

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

BÁRBARA ANTONINA DÁVILA

**DEMANDA E CUSTO MUNICIPAL NO TRIÊNIO 2012-2014 DO CONSÓRCIO
INTERMUNICIPAL DE SERVIÇOS DO VALE DO RIO PARDO - CISVALE**

Novo Hamburgo
2015

BÁRBARA ANTONINA DÁVILA

**DEMANDA E CUSTO MUNICIPAL NO TRIÊNIO 2012-2014 DO CONSÓRCIO
INTERMUNICIPAL DE SERVIÇOS DO VALE DO RIO PARDO - CISVALE**

Trabalho de conclusão apresentado como requisito parcial ao Curso de Especialização de Gestão em Saúde, modalidade a distância, no âmbito do Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP) – Escola de Administração/ UFRGS - Universidade Aberta do Brasil (UAB).

Orientador: Prof. Dr. Celmar Corrêa de Oliveira
Tutor de orientação a distância: Gímerson Erick Ferreira

Novo Hamburgo
2015

RESUMO

Consórcios intermunicipais de saúde, de forma inovadora, trazem uma nova forma de gestão das ações de saúde. O presente trabalho teve como objetivos apresentar a receita e a quantidade de procedimentos realizados pelo Consórcio Intermunicipal de Serviços do Vale do Rio Pardo - CISVALE no triênio 2012-2014, identificar os tipos de procedimentos mais utilizados pela população atendida no triênio 2012-2014, destacar os municípios com maior repasse financeiro ao CISVALE no mesmo período. As informações foram obtidas por meio de relatórios produzidos pelo próprio CISVALE, referente ao triênio 2012-2014, distribuídos em ano, valores investidos por cada município e tipo de procedimentos realizados pelo consórcio no mesmo período. Utilizou-se também a pesquisa documental de artigos científicos através de descritores como consórcios de saúde, gestão em saúde, atenção integral à saúde, serviços de saúde. Com a pesquisa realizada, foram criados gráficos e tabelas, que permitiram melhor apresentação das informações, interpretação e comparação dos dados. Através dos resultados, nota-se que o CISVALE teve crescimento de 7,66% nos valores investidos pelos entes consorciados no período de 2012 para 2014, tendo como principais serviços utilizados as sessões de fisioterapia e radiografias. Conclui-se que os municípios de maior porte são os que mais investem e utilizam os serviços do consórcio e que os serviços oferecidos atendem as demandas da sua população.

PALAVRAS – CHAVE: Gestão em Saúde; Assistência Integral à Saúde; Serviços de Saúde; Consórcios de Saúde; Regionalização.

ABSTRACT

Intermunicipal health consortia, in an innovative way, bring a new way of managing health actions. This study aimed to present the revenue and the number of procedures performed by the Intermunicipal Consortium of Rio Pardo Valley Services - CISVALE the triennium 2012-2014, identify the types of procedures more used by the population served in the triennium 2012-2014, highlight municipalities with greater financial transfers to CISVALE the same period. The information was obtained from reports produced by CISVALE own, referring to the three-year period 2012-2014, distributed by year, amounts invested by each municipality and type of procedures performed by the consortium in the meantime. It also used the documentary research of scientific articles through descriptors such as health consortiums, health management, comprehensive health care, health services. With the survey, graphs and tables were created, which allowed better presentation of the information, interpretation and comparison of data. From the results, we note that the CISVALE grew by 7.66% in the amount invested by the consortium loved in the 2012 period for 2014, with the main services used the physiotherapy and radiography sessions. It concludes that the larger municipalities are the most invest and use the consortium's services and that the services offered meet the demands of its population.

KEY WORDS: Health Management; Comprehensive Health Care; Health Services; Health Consortia; Regional Health Planning.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Distribuição de CIS por estado	18
Figura 1 - Distribuição de CIS no Rio Grande do Sul	20
Figura 2 - Organograma do Conselho Administrativo do CISVALE	25
Figura 3 - Organograma do Conselho Fiscal do CISVALE	25
Gráfico 2 - Comparativo sobre valores pagos pelos municípios no triênio 2012 - 2014	29
Gráfico 3 - Crescimento no repasse ao CISVALE de 2012 a 2014	30
Gráfico 4 - Crescimento dos procedimentos no período de 2012 – 2014	33

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 - CIS do Rio Grande do Sul.....	20
Tabela 2 - Relação de municípios participantes do CISVALE.....	21
Quadro 1 - Serviços oferecidos pelo CISVALE	23
Tabela 3 - Municípios e valores investidos no triênio 2012-2014.....	28
Tabela 4 - Procedimentos realizados no triênio 2012-2014	31
Tabela 5 - Custo de procedimentos que tiveram crescimento de 2012 a 2014..	32
Tabela 6 - Procedimentos mais realizados no triênio 2012-2014.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMLINORTE – Consórcio Público da Associação dos Municípios do Litoral Norte

AMUNPAR – Associação de Municípios do Noroeste Paranaense

CI CENTRO SUL – Consórcio Intermunicipal do Centro Sul

CI JACUÍ – Consórcio Intermunicipal do Vale do Jacuí

CIRAU – Consórcio Intermunicipal do Alto Uruguai

CIRC - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Centro do Estado do Rio Grande do Sul

