

CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO: situação atual

Ana Thereza Machado Junqueira

Arquiteta e Urbanista, Mestranda em Ciência Ambiental pela Universidade de São Paulo e Técnica do Cepam.
E-mail: cepam@cepam.com.br

Áquilas Nogueira Mendes

Doutorando em Economia pelo Instituto de Economia da Unicamp e Técnico do Cepam.
E-mail: aquilasm@gdv.com.br

Maria do Carmo Meirelles T. Cruz

Administradora Pública e Mestre em Administração e Planejamento Urbano pela EAESP/FGV, Técnica do Cepam e Professora da Pós-Graduação da Faculdade Tibiriçá e da Universidade Sudoeste Paulistano.
E-mail: casi@nutecnet.com.br

RESUMO

O artigo apresenta os resultados de um levantamento realizado sobre a situação dos consórcios intermunicipais de saúde no estado de São Paulo, analisando-os em quatro aspectos básicos: base jurídica e estruturação administrativa, serviços prestados, formas de financiamento e recursos humanos.

ABSTRACT

This article describes the results of a research on health intermunicipal consortium in São Paulo state, and analyzes them in four basic issues: legal and administrative structure, provided services, financial means, and human resources.

PALAVRAS-CHAVE

Consórcio intermunicipal, planejamento, regionalização, administração pública municipal, poder local.

KEY WORDS

Intermunicipal consortium, planning, regional health services, municipal public administration, local power.

INTRODUÇÃO

O consórcio intermunicipal de saúde tem se apresentado como um instrumento para a implementação do processo de municipalização da saúde. Esse processo é parte da estratégia de descentralização, organização, orçamentação, direção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e constitui-se na racionalização fundamental em que se encaixa o modelo de atenção à saúde.

Para que os municípios possam exercer efetivamente as competências a eles atribuídas nesse processo de municipalização, necessitam dispor de recursos financeiros, capacidade instalada e recursos humanos. Entretanto, a maioria deles, especialmente os de pequeno porte, não possui recursos compatíveis com a implantação de serviços mais especializados, o que os coloca, quase sempre, em situação de dependência em relação aos grandes municípios ou municípios-pólo. Nesse caso, a criação de consórcios constitui-se num instrumento do processo de municipalização da saúde e contribui para o planejamento e a estruturação das ações e dos serviços, conforme as especificidades e necessidades de cada local e região.

A união das forças existentes e disponíveis dos municípios possibilita, também, a regionalização na aplicação de diferentes recursos, podendo garantir uma

melhoria da qualidade da atenção à saúde por meio de atividades conjuntas e articuladas de promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações.

Nesse contexto, resta-nos indagar se os consórcios em funcionamento vêm cumprindo esse papel de reforço do exercício da gestão conferido constitucionalmente aos municípios por meio do SUS.

A Fundação Prefeito Faria Lima-Cepam¹ realizou, em julho de 1997, um levantamento sobre a situação dos consórcios intermunicipais de saúde no estado de São Paulo, visando mapear a sua situação do ponto de vista administrativo-financeiro-legal, partindo da idéia de que a análise dos dados servirá como primeiro passo para a elaboração de uma pesquisa qualitativa sobre os consórcios. Foram identificados os consórcios que se encontram desativados, em funcionamento e em processo de articulação.

O presente levantamento faz parte de um trabalho que essa instituição vem desenvolvendo desde a década de 80, quando do surgimento dos primeiros consórcios nessa área de atuação. Naquela época, já era uma preocupação o fato de os municípios estarem assumindo novos serviços no âmbito da saúde, por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS), e, por essa razão, procuraram novos instrumentos, a exemplo dos consórcios, para responderem a essa situação.

Neste artigo será mostrado o estágio atual dos consórcios intermunicipais de saúde em funcionamento no estado de São Paulo, com destaque para os aspectos de finalidade, natureza jurídica, estrutura administrativa, financiamento e recursos humanos. Na primeira parte do artigo, serão abordados os aspectos jurídicos que dão base à criação dos consórcios. Na segunda parte, serão relacionados os aspectos da metodologia proposta para o trabalho e, em seguida, apresentados os seus resultados.

CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: BASE CONSTITUCIONAL E LEGAL

A instituição de consórcios intermunicipais deve ser matéria de Lei Orgânica Municipal, mas, uma vez que a Lei Orgânica de cada município não tenha previsto essa possibilidade, o município poderá se consorciar com base na Constituição Federal, por meio do artigo 30, inciso I. A Constituição, ao estabelecer a competência para o município “legislar sobre assuntos de interesse local” (Constituição, 1988), possibilita a criação de consórcios intermunicipais para a realização de objetivos ou interesses comuns entre as municipalidades.

No caso da legislação específica para a área da saúde, há várias referências sobre o consórcio

intermunicipal como instrumento na organização e implementação do SUS.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) (Lei Federal nº 8.080/90), ao tratar da organização regional dos serviços e das ações de saúde, faz menção aos “consórcios administrativos intermunicipais” como um instrumento de gestão do SUS, em relação à integralidade e à universalidade das ações e dos serviços de saúde em todos os níveis. “Os municípios poderão constituir con-

A criação de consórcios constitui-se num instrumento do processo de municipalização da saúde e contribui para o planejamento e a estruturação das ações e dos serviços.

sórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam”, aplicando-se “aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância” (Brasil, 1990a, art. 10, par. 1º). “À direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) compete formar consórcios administrativos intermunicipais” (Brasil, 1990a, art. 18, inciso VII).

A participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde estão previstas na Lei Federal nº 8.142/90, que também estabelece a participação dos municípios em consórcios. “Os municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos” para a cobertura dessas ações (Brasil, 1990b, art. 3º, par. 3º).

No Código Estadual de Saúde de São Paulo, é estabelecida como competência municipal a formação de consórcios intermunicipais. “Compete à direção municipal do SUS, além da observância do disposto nos artigos 2º e 12 deste Código: (...) formar consórcios administrativos intermunicipais” (São Paulo, 1995, art. 18, inciso XII).

Mais recentemente, com a instituição da Norma Operacional Básica (NOB) nº 01/96, foram reafirmadas as condições para a realização de consórcios intermunicipais. Na realidade, a NOB 01/96 não trata especificamente dos consórcios, mas reporta-se aos instrumentos fundamentais para a sua realização.

