas individuais dos entes consorciados, poderiam ocorrer com certa facilidade. Além disso, a associação de pessoas jurídicas de direito público gerava, contraditoriamente, uma pessoa jurídica de direito privado que, a princípio, não precisava obedecer a regras de direito público, como, por exemplo, a admissão por concurso público ou a licitação para as compras públicas.

Carvalho e Santos (1995) já defendiam o consórcio como um importante instrumento de organização do SUS, o qual, mesmo sob a composição jurídica civil

de direito privado, administra recursos públicos vindos dos municípios, estados e da união. Essa compreensão seria suficiente para que os princípios básicos da administração de um consórcio fossem os mesmos que regem a administração pública, como no que diz respeito a concurso público para a contratação de pessoal, licitações para a aquisição de bens e insumos e, também, quanto à prestação de contas dos recursos a ser efetuada de forma transparente.

A Lei de Consórcios Públicos fixou também as normas gerais para três novos tipos de Contratos Administrativos¹² entre entes federativos: o contrato de constituição de consórcio público, o contrato de programa para a prestação de serviços públicos por meio de gestão associada e o contrato de rateio das despesas de consórcio público (BRASIL, 2005). Desse modo, as relações entre o consórcio e cada município consorciado devem ser reguladas por meio de contratos de programa e contratos de rateio. Os contratos de programa detalharão os serviços públicos e/ou as atividades e demais serviços prestados pelo consórcio a cada município consorciado, inclusive as atribuições e atividades de planejamento, regulação e fiscalização, quando for o caso. Os contratos de rateio serão formalizados em cada exercício financeiro, regulando as obrigações financeiras dos consorciados para com o consórcio, especificamente as transferências de recursos, obedecidas as normas de direito financeiro aplicáveis às entidades públicas, inclusive fiscalização pelo Tribunal de Contas competente (PEIXOTO, 2008).

Outra novidade trazida pelo conjunto de dispositivos que delinham esse relacionamento está no Decreto nº 6017/2007, ao estabelecer que os consórcios públicos poderão ter um ou mais objetivos, e os entes consorciados poderão se consorciar em relação a todos ou apenas a parcela deles. Com isso, o consórcio pode executar uma gama de atividades e ações que racionaliza e maximiza a aplicação dos recursos públicos, reduzindo os custos dos serviços para os usuários, e também permitindo aos municípios contar com uma estrutura de pessoal tecnicamente mais qualificada, em razão da escala obtida com a gestão associada.

Apesar de Peixoto (2008) afirmar que os consórcios públicos são instrumentos de cooperação federativa, cuja participação é voluntária, a adesão aos CIS para muitos municípios de pequeno e médio porte se torna quase que obrigatória. Com a descentralização de diversos serviços, especialmente a saúde

¹² É o contrato celebrado pela Administração Pública, com base em normas de direito público, com o propósito de satisfazer as necessidades de interesse público.

pública, sem a proporcional descentralização de recursos, muitos municípios adotaram a cooperação, via consórcios intermunicipais, como alternativas para atender às demandas locais e regionais (DALLABRIDA e ZIMERMANN 2009). Além de colaborar para o desenvolvimento regional, os CIS, via de regra, deveriam solucionar também problemas de escala adequada para a viabilização e sustentação econômica dos serviços de saúde demandados na região, deixando apenas os procedimentos especializados da alta complexidade a cargo dos grandes centros.

3.3 CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DO VALE DO RIO CAÍ (CIS/CAÍ)

O Consórcio Intermunicipal do Vale do Rio Caí, com sede em Montenegro, foi criado e oficialmente registrado em 27 de outubro de 2005, com a adesão de 12 municípios, como pessoa jurídica de direito privado voltado para ações em saúde. Em 2007 ingressaram mais 5 municípios e, em 2009, mais 6, totalizando, hoje, 23 municípios consorciados, a saber: Alto Feliz, Barão, Bom Princípio, Brochier, Capela de Santana, Harmonia, Feliz, Linha Nova, Maratá, Montenegro, Pareci Novo, Poço da Antas, Portão, Salvador do Sul, São José do Hortêncio, São José do Sul, São Pedro da Serra, São Sebastião do Caí, São Vendelino, Tabai, Vale Real e Westfália.

Com sua fundação, os representantes do CIS/CAÍ pretendiam ser instância de regionalização das ações e serviços de saúde, viabilizar a existência de infraestrutura de saúde regional e aumentar a resolutividade¹³ das ações e serviços de saúde na área da abrangência do Consórcio. Além disso, também estava em pauta representar o conjunto dos municípios em assuntos de interesse comum, planejar, adotar e executar programas e medidas destinadas a promover a saúde dos habitantes dos municípios consorciados e concentrar todos os processos de aquisição de bens, mediante realização de licitações unificadas, envolvendo todos os municípios.

Em 2008, por deliberação em Assembleia Geral, o CIS/CAÍ alterou sua classificação jurídica para o regime jurídico de direito público, podendo ser também

¹³ Entendido como a capacidade de resolver ou finalizar um processo, simplificando e agilizando procedimentos.

classificado como Autarquia¹⁴ Pública Intermunicipal. Como instrumento de descentralização administrativa, suas funções foram ampliadas no mesmo ano (com ações em agricultura, assistência social, ciência e tecnologia, cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico, desenvolvimento econômico-social, desenvolvimento urbano, educação, habitação, meio ambiente, planejamento e gestão administrativa, saúde, segurança alimentar e nutricional, segurança pública, saneamento, turismo e transportes), a partir de então caracterizado como multifuncional. Em seu Estatuto, os objetivos são definidos no art. 4º.

São objetivos do CIS/CAÍ, além de outros que vierem a ser definidos posteriormente pela Assembleia Geral:

I – a gestão associada de serviços públicos;

II – a prestação de serviços, inclusive de assistência técnica, a execução de obras e o fornecimento de bens à administração direta ou indireta dos entes consorciados e a outros consórcios públicos ou administrativos, assim como a hospitais conveniados com o CIS/CAÍ e/ou com os entes consorciados;

III – o compartilhamento ou o uso em comum de instrumentos e equipamentos, inclusive de gestão, de manutenção, de informática, de pessoal técnico e de procedimentos de licitação e de admissão de pessoal;

IV – a produção de informações ou de estudos técnicos;

V – a instituição e o funcionamento de escolas de governo ou de estabelecimentos congêneres;

VI – a promoção do uso racional dos recursos naturais e a proteção do meio ambiente;

VII – o exercício de funções no sistema de gerenciamento de recursos hídricos que lhe tenham sido delegadas ou autorizadas;

VIII – o apoio e o fomento do intercâmbio de experiências e de informações entre os entes consorciados, bem como com outros consórcios públicos e administrativos;

IX – a gestão e a proteção de patrimônio urbanístico, paisagístico ou turístico comum;

X – o fornecimento de assistência técnica, extensão, treinamento, pesquisa e desenvolvimento urbano, rural e agrário;

XI – as ações e políticas regionais de agricultura, assistência social, ciência e tecnologia, cultura, defesa e conservação do patrimônio histórico, desenvolvimento econômico-social, desenvolvimento urbano, educação, habitação, meio ambiente, planejamento e gestão administrativa, saúde, segurança alimentar e nutricional, segurança pública, saneamento, turismo e transportes;

XII – o exercício de competências pertencentes aos entes da Federação nos termos de autorização ou delegação.

Ainda no mesmo artigo, em seu parágrafo 2º, define que as ações e os serviços de saúde obedecerão a princípios, diretrizes e normas que regulam o SUS,

¹⁴ Autarquias são pessoas jurídicas de direito público criadas por lei específica (Art. 37, XIX, da Constituição Federal), que dispõem de patrimônio próprio e realizam atividades típicas de Estado de forma descentralizada.

contudo, com atuação restrita na Média e Alta Complexidade¹⁵, permanecendo Atenção Básica a cargo dos municípios. Desde a sua fundação, o Consórcio realiza a compra de medicamentos, materiais de consumo e odontológico, bem como de consultas, exames, sessões e procedimentos especializados que são disponibilizados aos municípios consorciados sem a necessidade de licitação.

Também em seu Estatuto, a organização do CIS/CAÍ está definida no art. 9º da seguinte forma: Assembleia Geral, Conselho de Administração, Conselho Fiscal, Diretoria Executiva e Câmaras Setoriais¹⁶. A Assembleia Geral é a instância deliberativa máxima e é constituída exclusivamente pelos chefes do Poder Executivo dos consorciados. A administração do Conselho Administrativo é exercida por quatro Prefeitos escolhidos mediante eleição para desempenharem as funções de Presidente, Vice-Presidente, Tesoureiro e Secretário durante o mandato de 1 ano.

O Conselho Fiscal, por sua vez, é o órgão de fiscalização do consórcio e responsável por exercer o controle da legalidade, legitimidade e economicidade da atividade patrimonial e financeira do CIS/CAÍ, manifestando-se na forma de parecer. É composto por cinco membros, sendo três integrantes da Assembleia Geral, um representante da sociedade civil e um assessor jurídico de um dos entes consorciados do CIS/CAÍ.

A Diretoria Executiva é o órgão executivo do consórcio e constituída por um Diretor Executivo, indicado e contratado pelo Conselho de Administração para ocupar cargo de confiança; três Assessores Executivos, indicados e contratados pelo Conselho de Administração para ocupar cargo de confiança; um Contador ou Técnico em Ciências Contábeis; um Supervisor Administrativo, com escolaridade de nível médio; dois Auxiliares Administrativos, com escolaridade de nível médio; um Auxiliar de Serviços Gerais, com escolaridade de nível fundamental, e um Farmacêutico, todos sujeitos ao regime celetista.