CIGA – Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Carbonífera

CIS - Consórcios Intermunicipais de Saúde

CIS/CAÍ – Consórcio Intermunicipal do Vale do Rio Caí

CISGA – Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento da Serra Gaúcha

CIS MISSÕES - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região das Missões do Estado do Rio Grande do Sul

CIS SARANDI – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Grande Sarandi

CISA - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Penápolis

CISA – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

CISASF - Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Alto São Francisco

CISVALE - Consórcio Intermunicipal de Serviços do Vale do Rio Pardo

COIS – Consórcio Intermunicipal de São Luiz Gonzaga

COFRON – Consórcio Público Fronteira Noroeste

COMAJA – Consórcio de Desenvolvimento Intermunicipal dos Municípios do Alto do Jacuí

CONISA – Consórcio Intermunicipal de Saúde

CONSAUDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ribeira

CONSIM – Consórcio de Saúde Intermunicipal

CONSISA VRT – Consórcio Intermunicipal do Vale do Rio Taquari

CREM – Centro Regional de Especialidades Médicas

CRS – Coordenadoria Regional de Saúde

HEMOLAGOS - Hemocentro da Região dos Lagos

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SES - Secretarias Estaduais de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS.....	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 MÉTODOS	13
4 CONTEXTO DO ESTUDO	14
4.1 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE	14
4.2 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NO BRASIL	16
4.3 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL	18
4.4 CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SERVIÇOS DO VALE DO RIO PARDO – CISVALE	21
4.4.1 Serviços oferecidos pelo consórcio.....	22
4.4.2 Finalidade e objetivos	23
4.4.3 Recursos financeiros.....	26
5 RESULTADOS.....	28
6 DISCUSSÃO	34
7 CONCLUSÃO	35
REFERÊNCIAS.....	37
ANEXO A.....	42

1 INTRODUÇÃO

Legalmente, Consórcio é a associação ou união de dois ou mais entes da mesma natureza. Conforme Decreto nº 6.017/07, art. 2º, inciso I,

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

Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) são um dos tipos de consórcios existentes, que de maneira inovadora, trazem uma nova forma de gestão das ações de saúde, associados à promoção e desenvolvimento de serviços especializados e de diagnóstico, possibilitando uma maior abrangência no atendimento à população.

Ao aderir a um CIS, os municípios participantes podem oferecer serviços de qualidade aos munícipes, com redução de custos e melhor investimento dos recursos, nas áreas de maior necessidade.

Segundo a Constituição Federal Brasileira de 1988, artigo 196,

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.

De acordo com a Lei nº 8.080/90, os municípios também participam da oferta de serviços de saúde e suas principais atuações na gestão são organizar, coordenar e financiá-los, garantindo à população a possibilidade de atenção integral à saúde.

Os CIS são uma forma de possibilitar a descentralização, o planejamento e a superação de problemas locais, de forma conjunta, com a racionalização financeira, aumento na capacidade de atendimentos e a regulação de políticas públicas (BRASIL, 1997).

O processo de gestão ligado aos CIS possibilita a pequenos municípios, que sozinhos não conseguem oferecer um serviço amplo de saúde, com estrutura física, tecnologias e apoios diagnósticos, oferecer em conjunto um serviço integral, de qualidade, com a viabilização de investimentos, possibilidade de contratações de serviços comuns e controle e avaliação da assistência prestada (TEIXEIRA; MAC

DOWELL; BUGARIN, 2003).

A grande inovação neste processo é a gestão associada, que possibilita aperfeiçoar, sustentar e aprimorar os consórcios, estabelecendo metas e mecanismos a fim de alcançar um objetivo comum, possibilitando a oferta de serviços de forma rápida e eficiente (LIMA, 2000).

O consórcio utilizado como parâmetro foi o Consórcio Intermunicipal de Serviços do Vale do Rio Pardo - CISVALE, sediado em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul e formado por 13 municípios, com população aproximada de 327.158 habitantes e uma média de 16.500 atendimentos mensais, nas áreas de diagnóstico por imagem, procedimentos clínicos e diagnósticos laboratoriais.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Apresentar a receita e a quantidade de procedimentos realizados pelo Consórcio Intermunicipal de Serviços do Vale do Rio Pardo - CISVALE no triênio 2012-2014.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os tipos de procedimentos mais utilizados pela população atendida no triênio 2012-2014;
- Destacar os municípios com maior repasse financeiro ao CISVALE no mesmo período.

3 MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal retrospectivo, do tipo documental, com abordagem quantitativa.

A definição de estudo transversal ocorre quando os dados analisados são referentes a um determinado momento, um período específico escolhido para avaliação (ARAGÃO, 2011). É retrospectivo quando explora dados do passado (FONTELLES et al, 2009).

Pesquisas do tipo documental são caracterizadas como pesquisas baseadas em documentos, que podem ser relatórios, livros, revistas, tanto impressos quanto digitais, que permitam a captação das informações necessárias para a realização do trabalho (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

As informações foram obtidas por meio de relatórios produzidos pelo próprio CISVALE, referente ao triênio 2012-2014, distribuídos em ano, valores investidos por cada município e tipo de procedimentos realizados pelo consórcio no mesmo período.