A NOB 01/96, ao determinar a promoção do pleno exercício, por parte do município, na função de gestor da atenção à saúde, da qual fazem parte as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria, estabelece, também, as bases fundamentais para a organização de consórcios intermunicipais. Dessa maneira, ao formar um consórcio, os gestores municipais contam com um instrumento que pode contribuir para a solução de problemas no campo da promoção, proteção e recuperação da saúde de sua população que, individualmente, cada município não poderia resolver.

A NOB 01/96 é explícita quando se refere ao desenvolvimento das ações e dos serviços de atenção à saúde, que podem ser organizados em rede regionalizada e hierarquizada e disciplinados conforme subsistemas municipais (um para cada município). A rigor, os serviços de saúde não necessitam ser de propriedade exclusiva da prefeitura nem estar sediados no território do município. Esses serviços podem ser encontrados em outro município, mas vinculados, conforme acordo que pode ser realizado por meio do consórcio intermunicipal, que constitui um instrumento na organização do sistema de referência e contra-referência e na própria regionalização dos serviços do SUS. Quando trata da regionalização, a NOB determina como instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e gestão do SUS a Programação Pactuada Integrada (PPI), acordada entre os gestores – secretarias municipais, secretarias estaduais e Ministério da Saúde. Portanto, os consórcios intermunicipais devem estar previstos na elaboração da PPI.

Nas Ações e Metas Prioritárias do Ministério da Saúde para 1997 há duas referências aos consórcios. Ao tratar de descentralização e reestruturação, o consórcio é citado na meta de habilitação: “Mas a principal meta é habilitar, até 1998, sob a coordenação dos estados, 4.000 municípios isolados ou consorciados, sendo 3.300 na gestão básica e 700 na gestão plena” (Brasil, 1997a). Os consórcios são mencionados, novamente, nas Ações e Metas Prioritárias, no subitem “Melhorar a Qualidade dos Serviços de Saúde”: “Será estimulada a criação de consórcios intermunicipais e interestaduais de saúde, de maneira que os hospitais, as emergências e os serviços especializados de determinada região atuem de maneira integrada e coordenada. A formação de consórcios intermunicipais será coordenada pelos Estados e, os interestaduais, diretamente pelo Ministério. Será feito um esforço especial para integrar na gestão plena, sob a forma de consórcios, os municípios que façam parte das regiões metropolitanas das grandes cidades brasileiras” (Brasil, 1997a).

METODOLOGIA DO LEVANTAMENTO

O levantamento sobre os consórcios intermunicipais de saúde no estado de São Paulo foi elaborado pelos núcleos de saúde e de cooperação intermunicipal da Fundação Prefeito Faria Lima-Cepam.

Para a realização desse levantamento, foi preparado um roteiro de questões, abrangendo os aspectos de estrutura administrativa, serviços realizados, financiamento e recursos humanos, dirigido aos consórcios existentes e àqueles em processo de articu-

Com o processo de descentralização/municipalização da saúde, decorrente da implementação do SUS a partir de 1990, os municípios passaram a ter necessidade de se capacitar melhor para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

lação no estado de São Paulo, tendo sido aplicado, anteriormente, um pré-teste do questionário em dois consórcios.

Inicialmente, para os consórcios existentes e em articulação, foram coletadas as informações da base de dados Formas de Cooperação Intermunicipal/Cepam (FCIM). Essa base foi complementada por uma listagem da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SP) e por informações apresentadas no XIV Encontro do Conselho dos Secretários Municipais de São Paulo (Cosems/SP), realizado em março de 1997.

O levantamento nos consórcios foi realizado em julho de 1997, sendo as informações checadas por alguns gestores municipais e, posteriormente, pelos coordenadores de cada um dos consórcios.

No levantamento das informações, a preocupação foi a de relacionar todas as formas de cooperação intermunicipal existentes ou em articulação no estado de São Paulo, entendidas como “consórcios” com personalidade jurídica de uma sociedade civil sem fins lucrativos e “consórcios” como “pacto” (que não assumem personalidade jurídica).

Os dados levantados foram: nome do consórcio; sigla; município-sede; endereço; telefone; fax; contatos

Tabela 1 – Consórcios intermunicipais de saúde no estado de São Paulo: situação atual (jul./1997)

Nome oficial (sigla/ município-sede)	Nº de participantes	Situação	Pop. abrangida (*)	Participantes
Consórcio Intermunicipal para Serviços de Saúde Mental (Consame/Embu)	3	Em funcionamento	509.928	Embu, Itapecerica da Serra e Taboão da Serra
Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Penápolis (Cisa/Penápolis)	7	Em funcionamento	83.631	Alto Alegre, Avanhandava, Barbosa, Braúna, Glicério, Luizíania e Penápolis
Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento da Região de São João da Boa Vista (Coderg/ Divinolândia)	16	Em funcionamento	433.686	Aguai, Águas da Prata, Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Espírito Santo do Pinhal, Itobi, Mococa, Santa Cruz das Palmeiras, Santo Antônio do Jardim, São João da Boa Vista, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Gramma, Tambaú, Tapiratiba e Vargem Grande do Sul
Consórcio Intermunicipal de Saúde de Conchas (Conchas)	5	Em funcionamento	36.025	Anhembi, Bofete, Conchas, Pereiras e Porangaba
Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião (Lupércio)	3	Em funcionamento	11.056	Alvinlândia, Lupércio e Ocaçu
Consórcio de Desenvolvimento Intermunicipal do Vale do Ribeira (Codivar/Pariquera-Açu)	26	Em funcionamento	459.109	Apiáí, Barra do Chapéu, Barra do Turvo, Cajati, Cananéia, Eldorado, Iguape, Ilha Comprida, Iporanga, Itaoca, Itanhaém, Itariri, Itapirapuã Paulista, Jacupiranga, Juquiá, Juquitiba, Miracatu, Mongaguá, Pariquera-Açu, Pedro de Toledo, Peruíbe, Registro, Ribeira, São Lourenço da Serra, Sete Barras e Tapiraí
Consórcio de Desenvolvimento da Região de Governo de Itapetininga (Condergi/ Itapetininga)	13	Em funcionamento	384.617	Alambari, Angatuba, Boituva, Campina do Monte Alegre, Capela do Alto, Cerquilha, Cesário Lange, Guareí, Itapetininga, São Miguel Arcanjo, Sarapuí, Tatuí e Tietê
Consórcio Intermunicipal de Saúde da Alta Araraquarense (Cimsa/Santa Fé do Sul)	6	Em funcionamento	41.103	Nova Canaã Paulista, Rubinéia, Santa Clara D'Oeste, Santa Fé do Sul, Santa Rita D'Oeste e Três Fronteiras
Consórcio Intermunicipal da Região de Capivari (Capivari)	4	Em articulação	63.482	Capivari, Elias Fausto, Mombuca e Rafard
Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Dracena (Dracena)	11	Em articulação	106.852	Dracena, Flora Rica, Junqueirópolis, Monte Castelo, Nova Guataporanga, Ouro Verde, Panorama, Paulicéia, Santa Mercedes, São João do Pau D'Alho e Tupi Paulista