Por último, as Câmaras Setoriais desenvolvem políticas públicas específicas de interesse comum aos entes consorciados mediante a indicação do Secretário Municipal ou ainda de um servidor efetivo. Com a exceção do Conselho de

¹⁵ É composta por ações e serviços que visam atender a problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio de diagnóstico e tratamento.

¹⁶ As Câmaras Setoriais serão criadas, alteradas e extintas por resolução da Assembleia Geral e têm, entre outros objetivos, o de planejar, coordenar e executar programas, projetos e atividades pertinentes aos seus objetivos específicos.

Administração e do Conselho Fiscal, os componentes das outras estruturas administrativas são remunerados pelas suas atividades.

Por iniciativa do Consórcio, em 2006, com aporte de recursos do Governo Federal através do “Programa Brasil Sorridente¹⁷” e com recursos Municipais, foi criado o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). O centro foi operacionalizado sob a forma de uma Organização de Sociedade Civil de Interesse Público¹⁸ (OSCIP) e tem como objetivos o atendimento de média e alta complexidade da Odontologia como a Periodontia, Endodontia e Pequenas Cirurgias. A unidade está instalada em Montenegro, e integram o programa os municípios de Brochier, Harmonia, Maratá, Montenegro, Salvador do Sul, São José do Sul, São Pedro da Serra e Tupandi. O atendimento se dá com hora marcada e mediante encaminhamento do município participante.

Em 2010, o Conselho Regional de Desenvolvimento do Vale do Rio Caí (CODEVARC) elaborou um Planejamento Estratégico Regional do Vale do Rio Caí (CODEVARC, 2010) e em suas p. 24-25, são colocados alguns desafios no que tange à saúde da região.

- I – Falta consolidar uma política regional de saúde através de Consórcio Regional;
- II – Deve haver maior adesão dos municípios da região para a compra de medicamentos e reposição de estoques através de Consórcio Regional;
- III – Pouco atendimento médico-cirúrgico pelo SUS;
- IV – Falta equipar e capacitar hospitais regionais para virem a ser Hospitais de Referência em determinadas especialidades, e assim tornarem-se novamente rentáveis;
- V – Predominam os onerosos deslocamentos diários de pacientes para atendimentos em Porto Alegre, em Caxias do Sul e até em Rio Grande;
- VI – Vários municípios ainda não têm o PSF – Programa de Saúde Familiar devido a dificuldades legais na contratação de profissionais da área médica, sem concurso;
- VII – Desarranjo na distribuição de AIHs na região e dificuldades para realizar exames de alta complexidade através do SUS;
- VIII – Falta uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), pública e moderna, em um ou mais municípios, de fácil acesso para todos os demais municípios da região;
- IX – Ausência de programas preventivos e efetivos no tocante a drogas ilícitas, alcoolismo, saúde mental, criança carente, idoso desamparado e portadores de necessidades especiais;
- X – Altíssima ocorrência de borrachudo nos afluentes do Rio Caí, em toda a região;
- XI – Continua alta a mortalidade infantil em vários municípios embora o índice regional médio esteja próximo da média estadual.

¹⁷ É um programa que engloba diversas ações do Ministério da Saúde e busca melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira.

¹⁸ Pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos habilitada a receber recursos públicos para o desenvolvimento de atividades de interesse público.

O CODEVARC relata esses desafios, que em grande parte são ações cuja responsabilidade é do CIS/CAÍ em conjunto com os municípios. Desse modo, um estudo como o proposto aqui tem grande importância para analisar e descrever as atividades do CIS/CAÍ como instrumento de descentralização das ações e serviços de saúde da média e alta complexidade dos municípios integrantes do Consórcio.

3.4 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA REGIÃO

Os municípios que integram o CIS/CAÍ estão distribuídos em três COREDE: Vale do Rio Caí (19 municípios), Vale do Taquari (3 municípios) e Vale do Rio dos Sinos (1 município). O CIS/CAÍ atende a uma população de 209.441 habitantes em uma área territorial de 2.239.343 Km², segundo informações do Censo de 2010. A região está localizada entre polos econômicos e industriais importantes do Rio Grande do Sul: Caxias do Sul, Porto Alegre e Triunfo. Apesar disso, a atividade econômica nos municípios não conta com o mesmo aparato industrial e se resume à atividade agrícola, com destaque para a produção de citros de mesa, morangos e flores nos pequenos municípios. Em municípios como Montenegro, Portão e São Sebastião do Caí, que são os três que representam os maiores percentuais de população sobre o total de habitantes da região, o comércio e a indústria apresentam-se como as principais atividades econômicas; contudo, com certa timidez. Por outro lado, Linha Nova, São Vendelino e Poço das Antas são os três municípios que apresentam as menores populações e preponderantemente rurais. São Vendelino é também o município com menor área territorial, 32,087 Km², e Montenegro é o com maior área, 424,013 Km².

Segundo informações da FEE do Rio Grande do Sul, de 2008, o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* médio da população residente nos municípios foi de R\$ 14.670,00, sendo Tabáí o de menor, R\$ 7.237,00; e Montenegro, R\$ 24.042,00, o maior PIB *per capita*.

Tabela 1 – Municípios – CIS/CAÍ, RS, 2010

MUNICÍPIO	COREDE	Área da unidade territorial (Km²)	Densidade demográfica (hab/Km²)	População 2010	Percentual da População do Município sobre o Total
Alto Feliz	Vale do Caí	79,173	36,84	2.917	1,4
Barão	Vale do Caí	124,489	46,12	5.741	2,7
Bom Princípio	Vale do Caí	88,504	133,20	11.789	5,6
Brochier	Vale do Caí	106,734	43,80	4.675	2,2
Capela de Santana	Vale do Caí	183,757	63,19	11.612	5,5
Feliz	Vale do Caí	95,372	129,59	12.359	5,9
Harmonia	Vale do Caí	44,761	95,04	4.254	2,0
Linha Nova	Vale do Caí	63,733	25,48	1.624	0,8
Maratá	Vale do Caí	81,179	31,13	2.527	1,2
Montenegro	Vale do Caí	424,013	140,13	59.415	28,4
Pareci Novo	Vale do Caí	57,407	61,16	3.511	1,7
Poço das Antas	Vale do Taquari	65,065	31,00	2.017	1,0
Portão	Vale do Rio dos Sinos	159,895	193,38	30.920	14,8
Salvador do Sul	Vale do Caí	99,825	67,59	6.747	3,2
São José do Hortêncio	Vale do Caí	64,113	63,86	4.094	2,0
São José do Sul	Vale do Caí	59,034	35,27	2.082	1,0
São Pedro da Serra	Vale do Caí	35,387	93,68	3.315	1,6
São Sebastião do Caí	Vale do Caí	111,435	196,81	21.932	10,5
São Vendelino	Vale do Caí	32,087	60,59	1.944	0,9
Tabaí	Vale do Taquari	94,755	43,60	4.131	2,0
Tupandi	Vale do Caí	59,542	65,90	3.924	1,9
Vale Real	Vale do Caí	45,085	113,52	5.118	2,4
Westfalia	Vale do Taquari	63,998	43,64	2.793	1,3
Total	-	2.239,343	93,53	209.441	100,00

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados coletados no sítio eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Censo 2010.

A região do CIS/CAÍ é composta, em grande parte, por municípios cuja atividade econômica é a agrícola e cujos munícipes residem em território rural. Apesar disso, a população urbana da região corresponde a 73,0% do total, em razão, principalmente, de três municípios maciçamente urbanos representarem 53,7% do número total de habitantes.

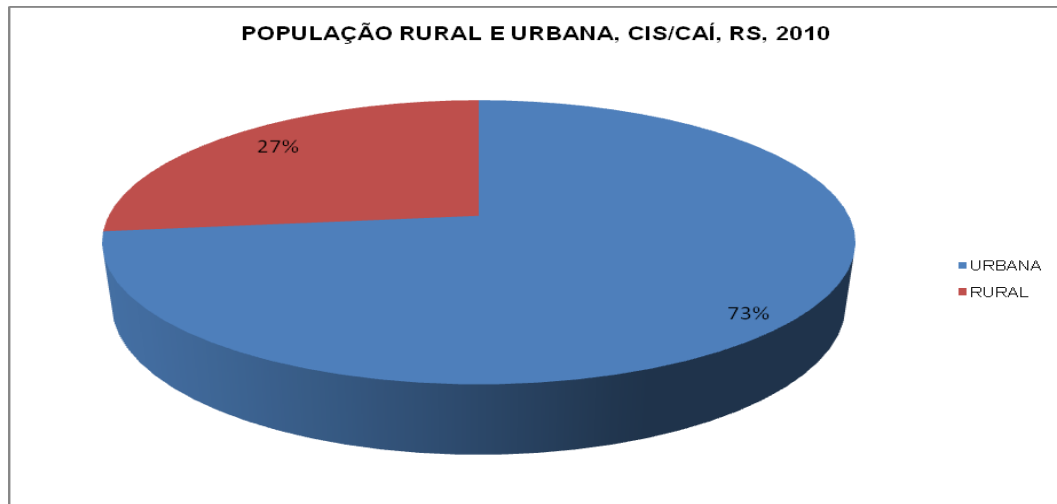


Gráfico 1 – População rural e urbana, CIS/CAÍ, RS, 2010

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados coletados no sítio eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Censo 2010.

O gráfico abaixo demonstra a disposição por faixa etária dessa população. É possível verificar que o arranjo segue a tendência do Rio Grande do Sul e do Brasil ao apresentar diminuição das faixas etárias jovens da população, aumento da expectativa de vida e, por consequência, o envelhecimento da população.