A pesquisa documental foi realizada em bancos de dados digitais como Google e *Scielo*, buscando artigos científicos através de descritores como consórcios de saúde, gestão em saúde, atenção integral à saúde, serviços de saúde.

As informações epidemiológicas e demográficas foram provenientes da base de dados digital do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Com a pesquisa realizada, foram criados gráficos e tabelas, que permitiram melhor apresentação das informações, interpretação e comparação dos dados.

A realização do trabalho e coleta de dados foi autorizada pelo CISVALE, conforme Anexo A e não houve necessidade de encaminhamento ao comitê de ética, uma vez que se utilizou dados secundários.

4 CONTEXTO DO ESTUDO

4.1 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE

A formação dos Consórcios se dá com a união de um conjunto de municípios, que possuem objetivos em comum, e que, a partir de atribuições, alocação de recursos e prestação de contas (BRASIL, 1997), criam uma nova instituição, prevendo alterações nas relações políticas e condições presentes em acordos pré-estabelecidos (DIEGUEZ, 2011).

No Brasil, os consórcios datam da Constituição de 1937, onde a união de municípios era prevista para proporcionar melhorias nos serviços públicos (DIEGUEZ, 2011). Na saúde, tornaram-se uma possibilidade a partir da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90 e do processo de descentralização, que possibilitou aos municípios desenvolver ações conjuntas em saúde (LIMA, 2000).

Os Consórcios são regidos pela Lei dos Consórcios Públicos, nº 11.107/05, regulamentada pelo Decreto nº 6.017/07. De acordo com esta lei, os CIS são considerados consórcios públicos de direito público, uma vez que são associações autárquicas, regidas pelo direito público ou de personalidade jurídica de direito privado, tendo seus objetivos determinados pelos participantes.

Com essa definição é possível identificarmos algumas características próprias dos consórcios:

- Cooperação horizontal, que ocorre entre entes da mesma esfera de governo, realizada através da participação de municípios, estados ou países entre si (CRUZ; ARAÚJO; BATISTA, 2011);
- O princípio da subsidiariedade, sendo prioritária a utilização dos recursos municipais;
- E a participação de forma voluntária e respeitando os princípios constitucionais (BASTOS, 2007).

Na maioria das vezes, essa união ocorre em municípios pequenos, com poucos recursos e que através de um consórcio têm a possibilidade de maiores

investimentos em saúde, fornecendo um atendimento mais completo à população (TEIXEIRA, 2003) e a otimização da gestão, fortalecendo as negociações com Estado e União, compartilhando recursos materiais e pessoais e gerando a aproximação dos cidadãos (VIANA, A. L. d'Á. *et al*, 2008).

Este modelo de gestão, associada, local, focada, concede o melhor aproveitamento de recursos e incentiva a recuperação da saúde no Brasil, especialmente em municípios com recursos esparsos e com dificuldades específicas (PROVIN, 2012).

A partir dos consórcios e conforme a Constituição Federal de 1988, a gestão associada proporciona aos municípios a prestação de serviços públicos em conjunto, respeitando a autonomia de cada município e promovendo a execução das demandas (ESPÍNDOLA, 2010). Pode estar relacionada a funções de organização, planejamento, prestação de serviços e regulação, possibilitando a redução de custos, alocação de recursos e investimentos em novas infraestruturas (MELO; CAVALCANTE, 2013).

O sucesso dos consórcios em alcançar os objetivos depende da gestão associada, da realização de uma supervisão completa das ações de cada município, da racionalização do uso de recursos e da criação do vínculo entre eles (CAMATA; SOUSA FILHO, 2014).

Para a constituição de um consórcio, conforme a Lei nº 11.107/05, os municípios interessados deverão celebrar o protocolo de intenções, onde ficará estabelecido a finalidade, os entes consorciados, a área de atuação, a personalidade jurídica e suas normas.

Depois de constituído, o consórcio passa a firmar, anualmente, o contrato de rateio, com as informações pertinentes as obrigações financeiras de cada ente consorciado e os recursos utilizados de acordo com a Lei Orçamentária Anual (BATISTA, 2011).

O financiamento ocorre por meio de repasse de recursos dos municípios consorciados para o CIS, provenientes das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), dos próprios municípios e recursos repassados para o Sistema Único de Saúde (SUS) pela União (TEIXEIRA, 2003).

4.2 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NO BRASIL

Os primeiros Consórcios de Saúde formados no Brasil datam do período de 1986 a 1993 e nesta época seguiam as regras do direito privado, pois eram considerados associações civis (NICOLETTO; CORDONI; COSTA, 2005).

Com a criação da Lei dos Consórcios, Lei nº 11.107/05, foi possível que assumissem natureza jurídica de direito público, trazendo maior segurança, visto que existiam normas específicas a serem seguidas, e possibilitando a criação de um pacto político, com políticas públicas voltadas aos municípios consorciados (CALDAS; CHERUBINE, 2013).

De acordo com dados do IBGE, do Perfil dos Municípios Brasileiros, em 2001, o Brasil possuía 1969 municípios vinculados ao menos a um consórcio e em 2011 esse número passou para 3295, caracterizando aumento de 67% na participação de municípios em consórcios no país.

Para demonstrar este aumento, segue breve histórico dos CIS nos estados brasileiros, baseados no ano de criação.