(continua)

Nome oficial (sigla/ município-sede)	Nº de participantes	Situação	Pop. abrangida (*)	Participantes
Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Pirapozinho (Pirapozinho)	5	Em articulação	37.471	Estrela do Norte, Narandiba, Pirapozinho, Sandovalina e Tarabaí
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale Histórico (Cisvale/Cruzeiro)	10	Em articulação	152.389	Arapeí, Areias, Bananal, Cachoeira Paulista, Cruzeiro, Lavrinhas, Piquete, Queluz, Silveiras e São José do Barreiro
Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Bebedouro (Taiúva)	9	Em articulação	139.071	Bebedouro, Monte Azul Paulista, Pirangi, Taiapu, Taquaral, Taiúva, Terra Roxa, Viradouro e Vista Alegre do Alto
Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Ourinhos (Ourinhos)	9	Em articulação	146.364	Bernardino de Campos, Canitar, Chavantes, Ipaçu, Óleo, Ourinhos, Ribeirão do Sul, São Pedro do Turvo e Timburi
Consórcio Intermunicipal de Saúde de Assis (Assis)	19	Em articulação	276.885	Assis, Borá, Campos Novos Paulista, Cândido Mota, Cruzália, Echaporã, Florínea, Ibirarema, Iepê, Lutécia, Maracaí, Oscar Bressane, Palmital, Paraguaçu Paulista, Pedrinhas Paulista, Platina, Rancheira, Quatá e Tarumã
Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Limeira (Limeira)	5	Em articulação	299.245	Conchal, Cordeirópolis, Engenheiro Coelho, Iracemópolis e Limeira
Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de São Pedro (São Pedro)	4	Em articulação	43.652	Águas de São Pedro, Charqueada, São Pedro e Santa Maria da Serra
Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Americana (Americana)	7	Em articulação	750.894	Americana, Hortolândia, Monte Mor, Nova Odessa, Paulínia, Santa Bárbara D'Oeste e Sumaré
Consórcio de Desenvolvimento da Área de Saúde dos Municípios de Ferraz de Vasconcelos, Itaquaquecetuba e Poá (Ferraz de Vasconcelos)	3	Desativado	458.987	Ferraz de Vasconcelos, Itaquaquecetuba e Poá
Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Capão Bonito (Capão Bonito)	8	Desativado	111.906	Apiáí, Barra do Chapéu, Capão Bonito, Guapiara, Itaoca, Itapirapuã Paulista, Ribeira e Ribeirão Grande
Consórcio Intermunicipal de Saúde de Amparo (Cisa/Amparo)	6	Desativado	135.255	Águas de Lindóia, Amparo, Lindóia, Monte Alegre do Sul, Serra Negra e Socorro

Fonte: Arquivo Cepam/1997.

(*) Estimativa populacional em 1º de julho de 1997, publicada no DOU de 28 de agosto de 1997/IBGE.

(presidentes do conselho de prefeitos ou de municípios e do conselho fiscal, secretário executivo e responsável pelas informações); datas de fundação e de registro; personalidade jurídica; CGC; municípios participantes; estrutura administrativa; finalidade; serviços prestados; forma de financiamento; existência e tipos de convênios firmados; número de recursos humanos, por vínculo empregatício; propriedade dos equipamentos e das instalações e outras observações importantes levantadas pelos entrevistados.

As entrevistas foram realizadas com os consórcios “em funcionamento” e “em articulação”, mas a análise das informações sobre os consórcios restringe-se àqueles que se encontram formalizados, com personalidade jurídica, e estão “em funcionamento”, ou seja, com alguma atividade na área da saúde.

RESULTADOS

No estado de São Paulo, conforme levantamento realizado em julho de 1997, existem três consórcios intermunicipais de saúde desativados, oito em funcionamento e dez em articulação. Na Figura 1 e na Ta-

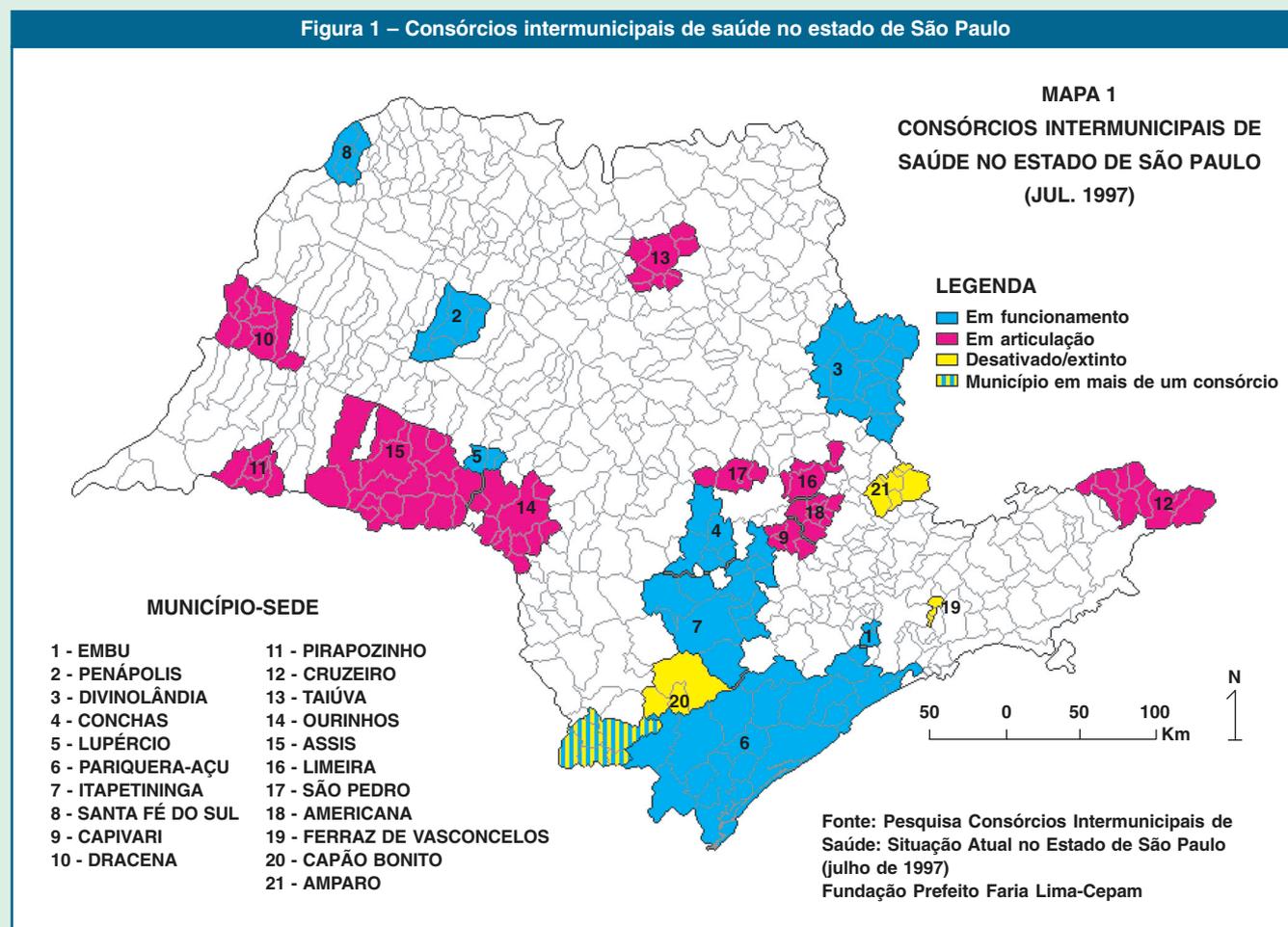
bela 1, pode-se visualizar a situação atual (julho de 1997) dos consórcios intermunicipais de saúde no estado de São Paulo.