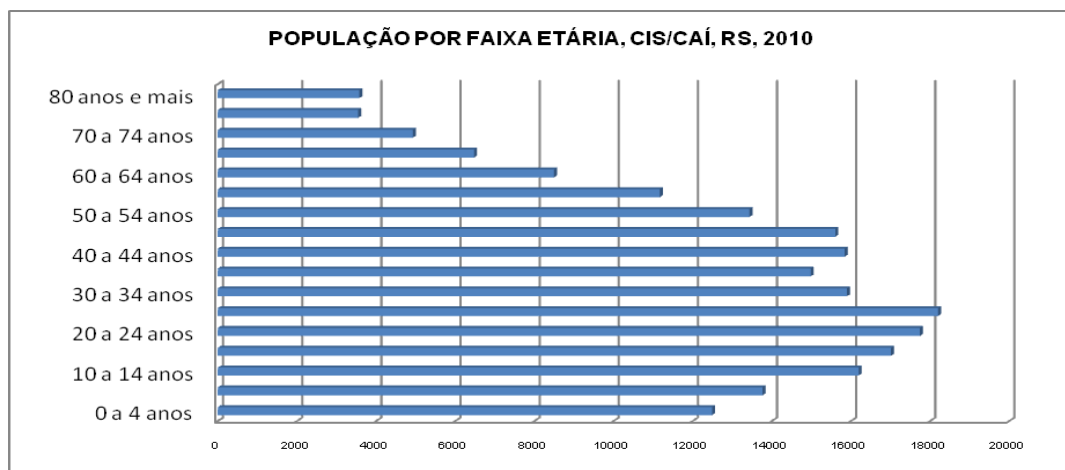


Gráfico 2 – População por faixa etária, CIS/CAÍ, RS, 2010

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados coletados no sítio eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Censo 2010.

O perfil econômico da região de baixo valor agregado, com atividade industrial e comércio frágeis, além da falta de opções para exploração do turismo, reflete na receita municipal dos entes consorciados. O gráfico abaixo demonstra, em termos médios, como o grupo de municípios é dependente de transferências de recursos da União e do Estado, pois 87,9% dos recursos são externos. São José do

Sul é o município que mais depende dessas fontes ao ter 97,1% da sua receita proveniente de transferências; e Montenegro, o menos dependente, figurando com 77,4% de origem externa. Para fins de comparação, em média, no Rio Grande do Sul, a receita municipal é constituída de 74,1% de recursos provenientes de transferências constitucionais e legais e apenas 25,9% de recursos próprios.

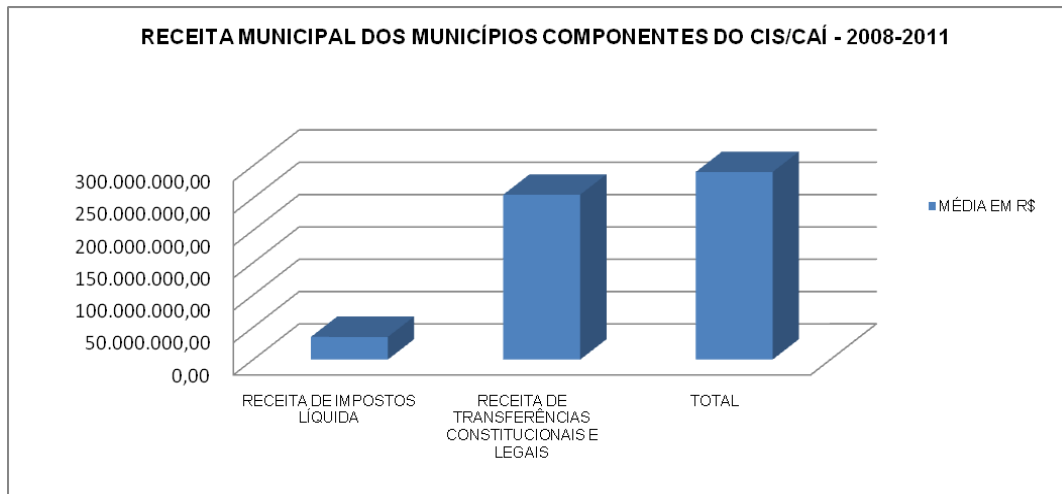


Gráfico 3 – Receita municipal dos municípios componentes do CIS/CAÍ – 2008-2011

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados coletados no sítio eletrônico do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

No que tange às características de morbidade, segundo Capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID) – 10, as doenças do aparelho respiratório (capítulo 10), circulatório (capítulo 9) e digestivo (capítulo 11), respectivamente, são as três principais causas de internação. Gravidez, parto e puerpério (capítulo 15), doenças infecciosas e parasitárias (capítulo 1) e neoplasias (capítulo 2) vêm logo em seguida. Por outro lado, as que menos geram internações são as doenças do ouvido e da apófise mastoide (capítulo 8), do olho e anexo (capítulo 7) e malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (capítulo 17). O capítulo 21 não foi considerado.

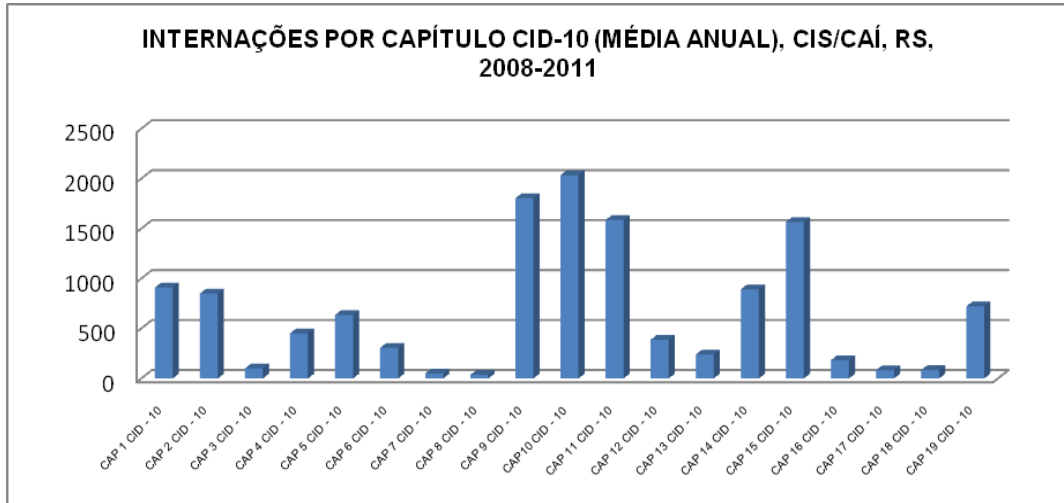


Gráfico 4 – Internações por capítulo CID-10 (média anual), CIS/CAÍ, RS, 2008-2011

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados coletados no sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Também conforme classificação Capítulos CID – 10, as principais causas de óbitos se dão em virtude de doenças do aparelho circulatório (capítulo 9), neoplasias (capítulo 2), doenças do aparelho respiratório (capítulo 10) e por causas externas de morbidade e mortalidade (capítulo 20), respectivamente. Juntas, foram responsáveis por 74,1% dos óbitos da região. Os capítulos 7, 8, 19 e 21 da CID-10 não apresentaram valores na série histórica analisada.

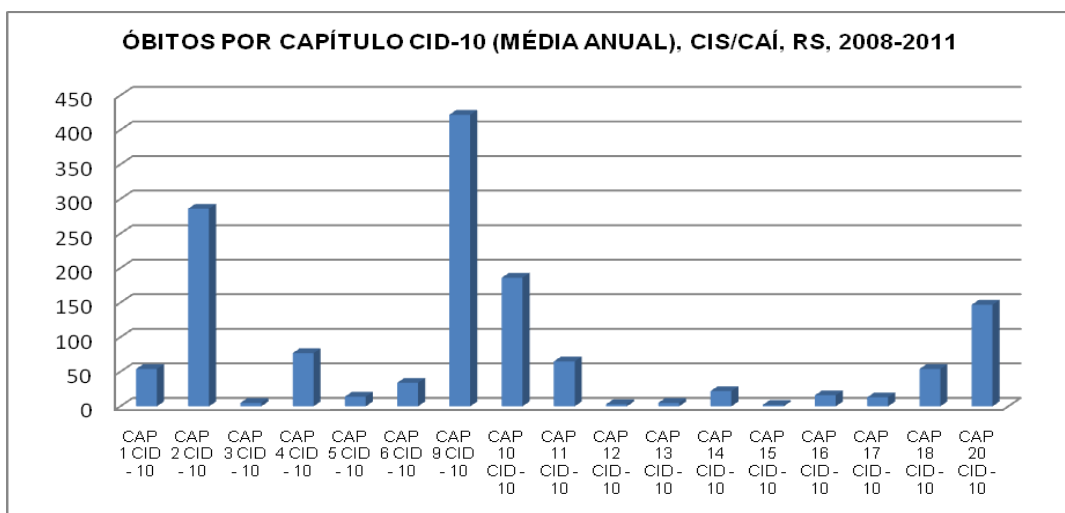


Gráfico 5 – Óbitos por capítulo CID-10 (média anual), CIS/CAÍ, RS, 2008-2011

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados coletados no sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

O gráfico a seguir apresenta o quantitativo de profissionais médicos com vínculo junto às prefeituras dos entes que compõem o CIS/CAÍ. Os médicos clínicos gerais representam quase metade da totalidade desses profissionais e são seguidos pela especialidade de pediatria, pelos médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) e pela especialidade de psiquiatria. O total de médicos, apurado no levantamento, foi de 63 profissionais, o que resulta em 1 profissional para cada 3.325 habitantes em média.

