



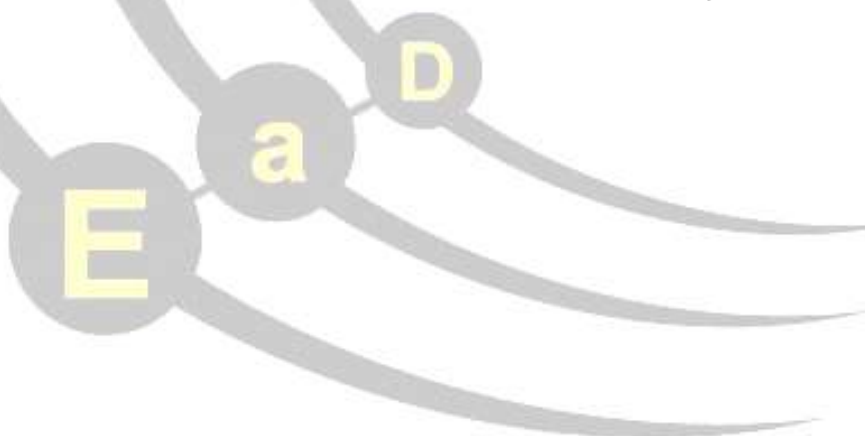
Ministério da Educação  
**Universidade Tecnológica Federal do Paraná**  
Diretoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Especialização em Gestão Pública



**RAIMUNDA MENDES KNEIP**

**OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: DINÂMICA DE  
GESTÃO COM VISTAS À MELHORIA DO ATENDIMENTO**

UTPR  
MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO



**EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA**

**PATO BRANCO**

**2014**



Ministério da Educação  
**Universidade Tecnológica Federal do Paraná**  
Diretoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Especialização em Gestão Pública



**RAIMUNDA MENDES KNEIP**

## **OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: DINÂMICA DE GESTÃO COM VISTAS À MELHORIA DO ATENDIMENTO**

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Especialista na Pós Graduação em Gestão Pública, Modalidade de Ensino a Distância, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR – *Campus Pato Branco*.

Orientador (a): Professora Giovanna Pezarico.

**EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA**

**PATO BRANCO**

**2014**



Ministério da Educação  
**Universidade Tecnológica Federal do Paraná**  
Diretoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Especialização em Gestão Pública



**RAIMUNDA MENDES KNEIP**

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

Titulo da Monografia

Por

**RAIMUNDA MENDES KNEIP**

Esta monografia foi apresentada à 20h40min h do dia 21 de março de 2014, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista no Curso de Especialização em Gestão Pública, Modalidade de Ensino a Distância, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná, *Campus Pato Branco*. A candidata foi arguida pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho aprovado.

---

Prof<sup>a</sup>. M. Sc. Giovanna Pezarico  
UTFPR – *Campus Pato Branco*  
(orientadora)

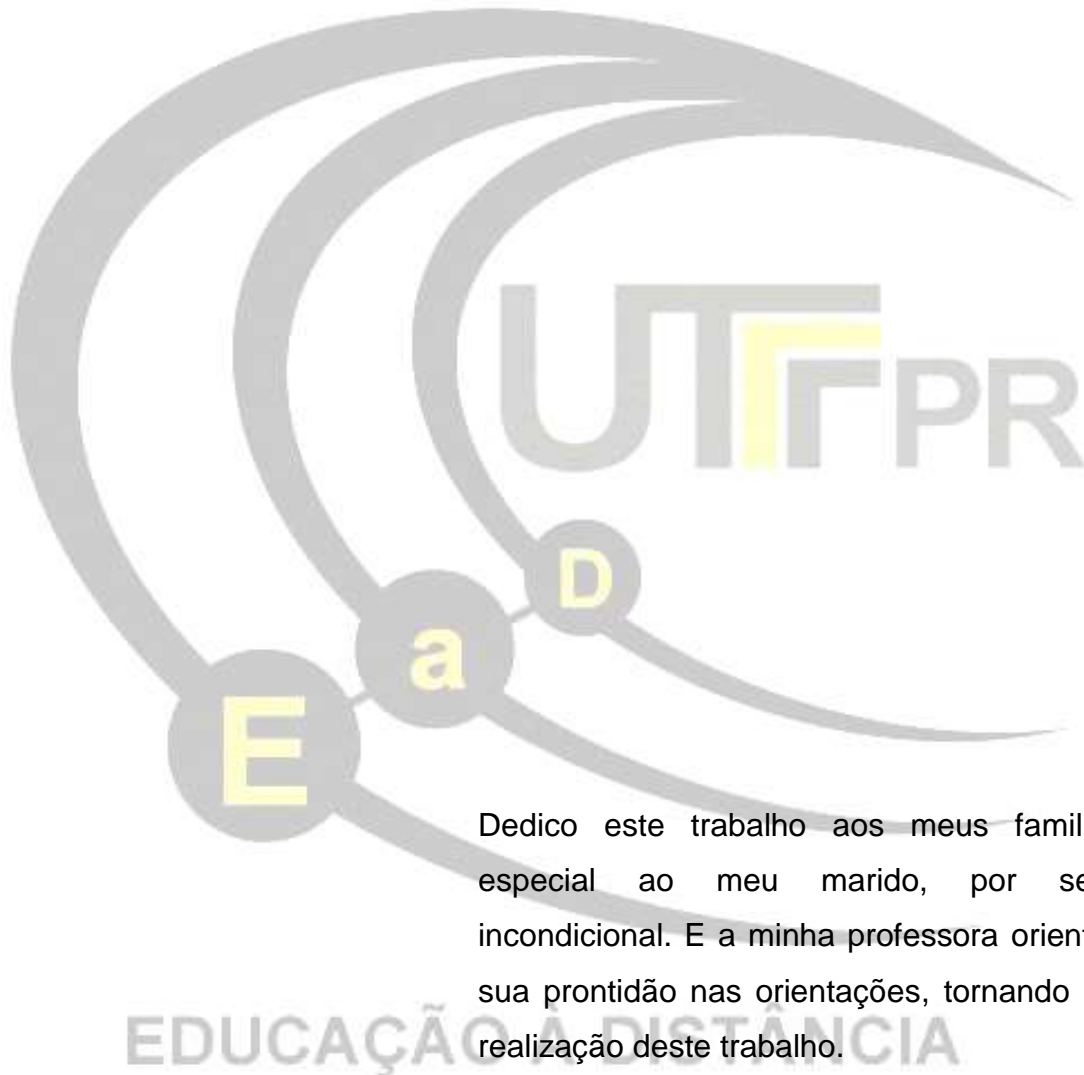
EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA

---

Prof. Dr.  
UTFPR – *Campus Pato Branco*

---

Prof. M. Sc.  
UTFPR – *Campus Pato Branco*



Dedico este trabalho aos meus familiares, em especial ao meu marido, por seu apoio incondicional. E a minha professora orientadora por sua prontidão nas orientações, tornando possível a realização deste trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Quero agradecer, primeiro a Deus por me iluminar em, mais esta jornada.

Aos meus familiares, pela aprovação e principalmente ao meu marido, Paulo Augusto, pelo incentivo e apoio durante esta jornada.

À professora Giovanna Pezarico, por sua presteza na orientação e estímulo que tornou a conclusão desta monografia possível.

A amiga e colega de curso, Kátia Martins pelo incentivo e apoio constante.

A todos os professores do curso, que foram importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento desta monografia.

## **RESUMO**

**Raimunda Kneip, Os Consórcios Intermunicipais de Saúde: Dinâmicas de Gestão com vistas à melhoria do atendimento - 2013. 58p.**

**Monografia em Especialização Gestão Pública. Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Pato Branco, 2013.**

Este trabalho teve como temática Políticas Públicas no contexto da saúde. Com o intuito de apresentar o Consórcio Intermunicipal de Saúde – CIS, seu histórico e as regiões onde está em funcionamento atualmente no país, têm a intenção de resultá-lo como uma política pública relevante e eficaz com vistas a viabilizar e melhorar o acesso à saúde, oferecendo um atendimento de qualidade nos pequenos municípios. Diante da precariedade do atendimento na área da saúde em todo o país, objetiva-se elucidar um caminho que facilite o Gestor local a cumprir a regulamentação da Constituição Federal de 1988, que define o Município como ente responsável em viabilizar o desenvolvimento de políticas públicas de saúde em sua esfera de competência. O presente trabalho foi desenvolvido através da apresentação das normas constitucionais norteadoras do CIS, bem como da cartilha orientadora de solicitação para a implantação do Consórcio, estabelecendo diálogos a partir da experiência vivenciada pelos municípios onde o CIS encontra-se em funcionamento, expondo seu desenvolvimento de desempenho e as melhorias alcançadas pelos municípios após sua implantação. Com o objetivo de apresentá-lo como estratégia de gestão local no setor de saúde. A metodologia utilizada para realização deste trabalho foi uma abordagem qualitativa e descritiva; através de revisão bibliográfica e literária sobre o tema; sites oficiais da saúde e por meio de estudos em artigos acadêmicos. Tendo como base de orientação o Livro “Ensaio sobre Consórcio Intermunicipal de Saúde”, da autora Luciana Teixeira, lançado pela editora, Edições da Câmara em 2007. Através dos resultados de conclusão dos estudos aqui apresentados, confirma a aplicabilidade do CIS, como estratégia de gestão pública local.

**Palavra chave:** Administração Pública, (CIC) Consórcio Intermunicipal de Saúde, Políticas Públicas para a área de saúde.

## **ABSTRACT**

**Raimunda Kneip, Os Consórcios Intermunicipais de Saúde: Dinâmicas de Gestão com vistas à melhoria do atendimento - 2013. 58p.**

**Monografia em Especialização Gestão Pública. Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Pato Branco, 2013.**

This work was themed as Public Policy in the context of health. In order to present the Intermunicipal Consortium of Health - CIS , its history and the regions where it is currently operating in the country , are intended to result it as a relevant and effective public policy in order to enable and improve access to health providing quality care in small municipalities . Given the precariousness of care in health care across the country , we aim to elucidate a path that facilitates the location manager to comply with the regulations of the Federal Constitution of 1988 , which defines the city as a viable entity responsible for the development of public policies health in your jurisdiction. This work was carried out by submitting the guiding constitutional rules of CIS , as well as the guiding booklet request for the deployment of the Consortium , establishing dialogues from the experience lived by the municipalities where the CIS is in operation , exposing its development performance and the improvements achieved by the municipalities after its implementation . Aiming to present it as local management strategy in the health sector. The methodology used to conduct this study was a qualitative and descriptive approach; by reviewing and literary bibliography on the subject ; official websites of health and through studies in academic articles . Try based guidance the Book "Essay on Intermunicipal Consortium of Health " , the author Luciana Teixeira , released by the publisher , Editions of the Board in 2007 . Through the results of completion of studies presented here confirms the applicability of the CIS, as a strategy local public administration .

**Keywords:** Public Administration, CIS - Intermunicipal Health, Public Policies for the area health.

## **LISTA DE FIGURAS**

Gráfico 1-Proporção do tipo de articulação utilizada pelos municípios de 2011  
pag. 45

Gráfico 2 – Percentual de municípios com consórcio intermunicipal, com o  
Estado e com a União, segundo a área de atuação de 2011pag. 46



## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1.1 JUSTIFICATIVA .....	1
<b>2. OBJETIVOS GERAIS .....</b>	<b>2</b>
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	2
<b>3. MARCOS TEÓRICO: REUNINDO ELEMENTOS DE ANÁLISE .....</b>	<b>3</b>
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS: Uma concisa explanação .....	3
3.2 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: uma breve caracterização .....	6
3.3 O SISTEMAS ÚNICO DE SAÚDE (SUS): Histórico conciso .....	12
3.3. 1 - Formação do SUS. ....	16
3.3.2 - O Financiamento e Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. .	19
<b>4. CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE – CIS: CONCEITO. .</b>	<b>22</b>
4.1. Leis pertinentes ao CIS. ....	23
4.2. Estruturas dos Consórcios.....	25
4.3 Dados Estatísticos do CIS no Brasil. ....	29
4. 4. Consórcios em funcionamento no Brasil. ....	33
<b>5. ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>34</b>
5.1 Amostras de estudos do CIS em funcionamento no Brasil .....	35
5.1.1 CIS- Minas Gerais .....	36
5.1.2 CIS – Paraná.....	37
5.1.3 CIS- Penápolis/São Paulo .....	38
<b>6. METODOLOGIA DO ESTUDO .....</b>	<b>39</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>41</b>
<b>8. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>44</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Este estudo está inserido na temática sobre políticas públicas no contexto da saúde. Neste sentido, assume-se a perspectiva da saúde como direito constituinte de cidadania. A partir de tal premissa, tem que analisar as dinâmicas do Consórcio Intermunicipal da Saúde – CIS, seu histórico e relação dos municípios onde o consórcio esta em funcionamento, verificando através de pesquisas bibliográfica se o CIS pode ser considerado uma alternativa eficaz com vistas a viabilizar e melhorar o acesso à saúde, e oferecer serviços de qualidade, com eficiência aos munícipes.

Diante da realidade da ineficiência do Estado em oferecer os serviços de saúde com a qualidade necessária à população; a descentralização foi apresentada como o caminho para alcançar este objetivo, e isso ocorreu com a Constituição Federal de 1988- CF/88, com ela veio à nova formação do sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde - SUS, considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, com o desígnio da integralidade, que garante à obrigatoriedade a realização de todas as ações necessárias para a promoção, proteção e recuperação da saúde de todos, como a garantia de vacinas à população, combater às doenças, entre outras ações, com isso abrangendo desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, oferecido gratuitamente a toda população brasileira, ele constitui o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federal, estadual e municipal e com a participação da iniciativa privada através de contratos.