O estado de São Paulo possui 17 CIS, sendo dois os pioneiros e que permanecem ativos, são eles, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Penápolis (CISA), criado em 1985, formado por sete municípios consorciados, atendendo uma população de 83.631 pessoas, com foco no atendimento médico especializado e integração de serviços ambulatoriais secundários (JUNQUEIRA; MENDES; CRUZ, 1999) e o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ribeira (CONSAUDE), criado em 1989, com 26 municípios participantes, abrangendo a população de 589.679 pessoas, prezando principalmente o atendimento ambulatorial, hospitalar e de diagnóstico (STUCCHI, 2006).

No estado do Rio de Janeiro, o primeiro consórcio surgiu em 1988, em função do fechamento do banco de sangue da região de Cabo Frio, uniu seis municípios, que juntamente com a Secretária de Saúde criaram um novo banco de sangue e puderam atender a população, através do Hemocentro da Região dos Lagos (HEMOLAGOS). O estado possui 6 CIS ativos e as atividades principais dos consórcios visam à redução da morbidade e mortalidade locais, com estrutura jurídica baseada em um modelo público (SCHNEIDER, 2001).

Minas Gerais possui o maior número de CIS no Brasil, abrangendo um total

de 714 municípios, sendo a maioria destes com menos de 10 mil habitantes. O primeiro foi o Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Alto São Francisco (CISASF), criado em 1990, uniu a necessidade de um programa de residência médica para Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais e a conveniência de atendimentos médicos à população. Este consórcio atuava em parceria com as Prefeituras, de forma que a Faculdade oferecia funcionários especializados e as Prefeituras administravam o hospital. Permanece ativo, com 14 entes consorciados, sendo um modelo de eficiência e transparência na região (ROCHA; FARIA, 2004).

No Paraná, os primeiros consórcios foram instituídos em 1993, principalmente por necessidade de recursos humanos e falta de investimentos. O primeiro, Associação de Municípios do Noroeste Paranaense (AMUNPAR), localizado na cidade de Paranaíba, ainda ativo, possui 28 municípios consorciados, abrange uma população de 261 mil habitantes e tem como objetivo gerenciar os serviços ambulatoriais, terapias e exames complementares (NICOLETTO; CORDONI; COSTA, 2005).

O Rio Grande do Sul possui 19 CIS ativos e teve seu primeiro consórcio constituído em 1993 (PROVIN, 2012).

Em Santa Catarina os consórcios começaram a ser criados em 1995, com intuito de fortalecer o crescimento regional e também as administrações municipais, possibilitando melhorias na gestão pública, atendimento de saúde e qualidade de serviços (LIMA, 2000).

Mato Grosso teve seu primeiro consórcio instituído em 1997, e possui 15 CIS ativos, todos com apoio da SES, uma vez que a participação dos municípios é entendida como modelo de organização e gestão, principalmente no que cerne a implantação de novos programas de saúde para a população (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

O estado do Ceará só começou a constituir CIS a partir de 2007, através de portaria que determinava as diretrizes operacionais e políticas para a criação dos mesmos. Possui 14 CIS ativos, formados por 111 municípios e com foco em serviços de urgência e emergência, centro de especialidades odontológicas e policlínicas (SESA, 2014).

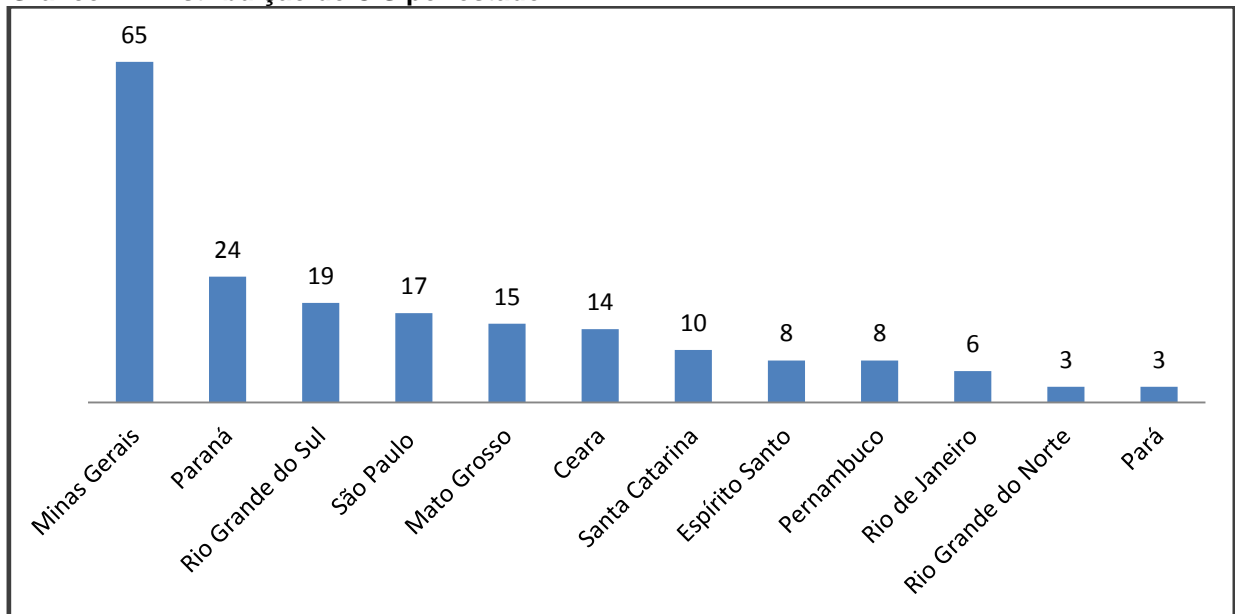
Pernambuco tem um diferencial, pois a criação de CIS é uma iniciativa do governo do estado, com intuito de contribuir para regionalização do SUS, o primeiro

consórcio foi instituído em 2009, para promoção da saúde de forma participativa entre os municípios (GALINDO *et al*, 2014).