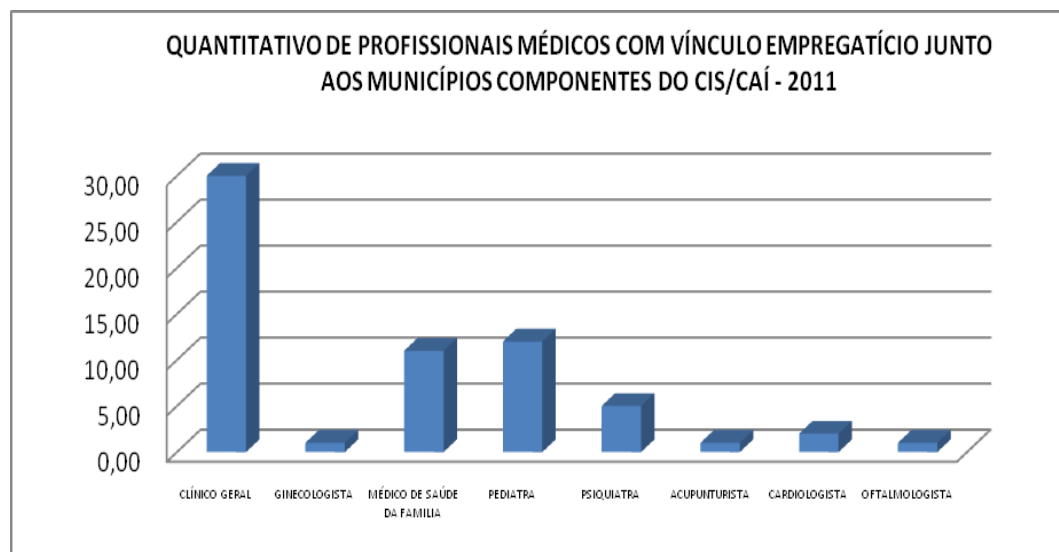


Gráfico 6 – Quantitativo de profissionais médicos com vínculo empregatício junto aos municípios componentes do CIS/CAÍ - 2011

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados coletados no sítio eletrônico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Já o gráfico a seguir, apresenta o quantitativo de profissionais da saúde com formação superior, não médicos. Nota-se que cirurgiões dentistas, enfermeiros e psicólogos, respectivamente, são os profissionais que aparecem em maior quantidade. Já farmacêuticos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas apresentam-se em menor quantidade. No levantamento realizado, o quantitativo total desses profissionais foi de 154 trabalhadores, o que resulta em 1 profissional para cada 1.360 habitantes em média.



Gráfico 7 – Quantitativo de profissionais da saúde não médicos com vínculo empregatício junto aos municípios componentes do CIS/CAÍ - 2011

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados coletados no sítio eletrônico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

3.5 CARACTERÍSTICAS ORÇAMENTÁRIAS DO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE

As características orçamentárias do gasto público em saúde dos municípios serão demonstradas com gráficos elaborados a partir de dados coletados no sítio eletrônico do SIOPS. Os valores serão apresentados em valores médios dentro de uma série histórica de quatro anos – 2008-2011.

O conjunto de transferências legais e constitucionais aos municípios conta com a transferência de recursos da União, do Estado e outras receitas (Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária). Conforme sistematização dos dados dos entes que compõem o CIS/CAÍ, verifica-se que 75,2% das transferências provêm da União; 21,2%, do Estado, e 3,6%, de outras receitas. Em nível estadual, os municípios apresentam uma média de transferências advindas da União de 86,6%; do Estado, de 10,5%, e de outras receitas, de 2,9%. A partir disso, é possível constatar a participação expressiva da União no campo da arrecadação tributária e, por consequência, a forte dependência dessas transferências que os municípios apresentam.

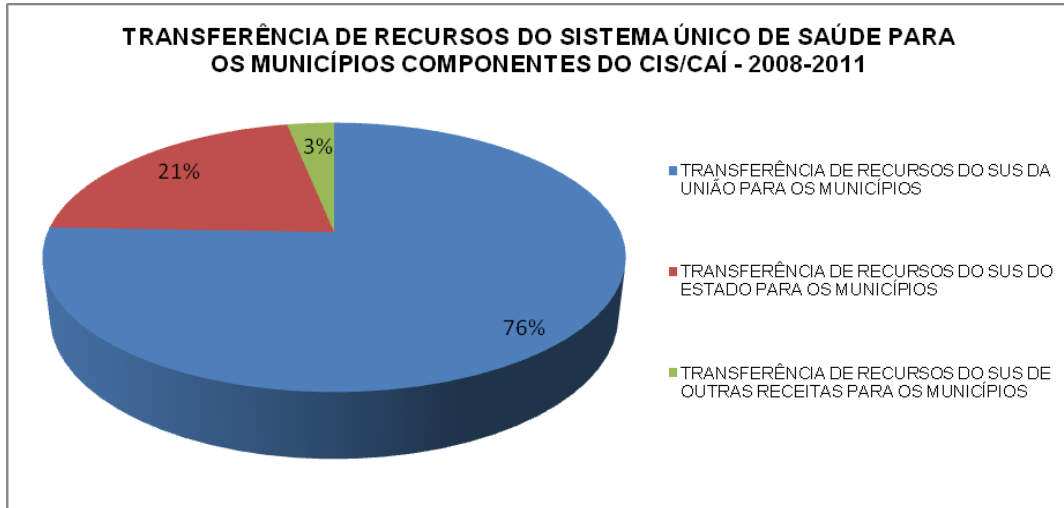


Gráfico 8 – Transferência de recursos do Sistema Único de Saúde para os municípios componentes do CIS/CAÍ – 2008-2011

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados coletados no sítio eletrônico do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

O gráfico abaixo demonstra o quantitativo médio de recursos próprios e transferidos aplicados em saúde. Os 69,1% do total aplicado em saúde provêm de recursos próprios; enquanto que 30,9%, das transferências. Em comparação com as médias apresentadas pelos municípios gaúchos, os entes federados componentes do CIS/CAÍ têm maior percentual na participação do total aplicado em saúde. No Rio Grande do Sul, os municípios participam, em média, com 57,3% do total, e os outros 42,7% aplicados em saúde provêm de recursos transferidos.

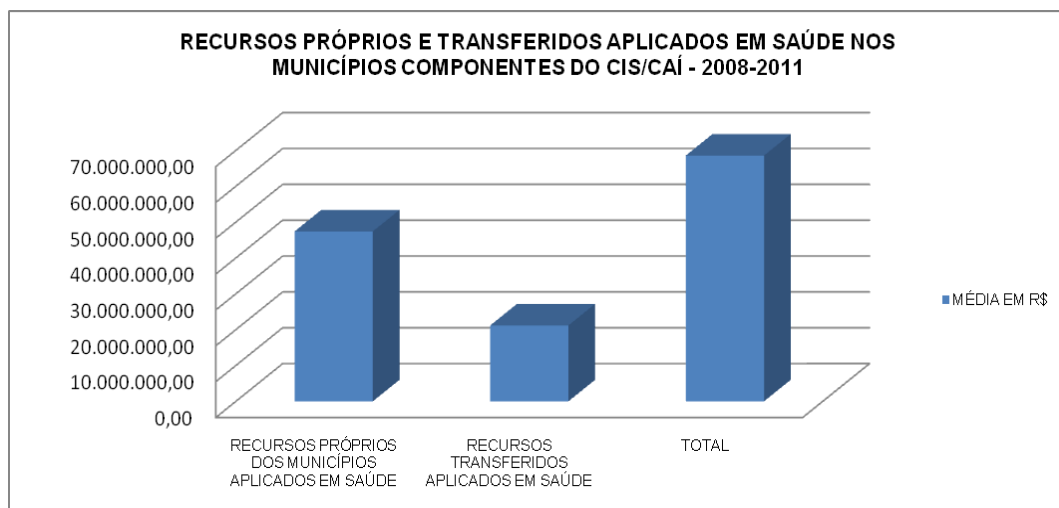


Gráfico 9 – Recursos próprios e transferidos aplicados em saúde nos municípios componentes do CIS/CAÍ – 2008-2011

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados coletados no sítio eletrônico do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Conforme Emenda Constitucional nº 29 (EC nº 29) de 2000, que define percentuais mínimos de aplicação de recursos no setor saúde, o gráfico abaixo demonstra que, em média, os municípios cumprem tal determinação, tendo em vista que o percentual mínimo para municípios é de 15,0% sobre a receita total do ente dessa esfera. Três municípios, entretanto, não cumprem tal determinação – Tupandi, com 11,9%; São Vendelino, com 13,4%, e Salvador do Sul, com 14,7%. Por outro lado, São Sebastião do Caí, com 20,6%, e Capela de Santana, com 19,6%, são os municípios que destinam maior percentual dos seus recursos para a saúde. O conjunto de municípios aplica, em média, 16,3% da sua receita, enquanto que a média de todos os entes municipais do Rio Grande do Sul é de 18,1%.

