

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

Luís Fernando Kranz¹, Roger dos Santos Rosa²

¹ *Universidade Federal do Rio Grande do Sul* - lufekranz@gmail.com

² *Universidade Federal do Rio Grande do Sul* - roger.rosa@bcb.gov.br

RESUMO

Consórcios Intermunicipais apresentam-se como estratégia de oferta pública de serviços ao unir municípios e desenvolver ações em saúde. O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Caí é composto por 23 municípios do Rio Grande do Sul e atua desde 2005. Pretende-se descrever o consumo médio anual de serviços de saúde dos municípios do consórcio, quantificar o valor despendido segundo tipo de serviço e comparar a produção de serviços do consórcio com a do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde no período 2008-2011. Exames absorvem o maior volume de recursos financeiros, seguidos pelas consultas, sessões de reabilitação e procedimentos. O acréscimo de serviços ofertados pelo consórcio, ao considerar a produção ambulatorial do Sistema Único de Saúde, é de 18,3%. O consórcio exerce importante função de incremento de serviços em saúde e as ações concentram-se principalmente no nível da média complexidade da assistência à saúde.

PALAVRAS-CHAVE

Consórcios de Saúde; Sistema Único de Saúde; Regionalização; Descentralização; Serviços de Saúde.

FEATURES OF INTERNATIONAL LITERATURE ON GOVERNMENT AUDITING

ABSTRACT

Intermunicipal consortia present themselves as public offering strategy of services to unite municipalities and develop health actions. The Intermunicipal Consortium of health Vale do Rio Caí is composed of 23 municipalities of Rio Grande do Sul and operates since 2005. It is intended to describe the average annual consumption of health services in the municipalities of the consortium, quantify the amount spent second type of service and compare the production of consortium services with the Outpatient Information System of the Unified Health System in the period 2008-2011. Exams absorb the bulk of financial resources, followed by consultations, rehabilitation sessions and procedures. The increase of services offered by the consortium, when considering the outpatient services of the Unified Health System, is 18.3%. The consortium has important health service increment function and actions are concentrated mainly on the level of complexity average of health care.

KEYWORDS

Health Consortia; Unified Health System; Regional Health Planning; Decentralization; Health Services.

INTRODUÇÃO

Muitos municípios brasileiros, principalmente os do interior do Brasil, apresentam dificuldades para concretizar o Sistema Único de Saúde (SUS) em sua plenitude conforme prevê a Constituição Federal e a Lei nº 8.080/90. Associações, na forma de consórcios, constituem uma das alternativas de gestão para oferecer serviços de saúde à população de seu território ao otimizar os recursos, atender às demandas e às singularidades locais, e aumentar a eficiência do gasto público.

Os consórcios intermunicipais não são novidade na história brasileira e já foram, inclusive, previstos em outras Cartas Constitucionais, como as de 1937 e 1967, com a possibilidade do agrupamento de municípios, dotado de personalidade jurídica, para exploração de serviços públicos em comum (NEVES e RIBEIRO, 2006). Depois de extintos por Emenda Constitucional (EC) em 1969, a matéria voltou a figurar na Constituição Federal de 1988 (art. 23, § único; art. 25, § 3º, art. 241 com redação da EC 19/98).

A Lei nº 11.107/2005, que disciplina a implantação e o funcionamento dos consórcios entre os entes federados, veio dar a sustentação legal que faltava para a cooperação interfederativa. O Decreto nº 6.017/2007 regulamentou a referida Lei estabelecendo que:

“Consórcio público é pessoa jurídica formada exclusivamente por entes da Federação [...] para estabelecer relações de cooperação federativa, constituída como associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos” (art. 2º, I).

Como pessoa jurídica de direito público, o consórcio pode ser autorizado a receber dos

municípios associados todas as atribuições relacionadas à gestão dos serviços públicos (planejamento, regulação, fiscalização e prestação dos serviços) (PEIXOTO, 2008). Já como pessoa jurídica de direito privado, o consórcio só poderá exercer funções executivas, como a prestação dos serviços públicos ou a execução de atividades ou serviços de apoio às administrações dos entes consorciados, não sendo possível lhe transferir as funções de planejamento, regulação e fiscalização dos serviços.