Os demais estados brasileiros possuem um número reduzido de consórcios, com constituição recente e tendo como principais objetivos a promoção de saúde de forma conjunta (RIBEIRO; BRAGA, 2011).

No gráfico 1, é possível visualizar a distribuição de CIS por estado, de acordo com as quantidades existentes.

Gráfico 1 – Distribuição de CIS por estado



Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados do IBGE.

4.3 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

O estado do Rio Grande do Sul possui 497 municípios, população aproximada de 10.693.929 habitantes e extensão territorial de 281.731,445 km² (BRASIL, 2010).

Apresenta 7 Macrorregiões de Saúde, divididas em Centro-Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales. Estas macrorregiões estão subdivididas em 35 microrregiões. A partir destas divisões existem as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), que dividem o estado em 19 CRS, responsáveis pelo planejamento, gerenciamento, fiscalização, controle e acompanhamento de ações e serviços de saúde. Através das CRS existe a

comunicação entre os municípios e os prestadores de serviços, com objetivo de auxiliar e organizar os sistemas de saúde, de acordo com os princípios que regem o SUS (SANTOS, 2010).

Possui 19 consórcios ativos, todos classificados como personalidade jurídica de direito público, permitindo aos mesmos a possibilidade de planejamento, prestação de serviços, fiscalização e regularização de ações por meio da gestão associada (PEIXOTO, 2008).

Através desta participação, municípios pequenos têm a possibilidade de atender as demandas e necessidades da sua população, por meio da cooperação mútua, colaborando para o desenvolvimento da região, viabilizando serviços de qualidade com economia, solucionando problemas e realizando investimentos (DALLABRIDA; ZIMMERMANN, 2009).

O Consórcio intermunicipal de Saúde da Região Centro do Estado do Rio Grande do Sul (CIRC) foi constituído no ano 1993, sendo o pioneiro no Rio Grande do Sul (RS). Com sede em Santa Maria, possui 32 municípios consorciados e tem como objetivo, suprir as necessidades em saúde da população de sua região (PROVIN, 2012).

Em 2011 o Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento Sustentável da Serra Gaúcha (CISGA) foi criado, sendo o mais recente, possui 10 entes consorciados, e tem como principal motivador a gestão associada, com intuito de promover a implantação de serviços públicos, planejamento e convênios para o desenvolvimento da saúde na região (CISGA, 2011).

A partir da Tabela 1 são apresentados os CIS existentes no Rio Grande do Sul, o número de entes consorciados e a população aproximada atendida pelos mesmos.

Percebe-se que estes consórcios atendem em torno de 3.910.097 habitantes, equivalente a 36,56% do número total da população do estado e possuem 369 municípios vinculados a pelo menos um CIS, número equivalente a 74,24% do total de municípios.

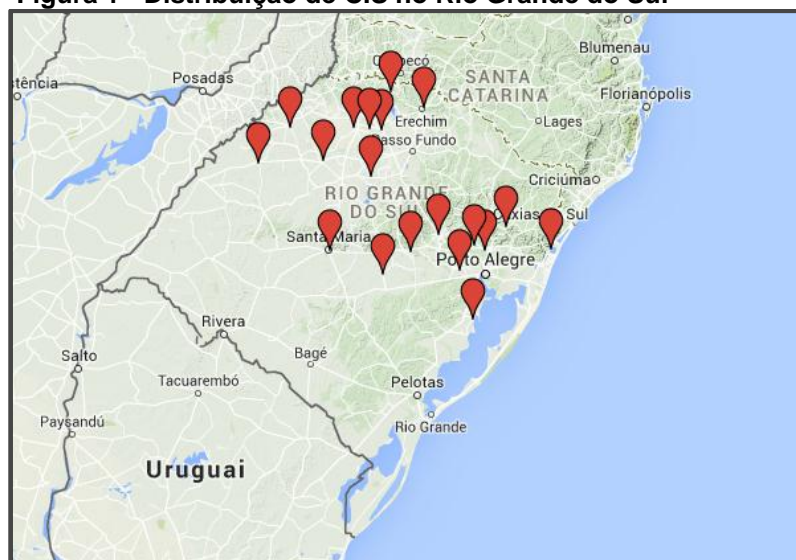
O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (CISA) e o Consórcio Intermunicipal do Vale do Rio Taquari (CONSISA VRT) são os que contêm maior número de municípios consorciados. Em relação a população atendida, o Consórcio Metropolitano da Granpal, que abrange municípios da região metropolitana e o CIRC são os que atendem maior número de habitantes.