Os três consórcios desativados são aqueles com município-sede em Ferraz de Vasconcelos, Capão Bonito e Amparo. Esses consórcios foram criados com personalidade jurídica de associação civil sem fins lucrativos e funcionaram por um período menor que cinco anos. Atualmente, eles não possuem nenhuma atividade em funcionamento, mas não foram extintos oficialmente nos cartórios.

No que se refere aos “consórcios em articulação”, foram definidos, neste levantamento, como formados por municípios que têm interesse em criar um consórcio, mas que ainda não se institucionalizaram, adquirindo uma personalidade jurídica. Nessa perspectiva, verifica-se a intenção dos municípios em se consorciar em dez regiões do estado. São elas: Dracena, Pirapozinho, Cruzeiro, Bebedouro, Ourinhos, Assis, Limeira, Capivari, São Pedro e Americana.

É importante destacar que deve ser incrementada a criação de consórcios no futuro, uma vez que estes cons-

Figura 1 – Consórcios intermunicipais de saúde no estado de São Paulo



tituem um dos instrumentos para a implementação do processo de municipalização do SUS. Além disso, a atual política do Ministério da Saúde, estabelecida no documento “1997 – Ano da Saúde no Brasil – Ações e Metas Prioritárias”, estimula a formação dos consórcios intermunicipais de saúde.

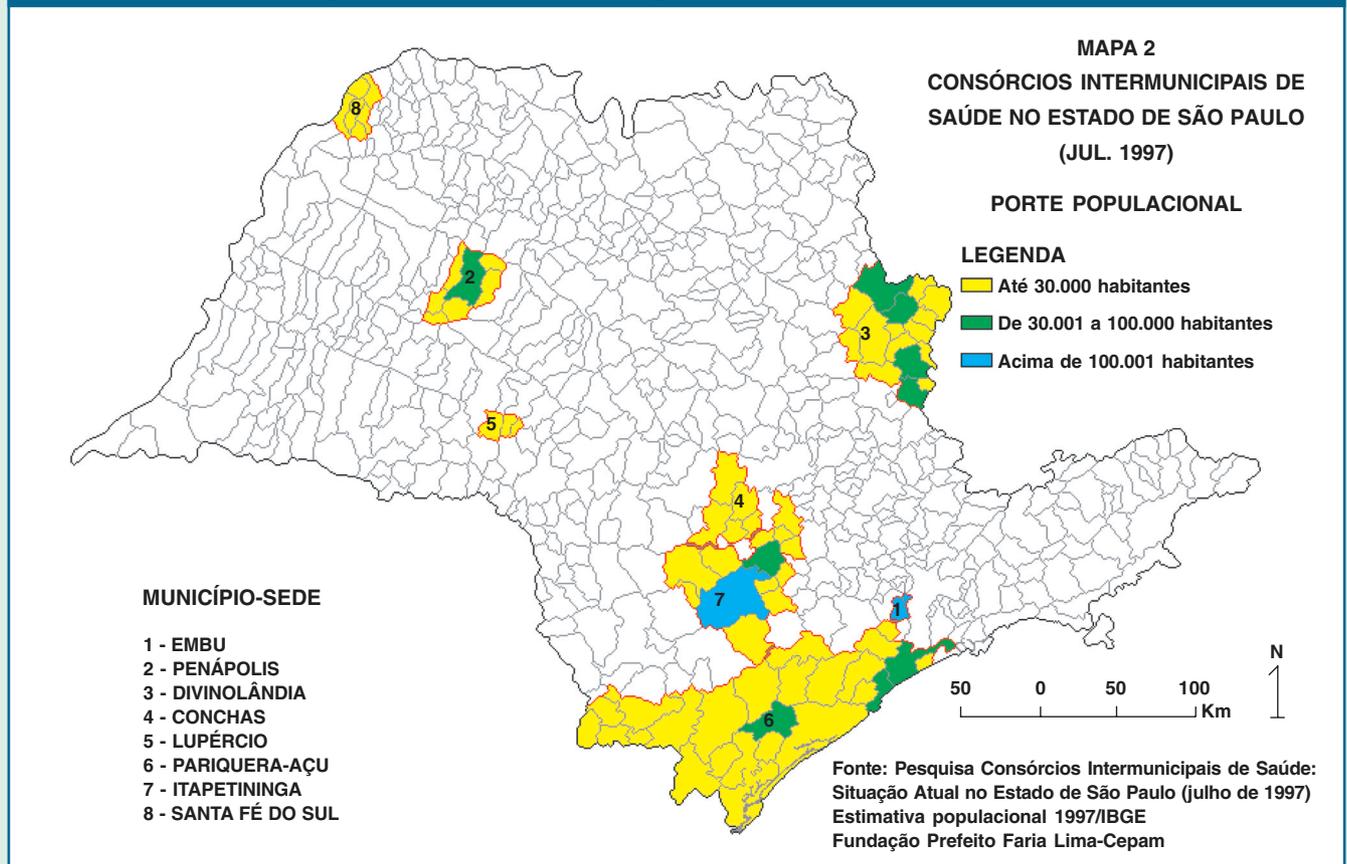
Foi levantada a existência de oito “consórcios em funcionamento” envolvendo 79 municípios, o que representa cerca de 12% dos municípios paulistas,² abrangendo uma população de 1.959 milhão de habitantes, cerca de 6% da população do estado.³ A média de municípios por consórcio é dez; entretanto, o Consame (com sede no município de Embu) tem três municípios consorciados, e o Codivar (com sede em Pariquera-Açu) tem 26 municípios integrantes do consórcio.