A formação de consórcios propicia que os interesses e disponibilidades de uma dada região sejam aprimorados pelo agrupamento de municípios próximos geograficamente. Dessa forma, a gestão associada de serviços de saúde se dá principalmente em virtude da necessidade de disponibilizar desde os níveis mais elementares até os mais complexos de atendimentos necessários ao bem-estar dos cidadãos (LIMA, 2000). E também por ser uma estratégia para superar a fragmentação da atenção com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

Este estudo aborda a descentralização das ações e serviços de saúde com ênfase nos Consórcios Intermunicipais. O objeto de investigação foi o Consórcio Intermunicipal do Vale do Rio Caí (CIS/CAÍ) – pessoa jurídica de direito público –, no estado do Rio Grande do Sul composto por municípios da região do Vale do Rio Caí em 2005. Conta atualmente com 23 municípios e abrange uma população de aproximadamente 210 mil habitantes.

A justificativa do estudo parte das dificuldades e esforços que os municípios desenvolvem para garantir ações e serviços em saúde em todos os

níveis de atenção e oferecer um atendimento integral de saúde aos seus usuários. Neste contexto, os consórcios apresentam a capacidade potencial de regular mercados, ofertar serviços que isoladamente não seriam possíveis, atender às demandas e às singularidades locais e aumentar a eficiência do gasto público. Os municípios da região do Vale do Rio Caí associaram-se na forma de um consórcio com o propósito de encontrar soluções para as dificuldades e atender às diretrizes e aos princípios do SUS. A análise dessa experiência poderá ser útil para outros consórcios e redes locais em outros territórios no país. A pesquisa pretende responder à pergunta: qual é a contribuição do CIS/CAÍ para a produção de serviços em saúde do SUS na média e na alta complexidade nos municípios que o integram?

Tem-se como objetivo geral verificar o alcance das ações desenvolvidas pelo CIS/CAÍ por meio da análise da produção de serviços de média e alta complexidade (consultas, exames, sessões de reabilitação e procedimentos) em relação à produção pelo SUS de mesma complexidade na região coberta pelo consórcio. O estudo pretende ainda descrever o consumo médio anual de serviços pelos municípios componentes do CIS/CAÍ e quantificar o valor despendido pelo CIS/CAÍ segundo os tipos de serviços, analisar a produção de serviços e compará-la com a de serviços ambulatoriais de média e alta complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) no período de 2008 a 2011.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal retrospectivo do tipo descritivo-exploratório com uma abordagem quantitativa.

Parcela dos dados foi coletada a partir de sistemas de informação de domínio público – como do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), da Fundação de Economia Estatística (FEE) do Rio Grande do Sul e do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

A produção de serviços anuais do Consórcio foi obtida junto ao sistema de informação do CIS/CAÍ, uma base de dados de caráter administrativo. O acesso aos dados consolidados do consórcio sobre a produção de serviços de saúde se deu mediante autorização por escrito do Diretor Executivo do CIS/CAÍ. Esses dados não identificavam ou individualizavam pessoas. Os dados foram sistematizados e organizados de forma que possibilitassem o exame e a comparação a partir de porcentagens, frequências e médias. A comparação da produção de serviços de média e alta complexidade do CIS/CAÍ com a do SIA-SUS se deu por meio de números absolutos – as ações de saúde não foram individualizadas para contabilização e comparação.

Os resultados apresentados na forma de tabelas e gráficos como médias anuais por tipo de serviço. A tabulação e o tratamento dos dados foram realizados em Excel® e as informações estão demonstradas em valores médios de uma série histórica de quatro anos – 2008-2011.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a média anual de consultas por especialidade mais realizadas pela população atendida pelo CIS/CAÍ. Entre as 45 especialidades de consultas cadastradas, as cinco primeiras correspondem a 62,0% do total de consultas e, em termos financeiros, a 58,2%. As duas primeiras posições são ocupadas por

atendimentos não médicos (Odontologia, seguido de Nutrição). A primeira especialidade médica é Obstetrícia e Ginecologia, seguida da Clínica Médica e da Psiquiatria. As consultas são o segundo tipo de serviço, após os exames, que mais consome recursos financeiros, com um montante anual médio de R\$ 593,3 mil.