Porém está longe de ser o melhor, abrange 80% da população brasileira, porem com um investimento considerado a baixa do necessário, segundo o médico Prof. DR.Jairnilson Silva Paim - em editorial para o Caderno Saúde Pública no Rio de Janeiro,(2010); Além da insuficiência de recursos existem também os problemas relacionados à gestão, que reflete diretamente no atendimento como: as longas filas de espera, a falta de prevalência de doenças crônicas na população de baixa renda, a total falta de qualidade nos serviços prestados, a ausência de médicos em certas regiões do país, principalmente nas mais necessitadas e ainda outros falhas relacionadas à saúde, como o trabalho de prevenção de doenças e orientação de vida saudável; não esquecendo as desigualdades regionais, o SUS é responsável pelo maior programa de imunização do mundo, segundo a Secretária de Saúde, ao mesmo tempo não consegue evitar que pessoas ainda hoje morrem de dengue. Estes são

alguns dos problemas que a população enfrenta nos serviços público de saúde, segundo o presidente do Conselho Federal de Medicina - CFM, Roberto Luiz D'Ávila o maior obstáculo é a falta de verba, 'o subfinanciamento da Saúde no país'. Declaração dada ao Conselho Regional de Saúde na, Conclusões do Relatório "Saúde nas Américas 2012".

“Se aumentamos a expectativa de vida e reduzimos a mortalidade infantil, poderíamos ter ido ainda mais longe. No entanto, sem aportes que garantam as políticas públicas necessárias e uma gestão que entenda a relevância das medidas estruturantes em lugar das de apelo midiático, problemas graves poderão comprometer todas as nossas conquistas”. D'ÁVILA (2012).

Com o propósito de transformar está realidade da saúde, foi estabelecida a descentralização, no fim da década de 80, através da constituição do SUS, como um complexo de ações e serviços de saúde; oferecido por órgãos e instituições públicas das três esferas governamentais, por meio das diretrizes constitucionais a Norma Operacional Básica, em janeiro de 93, com a transferência da gestão da saúde ao estado e municípios aumentando sua responsabilidade, estes foram divididos em macro e micros regiões para facilitar os mecanismos de coordenação e cooperação entre entes federados, na provisão da prestação de serviços públicos de saúde, sobe a Emenda de numero 19 em 1998, quando foi apresentada a reforma administrativa no artigo 241 - CF/88, este artigo estabelece que todas as esferas estão autorizadas por meio da Lei a promover a associação de serviços públicos, através de consórcio, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços e bens essenciais à prestação e continuidade dos serviços públicos prestados; onde se estabelece o início do CIS; Existem alguns conceitos de consórcio, por autores diversos: Na definição de TORRES, 1995, consórcio é:

“Consórcio (...) implica a ideia de associação, ligação, união e, no âmbito das relações intermunicipais, nada mais apropriado do que a formação de entidades visando o estudo, o acompanhamento, o diagnóstico das soluções que, em geral, envolve municípios limítrofes e com problemas que se identificam numa ordem cada vez mais crescente, em função de forte demanda dos administrados”, TORRES, (1995).

Já na visão de Meirelles consórcio é:

“Consórcio é um acordo administrativo para realizar serviços de interesse recíproco de entidades públicas, sempre da mesma espécie, e organizações particulares, em mútua colaboração”, (Meirelles, 1996).

Em fim o consórcio é uma forma de cooperação entre municípios unidos para realizar ações de interesse comum, no caso do CIS, o interesse comum é a qualidade e a eficiência no atendimento público de saúde. No fim de década de 80 foram criados os primeiros CIS, e se multiplicaram pelo país na década de 90; segundo os dados do IBGE em 1999 já eram 2.040 municípios unidos por meio de CIS, com destaque da região sudeste.

É importante salientar que o CIS não é uma nova instância no campo de ação do estado, não é gestor de nenhum Sistema Municipal de Saúde, não centraliza recursos, não interfere na autonomia municipal e tão pouco substitui as responsabilidades e competências do gestor estadual e municipal. A Lei nº 11.107 de 6 de abril, dispõe das normas gerais para as três esferas para a contratação de consórcios públicos de interesse comum.

Este trabalho tem como objetivo elucidar um caminho que facilite o Gestor local a cumprir a regulamentação da Constituição Federal, que define o Município como o ente responsável em viabilizar o desenvolvimento de políticas públicas de saúde em sua esfera de competência. O trabalho será desenvolvido através da apresentação das normas constitucionais norteadoras do CIS, bem como da cartilha orientadora de solicitação para a implantação do Consórcio, e as dinâmicas vivenciadas no contexto dos municípios assistidos pelo consórcio, no que tange seu desenvolvimento e melhorias por eles alcançadas após sua implantação.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

As motivações que fomentaram o desenvolvimento deste estudo estão associadas à relevância das políticas públicas, bem como da qualidade do serviço público prestado, de modo a atender com excelência os direitos constitucionais previstos em nosso ordenamento jurídico. Assim, o sistema de saúde brasileiro avançou a partir da Constituição de 1988, garantindo que a atenção à saúde é direito de todos e um dever do Estado e definindo que a saúde da comunidade depende de políticas públicas sociais e econômicas.

Com a implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, a partir de 1988 pode-se dizer que houve uma melhora, aumentando sua área de abrangência de 30 milhões de pessoas atendidas pelo serviço público de saúde, para 190 milhões de pessoas assistida pelo SUS, segundo Secretária de Saúde no documento 20 anos de SUS, “A Saúde do Brasil”. Apesar disso, está longe de ser satisfatória; as dificuldades em conseguir um atendimento de qualidade comum em vários municípios até mesmo nas grandes capitais, o serviço público de saúde é precário, uma realidade cruel, grandes filas para o atendimento, falta leitos para internação principalmente em UTI – Unidade de Terapia Intensiva há uma demora em média de quatro meses para marcar uma consulta com especialistas. Estas dificuldades são ainda maiores nos municípios mais pobres, muitos deles não tem um médico, os pacientes precisam viajar horas para buscar atendimento em hospitais, estes com grandes filas; e com toda esta superlotação exclui a qualidade no atendimento, ha situações extremas, com pessoas sendo atendidas nos corredores, em colchões no chão, com um atendimento em condições totalmente inadequadas<sup>1</sup>.

No Brasil são em média vinte e seis leitos para dez mil pessoas, ficando atrás de oitenta países no mundo; segundo a Organização Mundial da Saúde em 2000 o Governo brasileiro destinou à saúde 4,1% do orçamento público, em 2010 o valor foi para 5,9%; sendo a média mundial é de 14,3%. Do total gasto com a saúde no País, no ano 2000, 59% foi pago pela população e não pelo Estado; a se comparar com a média mundial que é de 40%. Estes números mostram a falta de investimento na

---

<sup>1</sup> Informações interpretadas do artigo “De 0 a 10, índice do governo dá nota 5,4 à saúde pública no Brasil” da Revista Ciência e Saúde, com a apresentação do “Índice de Desempenho de Saúde” o IDSUS. Março de 2012.

saúde pública e elucida uma realidade constante no País a desigualdade social, onde 75% da sociedade que paga para ter um atendimento com alguma qualidade na saúde, não são apenas os mais favorecidos, a classe assalariada é obrigada a gastar com plano de saúde, se quiser ter um atendimento com o mínimo de qualidade, pois os planos de saúde tem custo elevado e poucos oferecem um atendimento realmente eficiente, segundo o Instituto Nacional de Geografia e Estatística – IBGE em 2008-2009 os brasileiros gastaram com plano de saúde 7,2% de sua renda mensal.

Diante deste fato há uma necessidade urgentíssima de se buscar caminhos que possam mudar esta realidade e fazer cumprir o artigo 196 da Constituição de 1988:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.  
Constituição de 1988.

## **2. OBJETIVOS GERAIS**

Analisar no contexto das políticas públicas de saúde, como se estabelecem as dinâmicas atreladas aos Consórcios Municipais de Saúde com vistas à melhoria do atendimento.

### **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Analisar as Leis que regem os Consórcios Intermunicipais, com destaque ao consórcio da área da saúde;

Analisar sua função dentro do Sistema de Saúde, dando ênfase a sua prática como estratégia de gestão local;

Analisar a importância do CIS como uma ferramenta estratégica de gestão local na área da saúde.

### **3. MARCOS TEÓRICO:** Reunindo elementos de Análise

#### **3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS:** Uma concisa explanação

Diante dos objetivos pretendidos para este estudo, são necessárias definições importantes em relação aos marcos teóricos que subsidiam as análises pretendidas. Neste sentido, tornam-se questões centrais para o fundamento da pesquisa o aprofundamento em torno das políticas públicas no contexto da Saúde Pública brasileira. Assim, é importante enfatizar que presente trabalho tem como objetivo apresentar a relevância do Consórcio Intermunicipal de Saúde na Política Pública para a Saúde. Para tanto será apresentado recortes teóricos pertinentes ao CIS, expondo alguns conceitos importantes no desenvolvimento deste trabalho.

O primeiro recorte teórico será a caracterização de Políticas Públicas, pelo fato do CIS estar inserido neste contexto. Deste modo será aqui apresentado um breve esboço do desenvolvimento dos conceitos de Políticas Públicas, orientadoras de propostas como os consórcios em estudo.

Inicialmente, Política Pública pode ser definida ou conceituada de várias maneiras, diante do problema apresentado na justificativa deste trabalho “as péssimas condições de atendimento de saúde na rede pública do país”. Para tanto, uma definição citada em 1962 na Revista “American Political Science” por Peter Bacharach, talvez venha ilustrar a situação atual da saúde pública no Brasil, na qual o autor enfatiza que: *“Não fazer nada em relação a um problema existente na sociedade, também é uma forma de política pública”*. (BACHARACH, BARATZ, 1962, apud SOUZA, 2006, p.24).

Para o desenvolvimento deste trabalho é importante, ainda, conceituar sobre Política Pública. Neste sentido, verifica-se que a discussão em torno do tema assume três caminhos distintos. Para Madison (1984), cientista político, este considera como ‘o estudo das instituições, fundamental para limitar a tirania e as paixões inerentes à natureza humana’. Na visão de Paine e Tocqueville (1985), é definida como, a organização local com uma equidade cívica para promover o bom governo, e há também a que classifica as políticas públicas um ramo da ciência política, para entender as escolhas de determinadas ações políticas. Existem as definições que realçam sua função na solução de problemas.

E importante apresentar as considerações sobre políticas públicas, pelos considerados 'pais criadores do estudo de políticas públicas que são: Laswell (1936) que cria a expressão 'análise de políticas públicas', com a conciliação de conhecimento científico com conhecimento acadêmico, e a produção empírica dos governos, estabelecendo um diálogo entre cientistas sociais, grupos de interesse e governos.

Simon (1975) Introduziu o conceito de racionalidade limitada dos formuladores de políticas, por dificuldades como informação incompleta ou imperfeita sobre o problema, o tempo para tomada de decisão, interesse próprio e outros, segundo Simon: 'a racionalidade, pode ser maximizada até um ponto satisfatório pela criação de estruturas (conjunto de regras e incentivos) que enquadre o comportamento dos atores e modele esse comportamento na direção de resultados desejados, impedindo, inclusive, a busca de maximização de interesses próprios. Lindblom (1959) que questionou a evidência no racionalismo colocado por Laswell e Simon, incorpora outras variáveis à formulação e análise de políticas públicas, o papel das eleições, das burocracias, dos partidos e dos grupos de interesses. E a de Easton (1965) que definiu a política pública como, um sistema, com afinidade entre formulação, resultados e o ambiente, que sofre influência dos partidos, da mídia e dos grupos de interesse influenciando seus resultados e efeitos.

Neste trabalho destaco a de Peters (1986) que diz que Política Pública é a soma das atividades dos governos que influenciam direta ou indiretamente a vida dos cidadãos. O conceito ou definição que se distingue é a que sintetiza: As decisões e análises sobre políticas públicas implicam responder as seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz. (SOUZA, 2006, p. 24).

Relacionando as definições citadas, as Políticas Públicas são ações dos governamentais que visam à prestação dos serviços básicos necessários à população, a administração adequada dos recursos pagos pelos contribuintes; Que merecem de retorno, serviços públicos de qualidade nos setores básicos e essenciais como a educação, segurança, transporte e a saúde. Nas definições de Souza (2006, p. 24), pode-se identificar bem esta relação, respondendo as questões por ele colocadas: quem ganha o quê, porque e que diferença faz: quando o recurso é aplicado adequadamente pelo governante, ganha a população, um serviço de qualidade, destacando a área da saúde, a população com um atendimento de saúde



adequado, ganha qualidade de vida, que é um dos desafios do milênio, a ser enfrentado pelos dirigentes do país; ganha o gestor, reconhecimento e popularidade, pois a população satisfeita sem queixas torna-se uma excelente promoção do gestor responsável, um reconhecimento político favorável e valorização do partido a que faz parte.