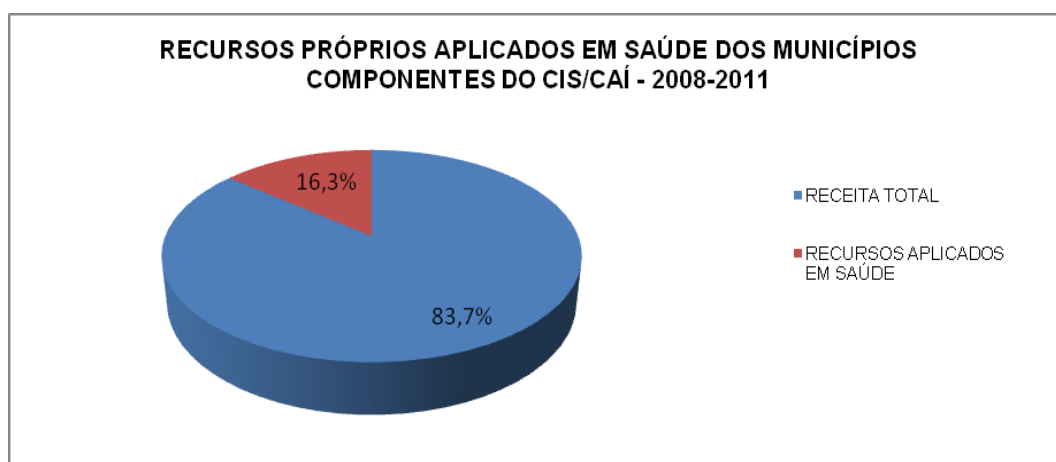


Gráfico 10 – Recursos próprios aplicados em saúde dos municípios componentes do CIS/CAÍ – 2008-2011

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados coletados no sítio eletrônico do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

O gráfico a seguir informa o gasto público em saúde por habitante dos municípios. Ao analisar a informação em termos monetários o resultado percentual de investimento, verifica-se que investimentos percentuais mais elevados nem sempre correspondem a investimentos mais altos em termos monetários. São Sebastião do Caí (R\$ 255,37) e Capela de Santana (R\$ 241,21), que apresentaram os maiores percentuais de aplicação em saúde – 20,6% e 19,6%, respectivamente – só investiram mais em valores monetários do que o município de Portão (R\$ 201,80). Por outro lado, São Vendelino, que inclusive não cumpre a EC nº 29, foi o ente que apresentou a maior destinação de recursos por habitante – R\$ 801,98. Tupandi (R\$ 566,08) e Salvador do Sul (R\$ 424,42) estão entre os municípios que mais investiram e acima da média apresentada pelo conjunto de municípios (R\$

327,30). Respeitar e aplicar o mínimo de 15% determinado pela EC nº 29, contudo, nem sempre garante que, em termos monetários, reflita em valores condizentes para o financiamento dos serviços de saúde. Como podemos verificar, o investimento médio de 13,44% da receita orçamentária total de São Vendelino representou R\$ 801,98 por habitante, enquanto que o investimento médio de 20,6% de São Sebastião do Caí representou apenas R\$ 255,37 por habitante. A média do conjunto de municípios foi R\$ 327,30, um pouco abaixo da média estadual, que é de R\$ 345,36.

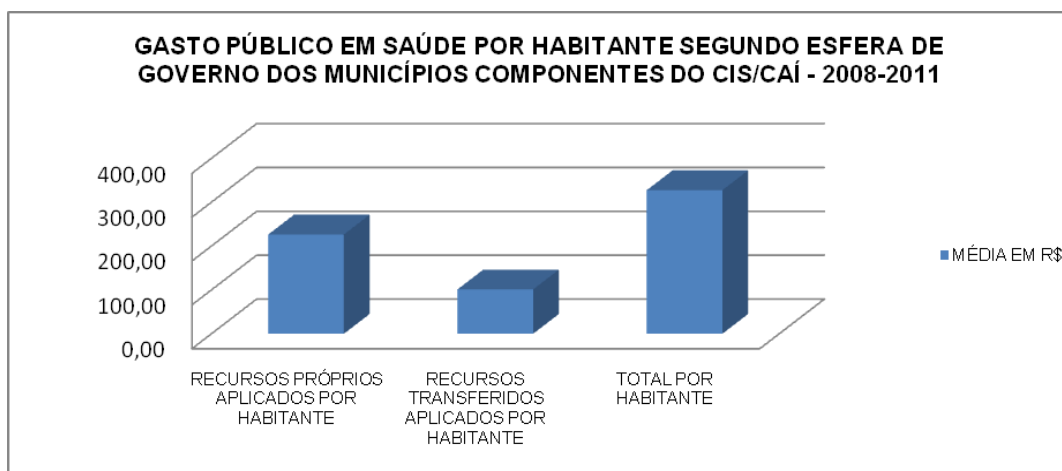


Gráfico 11 – Gasto público em saúde por habitante segundo esfera de governo dos municípios componentes do CIS/CAÍ – 2008-2011

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados coletados no sítio eletrônico do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

O gasto público em saúde por subfunção orçamentária dos municípios componentes do CIS/CAÍ está voltado em grande parte para a atenção básica, com 65,8% do total. Com 28,0%, a assistência hospitalar e ambulatorial surge como o segundo principal gasto; reflete a carência de serviços da média e alta complexidade e a necessidade de buscar esses serviços em outras cidades, como Caxias do Sul e Porto Alegre. No nível estadual, a atenção básica e a assistência hospitalar e ambulatorial também são os principais destinos dos recursos municipais, com 45,0% e 33,8% respectivamente.

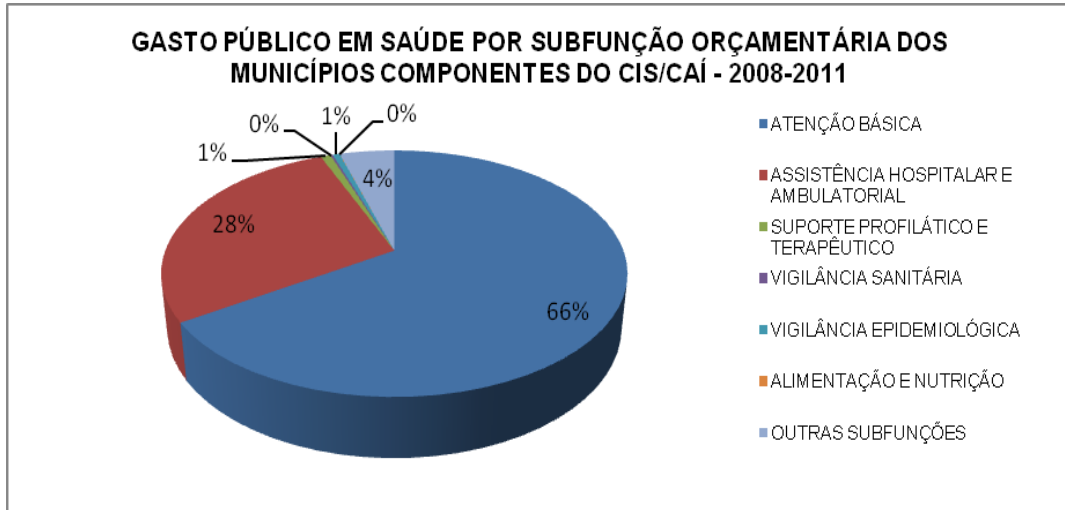


Gráfico 12 – Gasto público em saúde por subfunção orçamentária dos municípios componentes do CIS/CAÍ – 2008-2011

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados coletados no sítio eletrônico do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 DA PRODUÇÃO DE SERVIÇOS VIA CIS/CAÍ

A seção pretende apresentar informações referentes à produção de serviços (consultas, exames, sessões e procedimentos) do CIS/CAÍ. Os dados foram coletados a partir do sistema de informação do consórcio e organizados em tabelas e gráficos para apresentação. Serão apresentadas também informações referentes à produção ambulatorial do SUS por local de atendimento e de residência. Todas as informações apresentadas serão demonstradas em valores médios de uma série histórica de quatro anos – 2008-2011.

A Tabela 2 apresenta a média anual de consultas mais realizadas pela população atendida pelo CIS/CAÍ. Dentro de um conjunto de 45 especialidades de consultas cadastradas, as cinco primeiras correspondem a 62,0% do total de consultas e, em termos monetários, a 58,2%. As duas primeiras posições são ocupadas por atendimentos não médicos – Odontologia, seguido de Nutrição. Obstetrícia e Ginecologia é a primeira especialidade médica, seguida da Clínica Médica e da Psiquiatria. As consultas são o segundo serviço que mais consome recursos financeiros, com um montante anual médio de R\$ 593.279,00.

Tabela 2 - Consultas mais realizadas e valor (médias anuais), CIS/CAÍ, RS, 2008-2011

CONSULTA	QUANTITATIVO	(%)	VALOR (R\$)	(%)
ODONTOLOGIA	3.428	19,2	85.700,00	14,4
NUTRIÇÃO	2.158	12,1	53.950,00	9,1
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	1.997	11,2	69.895,00	11,8
CLÍNICA MÉDICA	1.959	11,0	68.565,00	11,6
PSIQUIATRIA	1.488	8,5	66.960,00	11,3
OUTRAS CONSULTAS	6.783	38,0	248.209,00	41,8
TOTAL	17.813	100,0	593.279,00	100,0

Fonte: elaborado pelo autor a partir do sistema de informação do CIS/CAÍ.

A média anual de exames mais realizados pela população atendida pelo CIS/CAÍ apresenta apenas um exame de imagem entre os cinco primeiros. Exames laboratoriais são os mais utilizados e, apesar de os cinco primeiros corresponderem a apenas 25,1% do total e, em termos monetários, a 13,7%, ao considerar um

universo de quase mil exames cadastrados, aquele percentual representa também o predomínio destes sobre os outros como ocorre com as consultas e sessões. Isso se deve à maior quantidade de serviços oferecidos do menor custo individual dos exames mais acessados. Mamografia, por exemplo, que figura em terceiro lugar em termos quantitativos, representa 7,4% do custo total. Os exames, contudo, são os responsáveis por consumir o maior volume de recursos, com um montante anual médio de R\$ 637.673,00 (Tabela 3).

Tabela 3 - Exames mais realizados e valor (médias anuais), CIS/CAÍ, RS, 2008-2011

EXAME	QUANTITATIVO	(%)	VALOR (R\$)	(%)
HEMOGRAMA	1.864	9,3	18.640,00	2,9
COLESTEROL TOTAL	876	4,4	4.380,00	0,7
MAMOGRAFIA	817	4,1	47.386,00	7,4
TRIGLICERÍDIOS	810	4,0	4.860,00	0,8
TSH ULTRA-SENSÍVEL	657	3,3	11.826,00	1,9
OUTROS EXAMES	14.977	74,9	550.581,00	86,3
TOTAL	20.001	100,0	637.673,00	100,0

Fonte: elaborado pelo autor a partir do sistema de informação do CIS/CAÍ.