Tabela 1 – CIS do Rio Grande do Sul

CONSÓRCIOS	MUNICÍPIOS CONSORCIADOS	POPULAÇÃO ATENDIDA
Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Centro do Estado do Rio Grande do Sul – CIRC	32	593.777
Consórcio Público Fronteira Noroeste- COFRON	25	240.015
Consortio Intermunicipal de São Luiz Gonzaga - COIS	9	76.983
Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região das Missões do Estado do Rio Grande do Sul – CIS Missões	26	170.627
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – CISA	36	323.280
Consórcio Intermunicipal de Saúde – CONISA	12	79.294
Consórcio Público da Associação dos Municípios do Litoral Norte – AMLINORTE	23	306.463
Consórcio Intermunicipal do Alto Uruguai – CIRAU	24	152.744
Consórcio de Desenvolvimento Intermunicipal dos Municípios do Alto do Jacuí – COMAJA	29	274.210
Consórcio Intermunicipal de Saúde do Grande Sarandi- CIS Sarandi	7	38.234
Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Carbonífera – CIGA	7	114.562
Consórcio Intermunicipal do Vale do Jacuí – CI Jacuí	13	204.618
Consórcio Intermunicipal do Vale do Rio Taquari – CONSISA VRT	36	209.237
Consórcio Intermunicipal do Centro Sul – CI Centro Sul	13	248.903
Consórcio Intermunicipal de Serviços do Vale do Rio Pardo – CISVALE	13	327.158
Consórcio Intermunicipal do Vale do Caí – CIS/CAÍ	23	209.441
Consórcio de Saúde Intermunicipal – CONSIM	16	93.636
Consórcio Metropolitano da Granpal	14	2.823.18
Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento da Serra Gaúcha – CISGA	10	244.092
TOTAL	369	3.910.097

Fonte: Elaborado pela autora.

Na Figura 1 estão os 19 CIS do RS, de acordo com as cidades sede.

Figura 1 - Distribuição de CIS no Rio Grande do Sul

Fonte: Elaborado pela autora.

4.4 CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SERVIÇOS DO VALE DO RIO PARDO – CISVALE

O Consórcio Intermunicipal de Serviços do Vale do Rio Pardo - CISVALE, sediado em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, foi criado em 20 de outubro de 2005 e constituído como pessoa jurídica de direito público, de natureza autárquica em 2010. Sua criação foi baseada na necessidade encontrada pelos municípios da região em promover políticas públicas voltadas para área da saúde e também pela dificuldade e escassez encontradas na realização de consultas médicas, exames de média e alta complexidade, oferecidos pelo SUS (CISVALE, 2010).

Os 13 municípios participantes estão localizados na macrorregião dos Vales, microrregião de Santa Cruz do Sul e respondem a 13° CRS (SANTOS, 2010), disponibilizando seus serviços a uma população aproximada de 327.158 mil habitantes (CISVALE, 2010), conforme apresentado na Tabela 2, que expõe a extensão territorial, densidade demográfica e percentual da população sobre o total.

Tabela 2 – Relação de municípios participantes do CISVALE

CIDADE	POPULAÇÃO (Número de habitantes)	EXTENSÃO TERRITORIAL EM Km ²	DENSIDADE DEMOGRÁFICA (hab/Km ²)	POPULAÇÃO SOBRE O TOTAL (%)
Candelária	30.171	943,945	31,96	9,2
Gramado Xavier	3.970	217,525	18,25	1,2
Herveiras	2.954	118,280	24,97	0,9
Mato Leitão	3.865	45,903	84,20	1,2
Pantano Grande	9.895	841,225	11,76	3,0
Passo do Sobrado	6.011	265,108	22,67	1,8
Rio Pardo	37.591	2.050,589	18,33	11,5
Santa Cruz do Sul	118.374	733,409	161,40	36,2
Sinimbu	10.068	510,120	19,74	3,1
Vale do Sol	11.077	328,227	33,75	3,4
Vale Verde	3.253	329,727	9,87	1,0
Venâncio Aires	65.946	773,241	85,29	20,2
Vera Cruz	23.983	309,621	77,46	7,3
TOTAL	327.158	7.466,920	599,65	100

Fonte: IBGE, 2010.

4.4.1 Serviços oferecidos pelo consórcio

O CISVALE oferece aos entes consorciados, serviços de média e alta complexidade, de acordo com as demandas da região, sendo distribuídas entre consultas médicas especializadas, diagnóstico por imagem, fisioterapia, procedimentos ambulatoriais e exames laboratoriais, demonstrando grande preocupação em oferecer serviços essenciais de saúde, com qualidade, que atendam as necessidades da população provinda dos municípios participantes (CISVALE, 2014).

Estes serviços são distribuídos conforme a necessidade de cada Secretaria Municipal de Saúde (SMS), mediante contratação de um número específico de consultas de especialidades e/ou exames complementares, garantindo o acesso da população aos serviços com maior agilidade, sem a necessidade de inclusão em listas de espera para atendimentos pelo SUS (SPILIMBERGO, 2014).