O foco deste trabalho é apresentar o CIS dentro do Sistema Único de Saúde, como uma política pública que auxilia na melhora da prestação de serviço da atenção à saúde, principalmente nos pequenos municípios onde a dificuldade de manter um serviço de saúde de qualidade e abrangente é um grande desafio, o Consórcio Intermunicipal de Saúde vem como uma solução relevante para que os municípios consorciados tenham condições de oferecer este serviço qualitativo, promovendo melhoria na qualidade de vida dos munícipes e economia ao município, considerando que a medicina preventiva mostra ser a mais adequada e mais econômica; O município tendo estrutura e profissional necessário estará pronto a aplicar a medicina preventiva primária, cuidando para que a população não adoça exemplo: vacina, exames preventivos e educação; e a secundária, que é o tratamento adequado aos portadores de alguma enfermidade prevenindo prováveis complicações e minimizando o desconforto causado pela enfermidade, Candeias (1997) afirma que a 'promoção em saúde é a adição de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida incisiva à saúde, que mescla os diversos fatores determinantes da saúde, os genéticos, ambiente, serviços de saúde e o estilo de vida'.

As Políticas Públicas são essenciais à manutenção da democracia, e exige um padrão ético imprescindível; oriundo do novo conceito de democracia que vai além do direito ao voto, reafirmando o direito as demandas sociais, onde os cidadãos, instituições, organizações sociais, movimentos sociais e organizações não governamentais participam mais; Atuando como agentes políticos, pressionando e refazendo a agenda do estado.

Uma Política Pública pode ser formada após o levantamento e a identificação de um problema, por um grupo multidisciplinar que deverá localizar e estudar as necessidades da sociedade, e pela solicitação da própria comunidade, encontrando soluções adequadas através de estratégias e planejamentos pontuais.

A participação da população se dá através de representação comunitária no exercício da democracia, para a efetiva participação da comunidade existem Leis Constitucionais garantindo este direito por meio: Do Controle Social que é o entendimento, a participação e a fiscalização da sociedade sobre as ações do Estado na área da saúde; Das Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, que são espaços democráticos de construção da política de saúde, onde a população exerce o seu direito se manifestando, orientando e indicando os rumos necessários para uma adequada prestação de serviço na área da saúde nas três esferas. A Lei 8.142/90 institui esta participação, determinando que caiba ao governador ou prefeito a convocação destes grupos e também garantindo ao conselho de saúde sua solicitação quando julgar necessário.

Portanto a indicação de estabelecer um Consórcio Intermunicipal de Saúde pode surgir tanto do gestor local, quanto da população por meio destes caminhos Legais citados acima. Sendo o CIS uma estratégia dentro da regionalização e hierarquização da rede de serviços na articulação e mobilização dos municípios com o objetivo de viabilizar o acesso da população a serviço de saúde com qualidade.

### **3.2 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: uma breve caracterização**

Dando sequência ao referencial teórico é necessária a apresentação do Sistema de Saúde Brasileiro. Ele acompanha as mudanças históricas da política e da economia do país, desde seu início com o Brasil Colônia de um governo unitário e centralizado, o interesse era de manter o controle sanitário mínimo, com uma grande carência de profissionais médicos, o que levou à grande número dos Boticários pelo país.

Com a Programação da República o quadro não mudou muito, por continuar sem uma política sanitária, o país vivia a mercê das epidemias, de doenças graves como a varíola, a malária, a febre amarela, seguida pela peste, provocando graves consequências à saúde coletiva e também a outros setores e principalmente ao comércio exterior; Diante de tal prejuízo o então presidente do Brasil Rodrigues Alves, cria o primeiro departamento com responsabilidade específica de saúde, o Departamento Federal da Saúde Pública, nomeando como Diretor, o cientista,

médico, sanitarista Oswaldo Cruz, pioneiro no estudo das moléstias tropicais no Brasil. A política de saúde drástica, porém necessária diante da gravidade da situação, não foi bem aceita pela população da época causando revoltas históricas no país, conhecidas como a campanhista e a revolta da vacina; apesar do mau jeito, o resultado foi satisfatório, na saúde coletiva durante décadas, originando ações importantes na área da saúde pública do Brasil como o registro demográfico, a introdução do laboratório como auxiliar do diagnóstico etiológico e a fabricação organizada de produtos profiláticos para uso em massa.

Durante a o Estado novo, não houve grandes mudanças, o investimento no setor de saúde pública continuou sendo o mínimo necessário. Em 1930 foi instituído o Ministério da Educação e Saúde Pública, com a criação de órgãos executivos direcionados a problemas específicos como: Órgão normativo de assistência sanitária e hospitalar; Órgãos normativos de endemias mais relevantes da época, exemplo: malária, febre amarela e a peste; atenção a programas no tratamento de doenças degenerativas e mentais; Criação de programas de abastecimento de água e construção de esgotos. Foi instituído também nesta época o Instituto Nacional do Câncer. A escassez de recursos financeiros e conflitos políticas colaboraram para que estas pequenas ações não tivessem o resultado esperado, uma ação efetiva na solução dos problemas de saúde do país, o que culminou com o desmembramento do Ministério da Saúde e Educação, e a criação do Ministério da Saúde em 1953. HAMILTO e FONCESA, 2003<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Publicação de Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz- Têm a Missão de Publicar artigos originais e outros materiais relacionados à história das ciências e da saúde. Revista História, Ciência. Saúde-Manguinhos vol. 10, 2003

Neste período há a criação da Previdência Social brasileira, com o advento da industrialização no país, com o grande número de operários, influenciados pelos imigrantes, destacando os Italianos, como trabalhadores experientes neste setor, bem desenvolvido na Europa e conhecedores dos direitos trabalhistas, estes incitaram a classe operária do Brasil à busca pelos seus direitos trabalhistas. Depois de muita luta foi criada a Caixas de Aposentadoria e Pensão- CAP's, em 1923. Segundo PASSOS:

“tratando-se de um sistema por empresa, restrito ao âmbito das grandes empresas privadas e públicas, as CAP's possuíam administração própria para os seus fundos, formada por um conselho composto de representantes dos empregados e empregadores.” PASSOS (1981).

A Lei instituída na Constituição Federal de 1934 trouxe aos trabalhadores alguns direitos, podendo-se dizer ser a base dos direitos trabalhistas conquistados até os dias atuais, mas não advindos do governo e sim das próprias empresas que deveriam recolher mensalmente as contribuições das fontes de receitas, e depositar diretamente na conta bancária da sua CAP. OLIVEIRA & TEIXEIRA (1989).

Com a criação de novas Caixas e Institutos, é que a carga recai sobre a união, com a contribuição tríplice, constituída pelos empregados, empregadores e a União em partes iguais, instituída na Lei CF-34. Particularidades desta Lei: não era automática, necessitava de mobilização e organização dos trabalhadores; deveria ser organizada por empresas e não por categoria e aplicava somente aos operários urbanos, (por questões políticas levada pela maioria oligarquia rural da época, os grandes fazendeiros), não se estendia ao trabalhador rural. Fato este que fez parte da história da previdência do Brasil até a década de 60, com a criação do FUNRURAL, dentro do Programa de Assistência ao Trabalhador Rural, órgão responsável pelo Fundo de Assistência ao trabalhador Rural – FUNRURAL, estabelecido na Lei complementar de número 011 de Março de 1971; estendendo aos trabalhadores rurais os direitos trabalhistas da época.

Com o propósito de ampliar a todos as categorias de operários urbanos os benefícios da previdência constituíram-se, o Instituto de Aposentadoria e Pensão o IAP; que organizou os trabalhadores por categorias: marítima, comercial e bancário,

estabelecendo as categorias direitas iguais como: aposentadoria; pensão; assistência médica e hospitalar.

No Governo Militar com o intuito de garantir a todos os trabalhadores urbanos, e seus dependentes, direitos iguais nos benefícios da previdência social, promoveu a unificação dos IAP's; o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência o SAMDU e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. Esta unificação ocorreu em 1967 com a instituição do Instituto Nacional de Previdência Social o INPS. MS, 2003<sup>3</sup>

O crescimento econômico da década de 70, conhecido como o Milagre Econômico, trouxe um aumento substancial de recursos financeiros ao novo sistema, consequência do grande número de trabalhadores contribuintes, em relação ao baixo percentual de aposentados e pensionistas da época, porém com todo este crescimento tornou-se impraticável o atendimento de toda esta população pelo sistema médico previdenciário existente. O governo não vendo saída para solucionar a demanda de saúde, optou por direcioná-los a iniciativa privada, estabelecendo convênios com médicos e hospitais do mercado, o que levou a um sistema complexo, necessitando de uma estrutura administrativa adequada a tal complexidade, levando a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social o INAMPS, em 1978.

Ainda dentro do Regime Militar Brasileiro houve acontecimentos importantes da área da saúde como: A instituição da Lei 200 em 1967, Estabelecendo as competências do Ministério da Saúde; A criação da Superintendência de Campanhas da Saúde Pública a SUCAM em 1970; e em 1975 há a oficialização do Sistema Nacional de Saúde o SNS, com a edição da Lei nº 6. 229 em julho deste ano, que dispõe da organização do Sistema Nacional de Saúde, o campo de ação dos setores públicos e privados na área de saúde, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, dividindo as responsabilidades, ficando a medicina curativa de competência do Ministério da Previdência e a medicina preventiva do Ministério da Saúde; por uma questão de

---

<sup>3</sup> Ministério da saúde – Direito sanitário e Saúde Pública. Vol.2 – Manual de Atuação Jurídica em saúde Pública e Coletânea de Leis e Julgamentos em Saúde em 2003. Consulta online.

recursos financeiros, se optou pela curativa embora mais cara, porém contando com recursos garantidos dos contribuintes trabalhadores através do INPS.

Em 1976 foi instituído o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento o PIASS, como o primeiro programa de medicina simplificada do nível Federal sendo estendido a todo o território nacional, tornando-se uma grande rede ambulatorial pública.

A crise econômica na ditadura militar diminuiu o crescimento econômico do país trazendo o desemprego e salários baixos e suas consequências sociais; inclusive no modelo de saúde previdenciário que mostra suas mazelas, como era uma medicina curativa, não foi capaz de resolver os principais problemas de saúde da época como: as endemias, as epidemias e a mortalidade infantil. Para enfrentar a escassez de recursos, conter custos e combater as fraudes foi criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária o CONASP, em 1981; fazendo parte do INASP ele tem o propósito de manter uma fiscalização mais rigorosa e propõe a reverter do modelo de medicina curativa para a medicina preventiva, investir no setor público de saúde e levar maior qualificação e uniformização aos serviços prestados pela rede pública a população.

Em 1983 foram instituídas as Ações Integradas de Saúde o AIS, um projeto interministerial, entre Previdência Saúde e Educação com ações curativas, preventivas e educativas ao mesmo tempo, várias reformas no sistema de saúde público foram tentadas desde então, na expectativa de trazer o equilíbrio entre recursos públicos e atendimento médico hospitalar de qualidade a população. Dados do Portal da Saúde.<sup>4</sup>

Neste contexto é importante destacar o papel do Movimento Sanitarista no país, que representou a luta para alcançar o desafio da organização e fundação de um sistema de saúde democrático e eficaz garantido atenção à saúde a toda população, o movimento viabilizou em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde, que trouxe vários desafios e mudanças ao modelo de saúde pública proposto, compreendendo o direito à saúde como direito de todos. TRAVERSO, p.51, 2001<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Dados do Portal da Saúde – Saúde & Cidadania – Texto dos Coordenadores do Projeto – Um Pouco de História, NETO, CUTAIT, TERRA.

<sup>5</sup> A Interface Psicologia Social e Saúde: Perspectivas e Desafios. Martha Traverso 2001.

A Oitava Conferencia Nacional de Saúde foi o marco político para a orientação de transformação da atenção à saúde no Brasil, onde se consolidou o reconhecimento do direito a saúde como um dos direitos fundamentais do ser humano, que a saúde é o princípio para qualidade de vida e que é o dever do estado garanti-la. A 8ª CNS deixou um importante legado, um conceito expandido de saúde, “O resultado das condições de habitação, alimentação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, educação, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra e acesso a serviços de saúde” Relatório final de VII CNS, p. 69, 1986.

E finalmente na Constituição de 1988 é instituído o Sistema Único de Saúde o SUS com o propósito de ser um sistema unificado e descentralizado observando as características regionais como descrito na Lei nº 8.142, 7.

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único”. Artigo 198.

O que se observa com esta breve história da saúde no país é que ela segue sofrendo mudanças no decorrer da história, mudanças estas que estão relacionadas diretamente ao desenvolvimento da política social e econômica do país, sofrendo as alterações motivadas pelo capitalismo, dentro deste contexto nunca foi considerado um ponto de evidência pelos políticos brasileiros, ao contrario em todos os períodos ela ganha destaque apenas nos momentos de crise. O SUS trouxe uma evidencia constante sobre a área da saúde, desde então os dirigentes e agentes sociais, juntos procuram soluções para atingir o objetivo de cumprir a Lei estabelecida na CF/88 que sinaliza aos governantes federal, estadual e municipal quais os direitos dos brasileiros na área da saúde assim como os deveres dos governantes; estas Leis determinam como a saúde deve funcionar, na Lei Orgânica da Saúde (nº8.080/90) em seu artigo 3º, fica claro que saúde abrange muito mais do que a medicina curativa, é bem mais ampla e complexa, como citada o artigo da Lei acima:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Lei Orgânica nº 8.080/90”, artigo 3º.

Sim, a promoção da saúde exige um trabalho multiprofissional; porém não descartando o fato de que os cuidados específicos de atendimento e acompanhamento de profissionais especializados da área vêm colaborar com a prevenção e promoção da saúde da população, e que os fatores determinantes citados na Lei, são também provenientes de políticas públicas e de responsabilidade dos dirigentes políticos.