Na Tabela 4, são apresentadas as médias anuais das sessões (tratamentos seriados) mais realizadas pela população atendida pelo CIS/CAÍ. Psicologia se apresenta como a mais utilizada, e o conjunto das cinco mais executadas, em 30 tipos de atendimentos cadastrados, representa 91,6% do total e 86,6% em termos monetários. Fisioterapia apresenta três formas de atendimento, e duas delas figuram entre as cinco primeiras. Em terceiro lugar entre os tipos de serviços disponibilizados pelo CIS/CAÍ, as sessões são responsáveis por um dispêndio anual médio de R\$ 532.577,00, mas, em termos quantitativos, foi o serviço mais consumido.

Tabela 4 - Sessões mais realizadas e valor (médias anuais), CIS/CAÍ, RS, 2008-2011

SESSÃO	QUANTITATIVO	(%)	VALOR EM R\$	(%)
PSICOLOGIA	10.118	39,9	252.950,00	47,5
FISIOTERAPIA	7.997	31,4	79.970,00	15,0
FONOAUDIOLOGIA	2.349	9,3	58.725,00	11,0
FISIOTERAPIA DOMICILIAR	1.720	6,8	43.000,00	8,1
PSICOPEDAGOGIA	1.057	4,2	26.425,00	5,0
OUTRAS SESSÕES	2.132	8,4	71.507,00	13,4
TOTAL	25.373	100,0	532.577,00	100,0

Fonte: elaborado pelo autor a partir do sistema de informação do CIS/CAÍ.

Por fim, na Tabela 5, quatro dos cinco procedimentos com maior frequência estão ligados à área odontológica. Eles foram responsáveis por apenas 7,0% do

gasto total, mas responderam por 34,5% do quantitativo de procedimentos produzidos. Semelhantemente ao caso dos exames, os 5 procedimentos mais consumidos foram responsáveis por apenas 34,5% do total produzido. Contudo, ao levar em conta que são quase 1.500 procedimentos cadastrados, aquele número tem grande representatividade. Cabe destacar que, além dos procedimentos odontológicos, o grupo também abrange biópsia, curativo, punção de cisto de mama, parto cesariano, anestesia, tratamentos cirúrgicos, entre outros. Esse tipo de serviço teve em média um custo anual de R\$ 106.892,00 e foi o menos utilizado pela população em relação aos demais grupos.

Tabela 5 - Procedimentos mais realizados e valor (médias anuais), CIS/CAÍ, RS, 2008-2011

PROCEDIMENTO	QUANTITATIVO	(%)	VALOR (R\$)	(%)
RESTAURAÇÃO FOTOPOLIMERIZÁVEL DE UMA FACE	100	10,5	1.000,00	0,9
RESTAURAÇÃO FOTOPOLIMERIZÁVEL DE DUAS FACES	95	10,0	1.425,00	1,3
EXAME ODONTOLÓGICO	50	5,3	500,00	0,5
EXCISÃO DE LESÃO OU SUTURA DE FERIMENTO DE PELE	47	4,9	4.230,00	4,0
RESTAURAÇÃO AMALGAMA DE UMA FACE	36	3,8	360,00	0,3
OUTROS PROCEDIMENTOS	622	65,5	99.377,00	93,0
TOTAL	950	100,0	106.892,00	100,0

Fonte: elaborado pelo autor a partir do sistema de informação do CIS/CAÍ.

A Tabela 6 apresenta a média anual de consultas dos municípios que mais utilizaram os serviços do CIS/CAÍ. Em termos quantitativos, Montenegro foi o município que mais comprou consultas, seguido de Tupandi e de Pareci Novo, respectivamente. Esses três municípios consumiram 64,3% do total de consultas contratadas. Quando os resultados são expressos em consulta/1.000hab., Tupandi foi o ente que ofereceu a maior cobertura, com 0,74.

Tabela 6 - Consultas (média anual) segundo municípios maiores demandantes CIS/CAÍ, RS, 2008-2011

MUNICÍPIO	QUANTITATIVO	PERCENTUAL SOBRE O TOTAL (%)	CONSULTA POR HABITANTE DO MUNICÍPIO
MONTENEGRO	6.157	34,6	0,10
TUPANDI	2.922	16,4	0,74
PARECI NOVO	2.373	13,3	0,68
OUTROS MUNICÍPIOS	6.361	35,7	0,07
TOTAL	17.813	100,0	0,12

Fonte: elaborado pelo autor a partir do sistema de informação do CIS/CAÍ.

Entre os municípios que mais compraram exames, novamente Montenegro figura em primeiro lugar, seguido de Maratá e de Tupandi. Eles foram responsáveis pelo consumo de 80,1% do total de exames e Maratá foi o município que consumiu a maior quantidade de exames por habitante – 1,23.

Tabela 7 - Exames (média anual) segundo municípios maiores demandantes CIS/CAÍ, RS, 2008-2011

MUNICÍPIO	QUANTITATIVO	PERCENTUAL SOBRE O TOTAL (%)	EXAMES POR HABITANTE DO MUNICÍPIO
MONTENEGRO	10.266	51,3	0,17
MARATÁ	3.102	15,5	1,23
TUPANDI	2.654	13,3	0,68
OUTROS MUNICÍPIOS	3.979	19,9	0,05
TOTAL	20.001	100,0	0,14

Fonte: elaborado pelo autor a partir do sistema de informação do CIS/CAÍ.

Os municípios que mais consumiram sessões na série histórica analisada foram Montenegro, Brochier e Pareci Novo, respectivamente. Esses três municípios utilizaram 73,3% das sessões contratadas, e o município de Brochier foi o ente que consumiu mais sessões por habitante, com uma média de 1,23. Essa situação, contudo, não se repete ao analisar os quantitativos do total de municípios, quando a relação cai para 0,18 sessões por habitante.

Tabela 8 - Sessões (média anual) segundo municípios maiores demandantes CIS/CAÍ, RS, 2008-2011

MUNICÍPIO	QUANTITATIVO	PERCENTUAL SOBRE O TOTAL (%)	SESSÕES POR HABITANTE DO MUNICÍPIO
MONTENEGRO	9.294	36,6	0,16
BROCHIER	5.760	22,7	1,23
PARECI NOVO	3.558	14,0	1,01
OUTROS MUNICÍPIOS	6.761	26,7	0,10
TOTAL	25.373	100,0	0,18

Fonte: elaborado pelo autor a partir do sistema de informação do CIS/CAÍ.

A cobertura da população por procedimentos é ainda menor, 0,008 procedimentos por habitante. Montenegro sozinho consumiu, em média, 94,2% do total produzido, enquanto que São Sebastião do Caí compra, em média, apenas 6 procedimentos por ano. São Pedro da Serra, o segundo município que mais utiliza esse serviço, apresenta praticamente o mesmo quantitativo que todos os outros municípios que não figuraram na tabela.

Tabela 9 - Procedimentos (média anual) segundo municípios maiores demandantes CIS/CAÍ, RS, 2008-2011

MUNICÍPIO	QUANTITATIVO	PERCENTUAL SOBRE O TOTAL (%)	PROCEDIMENTOS POR HABITANTE DO MUNICÍPIO
MONTENEGRO	894	94,2	0,0150
SÃO PEDRO DA SERRA	24	2,5	0,0071
SÃO SEBASTIÃO DO CAÍ	6	0,6	0,0003
OUTROS MUNICÍPIOS	26	2,7	0,0006
TOTAL	950	100,0	0,0080

Fonte: elaborado pelo autor a partir do sistema de informação do CIS/CAÍ.

O consumo quantitativo de serviços teve Montenegro como o município que mais comprou os quatro tipos de serviços, seja pela facilidade de acesso ou pelo fato de possuir a maior população entre os integrantes do consórcio. O quantitativo de serviços por habitante, porém, ficou bem abaixo de outros municípios que utilizaram, em termos globais, menos consultas, exames, sessões e procedimentos. Montenegro, Brochier, Maratá e Pareci Novo, respectivamente, aparecem como os principais parceiros do consórcio, sendo responsáveis pelo consumo de 77,0% de todos os serviços abordados aqui.

O Gráfico 13 apresenta a evolução de consultas, exames, sessões e procedimentos do CIS/CAÍ em anos recentes. É possível verificar que os quatro tipos de serviços apresentam crescimento de produção. As sessões são os serviços mais procurados, seguidas dos exames, das consultas e dos procedimentos. Dentro da série histórica, a produção de exames apresentou um crescimento de 57,0%; as sessões, 56,7%; as consultas, 49,0%, e os procedimentos, 115,0%, mesmo depois de recuar sua produção no último ano.