O atendimento da população ocorre tanto no Centro Regional de Especialidades Médicas (CREM), localizado no município de Santa Cruz do Sul, como em hospitais e clínicas vinculados ao consórcio, em casos de procedimentos que precisem de estrutura específica, proporcionando a população provinda dos municípios consorciados, consultas com especialistas e realização de exames complementares, através de prévio agendamento e autorização da SMS de origem (CISVALE, 2014).

No CREM são realizadas 150 consultas/dia com especialistas e em média 200 atendimentos/dia de serviços auxiliares, como exames de imagem e procedimentos menos invasivos (CISVALE, 2014).

No Quadro 1 estão todos os serviços oferecidos pelo CISVALE aos consorciados, distribuídos em especialidades médicas, tipos de cirurgias, exames de média e alta complexidade e serviços auxiliares, de diagnóstico e tratamento, realizados no CREM ou em hospitais e clínicas conveniadas ao consórcio.

Quadro 1 – Serviços oferecidos pelo CISVALE

ESPECIALIDADES MÉDICAS	CIRURGIAS	EXAMES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	SERVIÇOS AUXILIARES
Cardiologia	Cirurgia aparelho digestivo	Aspirado de medula óssea	Anestesias
Dermatologia	Cirurgia cabeça e pescoço	Audiometria	Criocauterizações
Endocrinologia	Cirurgia geral	Cintilografia	Biópsias
Gastroenterologia	Cirurgia pediátrica	Colonoscopia	Fonoaudiologia
Ginecologia/obstetrícia	Cirurgia plástica	Densitometria óssea	Fisioterapia
Hematologia	Cirurgia torácica	Ecografias	Espirometria
Medicina Interna	Cirurgia do trauma	Endoscopia	
Nefrologia	Neurocirurgia	Eletroencefalograma	
Neurologia		Eletrocardiograma	
Oftalmologia		Eletroneuromiografia	
Ortopedia e traumatologia		Mamografia	
Otorrinolaringologia		Medulograma	
Pediatria		Radiografias	
Pneumologia		Ressonância Magnética	
Psiquiatria		Tomografia	
Reumatologia		Videolaringoscopia	
Urologia			

Fonte: CISVALE, 2014.

4.4.2 Finalidade e objetivos

De acordo com o Protocolo de Intenções de 2009, tem por finalidade ser referência na regionalização de ações de saúde, possibilitar investimentos de ações e serviços em saúde na região de abrangência, racionalizar investimentos, realizar compra de medicamentos por processo licitatório ou pregão, realizar gestão associada de outros serviços públicos, firmar convênios, entre outros (CISVALE, 2009).

Conforme Estatuto Social, com alterações realizadas em 05 de Dezembro de 2014, art. 6º, tem por objetivos:

I – representar o conjunto dos Municípios que o integram em assuntos de

interesse comum, perante quaisquer outras entidades públicas ou privadas, especialmente perante as demais esferas constitucionais de governo;

II – formular diretrizes e viabilizar a gestão associada de projetos e programas de desenvolvimento rural, urbano e socioeconômico integrados nas áreas da saúde, educação, trabalho e ação social, habitação, agricultura, indústria, comércio, turismo, abastecimento, transporte, comunicação, segurança pública com cidadania, meio ambiente, infraestrutura, saneamento, sistema viário, mobilidade urbana, emprego, assistência social, e outros de maior complexidade que aumentem a resolutividade das ações e serviços priorizando, dentro do possível, a resolutividade instalada nos municípios consorciados;

III – a prestação de serviços, inclusive de assistência técnica, a execução de obras e o fornecimento de bens à administração direta ou indireta dos Municípios consorciados;

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

V – a produção de informações e de estudos técnicos;

VI – o apoio e o fomento do intercâmbio de experiências e de informações entre os entes consorciados;

VII – a criação de instrumentos de controle, avaliação e acompanhamento dos serviços públicos prestados à população do Vale do Rio Pardo;

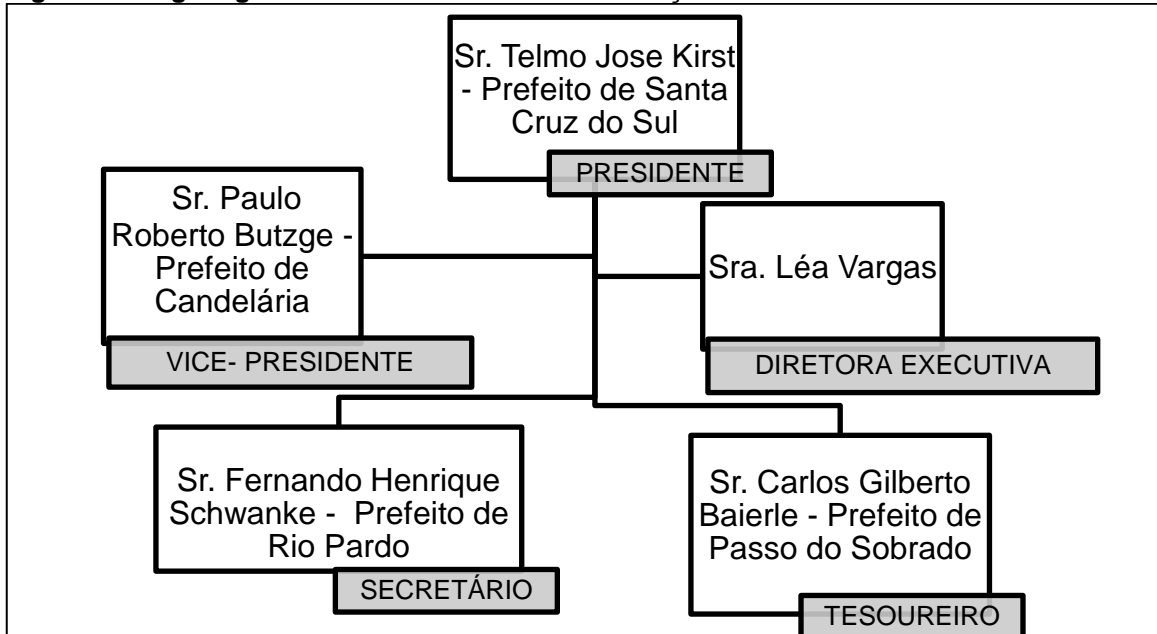
VIII – o fornecimento de assistência técnica, treinamento, pesquisa e desenvolvimento dos profissionais e aperfeiçoamento da gestão dos serviços públicos;