A média anual de exames mais realizados pela população atendida pelo CIS/CAÍ apresenta apenas um exame de imagem entre os cinco primeiros enquanto os exames laboratoriais são os mais utilizados. Os cinco primeiros exames corresponderam a 25,1% do total e, em termos financeiros a 13,7%, ao considerar um universo de quase mil exames cadastrados. Isso se deve à maior quantidade de serviços oferecidos de menor custo individual dos exames mais acessados. Mamografia, por exemplo, que figura em terceiro lugar em termos quantitativos, representa 7,4% do custo total. Os exames são os responsáveis por consumir o maior volume de recursos, com um montante anual médio de R\$ 637,7 mil.

Na Tabela 2, são apresentadas as médias anuais das sessões de reabilitação (tratamentos seriados) mais realizadas pela população atendida pelo CIS/CAÍ. Psicologia se apresenta como a mais utilizada, e o conjunto das cinco mais executadas, entre 30 tipos de atendimentos cadastrados, atinge 91,6% do total e 86,6% em termos financeiros. Fisioterapia pode ser classificada em três formas de atendimento, e duas delas figuram entre as cinco primeiras. As sessões respondem por um dispêndio anual médio de R\$ 532,6 mil, situando-se em terceiro lugar entre os tipos de serviços disponibilizados pelo CIS/CAÍ, mas, em termos quantitativos, constituíram o serviço mais consumido.

Por fim, quatro dos cinco procedimentos com maior frequência estão ligados à área

odontológica. Eles foram responsáveis por apenas 7,0% do gasto total, mas responderam por 34,5% do quantitativo de procedimentos produzidos. Semelhantemente ao caso dos exames, os 5 procedimentos mais consumidos foram responsáveis por apenas 34,5% do total produzido. Contudo, ao levar em conta que são quase 1.500 procedimentos cadastrados, aquele número tem grande representatividade. Cabe destacar que, além dos procedimentos odontológicos, o grupo também abrange biópsia, curativo, punção de cisto de mama, parto cesariano, anestesia e tratamentos cirúrgicos entre outros. Os procedimentos tiveram em média um custo anual de R\$ 106,9 mil e foram o tipo de serviço menos utilizado pela população em relação aos demais grupos.

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

Tabela 1- Especialidades de Consultas mais realizadas e valor (médias anuais), CIS/CAÍ, RS, 2008-2011.

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

Tabela 2 - Sessões de reabilitação mais realizadas e valor (médias anuais), CIS/CAÍ, RS, 2008-2011.

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

Tabela 3 - Consultas (média anual) segundo municípios maiores demandantes CIS/CAÍ, RS, 2008-2011

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

Tabela 4 - Exames (média anual) segundo municípios maiores demandantes CIS/CAÍ, RS, 2008-2011

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

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

Os municípios que mais consumiram sessões de reabilitação no período analisado foram Montenegro, Brochier e Pareci Novo, respectivamente. Esses três municípios utilizaram 73,3% das sessões contratadas, e o município de Brochier foi o que consumiu mais sessões por habitante, com uma média de 1,23. Essa situação, contudo, não se repete ao analisar os quantitativos do total de municípios, quando a relação cai para 0,18 sessões por habitante.

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

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

consumo de 77,0% de todos os serviços abordados aqui.

O Gráfico 1 apresenta a evolução de consultas, exames, sessões de reabilitação e procedimentos do CIS/CAÍ em anos recentes. É possível verificar que os quatro tipos de serviços apresentam crescimento de produção. As sessões são os serviços mais procurados, seguidas dos exames, das consultas e dos procedimentos. Dentro da série histórica, a produção de exames apresentou um crescimento de 57,0%; as sessões, 56,7%; as consultas, 49,0%, e os procedimentos, 115,0%, mesmo depois de recuar sua produção no último ano.