### **3.3 O SISTEMAS ÚNICO DE SAÚDE (SUS): Histórico conciso.**

O SUS surgiu decorrente da Reforma Sanitária Brasileira na década de 80, da mesma forma como sofreu influência da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, está ficou conhecida como um fenômeno social e histórico pela mobilização de um número incontável de participantes insatisfeitos com o sistema de saúde vigente na época, denunciando a precariedade no atendimento; Sendo o objetivo principal da reforma, garantir o direito de toda população brasileira, de um atendimento integral à saúde. O que justifica o nome Sistema Único de Saúde e garante a democratização da saúde no Brasil, um direito de todos e dever do Estado, designado na Constituição Federal de 1988, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A Reforma Sanitária Brasileira que também ficou conhecida por outros títulos como: Reforma Sanitária; Movimento Sanitário e Movimento pela Reforma Sanitária. No princípio o movimento era apenas de pessoas comuns com as mesmas ideias para a atenção a saúde, o movimento cresceu e já tinha a participação dos departamentos de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo e da Universidade de Campinas e o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, locais considerados espaços adequados para os debates, havia uma ideia clara na área da saúde de que era necessário integrar as duas dimensões: ser médico e lutar contra a ditadura. O então conhecido como o “eterno guru da Reforma Sanitária”, Sergio Arouca, costumava dizer que o movimento da reforma sanitária nasceu dentro da perspectiva da luta contra a ditadura. FIOCRUZ. Reforma Sanitária.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Dados retirados do texto Reforma Sanitária, FIOCRUZ, biblioteca virtual.



"Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado." AROUCA, (1998).

O Sistema Único de Saúde está deliberado no artigo 198 da CF/88, nas Leis 8.80/90 e 8.142/99, Leis Orgânicas de Saúde, produzindo ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. MS, TEIXEIRA<sup>7</sup>; Tendo como princípio e diretrizes:

- Universalidade; Reconhece a saúde e toda sua complexidade, como um direito fundamental do ser humano.
- Equidade; Distingue a justiça social, buscando diminuir a desigualdade, com maior investimento onde há maior carência.
- Integralidade; Garante o fornecimento articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos, necessário a cada caso e em todos os níveis de complexidade de assistência. Reunindo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.
- Descentralização; Demanda um comando único da rede assistencial dentro da sua área de alcance, sendo responsável pelas políticas públicas de saúde.
- Resolutividade; Diz respeito às ações integradas em busca da eficiência e eficácia na capacidade de solucionar a necessidade do paciente, desde o atendimento primário dentro da unidade até o encaminhamento diante da necessidade de atendimento especializado. Estar preparado para a assistência ao paciente desde o atendimento básico ao mais complexo dentro do sistema de saúde, compreendendo consultas, medicamentos, exames e todas as complexidades necessárias.
- Regionalização e hierarquização; Estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de

---

<sup>7</sup> Portal da Saúde- Princípios do SUS- Carmem Teixeira.

maior equidade no sistema funcional da saúde. Respeitando os limites como unidade e garantindo o acesso dos cidadãos a todos os serviços necessários de saúde, visa otimizar os recursos disponíveis.

- Participação popular; Visa garantir o direito da comunidade em participar das políticas públicas de saúde, colocando em prática o exercício do controle social, onde a população expõe sua avaliação dos serviços prestados e apresenta suas necessidades.

O propósito do Sistema Único de Saúde, o SUS, é o de afirmar que os cidadãos brasileiros tenham o seu direito constitucional garantido, o direito universal à saúde com equidade, integrando todos os níveis que fazem parte da saúde como: a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde; assim também como a participação da sociedade ao conhecer e reivindicar seus direitos. Ele foi instituído com a finalidade de transformar a realidade de desigualdade na assistência à saúde da população; Definindo o princípio da universalidade para as ações de saúde, a descentralização e a municipalização com um novo formato de organização, onde as ações preventivas e curativas tornaram-se responsabilidades do gestor público.

O sistema de saúde brasileiro que até a criação do SUS era desmembrado em três grupos de assistência à população, assistência aos que podiam pagar, aos trabalhadores registrados, assegurados da previdência social, e os que não possuíam direito algum; A universalização de assistência à saúde é considerada a maior contribuição do SUS, ao atendimento a população, além desta outra também significativa foi à descentralização das decisões nas questões de recursos, atribuições e responsabilidades, sem a hierarquia entre as três esferas, porém com as competências definida entre elas, as esferas se tornam parceiras na direção das políticas de saúde no País.

O nascimento do SUS ocorre na seguinte sequência histórica, após a Reforma Sanitária (resultado de reivindicações da sociedade civil) e a 8ª Conferência de Saúde, estando constituído nas Leis n.º 8080/90 e nº 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, com o propósito principal de alterar a desigualdade na assistência à saúde da população. Esta Lei tornou obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sem encargos financeiros.

Estando o Sistema Único de Saúde arquitetado em: centros e postos de saúde, em hospitais entre eles os universitários, laboratórios, bancos de sangue, hemocentros e também fundações e instituições de pesquisas; dentre os quais a população tem o direito de usufruir dos serviços como; consultas com especialistas, exames, internações; Podendo ser nas unidades públicas ou nas unidades conveniadas ao SUS nas três esferas. Deter minando a Saúde nos termos da Lei, artigo 196:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. CF/88. Da seguridade Social, seção II Saúde.

A Lei 8080 de setembro de 1990 dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Segundo o conceito dado por VASCONCELOS e PASCHE (2006):

“O Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política”. (...) “conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existente nos âmbitos municipal, estadual e nacional”, (VASCONCELOS e PASCHE, 2006, p. 531).

Estando o SUS constituído e organizado por princípios, os quais já descritos neste texto anteriormente, dois destes se destacam por sua importância; O da Universalidade, garantindo o direito à saúde para todos os brasileiros sem discriminação, o da Integralidade que são varias dimensões integradas envolvendo a saúde dos indivíduos e da coletividade. Segundo Vasconcelos e Pasche (2006, p.535):

“esse princípio orientou a expansão e qualificação das ações e serviços do SUS que ofertam desde um elenco ampliado de imunizações até os serviços de reabilitação física e mental, além das ações de promoção da saúde de caráter nacional intersetorial.”  
VASCONCELOS E PASCHE, (2006, P.535).

E também o princípio da equidade que diz respeito à garantia de acesso a todos os níveis de serviços, de acordo com a complexidade exigida em cada caso específico. Como colocado por ELIAS, (2008, p.14): “como princípio complementar ao da igualdade significa tratar as diferenças em busca da igualdade”.

### **3.3. 1 - Formação do SUS.**

O Sistema Único de Saúde está inserido na Estrutura do Ministério da Saúde, ministério este que tem o papel atribuir as condições adequadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde da sociedade como um todo. O Ministério da Saúde tem como jurisdição as áreas de: Política Nacional de Saúde; Coordenação e fiscalização do SUS, Secretária especial de atenção à saúde indígena, Saúde ambiental, fornecer informações de saúde a população, aprovisionar insumos críticos para saúde, trabalhar com ações preventivas em geral, Manter vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos, Atender as ações de Vigilância de saúde, especialmente drogas, medicamentos e alimentos e promover pesquisa científica e tecnológica na área da saúde.

Estando o Ministério da Saúde (MS), vinculado a outras unidades como: As fundações públicas, as autarquias, as empresas públicas e as sociedades de economias mistas, que são unidades com funções específicas e atividades complementares alinhadas com as questões da Saúde e as prioridades do governo.

Nestes vinte e cinco anos de SUS, muito foi feito para que se almejasse alcançar o objetivo principal do SUS, Atenção à saúde, integrando toda a população proporcionando maior qualidade de vida; grande foram os desafios enfrentados até aqui, porem está atenção à saúde com qualidade de vida, almejada fica bem

distante da realidade atual, em muitos Estados e Municípios brasileiros. Muitos e graves são os problemas no atendimento à saúde no país, apesar de haver mudanças na atenção em relação à saúde por parte dos governantes, algo diferente do início da história da saúde no Brasil, fato este apresentado no breve histórico do Sistema de Saúde Brasileiro no início deste trabalho.

No decorrer destes anos programas e projetos foram desenvolvimentos com o intuito de oferecer melhor atenção à saúde brasileira; alguns de grande evidência outro nem tanto. São muitos no decorrer da história vou elencar aqui os mais resentes segundo o Portal da Saúde do Ministério da Saúde são:

- Cartão Nacional da saúde; o número nacional de identificação do SUS, através é possível um controle de atendimentos e acompanhamento do usuário.
- Humaniza SUS; A Política Nacional de Humanização – PNH, instituída em 2003; Trata-se de uma nova relação entre o usuário e o profissional, com uma prática de humanização e troca solidária entre gestores, profissionais da saúde e usuários. A finalidade é que o SUS seja mais acolhedor, ágil e tenha unidades de atendimentos mais confortáveis.
- Quali SUS; Visa contribuir para salvar um número maior de vidas, através da redução dos danos à saúde, assegurar satisfação no atendimento nos estabelecimentos do SUS, atendimento coerente com o grau de risco do paciente e a redução do período de internação. Através de ações como reformas das instalações hospitalares, aquisições de novos equipamentos além de outras ações.
- Saúde da Família; Tem como objetivo agir na prevenção, promoção e manutenção da saúde da população, trabalhando com a medicina preventiva, por meio de trabalhos educativos em escolas, creches e visitas nas residências com acompanhamento e orientação.
- Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Com o propósito de garantir a qualidade dos alimentos disponíveis para o consumo no país, assim como promover práticas alimentares saudáveis para prevenir e controlar os distúrbios nutricionais.

Além dos acima relacionados outros de igual importância foram desenvolvidos como: SAMU 192, Farmácia Popular do Brasil, Programa Nacional de Combate à Dengue, Brasil Sorridente, Bancos de Leite Humano, Doação de Órgãos, Medicamento fracionado, Olhar Brasil, Programa de Controle do Tabagismo e Outros fatores de Risco de Câncer, Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mana- Viva Mulher, Programa de Volta para Casa e o mais recente que têm causado polemica pelo país o Programa Mais Médico.

Todos estes programas são desenvolvidos e mantidos pelo SUS, que têm como objetivo cumprir a CF/88 de Atenção à Saúde; assim como ambiciona conseguir cumprir os desafio de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio o ODM, da ONU para 2015, lançado no ano 2000, após análise dos maiores problemas mundiais, determinaram oito desafios a serem alcançados que são:

1. Acabar com a fome e a miséria;
2. Educação de qualidade para todos;
3. Igualdade entre sexos e valorização da mulher;
4. Reduzir a mortalidade infantil;
5. Melhorar a saúde das gestantes;
6. Combater a AIDS, malária e outras doenças;
7. Qualidade de vida e respeito ao meio ambiente;
8. Todo mundo trabalhando pelo desenvolvimento.

Dos oitos objetivos três deles têm a participação do MS, são os abaixo relacionados com seus respectivos programas:

- Reduzir a mortalidade infantil; desenvolvem os programas ANDI- Agência de Noticias dos Direitos da Infância, CREN – Centro de Recuperação e Educação Nutricional, UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância, Pastoral da Criança e o Fundo ABRINQ pelos Direitos da Criança.
- Melhorar a Saúde das Gestantes; programas Amparo Maternal e os que trabalham em conjunto com os de redução da mortalidade infantil que são: Pastoral da Criança, CREN, Fundação ABRINQ e a UNICEF.
- Combater a AIDS, a Malária e outras doenças; trabalhando com os programas: Centro de Referencia e Treinamento em DST/AIDS, GAPA o

Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS, Grupo Pela Vida, Projeto Criança/AIDS e a Sociedade Viva Cazuza. MS,Objetivos do Milênio.<sup>8</sup>

### **3.3.2 - O Financiamento e Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.**

O SUS é financiado metade pelo governo federal e a outra metade fica com os estados e municípios. Os recursos são procedidos através de impostos e contribuições sociais pagos pela população; A participação do setor privado no SUS é de forma complementar por meio de contratos e convênios de prestação de serviço.

O SUS têm suas políticas nacionais, formuladas pela União através do Ministério da Saúde, e é implementada pelos estados, municípios, ONGs e a iniciativa privada. Não existindo hierarquia entre as três esferas dentro do SUS, e sim, divisão de competências para cada gestor. As políticas são aprovadas no âmbito municipal pelo Conselho Municipal de Saúde o CMS; No estadual elas são avaliadas, negociadas e compactuadas pela Comissão Intergestores Bipartite o CIB, que são compostas por representantes das secretarias de saúde municipais e as estaduais. Sendo deliberado pelo Conselho Estadual de Saúde, o CES, que é composto por vários segmentos da sociedade como: gestores, usuários, profissionais, entidades de classe e outros. E no âmbito federal as responsabilidades das políticas do SUS são da Comissão Intergestores Tripartite, a CIT composta por representantes do Ministério da Saúde, das secretárias municipais e estaduais de saúde.

O SUS tem como acesso de entrada preferencialmente inicial a atenção básica que são as Unidades Básicas de Saúde as UBS, Centros de Saúde, Unidades de Saúde da Família e outros. Diante da necessidade o cidadão será encaminhado para outros serviços de maior complexidade da saúde pública, hospitais ou clínicas especializadas. O município que não oferece todos os serviços de saúde imprescindíveis ao cidadão deve negociar com as cidades de sua região a

---

<sup>8</sup> Dados consultados no Portal da saúde- MS- Objetivos do Milênio. Oito Maneiras de Mudar o Mundo.

forma de atendimento integral à saúde de sua população, esta negociação deve passar pela orientação do gestor estadual.