Sete dos “consórcios em funcionamento” são formados, principalmente, por municípios pequenos (até 30 mil habitantes) e médios (entre 30 mil e 100 mil habitantes).⁴ Uma exceção é o consórcio com sede em Embu, na Grande São Paulo, formado por municípios grandes, com população acima de 100 mil habitantes. Dos 79 municípios consorciados, 66 são pequenos (84%), 9 são médios (11%) e apenas 4 são grandes (5%). A Figura 2 apresenta os municípios participantes dos “consórcios em funcionamento”, por porte populacional.

A partir da segunda metade dos anos 80, os consórcios intermunicipais de saúde no estado de São Paulo já eram uma realidade. Seis dos “consórcios em funcionamento” foram instituídos antes da década de 90, destacando-se, por antigüidade, os consórcios com sede em Itapetininga, Divinolândia, Conchas e Penápolis. Somente dois consórcios intermunicipais – aqueles com município-sede em Embu (1992) e em Santa Fé do Sul (1995) – foram fundados após 1990.

A municipalização da saúde, por meio das Ações Integradas de Saúde, na década de 80, era um componente da política do governo do estado de São Paulo, o qual transferia para os municípios a responsabilidade pela assistência. Muitos municípios, então, por não possuírem recursos suficientes para instalar unidades de saúde ou serviços mais especializados e por ficarem na dependência dos centros regionais, iniciaram um processo de formação de consórcios como um instrumento para viabilizar a reorganização de seus serviços. Com o processo de descentralização/municipalização da saúde, decorrente da implementação do SUS a partir de 1990, os municípios passaram a ter necessidade de se capacitar melhor para a promoção, proteção e recuperação da saúde, o que os levou a refletir que a questão da saúde transcende as fronteiras municipais, e sua solu-

Figura 2 – Consórcios intermunicipais de saúde no estado de São Paulo



ção deve necessariamente passar por um ordenamento regional. Isso pode ser uma explicação para o grande número de “consórcios em articulação” (dez) encontrado no levantamento.

Dos “consórcios em funcionamento” pode-se visualizar, na Figura 3, que 44 dos municípios (56%) participantes não se habilitaram em nenhuma forma de gestão, segundo a NOB 01/93. Dezenove municípios encontram-se na condição incipiente (24%), onze na parcial (14%) e cinco na semiplena (6%).⁵ É interessante observar que a maioria dos municípios consorciados não se encontra em nenhuma forma de gestão, sendo apenas prestadores de serviços, e, portanto, não tem nenhuma responsabilidade na coordenação da gestão municipal. Esse dado indica que o consórcio pode ser um instrumento que contribui para a gerência dos serviços de saúde. Entretanto, seria prudente uma pesquisa qualitativa para aprofundamento da questão e uma melhor compreensão desse processo.

Aspectos jurídicos e estruturação

Para o Cepam, os consórcios interessados em adquirir uma personalidade jurídica devem constituir uma sociedade civil sem fins lucrativos, de natureza jurídica privada, formada pelos municípios, por meio de projeto

de lei aprovado pelas Câmaras Municipais que os autorize a participar do consórcio, e institucionalizá-la pela aprovação de estatuto pelos municípios consorciados, registrado em Cartório de Títulos e Documentos.

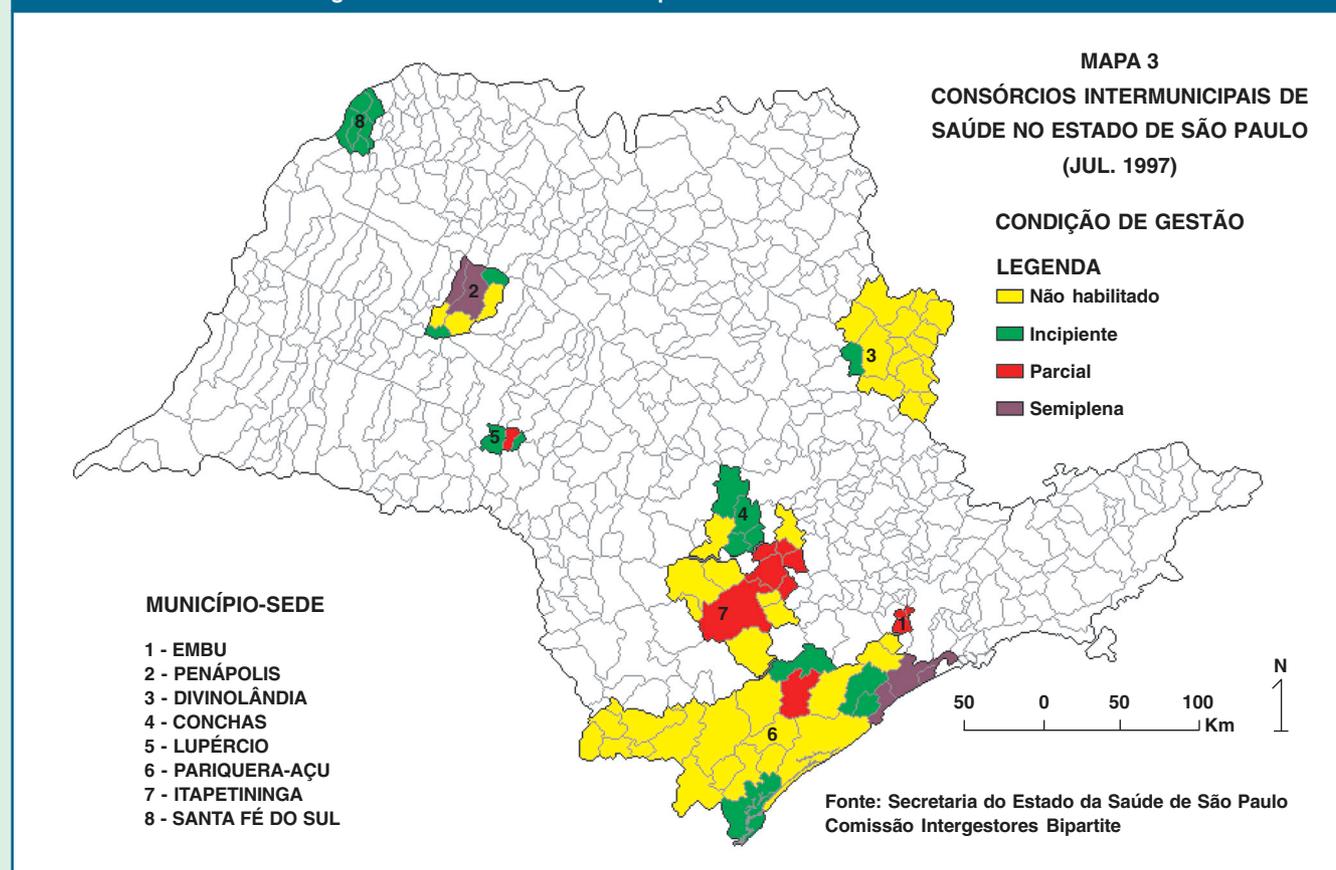
No estado de São Paulo, todos os oito “consórcios em funcionamento” adquiriram a personalidade jurídica de associação civil sem fins lucrativos.