A Tabela 7 apresenta a produção ambulatorial na média e alta complexidade do SUS por local de atendimento e do CIS/CAÍ por município. A tabela denota a importância da produção do CIS/CAÍ em relação à produção do SUS para cada município. Tabaiá, Pareci Novo, São José do Sul, Tupandi e Maratá, respectivamente, foram os municípios que tiveram os maiores incrementos percentuais de oferta de serviços pelo CIS/CAÍ sobre os disponibilizados pelo SUS nos níveis de complexidades analisados.

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

Tabela 5 - Sessões de reabilitação (média anual) segundo municípios maiores demandantes CIS/CAÍ, RS, 2008-2011

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

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

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

Gráfico 1- Crescimento da produção de serviços do CIS/CAÍ – 2008-2011

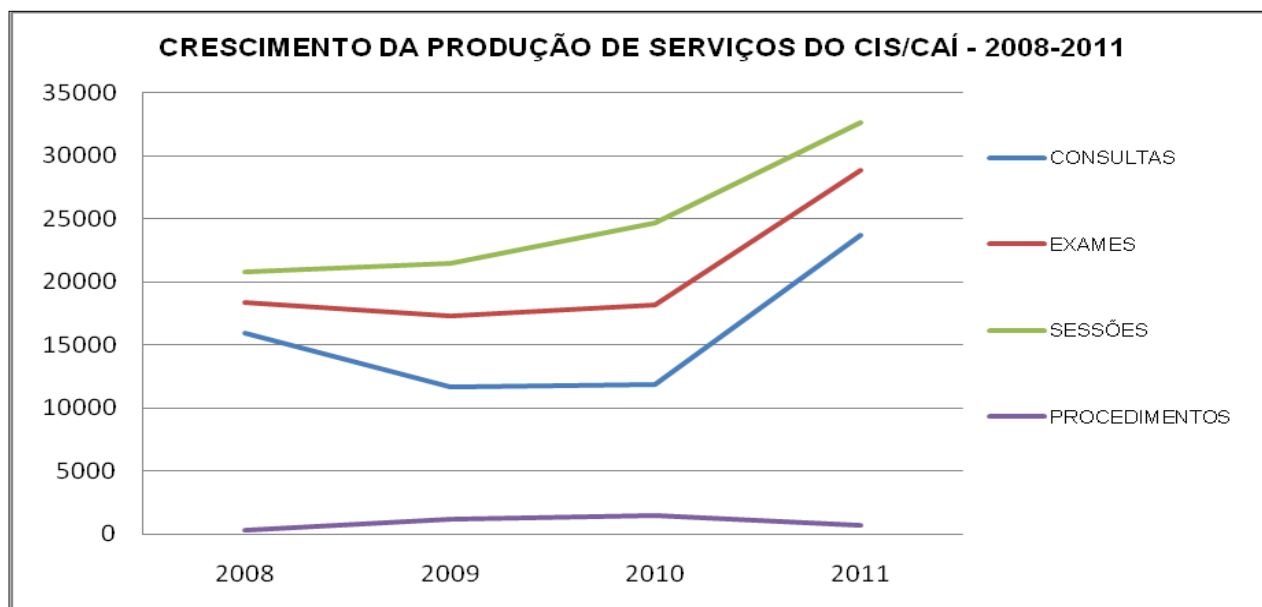


Tabela 7 - Produção ambulatorial de média e alta complexidade (média anual) do SIA-SUS e do CIS/CAÍ segundo município, RS, 2008-2011

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

Gráfico 2 -Evolução da produção ambulatorial do Sistema Único de Saúde por local de atendimento dos residentes nos municípios componentes do CIS/CAÍ – 2008-2011