Este é exatamente a ocasião do CIS, onde os municípios da mesma região têm a ocasião de desenvolver a política pública de consorciados, diante da dificuldade em oferecer às especialidades necessárias a população local, alguns gestores utilizam como estratégia a implementação do CIS, que proporcional ao gestor capacidade de oferecer um serviço de atenção à saúde da população.

Apesar de grande esforço por parte do MS, os resultados ainda não são satisfatórios, a desigualdade regional é o principal desafio, como colocado pelo Ministro da Saúde em 2012, José Gomes Temporão; a redução da mortalidade infantil exige um trabalho conjunto dos governos federal, estaduais e municipais e da própria sociedade, que tem um papel de destaque, o de apoiar, monitorar, avaliar e sugerir melhoras ao sistema público de saúde do país, a participação da sociedade é fator indispensável para que se tenha sucesso neste desafio, segundo o Ministro a mortalidade infantil apresenta algum êxito, mas não o esperado:

“É inegável que houve uma expressiva queda na mortalidade infantil nessas regiões (geral 19%, Amazônia 21% e no Nordeste de 27%, em 2007 sendo que em 1990 era de 47%), mas a taxa ainda é o dobro da região Sul e Sudeste. Como desafios, destaco a maior necessidade de qualificação do pré-natal e das urgências e emergências obstétricas e neonatais.” Ministro da Saúde José Temporão, 2012, Portal da Saúde.

Este depoimento do Ministro vem confirmar o maior problema da saúde no país, a desigualdade regional na prestação de serviços, nas estruturas hospitalares e ambulatoriais e no número de profissionais especializados por região, e este problema ocorre em todas as áreas da saúde não apenas na área infantil, não só em cumprir agenda do ODM, mas igualmente para garantir o direito constitucional à saúde a todos às regiões do país com equidade.

O SUS é dividido por região a fim de facilitar a aplicação dos projetos e programas por ele desenvolvidos, a relação de atendimento de saúde pública por região exhibe bem esta realidade de desigualdade regional; Por meio de consulta aos



dados do Portal Online do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística o IBGE será aqui apresentado um apanhado dos atendimentos e estruturas de saúde por região:

A Saúde quantitativa no Brasil, segundo dados de pesquisa realizada pelo IBGE em 2005, os números coletados na pesquisa revela um aumento de estabelecimento de saúde no Brasil, que em 2002 eram 146 municípios sem estabelecimento de saúde e em 2005 eram apenas seis. Estes estabelecimentos estão divididos por região da seguinte forma: 5,528 postos de atendimentos na região Norte e 22, 824, na região Nordeste, na região Sul são 13,113 e no Sudeste 28,371, por fim no Centro Oeste são 7,158 estabelecimentos. Dados extraídos do livro “Indicadores de Desenvolvimento Sustentável Brasil 2010”. Estudos & Pesquisas. IBGE, P. 245

Apesar de a descentralização e a regionalização ter o objetivo de garantir o direito da população à saúde, com o fim das desigualdades nos territórios, ela não conseguiu atingir seu objetivo, acabar com a desigualdade regional, muitos municípios do interior do país, apresentam dificuldade no atendimento à saúde, sofrem com a falta de recursos humanos e financeiros, o baixo investimento em tecnologia e a falta de estrutura adequada ao atendimento. A descentralização transferiu a responsabilidade de atenção à saúde para os gestores municipais, diante destas dificuldades, alguns gestores utilizaram como estratégia a implementação do Consórcio Intermunicipal de Saúde, como perspectiva de uma gestão inovadora no SUS, caracterizado pela sua maior aplicação em pequenos e médios municípios.

A região Sul e Sudeste do país apresentam os mais antigos CIS em funcionamento no país, assunto este que será abordado na sequência, com a apresentação do CIS e tudo que abrange sua implementação dentro do SUS como uma política pública que visa melhorar a atenção à saúde da população.

#### **4. CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE – CIS: Conceito.**

É importante conceituar Consórcio, neste trabalho desde a origem da palavra, ao conceito aplicado na Política Pública; Para que se consiga apresenta-lo como uma estratégia favorável à melhora na prestação de serviços públicos de saúde.

Consórcio uma palavra derivado do latim 'Consortiu' que apregoa a ideia de associação, união; no caso específico do Consórcio Intermunicipal de Saúde, como uma política pública da área da saúde, ele expressa a união de entes públicos com interesse comum, o de se unirem de forma a prestar serviços de saúde aos seus munícipes, está união surge da necessidade e dificuldades comum enfrentada pelos gestores municipais, em oferecer um serviço público de atenção da saúde adequado, cumprindo a agenda constitucional que, garante o direito da sociedade em ter um atendimento de saúde integral, humanista e com qualidade. O que vem acordar o conceito de TEIXEIRA<sup>9</sup>.

Os consórcios são apenas uma nova forma de organizar e prover serviços de saúde mediante a conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos. TEIXEIRA (2006. P.16)

O CIS surge na perspectiva de auxílio na solução dos problemas na implementação dos SUS nos municípios do interior do país; Apresentado como uma pratica diferenciada de gestão da saúde municipal.

Nessa perspectiva, os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) seriam uma forma de disponibilizar desde os níveis mais elementares até os mais complexos de atendimento necessários ao bem estar (BRASIL, 1998).

Portanto o CIS é uma estratégia de gestores municipais de uma mesma região, que enfrentam dificuldades semelhantes na administração de recursos financeiros destinados à saúde, através desta associação são capazes de otimizar os recursos públicos, tornando-os capazes de oferecer a população, além do atendimento básico de saúde, as emergências e urgências, centros regionais de especialidades, hospitais devidamente equipados assim como profissionais capacitados e especializados.

---

<sup>9</sup>No livro "Ensaio sobre Consórcio Intermunicipais de Saúde", lançado pela Câmara dos Deputados, tendo sua ultima revisão apresentada em 2006.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde existem no país desde a década de 80, instituídos pelas Leis do SUS, “que o aponta como instrumento de organização e gestão do sistema”. LIMA; PASTRANA, (2000).

#### **4.1. Leis pertinentes ao CIS.**

Consórcio Intermunicipal de Saúde foi instituído na Lei 11.795/2008, embora já tenha sido citado desde a Constituição Paulista de 1891, na legislação federal em 1937 e igualmente em 1967, e mais proeminente pelo Direito Administrativo por TORRES (1995).

“... no âmbito das relações intermunicipais, nada mais apropriado do que a formação de entidades visando o estudo, o acompanhamento, o diagnóstico das soluções que, via de regra, envolve municípios limítrofes e com problemas que se identificam numa ordem cada vez mais crescente em função de forte demanda dos administrados.” TORRES (1995).

O Artigo 1º. Da Lei 11.795/2008 defini, O Sistema de Consórcios como: “instrumento de progresso social que se destina a propiciar o acesso ao consumo de bens e serviços, constituído por administradoras de consórcio e grupos de consórcio, regulado por esta Lei”.

O sistema de consórcio favorece o empenho e disponibilidades de uma região em vários modos de atuação permitindo o aprimoramento, inclusão de municípios pelo grau de interesse e pela lógica de proximidade, possibilitando objetivos diversos, ou seja, podem consorciarse para prover ou aprimorar condições de vários serviços, como de estradas, saneamento, fornecimento construindo ou reestruturando hospitais e fornecendo acesso em especialidades medicas necessária.

Sendo o CIS considerado uma política pública de gestão de processos como: financiamento, operação, objetivo; poderá ser aplicada em outras áreas de interesse, de prestação de serviço público visando melhor aplicação dos recursos e melhora no serviço prestado,

Uma estratégia elegida pelo gestor municipal e instituída pela Constituição de 88, nos termos das Leis nº 8080/90 e nº. 8142/90 – definindo sua integração com o SUS e também pela Lei nº. 11.107/05 – apresentando as cláusulas gerais sobre a

convenção de consórcios públicos.

Segundo Vianna, (1996), o modelo de 'descentralização caótica', da saúde ocasionou uma desigualdade na implementação do SUS nas diferentes regiões do país, a retratação dos investimentos federais na área de saúde não foi compensada de maneira homogênea; Ocasionalmente ocasionando carências aos municípios de pequeno porte na implementação de ações de saúde, como: otimização de estrutura física, falta de recursos materiais, laboratoriais, acesso às novas tecnologias médicas, assim como a falta de recursos humanos especializados.

Tudo isso aliado às deficiências peculiares ao interior do país, têm contribuído para o aumento da busca de parcerias para o processo de gestão e organização do sistema de saúde. LIMA, (2000) 10

Durante a década de 90 o SUS, desenvolveu programas e normas com o intuito de operacionalizar o sistema, as que tiveram maior destaque foram: Norma Operacional Básica- NOB 01/91 (MS, 1991), que definiu o repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde, a NOB 01/93 (MS1993), criou critérios diferenciados a cada gestão as incipientes, parciais e semiplenas. O Projeto Recuperação da estrutura física, tecnológica e desenvolvimento institucional o REFORSUS (MS 1996), refogou as gestões anteriores com a proposta da Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão do Sistema Municipal, a mais recente Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde do SUS a NOAS-SUS 01/02 que instituiu as diretrizes do processo de descentralização através do processo de regionalização.

Neste período foram criados programas importantes já dentro da regionalização como o Piso Assistencial Básico o PAB, visando maior igualdade na distribuição financeira entre os municípios, investido no Programa de Agentes Comunitários de Saúde o PACS e o Programa de Saúde da Família o PSF. TEIXEIRA (2007, p. 24).

O Ministério da Saúde lançou em 1997, O Ano da Saúde no Brasil, que consta a sua indicação a necessidade da criação dos consórcios no país; E realiza a primeira oficina sobre consórcio e edita o manual "Os Consórcios e a Gestão Municipal em Saúde" (MS, 1997c) 11.

---

<sup>10</sup> Departamento de Ciências Sociais- Fundação Oswaldo Cruz. RJ. Por Ana Paula Gil de Lima.

<sup>11</sup> Portal da Saúde, publicações Online.

Na carta de apresentação deste documento, o então Ministro da Saúde, Carlos César de Albuquerque, resalta a relevância do CIS como estratégia eficiente para o alcance da meta prioritária da saúde a habilitação de municípios às condições de gestão descentralizada, especialmente a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. (MS, 1997c). Também neste documento há a citação do entendimento do jurista Hely Lopes Meirelles, sobre o consórcio intermunicipal, que diz:

“as municipalidades reúnem recursos financeiros, técnicos e administrativos que uma só prefeitura não teria para executar o empreendimento desejado e de utilidade geral para todos”. MS, 1997.

O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde entende que os consórcios são relevantes como instrumento de cooperação na implementação do SUS, ampliando e garantindo o acesso integral ao usuário. (CONASE EMS 2012). No decorrer deste trabalho será possível observar se através do CIS o Ministério da Saúde e os gestores estaduais e municipais, são capazes de reunir esforços para enfrentar o desafio da descentralização, e permite ao município oferecer ações direcionadas a cumprir a constituição na promoção e recuperação da saúde da população.

#### **4.2. Estruturas dos Consórcios.**

A formação do CIS deve ser uma iniciativa dos municípios preservando a gestão local, a partir da demonstração do interesse dos municípios circunvizinhos, inicia as articulações, o pacto e as negociações; O primeiro passo é a elaboração e aprovação do Instrumento Consorcial, onde constará o compromisso dos municípios e todos os aspectos e temas condescendidos por todos os municípios integrantes. (MS, 1997) 12

Elementos básicos essenciais ao Instrumento Consorcial:

- Objeto;
- Duração;
- Sede e foro;
- Obrigação dos consorciados;

---

<sup>12</sup> O consórcio e a gestão municipal em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 32p. Edição eletrônica Sergio Lima Ferreira.

- Atribuições e poder do consórcio;
- Admissão e exclusão de consorciados;
- Sanções por inadimplência;
- Alocação de recursos
- Prestação de contas;
- Observância das normas do SUS (municipal estadual e federal);
- Controle social;
- Definição da necessidade ou não de criação de pessoa jurídica de direito privado para gerenciar o consórcio.
- Submissão às normas de direito público (licitação, seleção pública, etc.), se houver pessoa jurídica.

Os consórcios intermunicipais de saúde possui autonomia de município e devem estar geograficamente próximos; Integrados para gerir em conjunto os serviços especializados na área da saúde, com o objetivo de melhorar o atendimento e oferecer serviço igualitário a todos os associados, como previsto no artigo 241 da CF/88; Bem como a Lei federal 11.107 de abril de 2005, que preveem a formação dos consórcios para a melhoria de serviços públicos. Previstos e autorizados pela Lei Orgânica da Saúde. (MS, 1997).

O CIS tem característica de pessoa jurídica, assumindo uma das formas prevista do Código Civil, formando uma administradora que será uma sociedade civil sem fins lucrativos, de direito privado, porem instituída e mantida por entes públicos. Devendo constar na Lei originada que é uma sociedade civil de utilidade pública. (MS, 1997.)

O próximo passo é a aprovação do estatuto do consórcio em assembleia geral dos municípios, o registro no cartório competente, tornando-o pessoa jurídica com registro de nascimento, o qual deve ser dissolvido em cartório ao fim do consórcio; as negociações desta sociedade será entre os gestores municipais na Comissão Intergestores Bipartite.