Entre os dez “consórcios em articulação” há um consórcio – com sede em Capivari – que vem funcionando em forma de “pacto” entre os municípios envolvidos e, pela informação obtida com o gestor municipal, possivelmente não virá a adquirir personalidade jurídica. A iniciativa dessa forma de cooperação entre os municípios deverá ser aquela em que cada município participa com recursos materiais e humanos e, possivelmente, com transferência de recursos financeiros entre eles.

O consórcio intermunicipal, como um instrumento para a gestão municipal do SUS, poderá ou não assumir a personalidade jurídica de sociedade civil sem fins lucrativos. Essa opção deve ser definida a partir das necessidades e dos objetivos comuns dos municípios consorciados, que têm inteira autonomia na formação do consórcio.

Na sua estruturação, os “consórcios em funcionamento” no estado de São Paulo têm sido administrados de

Figura 3 – Consórcios intermunicipais de saúde no estado de São Paulo



maneira semelhante, com base na forma de administração do Consórcio de Penápolis, um dos pioneiros no gerenciamento de serviços. A estrutura organizacional é composta por um conselho de prefeitos dos municípios pertencentes ao consórcio; por um conselho fiscal, composto por representantes indicados pelas respectivas Câmaras Municipais; pelos membros dos conselhos municipais de saúde, ou, ainda, pelos executivos municipais; e, também, por uma secretaria executiva e/ou coordenadoria-geral, com função executiva.

Entre os consórcios intermunicipais levantados pelo trabalho, destaca-se um consórcio que, além de compor o conselho fiscal com representantes de cada município indicado pelo prefeito, prevê a participação de um representante da Secretaria de Estado da Saúde, indicado por seu diretor regional. Entretanto, o Cepam entende que não deve haver a participação do representante do estado. O argumento jurídico refere-se ao fato de que um consórcio com personalidade jurídica instituída só pode ser formado por entes públicos de uma mesma esfera de governo, ou seja, se o caso for de um consórcio intermunicipal, não se pode admitir a participação de representantes da esfera de governo estadual na sua gestão. Esse ponto é polêmico e necessitaria de um estudo aprofundado para discutir a possibilidade de participação do estado nos consórcios ou outras alternativas.

Serviços prestados

Na prestação dos serviços, a maioria dos “consórcios em funcionamento” vem privilegiando a atenção médica ambulatorial especializada e o atendimento hospitalar.

Dentre os oito “consórcios em funcionamento”, cinco mantêm serviços de especialidades, cinco de atendimento hospitalar, três na área de saúde mental e três disponibilizam especialidades e hospitais simultaneamente. Estão presentes, ainda, serviços de sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e, com menor frequência, farmácia e “operação resgate”⁶ (ver Quadro 1).

Observou-se, ainda, que dois consórcios “em processo de articulação” estão interessados no consorciamento de serviços básicos.

De acordo com as ofertas de serviços, os “consórcios em funcionamento” estão operando para responder ao que Vilaça convencionou chamar de “uma estratégia de organização dos níveis secundário e terciário dos sistemas microrregionais” (Mendes, 1996). O processo de regionalização dos serviços, por meio do instrumento consórcio intermunicipal, representa um avanço, pois muitos dos municípios não poderiam assumir um encargo que ultrapassasse sua capacidade técnica e financeira, sob o aspecto de custo/benefício, e, ainda, os consórcios passam a ter flexibilidade administrativa e financeira.

Financiamento

No plano do financiamento, todos os “consórcios em funcionamento” têm como uma de suas fontes de recursos aquela advinda da prestação de serviços ao SUS, via faturamento das atividades ambulatoriais e/ou hospitalares – SIA e SIH/SUS.⁷

O consórcio intermunicipal, como um instrumento para a gestão municipal do SUS, poderá ou não assumir a personalidade jurídica de sociedade civil sem fins lucrativos.

Dentre esses consórcios, cinco têm, ainda, como fonte de recursos, a cota de contribuição dos municípios. As contribuições municipais são definidas no estatuto do consórcio e devem ser transferidas periodicamente⁸ de cada município para o consórcio. Verificou-se que há diversidade entre os critérios para composição da cota de contribuição municipal, destacando-se: participação proporcional à utilização dos serviços; participação proporcional à população; combinação das duas anteriores; participação proporcional a 3% do faturamento do SIH e SIA/SUS; e participação de uma porcentagem do Fundo de Participação dos Municípios (FPM).

Ainda, como outras fontes de recursos, há consórcios que prevêm em seus estatutos o recebimento de auxílios, contribuições e subvenções concedidas por entidades públicas ou particulares, doações, operações de crédito e saldos dos exercícios anteriores.

A participação estadual no financiamento desses consórcios tem sido pouco freqüente. As informações do levantamento indicam que somente dois consórcios – sediados em Pariqueira-Açu e Lupércio – estão conveniados e recebem recursos de custeio e investimento da Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com a Resolução SS-299 desse órgão, de 18 de novembro de 1996. Isso significa que esses consórcios podem contar com o apoio da regionalização das ações e serviços de saúde, por meio do gestor estadual, além de receberem recursos do Fundo Estadual de Saúde (Fundes), mediante a celebração dos termos aditivos ao convênio.