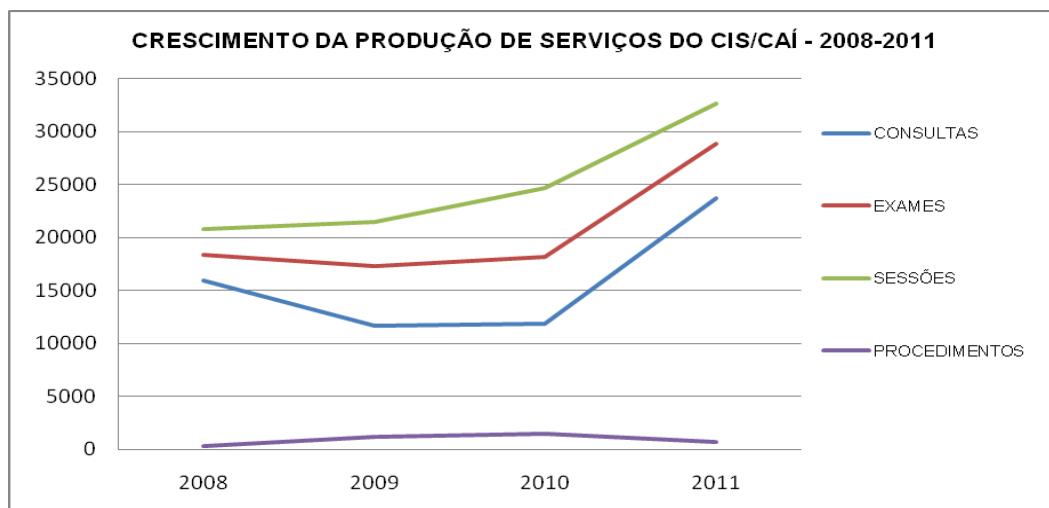


Gráfico 13 – Crescimento da produção de serviços do CIS/CAÍ – 2008-2011
 Fonte: elaborado pelo autor a partir do sistema de informação do CIS/CAÍ.

A Tabela 10 apresenta a produção ambulatorial na média e alta complexidade do SUS por local de atendimento e do CIS/CAÍ por município. A tabela denota a importância da produção do CIS/CAÍ em relação à produção do SUS para cada município. Tabaí, Pareci Novo, São José do Sul, Tupandi e Maratá, respectivamente, foram os municípios que tiveram os maiores incrementos percentuais de oferta de serviços pelo CIS/CAÍ sobre os disponibilizados pelo SUS nos níveis de complexidades analisados.

Por outro lado, enquanto os municípios de Alto Feliz, Feliz, Portão, Vale Real e Westfália, por motivos desconhecidos, não consumiram nenhum dos serviços oferecidos pelo consórcio, nos municípios de Barão, Brochier e São José do Hortêncio não houve produção de serviços no âmbito do SUS municipal nos níveis de complexidades pesquisados. Além disso, São Vendelino e Linha Nova não apresentaram quantitativos em nenhuma das duas séries históricas pesquisadas. Esse panorama pode se dar em função da ausência praticamente total de recursos físicos, financeiros e humanos alocados no SUS. Em termos globais, o incremento de serviços ofertados pelo CIS/CAÍ ao levar em consideração apenas a produção ambulatorial do SUS foi de 18,3%.

Tabela 10 - Produção ambulatorial de média e alta complexidade (média anual) do SIA-SUS e do CIS/CAÍ segundo município, RS, 2008-2011

MUNICÍPIOS	SIA - SUS	CONSÓRCIO	INCREMENTO DE SERVIÇOS REALIZADOS PELO CIS/CAÍ EM RELAÇÃO AO SIA-SUS (%)
ALTO FELIZ	1.831	-	-
BARÃO	-	138	-
BOM PRINCÍPIO	22.024	944	4,3
BROCHIER	-	9.178	-
CAPELA DE SANTANA	11.344	1.110	9,8
FELIZ	36.331	-	-
HARMONIA	2.448	502	20,5
MARATÁ	4.529	7.158	158,0
MONTENEGRO	164.621	26.611	16,2
PARECI NOVO	845	6.348	751,2
POÇO DAS ANTAS	531	352	66,3
PORTÃO	47.534	-	-
SALVADOR DO SUL	22.198	355	1,6
SÃO JOSÉ DO HORTÊNCIO	-	266	-
SÃO JOSÉ DO SUL	701	2.337	333,4
SÃO PEDRO DA SERRA	1.822	658	36,1
SÃO SEBASTIÃO DO CAÍ	26.719	2.203	8,2
TABAÍ	3	176	5.866,7
TUPANDI	3.229	5.801	179,7
VALE REAL	3.049	-	-
WESTFÁLIA	1.112	-	-
TOTAL	350.871	64.137	18,3

Fonte: elaborado pelo autor a partir do sistema de informação do CIS/CAÍ e do sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

A evolução da produção ambulatorial do SUS por local de atendimento (Gráfico 14) demonstra o quantitativo de procedimentos realizados na média e alta complexidade pela rede pública de saúde de cada município. Verifica-se que a produção na média complexidade teve um crescimento de 78,0%; entretanto, na alta complexidade se manteve estável.

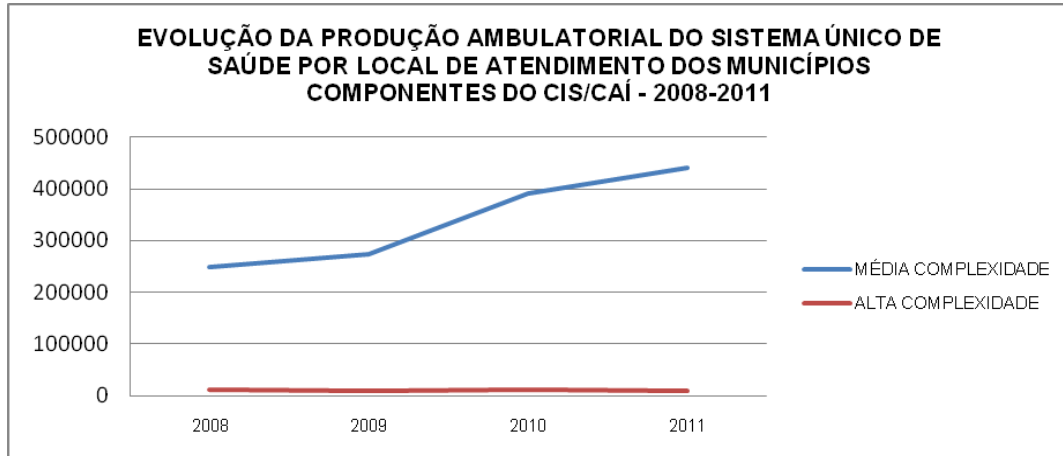


Gráfico 14 – Evolução da produção ambulatorial do Sistema Único de Saúde por local de atendimento dos municípios componentes do CIS/CAÍ – 2008-2011

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados coletados no sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

O Gráfico 15 apresenta a evolução da produção ambulatorial da média e alta complexidade do SUS por local de residência. A produção na média complexidade teve um crescimento de 108,3%, enquanto que, na alta, um crescimento de 31,4%. É importante destacar que, ao considerar o local de residência, o consumo de procedimentos de alta complexidade é 4987,0% maior que o consumo por local de atendimento.

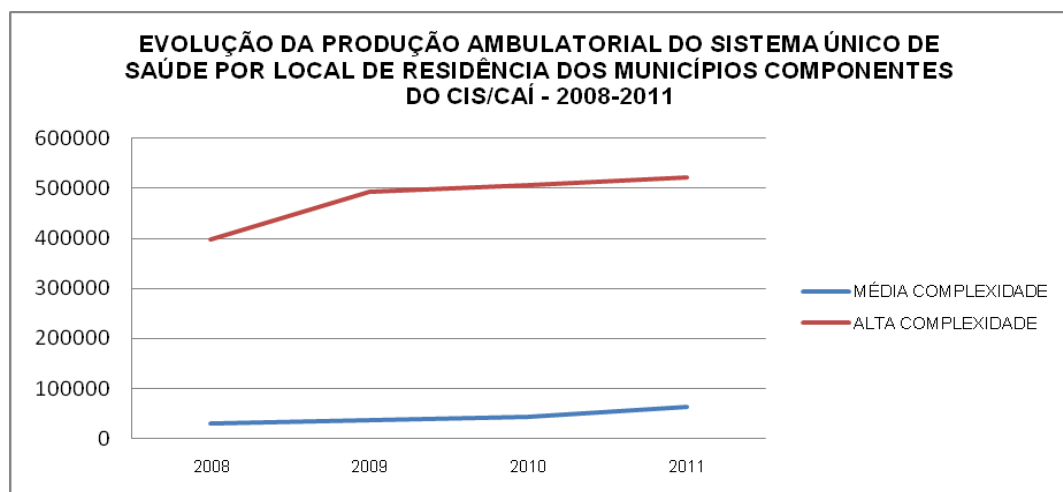


Gráfico 15 – Evolução da produção ambulatorial do Sistema Único de Saúde por local de residência dos municípios componentes do CIS/CAÍ – 2008-2011

Fonte: elaborado pelo autor a partir de dados coletados no sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Ao encontro do que Nicoletto *et al.* (2005), Dallabrida e Zimermann (2009) e Amaral e Blatt (2011) opinam sobre o papel dos CIS, o CIS/CAÍ atua basicamente na

atenção à média complexidade, com a oferta de consultas médicas, em diagnose e terapia e em solucionar problemas de escala dos serviços, deixando os procedimentos da alta complexidade a cargo dos grandes centros. Além disso, foi possível verificar que nenhum município componente do consórcio apresenta estrutura municipalizada para plena realização das ações e serviços de saúde previstas pelo SUS, conforme Neves e Ribeiro (2006) e Dourado e Elias (2011) afirmaram que ocorreu com a descentralização dos serviços de saúde.

A regionalização dos serviços de saúde através do CIS/CAÍ, contudo, não apresenta ações concretas relacionadas à gestão dos serviços públicos envolvendo todos os municípios integrantes. Eles são oferecidos de forma pontual e não de modo organizado em níveis crescentes de complexidade, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com conhecimento da clientela a ser atendida, conforme como Batista (2011) afirma que deveria ser organizada a estrutura regionalizada de saúde.