É indispensável à perfeita conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, garantindo a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade e avalizando os direitos constitucionais da população.

As características fundamentais norteadoras do funcionamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde são: Ele é um instrumento de descentralização de políticas públicas; viabiliza a operacionalização das ações das políticas municipais e regionais; ele promove a integração dos diferentes municípios com realidades semelhantes, respeitando suas peculiaridades; é suprapartidário unindo pessoas com diferentes ideologias e partidos em busca de um interesse comum a atenção à saúde assim como entusiasma outros gestores municipais a pesquisar estratégias para solucionar dificuldades da mesma natureza; É uma organização sem fins lucrativos que visa interesse e benefício público da coletividade. (MS, 1997).

A dificuldade de acesso à saúde no Brasil e a desigualdade é fato confirmado por vários estudos, sobre desigualdade e políticas redistributivas no âmbito nacional como os destacados em tese sobre Política Redistributiva<sup>13</sup>: VELLOSO, 1991; SANTOS, 1997 e TROJBICZ, 211 e outro; assim como pela observação do cotidiano da sociedade, a mídia registra acontecimentos de verdadeiro desrespeito humano na atenção à saúde da população, a dificuldade de acesso ao atendimento de saúde por todo país é verdadeiramente inconstitucional, fere o direito do cidadão, garantido pela Constituição de 1988, “A saúde é direito de todos e dever do Estado”.

Na procura de solução para este grave problema indaga caminhos e estratégicos que possam diminuir a dificuldade em enfrentar este desafio; existem algumas contribuições com estudos que apresentam o Consórcio Intermunicipal de Saúde, como a construção de novas estratégias que possa auxiliar na diminuição deste problema como os citados na tese Políticas Redistributiva, são eles: (ÀVILA, 2011; CALDAS, 2008; KLINK, 2001 E 2009), estudos sobre consórcio na construção de novos territórios; e (DIEGUEZ, 2011; LÉPORE, BRESCIANI E KLINK, 2007; STRELEC, 2011), indicando o consórcio na construção de novas instituições.

Em artigo de Luiz Paulo Bresciani, professor do Programa de Pós-graduação da Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS. 2002. Apresenta na sua conclusão de estudo sobre a reconstrução Institucional do Consórcio do ABS. BRESCIANI 2002:

---

<sup>13</sup> Biblioteca digital FGV – Tese de Patrícia Laczynski de Souza- Política Redistributiva e a Redução das Desigualdades: A Contribuição Potencial dos Consórcios Intermunicipais –, 2012.

A integração de municípios de uma mesma região tem a finalidade facilitadora por proximidade e interesse coletivo nos municípios circunvizinhos; neste caso a regionalização torna-se uma importante ferramenta estratégica; verdade esta que é apresentada por estudos e pesquisas, como pode ser constatada na colocação de RIBEIRO (2004, p. 197): "... a regionalização é um instrumento de fronteiras na busca de implementação de ações analítica, política econômica e social". RIBEIRO (2004, p. 197).

A dificuldade do SUS em oferecer atenção à saúde necessária à população é visível e motivo de estudos, pesquisas no meio acadêmico, como dito anteriormente, é uma realidade preocupante para os governantes e mesmo com todos os programas e projetos criados pelo MS não são suficiente para enfrentar este desafio, circunstância que pode ser confirmada com a pesquisa exibida pelo IPEA, em documento lançado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada em 2009, Brasil em Desenvolvimento: Estado, Planejamento e Políticas Públicas, este documento exhibe estudos sobre as dimensões da proteção social e da geração de oportunidades, revela a declaração que confirma a dificuldade do MS saúde de solucionar o problema de atenção à saúde no país, o autor finaliza o texto que diz respeito especificamente às ações do MS, que apresenta as realizações no eixo de Inovações em Saúde, como estratégias na busca de solucionar os problemas da saúde com seguinte declaração: "A despeito dessas conquistas, aponta-se que a conformação das redes de atenção à saúde e a superação da fragmentação das ações em direção à modelo de atenção capaz de garantir o acesso e atender às necessidades de saúde da população persistem como desafios não superados". (IPEA, 2009, p.79), O texto ainda indica que para enfrenta-lo é necessário além de mais recursos, expandir ações e a implementação efetiva das propostas colocadas no programa Mais Saúde lançado pelo Ministério da Saúde em 2007.

Existe linha de gestão que indica o CIS como caminho para gestão da saúde municipal, assim como foi colocado na ultima Conferencia Nacional de Saúde em 2012, o relatório oficial estimula o agrupamento dos municípios circunvizinhos na formação do CIS para atendimento de necessidades mais complexas. Da mesma forma o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde entende que os Consórcios são relevantes como instrumento de cooperação no desenvolvimento da



implantação do SUS, ampliando e garantindo o acesso integral ao usuário. (CONASEMS, 2012).

O CIS é reconhecido como instrumento de gestão no relatório do IBGE, na afirmativa apresentada no relatório de Indicadores Sociais de 2011, “O efetivo uso dos consórcios públicos e da gestão associada de serviços pode ser instrumento poderoso para o enfrentamento da agenda federativa, em especial a agenda dos municípios e do desenvolvimento regional”. IBGE Articulações Interinstitucionais. 2011.

### **4.3 Dados Estatísticos do CIS no Brasil.**

Para apresentar estes dados às informações foram retiradas do MUNIC 2011, órgão do IBGE, Pesquisa de Informações Básicas Municipais que efetua, periodicamente, um levantamento pormenorizado de informações sobre a estrutura, a dinâmica e o funcionamento das instituições públicas municipais, compreendendo varias políticas e setores que envolvem o governo municipal e a municipalidade; Trabalho este efetuado deste do ano de 1999, sendo o mais recente do ano de 2011, com os dados estatísticos e cadastrais que compõem sua base de informação como um conjunto relevante de indicadores de avaliação e monitoramento do quadro institucional e administrativo das cidades brasileiras, mostrando clara e objetivamente a oferta e a qualidade dos serviços públicos locais, assim como a competência dos gestores locais em atender às necessidades da população.

Os dados aqui informados tem a aspiração de elucidar o CIS como estratégica relevante de gestão local.

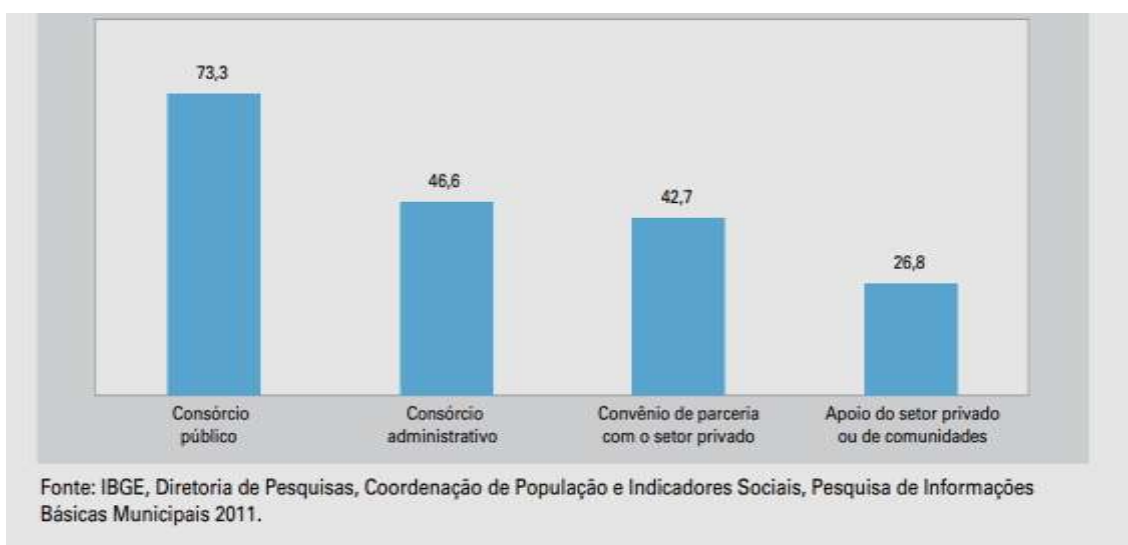
Neste relatório aqui brevemente descrito, pode se observar algumas das diferenças regionais e de estratégia de gestão.

Os dados apresentam as Regiões Sul e Sudeste com o maior número de municípios consorciados, sendo 93,7% e 86,4% respectivamente, que participam do consórcio público, representando um valor acima da média nacional.

Este número evidencia a aplicação de consórcio como estratégia de política pública de gestão local. O MUNIC 201114 apresenta no seu resultado que 4497 municípios, que representa 80,8% do total dos municípios brasileiros participavam de algum tipo de articulação interinstitucional; sendo que destes 4175 são municípios consorciados, o que representam 92,8% das articulações, correspondendo a 75,0% do total de municípios do país, sendo que deste total 42,7% contam com a participação do setor privado e 26,8% com o apoio do setor privado e ou da comunidade do total de articulados interinstitucional. O que pode ser observado no gráfico abaixo:

### GRÁFICO- 1:

#### Proporção do tipo de articulação utilizada pelos municípios -2011



A grande porcentagem de Consórcios Público representada no gráfico acima pode confirmar a grande aplicação da estratégia de cooperação.

Instituídos na CF/88 os consórcios foram estimulados com as políticas de descentralização e diante de dificuldades pela fragilidade institucional, depois de reivindicações, em 2005 foi consolidado na Lei nº 11.107, com estrutura legal o

<sup>14</sup> MUNIC 2011 – Questionário Básico da Pesquisa de Informações Básicas Municipais - do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas- IBGE.

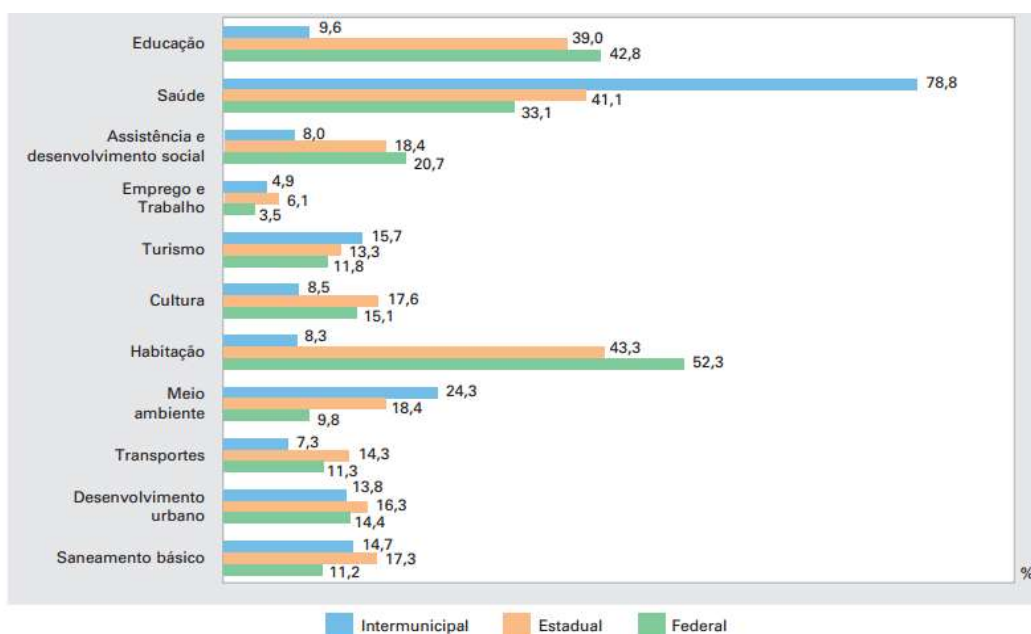
Consórcio Intermunicipal tornou-se figura estratégica na viabilização de ações cooperativas entre entes federados, sendo capaz de potencializar o setor público na execução de políticas públicas oferecendo infraestrutura para o desenvolvimento socioeconômico e a garantia dos direitos sociais. MUNIC, 2011.

Dos municípios participantes de alguma articulação, 2903 são os participantes de Consórcio Público Intermunicipal, o relatório chama atenção para o número de consórcios intermunicipal da área da saúde, com um total de 78,8% dos consórcios.

Este gráfico exibido a seguir, vem confirmar a grande aplicação de consórcio intermunicipal como estratégia de gestão local para enfrentar os desafios em oferecer a população os serviços públicos necessários, e de direito constitucional.

## GRÁFICO- 2:

### Percentual de municípios com consórcio intermunicipal, com o estado e com a União, segundo a área de atuação- 2011.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2011.

O percentual de municípios participantes de consórcios públicos e ou administrativos por área de atuação, são no total, 11 políticas públicas que utilizam a organização dos consórcios, as que mais se destacam nesta utilização são: saúde, educação e habitação, seguidas por assistência e desenvolvimento social, meio ambiente, saneamento básico, desenvolvimento urbano, turismo, transporte, cultura, emprego e trabalho; o que pode ser confirmado no gráfico dois do MUNIC 2011 do IBGE.

O total de municípios no Brasil em 2011 era de 5.565, deste total, 2.903 participam de consórcio público municipal, destes 2.288 são da área da saúde.

Sendo o maior número de municípios 651, representados pelos municípios considerados de pequeno porte de até 5000 habitantes.