O presente estudo detectou como principal fonte de recursos aquela oriunda do nível federal de governo, dentro da sistemática do SUS. A defasagem entre o custo e o valor efetivamente pago pela União tem ocasionado um déficit nas contas de alguns consórcios. A maioria dos “consórcios em funcionamento” encontra-

se em difícil situação financeira, com a presença de dívidas. Em alguns consórcios, os municípios componentes, com exceção dos municípios-sede, não vêm contribuindo, o que tem agravado a sua situação financeira. Sabe-se que as condições das finanças municipais vêm, ao longo dos últimos anos, entrando em situação crítica e, em consequência, abalando as finanças dos “consórcios em funcionamento”, que, na sua maioria, contam com contribuição municipal.

Como se percebeu no levantamento, a participação estadual no financiamento dos “consórcios em funcionamento” tem sido pequena. Entretanto, deve ser destacada a participação da Secretaria de Estado no financiamento de recursos humanos (ver item “Recursos humanos”), de materiais e de equipamentos.

A publicação da Resolução SS-299, de 18 de novembro de 1996, que estabelece a minuta do convênio a ser celebrado entre o estado de São Paulo, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, e os consórcios de municípios, visando à execução e ao aperfeiçoamento das ações de saúde do SUS, abre a possibilidade de maior disponibilidade de recursos da esfera estadual para os consórcios. Entretanto, não fica garantida a efetiva destinação de recursos. Tudo parece indicar que tal destinação ficará dependente da dinâmica da relação entre governo estadual e consórcios.

Recursos humanos

Para responder aos serviços ofertados, os oito “consórcios em funcionamento” contam com 1.255

Quadro 1 – Serviços prestados pelos consórcios em funcionamento do estado de São Paulo

Serviços prestados	Embu	Conchas	Itapetininga	Penápolis	Lupércio	Codivar	Divinolândia	Sta. Fé do Sul
Ambulatório de saúde mental	X			X		X		
Oficina terapêutica	X			X				
Hospital-dia	X							
Especialidades		X		X	X	X		X
Ultra-som		X				X		X
Laboratório de análises clínicas				X		X		
Hospital geral e psiquiátrico		X	X		X	X	X	
Ambulatório de moléstias infecto-contagiosas				X				
Encefalografia				X				
Eletrocardiografia				X				X
Operação resgate						X		
UTI						X		
Farmácia				X				
Pronto-socorro						X		X
Tomografia						X		
Hemocentro						X		
Centro de Formação de RH						X		

Fonte: Base “Formas de Cooperação Intermunicipal”, da FPFL-Cepam/julho de 1997.

profissionais, sendo 758 funcionários contratados pelos próprios consórcios, registrando 60% do total de recursos humanos. Há 426 funcionários (34%) cedidos pelo governo estadual, por meio da Secretaria de Estado da Saúde. Quanto aos funcionários cedidos pelos municípios componentes dos consórcios, foram aferidos 66, o que significa 5,5% do total dos “consórcios em funcionamento”. Já os funcionários cedidos pelo governo federal são somente 5 (0,5%).

Como consta na Tabela 2, a maioria dos funcionários (60%) foi contratada pelos próprios consórcios. O consórcio sediado em Itapetininga é o único em que todos os recursos humanos foram contratados pelo próprio consórcio.

Há uma grande presença dos recursos humanos do governo do estado nos consórcios e isso se deve ao fato de muitos serviços terem sido municipalizados e, posteriormente, assumidos pelos consórcios. A presença de funcionários contratados pelo estado viabiliza três dos “consórcios em funcionamento” – aqueles sediados em Embu, Penápolis e Pariqueira-Açu – já que os recursos humanos estaduais são superiores a 30% do total de pessoal.

No caso dos funcionários cedidos pelos municípios consorciados, a maioria apresenta menor participação em relação aos próprios funcionários contratados pela entidade “consórcio”, com exceção dos consórcios instituídos após 1990 e daqueles sediados em Embu e Santa Fé do Sul.

Com relação ao desenvolvimento da maioria dos “consórcios em funcionamento”, é fundamental o investimento em recursos humanos que os próprios consórcios e o governo estadual vêm disponibilizando. Resta saber como serão os próximos anos de vida desses consórcios, quando o processo de municipalização da saúde atribuir ao subsistema municipal destacado papel nas ações e serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre os vários aspectos descritos neste levantamento, ressalta-se que a maioria dos “consórcios em funcionamento” são antigos, instituídos nos anos 80, já atingindo dez anos de existência. Com todas as dificuldades enfrentadas quanto aos recursos financeiros, humanos e materiais por que passaram, e ainda estão passando, os serviços de especialidades e hospitais por eles ofertados continuam sendo disponibilizados.

Na sua maioria, os consórcios intermunicipais na área de saúde no estado de São Paulo sobrevivem há três gestões de administração municipal e, ainda, os seus serviços em saúde têm-se mostrado importantes.

Para o futuro, além do grande número de “consórcios em articulação” (dez, no momento), há a perspectiva de sua ampliação. Isso porque há, de um lado, uma política de incentivo deliberada pelo Ministério da Saúde, anunciada em suas ações e metas prioritárias e em sua publicação “Consórcio e a Gestão Municipal em Saúde”, e, de outro lado, o agravamento das dificuldades financeiras por que passam os municípios, acrescido do problemático financiamento das ações preconizadas pelo SUS.

Na viabilização dos consórcios intermunicipais de saúde, com referência aos aspectos de sua consolidação organizacional e orientação estratégica, não tem sido muito destacada a participação do governo estadual, com exceção do apoio relativo aos recursos humanos. Nesse sentido, o não-cumprimento das responsabilidades do governo estadual, seja técnica e/ou financeira, não deve provocar um problema de continuidade dos consórcios em saúde. Os dados levantados demonstram o contrário, ou seja, os municípios têm sido os principais responsáveis pelo desenvolvimento dos consórcios intermunicipais.