O CODEVARC, em 2010, através do Planejamento Estratégico Regional do Vale do Rio Caí, relatou que a região apresentava: carência de atendimento médico-cirúrgico pelo SUS, falta de equipamentos e capacitação dos hospitais regionais para virem a ser Hospitais de Referência em determinadas especialidades, predomínio de onerosos deslocamentos diários de pacientes para atendimentos em outras cidades, desarranjo na distribuição de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) na região e dificuldades para realizar exames de alta complexidade através do SUS, além da falta uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), pública e moderna, em um ou mais municípios e de fácil acesso para todos os demais municípios da região.

O planejamento registra também a falta de consolidação de uma política regional de saúde através do Consórcio Regional, demonstrando que há ainda um longo caminho a ser percorrido pelos representantes municipais da região, já que 7 municípios não consomem nenhum dos serviços analisados. A política citada pelo documento talvez faça referência à capacidade de planejamento, regulação, fiscalização e prestação de serviços que a razão jurídica do consórcio proporciona, mas não é explorada. O CIS/CAÍ, como pessoa jurídica de direito público pode ser autorizado a receber dos municípios associados todas aquelas atribuições relacionadas à gestão dos serviços públicos e, de forma mais organizada e eficaz, gerir todo tipo de recurso em saúde dos municípios.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como bem define o art. 3º da Lei 8080/90, o estado de saúde do indivíduo não se restringe ao bem-estar físico. A saúde apresenta fatores determinantes e condicionantes, como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte e o lazer, entre outros. Desse modo, é necessário ter uma visão por inteiro do usuário – condições socioeconômicas, emocionais, familiares, e não apenas fisiológicas – e entender que os determinantes sociais fazem parte da saúde e que os condicionantes propiciam o aparecimento de patologias. Esse entendimento de saúde ajuda a compreender a complexidade do processo de regionalização e organização dos serviços de saúde, quando municípios, mesmo próximos, apresentam grande heterogeneidade desses fatores.

Entre os municípios que compõem o CIS/CAÍ, pode-se verificar que os entes apresentam diversificada condição de trabalho, renda, saneamento básico e lazer, entre outros. Essas condições diferenciam-se em grande escala ao comparar-se o estilo de vida e as atividades diárias de um indivíduo que exerce sua atividade de trabalho na agricultura de um que tem sua rotina de trabalho dentro de um estabelecimento comercial ou industrial.

No que tange à produção de serviços do CIS/CAÍ, verifica-se que alguns serviços são responsáveis pela maioria das consultas, exames, sessões e procedimentos. Por hipótese, esse comportamento de grande concentração de consumo pode se dar em virtude da dificuldade de contratação de certos serviços que o CIS/CAÍ encontra em razão da falta de recursos humanos e físicos ou do custo.

Nota-se que, a partir da ampliação do quantitativo de serviços, o CIS/CAÍ vem se fortalecendo na região ao atrair mais municípios que outrora não consumiam tais produtos e ao aumentar os quantitativos daqueles que já consumiam.

A partir da comparação entre a produção ambulatorial do SUS por local de atendimento e a por local de residência, foi possível reforçar as carências da região por procedimentos, principalmente na alta complexidade, apresentadas pelo Planejamento Estratégico Regional do Vale do Rio Caí, tendo em vista que o

consumo de procedimentos na alta complexidade é 4987,0% maior por local de residência em comparação com pelo local de atendimento.

Depois de passados quase 7 anos de sua criação, o CIS/CAÍ, no setor saúde, exerce importante função de incremento de serviços na média complexidade da assistência. As ações, contudo, não atingem o nível da alta complexidade e deflagram, até o momento, a falta de sucesso ou de ações na organização dos serviços locais de modo eficiente para minimizar a dependência da região, por serviços desse nível de assistência, de municípios como Porto Alegre e Caxias do Sul.

Desse modo, a população residente na região ainda apresenta forte dependência de grandes centros de saúde para o atendimento de serviços da alta complexidade. Espera-se que as ações necessárias para efetivar os objetivos propostos pelo consórcio estejam em pauta e planejadas de modo que o grau de dependência por serviços externos diminua, e o atendimento das necessidades por serviços de saúde nos níveis discutidos se dê em maior quantidade na própria região e de maneira satisfatória.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. Reforma de Sistemas de Servicios de Salud y Equidad em América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los anos 80 y 90. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 905-925, 2002.

AMARAL, S.M.S.; BLATT, C.R. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, 2011.

BATISTA, Sinoel. As possibilidades de implementação do consórcio público. BATISTA, Sinoel (org.). **Guia de Consórcios Públicos**. Brasília: Caixa Econômica Federal, 2011. 244 p. Disponível em: <http://projetoBrasilmunicipios.gov.br/sites/default/files/guia_vol3_0.pdf>. Acesso em: 12 dez 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em 25 nov. 2011.

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em 25 nov. 2011.

BRASIL. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf>. Acesso em 25 nov. 2011.

BRASIL. **Portaria MS nº 2.203. Norma Operacional Básica/SUS. Nº 01/96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em 25 nov.2011.

BRASIL. **1997- O ano da saúde no Brasil – ações e metas prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em 25 nov. 2011.

BRASIL. **Os Consórcios e a Gestão Municipal em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_14.pdf>. Acesso em 25 nov. 2011.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998**. Brasília: Senado Federal, 1998. Disponível na Internet via: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc19.htm>. Acesso em 25 nov. 2011.

BRASIL. **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000**. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.stn.fazenda.gov.br/legislacao/download/contabilidade/lei_comp_101_00.pdf>. Acesso em 25 nov. 2011.

BRASIL. Lei 11.107, de 06 de abril de 2005. **Diário Oficial da União**. Brasília, p. 0001, 07 de abr. de 2005. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/PreparaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em 11 nov. 2011.

BRASIL. Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. **Diário Oficial da União**. Brasília, p. 1, 2007a. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/PreparaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em 02 dez. 2011.

BRASIL. Secretaria Executiva. Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. **Política nacional de avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2007b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20n%20665%2029_03_2006.pdf>. Acesso em 02 nov. 2011.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em 25 nov. 2011.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 02, de 29 de setembro de 2011**. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/coap_141011.pdf>. Acesso em 15 nov. 2012.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. H. **Pesquisa em Administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CODEVARC. Conselho Regional do Desenvolvimento do Vale do Caí. **Planejamento Estratégico Regional do Vale do Caí**. São Sebastião do Caí: Dominó, 2010. 184 p.

DALLABRIDA, V.R.; ZIMERMANN, V.J. Descentralização na gestão pública e estruturas subnacionais de gestão do desenvolvimento: o papel dos consórcios intermunicipais. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, Taubaté, v. 5, n. 3, p. 3-28, 2009.

DOURADO, D.A.; ELIAS, P.E.M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M.A.B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 177-190, 2006.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S. *et al.* **Uma Abordagem Epidemiológica**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 15 dez. 2011.

LIMA, Ana Paula Gil. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 985-996, 2000.

LUCHESE, P. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

MONTENEGRO. **Estatuto do Consórcio Intermunicipal do Vale do Rio Caí – CIS/CAÍ**. Montenegro, 2009. Disponível em: <http://portal.tce.rs.gov.br/aplicprod/f?p=50202:4:88236673096367::NO::P4_CD_LEGISLACAO:150936>. Acesso em 05 dez 2011.

MULLER, E.V.; GRECO, M. Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do Paraná. **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p. 925-930, 2010.

NEVES, L.A.S. **Consórcio intermunicipal de saúde da região de Penápolis (SP): elementos da cooperação política**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2001.

NEVES, L.A.; RIBEIRO, J.M. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 2207-2217, 2006.

PAIM, J.S. Reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, MZ; ALMEIDA FILHO, N. (org.) **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

PEIXOTO, J.B. **Manual de implantação de consórcios públicos de saneamento**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/biblioteca/eng/eng_manualCapacitacao.pdf>. Acesso em 25 nov. 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Constituição do Estado do Rio Grande do Sul. **Texto constitucional de 03 de outubro de 1989**. Porto Alegre, 1989. Disponível em <<http://www.al.rs.gov.br/prop/Legislacao/Constituicao/Constituicao.htm>>. Acesso em 24 nov. 2011.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei nº 10.283, de 17 de outubro de 1994**. Porto alegre, 1994. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXTO&Hid_TodasNormas=12666&hTexto=&Hid_IDNorma=12666>. Acesso em 24 nov. 2011.

ROSA, T.E.C.; BERSUSA, A.A.S.; MONDINI, L. *et al.* Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 158-171, 2009.

SILVA, L.M.V.; HARTZ, Z.M.Ar.; CHAVES, S.C.L. *et al.* Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370, 2007.

TEIXEIRA, L.; MACDOWEL, M.C.; BUGARIN, M. **Incentivos em consórcios intermunicipais de saúde: uma abordagem de teoria dos contratos**. Brasília: UNB, 2002. [Série textos para discussão nº 246]

TEIXEIRA, L.S. **Ensaio sobre consórcios intermunicipais de saúde: Financiamento, Comportamento Estratégico, Incentivos e Economia Política**. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2007. 128 p.

TORRES, L.A.G. Consórcio Intermunicipal: Estudos, Pareceres e Legislação Básica. CEPAM. **Informativo Jurídico do Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal**. São Paulo: CEPAM/Fundação Prefeito Faria Lima, 1995.

VIANA, A.L.d'Á.; HEIMANN, L.; LIMA, L.D. *et al.* Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, n. 18, p. 139-151, 2002.

VIANA, A.L.d'Á. **Avaliação nacional das comissões intergestores bipartites (CIBs): as CIBs e os modelos de indução da regionalização no SUS**. Projeto de Pesquisa. Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

WEBJUR. **Direito Administrativo**. Disponível em: <http://www.webjur.com.br/doutrina/Direito_Administrativo/Princ_pios_da_Administra__o_P_blica.htm>. Acesso em 26 dez. 2011

ZIMMERMANN, A. **Teoria Geral do Federalismo Democrático**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 1999.