Com uma representação regional na área da saúde da seguinte forma: Total de municípios participantes de Consórcio Intermunicipal de Saúde por região:

O norte com 449 municípios no total e apenas com 25 deles consorciados, destes municípios nove deles, que equivale a maior parte, apresentam a característica de médios para grande porte, que corresponde a 20.001 até 50.000 de habitantes.

O Nordeste com total de 1794 municípios, onde 312 destes possuem consórcio de saúde, deste total, 99 municípios consorciados são considerados de médio porte, correspondendo a 10.001 a 20.000.

O Sudeste tem 1668 municípios, 974 destes consorciados, sendo os pequenos municípios com o maior número de consórcio que são 264 no total. Os pequenos municípios são os que têm até 5000 habitantes.

NO Sul são 1188 municípios com 865 consorciados, igualmente ao sudeste os pequenos municípios representam a maioria dos consórcios municipais com um total de 311 consorciados.

E por fim a região Centro-Oeste com 466 municípios para 112 consorciados, destes 34 participam de consórcio da saúde, classificados como pequenos e médios municípios, com 10.001 a 20.000 habitantes. Dados do MUNIC, 2011.

O MUNIC é uma excelente ferramenta para de ter uma visão ampla das políticas públicas em desenvolvimento no país assim como um avaliador do perfil do

desenvolvimento humano nas regiões, a apresentação destas informações não seria possível sem as pesquisas por ele realizado.

Por ser este um trabalho de pesquisa qualitativa bibliografia é necessário à utilização de informações de dados coletados por entidades responsáveis e de confiabilidade, o que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística assim o é.

#### **4. 4. Consórcios em funcionamento no Brasil.**

Os Consórcios entre entes federados ganharam destaque na década de 80 com a política de descentralização, tendo a Constituição de 88, como impulsionadora, porém só ganhou efetiva estrutura legal na Lei nº 11.107 em 2005, efetivando o consórcio público como importante instrumento de cooperação técnica e financeira entre municípios de uma determinada região, podendo servir para a articulação de ativos e viabilizar a colaboração em projetos de alcance regional, obras e ações destinadas a promover o desenvolvimento dos entes consorciados. IBGE, (2011).

O relatório de Indicadores Sociais do IBGE de 2011<sup>15</sup> apresenta as Regiões Sul e Sudeste com o maior número de municípios consorciados, sendo 93,7% e 86,4% respectivamente, que participam do consórcio público, representando um valor acima da média nacional.

Este número evidencia a aplicação de consórcio como estratégia de política pública de gestão local, o gráfico a baixo apresenta o percentual de municípios participantes de consórcios públicos e ou administrativos por área de atuação, são onze políticas públicas que utilizam a organização dos consórcios, as que mais se destacam nesta utilização são: saúde, educação e habitação, seguidas por assistência e desenvolvimento social, meio ambiente, saneamento básico, desenvolvimento urbano, turismo, transporte, cultura, emprego e trabalho. Informações do IBGE.

---

<sup>15</sup> O primeiro ano em que os consórcios foram pesquisados de acordo com sua constituição, Articulações interinstitucionais - IBGE, 2011 p. 43.

## 5. ANÁLISE DOS DADOS

Tendo em vista o fato de esta pesquisa tem a característica de abordagem qualitativa e bibliográfica, por apresentar através de conclusão de estudos coletados no âmbito acadêmico sobre o desempenho CIS como política pública de atenção à saúde, está parte do trabalho irá apresentar as conclusões de artigos acadêmicos, com o anseio de justificar o CIS como uma política pública de estratégia favorável aos gestores municipais na busca por melhor desempenho de sua função, que é aplicar de maneira eficaz os recursos da sociedade oferecendo serviços públicos indispensáveis com a qualidade e a peculiaridade necessária ao seu município.

Os dados até aqui apresentados ecoa o CIS como uma ferramenta eficaz dentro da política pública de saúde, ao demonstrar ser praticada utilizada em grande parte dos municípios brasileiros e por ter a sua aplicação nas regiões de maior desenvolvimento; embora possam ver a seguir que, está longe da perfeição, mas que se aplicado de maneira adequada, seguindo todos os pormenores e as normas estabelecidas nas Leis pertinentes, sendo viável à melhora da prestação do serviço público.

É importante salientar que qualquer ação política depende de seus gestores o planejamento, implantação, avaliação e manutenção, passos essenciais à Administração Pública, características efetivas de um Gestor.

A dificuldade em resolver o problema da saúde é algo comum aos municípios brasileiro, basta observar a mídia, são raras as vezes que esta ao falar da saúde, não apresenta uma reportagem mostrando a situação da saúde pelo país e com as mesmas distinções, as grandes filas e mau atendimento, a falta de estrutura em fim todos os problemas possíveis em grande parte do país.

Diante desta realidade alguns estudos apresentam o CIS como alternativa para trabalhar na solução deste grave problema assim como afirmado em citação apresentada no artigo da Revista eletrônica 'Lato Sensu', a colocação do autor Soares, 2000, p. 01.

“O Consórcio Intermunicipal de Saúde surge como uma alternativa importante para o estabelecimento de um atendimento médico de qualidade no Brasil, principalmente por aproveitar os equipamentos e o material humano existente no sistema de saúde de maneira mais racional e adequada, constituindo-se uma evolução importante nesta área”. SOARES, (2000, p.01).

## **5.1 Amostras de estudos do CIS em funcionamento no Brasil**

A apresentação das principais análises será aqui exibida na íntegra, com o intuito de garantir assim a veracidade da pesquisa citada.

1º Consórcio de Minas Gerais –

Conclusão do Artigo – Perfil dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais – CONSECS- MG – Governo de Minas- 2006/2007.

O Livro é o resultado de pesquisa realizado pelo Colegiado dos Consórcios de Secretários Executivos do Estado de Minas Gerais em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

2º Consórcio Público Intermunicipal de Saúde – Londrina Paraná.

Consórcio Intermunicipal de Saúde e a assistência Médica Especializada. (2000). Tese de Mestrado por Luiz Cordini Junior. Apresentado a Universidade Estadual de Londrina – Paraná.

3º Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Região de Penápolis – CISA.

Artigo Consórcio de Saúde; Estudo de caso Exitoso- NEVES e RIBEIRO (2007), apresentado a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, rio de Janeiro, Brasil.

### 5.1.1 CIS- Minas Gerais

#### Perfil dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais

#### Considerações finais do autor.

Gerais, sendo, inequivocamente, os principais instrumentos de gestão para os municípios de menor porte. Embora ainda careçam de melhor estruturação, seja quanto à capacitação de recursos humanos, seja quanto às questões de natureza administrativa (contratação de serviços e de pessoal, áreas físicas e organização interna), são determinantes para suprir – ao menos em parte – a demanda por serviços de saúde nesses municípios. É importante que se observe que foi formada, através dos consórcios, uma rede intermunicipal de serviços de saúde, rede essa que merece ser objeto de especial atenção por parte dos outros níveis de gestão do SUS, sobretudo num momento em que os conceitos de microrregionalização e de redes assistenciais vêm se consolidando como meios de efetivação das políticas públicas. Daí a importância de que os conceitos e regramentos constantes do PDR (Plano Diretor de Regionalização) sejam observados pelos consórcios e, num caminho inverso, sejam considerados pela gestão estadual os aspectos técnicos que levaram o consórcio à sua atual conformação regional. Resguardadas as peculiaridades regionais, infere-se de forma bastante clara que os CIS possuem uma organização bastante similar, com estruturas administrativas enxutas e voltadas para a assistência, em especial na chamada média complexidade. Os recursos hoje destinados aos consórcios pelos municípios e os atendimentos em saúde disponíveis devem fazer parte dos bancos de dados dos outros níveis da gestão do sistema, tornando mais fidedignas as informações sobre a rede estadual de saúde. Um trabalho dessa natureza não é um fim em si mesmo, mas sim um meio para ser utilizado por aqueles a quem compete formular e gerir políticas públicas. A efetiva inserção dos consórcios à rede estadual de saúde é o que se espera a partir do que aqui está disposto, e é inegável o papel que a gestão estadual tem a desempenhar nesse sentido; papel esse já iniciado em 2.003 com a implantação do Programa de Fortalecimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.



### **5.1.2 CIS – Paraná**

#### Conclusão do estudo do Consórcio de Paraná Londrina:

Em síntese, os consórcios promovem a organização e a ampliação da assistência médica especializada oferecida à população paranaense e, mesmo com as dificuldades apontadas, o Consórcio Intermunicipal de Saúde é uma estratégia em construção que tende a se efetivar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Sua implantação é um dos caminhos viáveis para potencializar a assistência médica especializada, mas eles precisam ser vistos como um instrumento de gestão 130 de serviços de saúde que deva ser utilizado com critérios, planejamento e com um adequado sistema de referência e contra-referência. Por um lado, a grande adesão dos dirigentes dos consórcios à realização desta pesquisa e suas expectativas pelos resultados pode indicar que eles estão abertos para avaliações e esperam a colaboração da pesquisa científica para apontar caminhos que possam desencadear processos de superação das dificuldades encontradas por eles. Por outro lado, como uma parte da pesquisa foi realizada com questionários respondidos pelos próprios dirigentes existe a possibilidade de alguma informação não corresponder totalmente com a realidade, embora se tomasse o cuidado de utilizar também os relatórios do Conselho Estadual de Saúde para evitar possíveis distorções.

### **5.1.3 CIS- Penápolis/São Paulo**

Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Região de Consórcio de  
Penápolis:

Considerações finais do autor.

Verificamos no estudo 36 que os consórcios intermunicipais de saúde mantêm forte vínculo com a estratégia de regionalização da saúde no Brasil. É adequado ao processo de reforma administrativa do setor, buscando maior eficiência, racionalidade e qualidade na oferta de serviços à população. Seu aspecto inovador, como no CISA, tornou-se modelar para outras regiões que buscam, nesse tipo de estrutura, ampliar o escopo de políticas necessárias ao atendimento de suas demandas. O processo de descentralização em direção aos municípios e a necessidade da construção de modelos regionais de atenção, que pudessem atender a essas demandas, colocaram os consórcios intermunicipais de saúde como uma possibilidade concreta de regionalização.

Nesse ambiente, os consórcios encontraram condições favoráveis para se desenvolverem, sobretudo para sanar déficits do processo de regionalização na atenção à média complexidade, na oferta de consultas médicas de especialidades e em diagnose e terapia. O CISA Penápolis é exemplar por se sustentar há mais de 18 anos, continuar ampliando sua oferta e possuir uma boa avaliação dos municípios participantes. Ao mesmo tempo em que buscou uma reestruturação da oferta centrada na ampliação de consultas de especialidades e diagnose em média complexidade, houve a preocupação com a formação de uma rede mínima para assistência básica em cada município, inclusive Penápolis. Chama a atenção, desde a sua formação, a inexistência de um espaço destinado à discussão e decisões por parte dos dirigentes municipais de saúde. Também existe a peculiaridade do conselho fiscal ser de representantes das Câmaras Municipais de Vereadores, órgão já definido para a fiscalização do executivo, na separação dos poderes. Entretanto, carece o CISA da participação de representantes de associações locais, embora genericamente prevista em seu estatuto e regimento interno, mas sem um mecanismo formal de participação dos diversos Conselhos Municipais de Saúde existentes. Ficou evidenciado no estudo que o CISA manteve ao longo do tempo sua capacidade operacional, com

ganho em escala para os seus participantes. Ampliou sua oferta em especialidades e diagnose, e seu espectro de ação com a instituição de diversos outros serviços.

## **6. METODOLOGIA DO ESTUDO**

Este trabalho foi desenvolvido através de abordagem qualitativa e descritiva, por meio de construção de pesquisa revisão bibliografia e literária sobre o tema. Com uma abordagem qualitativa pretendem mostrar através de resultados de outros

estudos a avaliação do CIS dentro do Sistema Único de Saúde, os resultados alcançados e seu desempenho na melhora da atenção à saúde, colaborando com uma melhor qualidade de vida da população.

O trabalho foi desenvolvido com pesquisas online em sites oficiais, como IBGE, Portal da Saúde e bibliotecas de renome no país, como FGV e a Polis, assim como em artigos e teses apresentadas no site da Scientific Electronic Library Online - Scielo.

Para a realização deste trabalho foi necessário à observação de estudos e conceito sobre pesquisas científica, o tipo de pesquisa utilizado neste trabalho é configurado como abordagem qualitativa, que o conceito segundo o autor Chizzotti (2006);

“O termo qualitativo implica um compartilhamento com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa, para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis a uma atenção sensível”. CHIZZOTTI (2006).

Sendo o propósito de este trabalho compreender a importância do CIS na melhora do atendimento público de saúde nos municípios de pequeno e médio porte, é o que justifica a escolha deste tipo de pesquisa para realização deste trabalho, no enfoque de Patton (1986).

“A principal característica das pesquisas qualitativas é o fato de que estas seguem a tradição ‘compreensiva’ ou ‘interpretativa’”. PATTON (1986).<sup>16</sup>

Outra abordagem de pesquisa utilizada ao desenvolver este trabalho foi à descritiva, que teve o propósito de exibir parte da realidade da saúde pública brasileira, (uma visão nada adequada aos direitos constitucionais). O conceito de pesquisa descritiva segundo Rudio (1978 pg. 55) expressa sua característica.

“procura conhecer e interpretar a realidade, sem nela interferir ou modificá-la.”