Contudo, a inexistência da estruturação dos serviços de assistência básica de qualidade nos municípios pode tornar os consórcios uma porta de entrada do

Tabela 2 – Recursos humanos por origem de contratação

Origem da contratação dos recursos humanos	Embu	Conchas	Itapetininga	Penápolis	Lupércio	Codivar	Divinolândia	Sta. Fé do Sul	Total	%
Governo federal	-	-	-	-	2	3	-	-	5	0,5
Governo estadual	26	-	-	34	-	336	30	-	426	34,0
Governo municipal	2	11	-	11	7	-	20	15	66	5,5
Consórcios	-	52	83	68	31	352	170	2	758	60,0
Total	28	63	83	113	40	691	220	17	1.255	100,0

Fonte: Base “Formas de Cooperação Intermunicipal”, da FPFL-Cepam/julho de 1997.

sistema centralizado em um município, sem referência e contra-referência. Tendo como referência somente a assistência médica, um consórcio pode se transformar em mais uma instância de medicalização, desviando-se de seu propósito, que é o de ser um instrumento para a gestão municipal em saúde.

Por fim, apresentamos alguns pontos importantes para reflexão por ocasião da discussão da temática consórcios intermunicipais de saúde.

ROTEIRO PARA DISCUSSÃO DO TEMA CONSÓRCIOS

- Os consórcios intermunicipais surgiram no bojo da necessidade de os municípios responderem à municipalização da saúde, dadas as suas carências de capacidade instalada, de recursos financeiros e humanos, ou seja, os consórcios são oriundos de respostas para a solução de problemas resultantes do interesse local, respeitando a autonomia do município. Como ficam os incentivos das políticas federais e estaduais na montagem de consórcios intermunicipais?
- O fato de os consórcios intermunicipais serem gerentes de serviços e não gestores dos sistema pode configurar o seu não-atrelamento ao SUS? Há uma forma de entidade jurídica que garanta uma relação constante dos consórcios com os mecanismos de controle social do SUS?

- A ampliação dos serviços dos consórcios para a atenção primária, além dos níveis secundários e terciários levantados, prejudica o fortalecimento da responsabilidade da gestão municipal do SUS, uma vez que a NOB 01/96 define como responsabilidade municipal a atenção a serviços básicos?
- A participação dos recursos financeiros do estado no funcionamento dos consórcios pode ser efetivada. Como garanti-la?
- Há garantia de um financiamento que não fique dependente dos recursos federais e pendente dos municípios-sede e de alguns componentes do consórcio?
- A retirada dos recursos humanos dos consórcios, por parte do gestor estadual do SUS, pode levar um consórcio a desaparecer?
- O governo estadual deve participar da estrutura administrativa do consórcio? Há bases jurídicas que possam garantir essa participação?

Por fim, não se pode extrair do levantamento proposto a certeza de que os consórcios, como instrumento, vêm garantindo aos gestores municipais alterações nas condições de saúde de seus municípios por meio dessa forma consorciada. Para tanto, será necessária uma pesquisa qualitativa, destacando as dificuldades e os desafios dos oito “consórcios em funcionamento”, que, no futuro, possa auxiliar na discussão da regionalização dos serviços de saúde. ○

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL (país). Lei nº 8080, 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, n.82, p.18055-9, 10 set. 1990a.

BRASIL (país). Lei nº 8142, 28 dez. 1990b. Dispõe sobre as condições de participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS.

LEX: Coletânea de legislação básica: Nova Política de Financiamento do SUS. Brasília, 1991, p.27-8.

BRASIL (país). 1997 - O Ano da Saúde no Brasil - Ações e Metas Prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 1997a. p.6.

BRASIL (país). *O consórcio e a gestão municipal em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b. 32 p.

CEPAM. Consórcio intermunicipal: estudos, pareceres e legislação básica. *Informativo Jurídico*, São Paulo, FPFL-Cepam, n.11, 1995. 72 p.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Brasília: Senado Federal, 1988. 292 p.

MENDES, EUGÊNIO V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996. p.284-95.

JUNQUEIRA, T. M. A. Consórcio intermunicipal, um instrumento de ação. *Revista Cepam*, São Paulo, v.1, n.2, p.29-35, abr./Jun. 1990.

SÃO PAULO (estado). *Lei Complementar, de 9 de março de 1995*. São Paulo: Assembléia Legislativa, 1995. 53 p.

NOTAS

Esta pesquisa foi elaborada pelos técnicos da Fundação Prefeito Faria Lima-Cepam: Ana Thereza Machado Junqueira, Áquilas Nogueira Mendes e Maria do Carmo Meireles Toledo Cruz, com a colaboração de Adriana Almeida Prado, Suzana B. de Souza Santos, Mariana Moreira e do estagiário Fernando Cesar Santos Figueiredo. Foi apresentada no V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e no V Congresso Paulista de Saúde Pública, promovido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Associação Paulista de Saúde Pública (APSP) e Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), em 27 de agosto de 1997, em Águas de Lindóia.

1. A Fundação Prefeito Faria Lima-Cepam (Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal) é um órgão vinculado à Secretaria de Economia e Planejamento do Governo do Estado de São Paulo que presta assessoria e consultoria aos municípios.

2. Há 645 municípios no estado de São Paulo.

3. A estimativa populacional do IBGE em 1º de julho de 1997, para o estado de São Paulo, publicada no DOU de 28 de agosto de 1997, é de 34.752.225 habitantes.

4. Essa classificação é utilizada pelo Cepam.

5. Conforme a Norma Operacional do SUS 01/93, foram estabelecidas três formas de enquadramento dos municípios nesse sistema, denominadas condições de gestão: incipiente, parcial e semiplena. A condição de gestão incipiente assume as responsabilidades sobre a contratação e a autorização do cadastramento de prestadores, para programar e autorizar as internações e os procedimentos ambulatoriais das unidades de saúde e também o gerenciamento das unidades ambulatoriais existentes no município. A gestão parcial responsabiliza-se por todas as ações da incipiente, recebendo mensalmente recursos financeiros relativos à diferença entre um teto estabelecido para as suas atividades ambulatoriais e hospitalares e o gasto efetivamente realizado correspondente

aos serviços produzidos pelas unidades hospitalares e ambulatoriais localizadas no município. A semiplena implica transferir ao município a possibilidade e as condições de planejar seu sistema de saúde, a competência de se relacionar com os prestadores, a definição de tetos financeiros e metas para o prestador da totalidade dos serviços localizados no município, bem como a efetiva gerência de todos os instrumentos técnicos e administrativos de gestão.

6. Serviço de emergência em caso de acidentes rodoviários.

7. Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

8. A maioria dos consórcios de saúde realizam a transferência mensalmente. Entretanto, em outros consórcios, a cota de contribuição pode ser bimestral, semestral ou em função de projetos específicos.