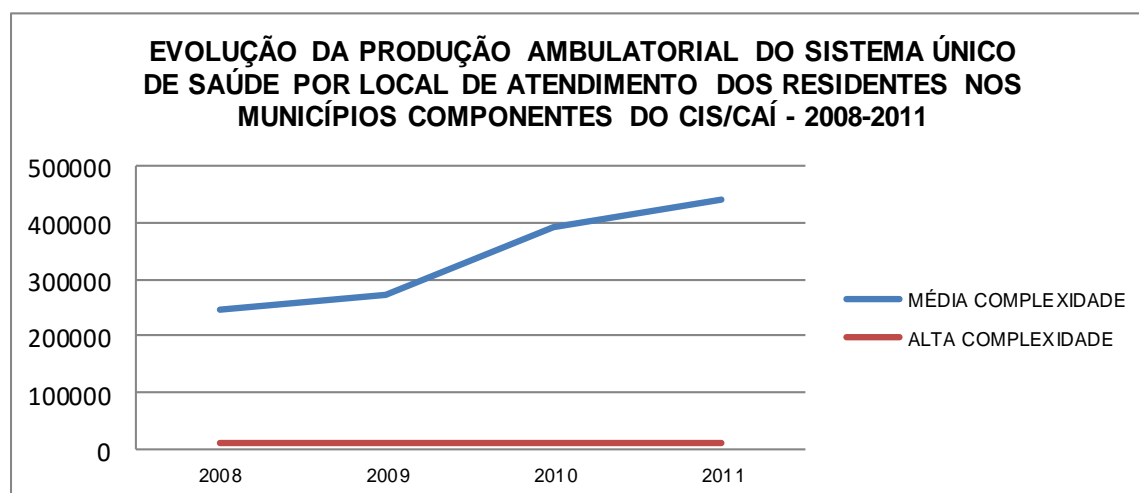
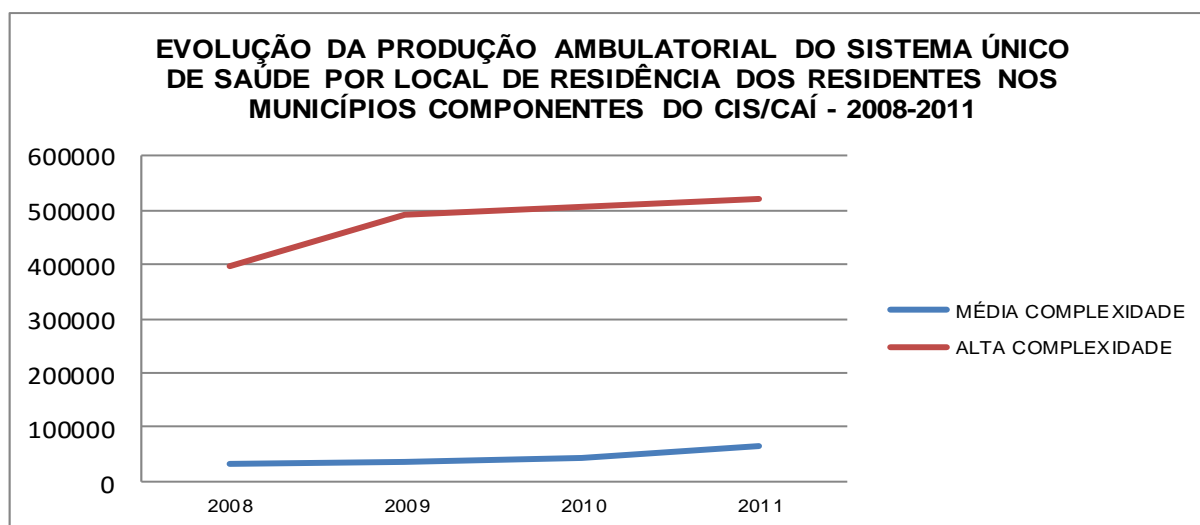


Gráfico 3 - Evolução da produção ambulatorial do Sistema Único de Saúde por local de residência dos residentes nos municípios componentes do CIS/CAÍ – 2008-2011



Os resultados da evolução da produção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS estão apresentados por “local de atendimento” (Gráfico 2) e por “local de residência” (Gráfico 3). O primeiro demonstra o quantitativo de procedimentos realizados na média e alta complexidade pela rede pública de saúde de cada município, enquanto que o segundo demonstra o quantitativo de procedimentos realizados pelos usuários sem levar em conta o local de atendimento, mas o local de residência.