Assim, a pesquisa descritiva objetiva conhecer a natureza de um fenômeno, “sua composição e os processos que o constituem ou nele se realizam.” Os dados coletados neste tipo de pesquisa são “analisados e interpretados e podem ser

---

<sup>16</sup> Citado em - Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Por. Maria Cezara Fantini Nogueira –Scielo on line.

qualitativos, utilizando-se palavras para descrever um fenômeno, como por exemplo, num estudo de caso (...)” RUDIO, 1978 pg.55.

Como citado anteriormente, a base deste trabalho é a pesquisa bibliográfica, que é o levantamento e estudo de publicações pertinentes sobre o assunto em livro, revista da área e sites oficiais e confiáveis da internet. O que confirmado no conceito de pesquisa bibliográfica, segundo Gil, (2010):

“a pesquisa bibliográfica é elaborada com base em material já publicado com o objetivo de analisar posições diversas em relação a determinado assunto” GIL, 2010.

O objeto de estudo deste trabalho foi apresentar o Consórcio Intermunicipal de Saúde, com uma política pública relevante na melhora do atendimento na saúde pública brasileira. Foi apresentado no decorrer do trabalho conceitos conexo ao assunto, assim como Secretárias e Instituições da área da saúde, com o intuito de estabelecer o CIS e exibir sua importância.

E para autenticar o trabalho foram exibido conclusões de estudos de casos sobre a eficácia dos CIS em funcionamento; Os estudos expostos foram retirados de artigos científicos.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho teve como tema a relevância do Consórcio Intermunicipal de Saúde, na melhora da atenção à saúde, com destaque nos pequenos e médios municípios; Com o objetivo de elucidar o CIS como expediente de gestão local em busca de oferecer um atendimento eficaz e de qualidade a população.

Para tanto foi necessário copilar a estrutura do Sistema de Saúde Brasileiro, do SUS do próprio CIS, para sinalizar sua atuação. Assim como destaca-lo quanto uma Política Pública de responsabilidade da gestão local.

Conforme visto na pesquisa a Política de Saúde no país tem uma trajetória de desafios, a saúde não esteve à frente das preocupações dos governantes, estando em foco apenas em momentos de crises, o que ocorre com frequência.

Neste trabalho foi possível observar que após a descentralização e a criação do SUS, a responsabilidade na prestação do serviço de saúde incidiu sobre municípios, e estes encontram dificuldades em oferecer um serviço de qualidade, por falta de recursos para uma estrutura adequada, equipamentos, material e profissionais necessários na prestação do serviço de saúde de qualidade. Esta dificuldade se destaca principalmente nos municípios de pequeno e médio porte, o que evidencia uma desigualdade regional no atendimento à saúde.

Através desta pesquisa foi possível observar que a utilização do CIS como uma estratégia de política pública local contribui para a melhora no atendimento da saúde pública. Sendo o CIS uma união entre municípios de uma mesma região empenhados em oferecer um serviço de saúde de qualidade aos munícipes; através desta união há a soma dos recursos concentrados numa única instituição, que representa a soma dos fundos dos municípios participantes numa única estrutura, onde ao invés de terem pequenas instalações com estruturas precárias em cada município, terá uma instalação adequada centralizada de fácil acesso aos usuários e aos profissionais; resultando em uma estrutura adequada, com equipamentos e matérias compatíveis e profissionais necessários a um atendimento eficiente eficaz e com qualidade. Observação esta confirmada no estudo feito por Luciana Teixeira que afirma:

“O consórcio é a união de dois ou mais entes federativos (União, Estados e Municípios), e constitui um instrumento para a superação de desafios locais, podendo contemplar a ampliação e o ordenamento da oferta de serviços, bem como a sua compra, a flexibilização da remuneração de profissionais com pagamento de incentivos e a otimização dos recursos regionais disponíveis, para qualificar o acesso e os serviços, ampliando a resolubilidade da rede de saúde”. (TEIXEIRA et al, 2002).

O CIS é uma política pública de saúde a muito debatida em âmbito de política setorial, revista para outros setores assim como: ciência tecnologia e saneamento, constituindo ideias de projeto governamental. Vem se destacando dentro da comunidade acadêmica tendo sido constantemente tema de estudo, como uma política pública, na avaliação de resultado do impacto e no mecanismo de implantação. O que se confirma em citações como a de NICOLETTO, 2005.

“Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) apresentam-se como uma importante estratégia, implementada no âmbito do SUS, para o desenvolvimento da atenção à saúde, sendo considerado um importante mecanismo de regionalização da oferta pública de serviços”. (NICOLETTO et al, 2005).

A Lei n. 11.107 de abril de 2005, eleva a discussão e realça a importância dos consórcios como estratégia de gestão local, destacando-o como uma dissolução em gestão pública regional.

O CIS está inserido no contexto de Políticas Públicas, de ações governamentais com a finalidade de proporcionar a sociedade qualidade de vida e desenvolvimento humano, condições que sem saúde é impossível alcançar. Uma comunidade saudável traz desenvolvimento ao município e conseqüentemente ao país, o investimento adequado na saúde e na educação contribui para a economia e para o desenvolvimento da nacional.

## 8. REFERÊNCIAS

DURÃO, Pedro. **Convênios & Consórcios Públicos - Gestão, Teoria e Prática - Atualizado Com Destaque ao Chamamento público**. Curitiba: Ed. Juruá. 2012 328 p.

TEIXEIRA, S. Lucina. **Ensaio sobre Consórcio Intermunicipal de Saúde financiamento, comportamentos estratégico, incentivos e economia política**. Brasília: Ed. Edições da Câmara. 2007,128 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL. **Gasta menos com saúde que a média mundial**. Revista Exame. 2013, Disponível:< <http://info.abril.com.br>> - acessado em 07 jun. 2013.

Instituto brasileiro de geografia e estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares**, 2010. Disponível em:< [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)> – acessado em 07 jun. 2013.

BRASIL. **Consolidação da Lei de Consórcio Público** – Artigo 241 de Julho/2010. Disponível: [http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988\\_13.07.2010/art\\_241\\_.shtm](http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_13.07.2010/art_241_.shtm)> - acessado em 05 de Setembro de 2013.

POLIGNANO, Marcus. **Historia das Políticas de Saúde no Brasil-Uma pequena revisão**, 2005. Acessado em 22/09/2013 - [www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226](http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226)

**Portal da saúde- SUS- MS**. Disponível:

<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.html> ,acessado em Agosto de 2013

Rede de conselhos de medicina. Cfm - **Analisa relatório e mostra preocupação com subfinanciamento da saúde no país**. <<http://www.crm-pb.org.br/index>>. Acessado em 05 /09/ 2013.

SCIELO - Electronic Library- **Desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil**.<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n2/08.pdf>>-acessado em 05 de Setembro de 2013.



PAIM, Nilson. **Conselho Nacional de Secretária de Saúde. O Futuro do SUS.**  
<<http://www.conasems.org.br/index>. Acessado em 06 de Setembro de 2013.

COSTA, SALAZAR e SANTOS. **Percepção de Gestores de Saúde Sobre as Mudanças no SUS.** 2006. [www.ccs.ufpb.br/gepaie/lib/exe/fetch.php](http://www.ccs.ufpb.br/gepaie/lib/exe/fetch.php)  
Acessado em 09/09/2013.

POSSAS Cristina. **A Saúde e trabalho- A crise da previdência social.** RJ – Graal, 1981, p. 324. <http://www.cienciaecultura.ufba.br/agenciadenoticias/noticias/voce-conhece-o-sus/>  
Acessado em 20/09/2013.

SUS na Seguridade Social, **14ª Conferencia Nacional de Saúde – 2011.**  
[http://conselho.saude.gov.br/14cns/doc\\_orientador.html](http://conselho.saude.gov.br/14cns/doc_orientador.html)  
Acessado em 18/09/2013.

FALEIROS, SILVA, VASCONCELLOS E SILVEIRA. MS- Livro- **A Construção do SUS- Historia da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.** Brasília 2006  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao\\_do\\_SUS\\_2006.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf)  
Acessado em 10/11/2013.

Planalto do Governo- Lei 8.080.  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)  
Acessado em 6/09/2013.

DENASUS – MS- **Manual de Auditoria na Gestão dos Recursos Financeiros do SUS.** [http://sna.saude.gov.br/download/Manual% 20Recurso%20%20Financeiro\\_2004-jul.pdf](http://sna.saude.gov.br/download/Manual%20Recurso%20%20Financeiro_2004-jul.pdf)  
Acessado em 26/11/2013.

MS- Cadernos HumanizaSUS. Vol. 1 – **Formação e intervenção.**  
[http://www.slideshare.net/jotaluiz/cadernos-humaniza-sus?from\\_search=4](http://www.slideshare.net/jotaluiz/cadernos-humaniza-sus?from_search=4)  
Acessado em 24/10/2013.

MS- Cartilha- **O SUS de A a Z. 3 ed. Brasília 2009.**  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus\\_3edicao\\_completo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sus_3edicao_completo.pdf)  
Acessado em 25/10/2013.

TEIXEIRA, Carmen. **A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços.** Scielo Books 2006.  
<http://books.scielo.org/id/f7/pdf/teixeira-9788523209209-03.pdf>  
Acessado em 29/09/2013.

MS. Cartilha – **Para Entender a Gestão do SUS. CONASS, 2003**  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf)  
Acessado em 02/10/2013.

**FUNDAÇÃO GETULHO VARGAS-** Biblioteca digital.  
<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace>

**MS- Direito Sanitário e Saúde Pública**, vol. 2. Brasília 2003.  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito\\_sanitarioVol2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_sanitarioVol2.pdf)  
Acessado em 4/09/2013

**MS- Pacto pela Saúde- Possibilidade ou realidade?** –Passo Fundo IFIBE/CEAP, 2009.  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Pacto\\_pela\\_saude\\_possib\\_realidade\\_2ed.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Pacto_pela_saude_possib_realidade_2ed.pdf)  
Acessado em 27/09/2013.

**MS- Artigo 198.**  
<http://portal.mp.sc.gov.br/portal/conteudo/>

NETO, CUTAIT E TERRA. MS- **Saúde & Cidadania. Um pouco de História.**  
[http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala\\_de\\_leitura/saude\\_e\\_cidadania/extras/notas.html](http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/extras/notas.html)

MENDES, Eugênio. **As Redes de Atenção à Saúde.** CONASS, Brasília, 2011.  
NO BRASIL 28  
<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/ABRASCODIVULGA/2011/RASMendes.pdf>

MS. **O Voluntariado e os Objetivos do Milênio da ONU.**  
<http://www.objetivosdomilenio.org.br/parceiros/>

Presidência da República – **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio- Relatório Nacional de Acompanhamento.** 2007.  
[http://www.pnud.org.br/Docs/3\\_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf](http://www.pnud.org.br/Docs/3_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf)

**INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA.**  
[www.ibge.gov.br/home/geociencias/recursosnaturais/ids/ids2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/recursosnaturais/ids/ids2010.pdf)

VIANA, IBAÑEZ, ELIAS, et. **Novas Perspectivas para a Regionalização da Saúde. 2008.**  
[http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01\\_07.pdf](http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_07.pdf)

MS. **O consórcio e a gestão municipal em saúde-** Brasília 1998.  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_14.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_14.pdf)

MS- **Brasil em Desenvolvimento. Estado, Planejamento e Políticas Públicas.** IPEA, 2009.  
[http://www.ipea.gov.br/bd/pdf/Livro\\_BrasilDesenvEN\\_Vol04.pdf](http://www.ipea.gov.br/bd/pdf/Livro_BrasilDesenvEN_Vol04.pdf)

MS- **Direito Sanitário e Saúde Pública**. Vol.2. Brasília 2003.  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito\\_sanitarioVol2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_sanitarioVol2.pdf)

MANGUINHOS **História, Ciências, Saúde. Políticas, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953**.  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010459702003000300002&script=sci\\_arttext#back15](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010459702003000300002&script=sci_arttext#back15)

TRAVERSO, YÉPEZ. **A interface psicologia social e saúde: Perspectivas e Desafios**. 2001.  
<http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a07.pdf>

SILVA, Pamella. **O Movimento Sanitário**. 2008.  
<http://www.webartigos.com/artigos/o-movimento-sanitario-brasileiro/7591/>

AROUCA, Sergio. **SANITARISTA- Reforma Sanitária- Biblioteca virtual**  
<http://bvсарouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>

HARMUCH, Eliane. **Unicentro. Revista Eletrônica Lato Sensu. Política Pública de saúde: Consórcios Intermunicipais de Saúde**. 2006.  
[http://www.nesc.ufg.br/uploads/19/original\\_CIS\\_e\\_politicas\\_publicas.pdf](http://www.nesc.ufg.br/uploads/19/original_CIS_e_politicas_publicas.pdf)

Grzybovski, Denize- **Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e desafios** 2011-  
[www.scielo.br](http://www.scielo.br)

FANTINI, Maria Cezara., (2004) **Saúde e Sociedade -Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde**. –SciELO on line.

CARVALHO, Livia Pereira, **Análise de ferramentas, técnicas e metodologias utilizadas na gestão logística**. 2004  
[http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pivic/trabalhos/LIVIA\\_PE.PDF](http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/pivic/trabalhos/LIVIA_PE.PDF)

NICOLETTO, S. C. S. et al. **Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil**. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Vol 21, pag 29-38, 2005.

TEIXEIRA, L., MAC DOWELL, M.C. e BUGARIN, M. **Consórcios Intermunicipais de Saúde: Uma Análise à Luz dos Jogos**. Rio de Janeiro, Vol 57, pag 253-28, 2003.