Verificou-se que a produção de serviços de saúde por local de atendimento na média complexidade teve um crescimento de 78,0%; enquanto que na alta complexidade se manteve estável.

Quando a produção ambulatorial da média e alta complexidade do SUS é computada por local de residência, observa-se que a média complexidade teve um crescimento de 108,3%, enquanto que a alta, um crescimento de 31,4%. É importante destacar que, ao considerar o local de residência, o consumo de

procedimentos de alta complexidade é 4.987,0% maior que o consumo por local de atendimento.

Cabe acrescentar, no que tange o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000, que esse conjunto de municípios do consórcio aplica, em média, 16,3% da sua receita, enquanto que a média de todos os entes municipais do Rio Grande do Sul é de 18,1%. Esse percentual resulta em um gasto público em saúde por habitante dos municípios no valor de R\$ 327,30. Desse montante, 65,8% foram aplicados na subfunção orçamentária “atenção básica” e 28,0% na “assistência hospitalar e ambulatorial”.

DISCUSSÃO

A descentralização da gestão pública tem representado uma grande oportunidade para a adequação dos programas governamentais às demandas e singularidades locais. Também contribui para um aumento da eficiência do gasto público, da eficácia gerencial, da sustentabilidade e da equidade no que se refere

aos resultados da ação governamental, com potencial de assegurar maior efetividade ao gasto social (LUCCHESI, 2003).

Entretanto, o processo de descentralização da política de saúde no Brasil levou a um incremento significativo das atividades e da participação dos municípios na provisão de serviços de saúde (NEVES e RIBEIRO, 2006). Isso acarretou uma nova realidade para muitos municípios, como inexistência de recursos humanos e financeiros, dificuldades de acesso ao uso de tecnologias e falta de estrutura física adequada (AMARAL e BLATT, 2011).

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

A previsão de um sistema de saúde composto por uma rede regionalizada e hierarquizada é talvez o ponto mais importante no que tange a organização e a efetivação de um sistema público universal capaz de atender os princípios definidos na Lei nº 8.080/90, reduzir desigualdades regionais e promover a equidade

social. Em 2010, por meio da Portaria nº 4.279 do Ministério da Saúde, foram estabelecidos fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) com o objetivo de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

Nesse sentido, Silva (2011) menciona que os principais componentes das redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde são: I – os espaços territoriais e suas respectivas populações com necessidades e demandas por ações e serviços de saúde; II – os serviços de saúde “ou pontos da rede” devidamente caracterizados quanto a suas funções e objetivos; III – a logística que orienta e controla o acesso e o fluxo dos usuários; e IV – o sistema de governança.

O CIS/CAÍ atua basicamente na atenção à média complexidade, com a oferta de consultas médicas, em diagnose e terapia e em solucionar problemas de escala dos serviços. Deixa os procedimentos de alta complexidade a cargo dos grandes centros que, conforme alguns autores (AMARAL E BLATT, 2011; DALLABRIDA E ZIMERMANN, 2009; NICOLETTO et al., 2005) seria papel dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Além disso, foi possível verificar que nenhum município componente do consórcio apresenta estrutura municipalizada para realização plena das ações e serviços de saúde previstas pelo SUS, cuja carência atinge grande parte dos municípios brasileiros com a descentralização dos serviços de saúde (NEVES e RIBEIRO, 2006; DOURADO e ELIAS, 2011).

A atuação do CIS/CAÍ principalmente na média complexidade pode ser observada a partir da oferta de consultas médicas, conforme especialidade, e da disposição do gasto em cada tipo de serviço. Obstetrícia e Ginecologia e Clínica Médica, que foram as especialidades médicas com os maiores quantitativos de consultas, o grande volume de gastos com sessões de reabilitação e o baixo consumo e gasto médio anual com procedimentos reforçam o nível de atuação do consórcio. Outros consórcios, contudo, tem suas ações mais voltadas para a alta complexidade, como no caso de um estudo que mostrou que as principais ofertas de consultas foram em ortopedia (15,7%), oftalmologia (11,2%), cardiologia (10,8%) e neurologia (8,9%) (NICOLETTO et al., 2005).

Em 2008, segundo Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), o SUS tinha maior protagonismo de financiamento em relação ao sistema de saúde suplementar nos atendimentos por quimio e radioterapia, hemodiálise e hemoterapia (73,3%), nas consultas médicas (62,7%) e nos exames complementares (59,2%) (PORTO et al., 2011). Ou seja, o SUS tem expressiva participação no financiamento das ações e dos serviços de saúde que requerem estrutura física, profissionais e equipamentos de alto investimento. A disposição dos Gráficos 2 e 3, no que diz respeito às diferenças entre os quantitativos de produção de serviços de média e alta complexidade, pode ser melhor entendida. Muitas das dificuldades perpassam por questões financeiras. As características orçamentárias do gasto público em saúde dos municípios obtidas a partir de dados coletados no sítio eletrônico do SIOPS demonstram grande dependência dos entes pelas transferências que provêm da União e do Estado (75,2% e 21,2% respectivamente).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Garantir aos cidadãos o acesso a todos os níveis de atenção de saúde o mais próximo possível de suas residências é de grande importância para a efetivação do SUS, a redução das desigualdades regionais e a promoção da equidade social. Para Silva (2011), as RAS são um importante fator de racionalização de gastos e melhor aproveitamento da oferta assistencial disponível quando os mecanismos de incorporação tecnológica e de acesso dos usuários aos diferentes serviços apresentam mecanismos de gestão aperfeiçoados.

A partir dos resultados, verifica-se que alguns tipos de serviços são responsáveis pela maioria das consultas, exames, sessões de reabilitação e procedimentos. Por hipótese, esse comportamento de grande concentração de consumo pode se dar em virtude da dificuldade de contratação de alguns serviços que os municípios do CIS/CAÍ encontram em razão da falta de recursos humanos e físicos ou do custo.

Com a comparação entre a produção ambulatorial do SUS por local de atendimento e a por local de residência, foi possível reforçar a existência de carências da região por procedimentos, principalmente na alta complexidade. O consumo de procedimentos na alta complexidade é 4.987% maior por local de residência em comparação com o consumo pelo local de atendimento. Desse modo, a população residente na região ainda apresenta forte dependência de grandes centros de saúde para o atendimento de serviços da alta complexidade. Desse modo, pode-se inferir que a população daqueles municípios que não consomem serviços de saúde ofertados pelo CIS/CAÍ depende da assistência privada e/ou da assistência pública existente em grandes centros de saúde.

Diante dos resultados, pode-se afirmar que o CIS/CAÍ, no setor saúde, exerce importante função de incremento de serviços na média

complexidade da assistência, mas tem potencial para outras atribuições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>.

_____. Lei nº 11.107 de 06 de abril de 2005. *Diário Oficial da União*. Brasília, p. 0001, 07 de abr. de 2005. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/PreparaPesquisaLegislacao.action>>.

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

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília, Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docredes.pdf>.

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

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

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

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

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

NICOLETTO, SCS; CORDONI JRL; COSTA, NR. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 21, n. 1, p. 29-38, 2005.

PEIXOTO, JB. Manual de implantação de consórcios públicos de saneamento. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/biblioteca/eng/eng_manualCapacitacao.pdf>.

PORTO, SM; UGÁ, MAD; MOREIRA, RS. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 – 2008. *Revista de Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v. 16, n. 9, p. 3795-3806, 2011.

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

SILVA, SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16 (6): 2753–2762, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>>.

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

AUTORES

Luís Fernando Kranz

Mestrando em Administração e Especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Roger dos Santos Rosa

Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Professor do Departamento de Medicina Social da UFRGS.