IX– exercer competências pertencentes aos entes da Federação nos termos de autorização ou delegação;

X– outros objetivos definidos pela Assembleia Geral.

Presente no mesmo Estatuto Social, art. 21, sua estrutura administrativa está composta por assembleia geral, conselho de administração (Figura 2), conselho fiscal (Figura 3), diretoria executiva, câmaras setoriais e controle interno. Os cargos de chefia são ocupados por prefeitos dos municípios participantes e os demais cargos por servidores públicos.

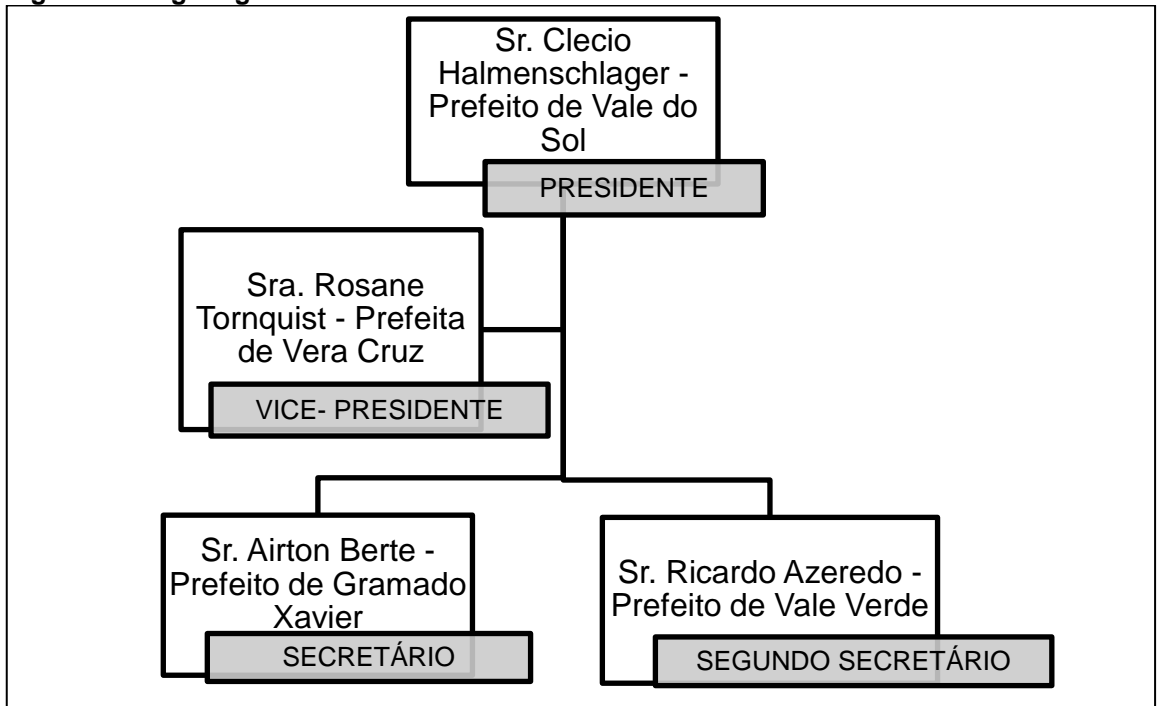
Figura 2 – Organograma do Conselho de Administração do CISVALE



FONTE: Criado pela autora baseado em dados do CISVALE.

A partir da Figura 3 é possível visualizar o organograma do Conselho Fiscal do CISVALE.

Figura 3 – Organograma do Conselho Fiscal do CISVALE



FONTE: Criado pela autora baseado em dados do CISVALE.

4.4.3 Recursos financeiros

Os recursos financeiros para manutenção do consórcio são provenientes, conforme art. 45, do Estatuto Social de:

- I – o depósito da cota de ingresso paga por novo ente consorciado ao CISVALE;
- II – o pagamento mensal da cota de rateio dos entes consorciados;
- III – os recursos provenientes de convênios, contribuições, doações, auxílios e subvenções concedidas por entes federativos não consorciados;
- IV – receitas decorrentes de tarifas e outras espécies de preços públicos cobrados pelo CISVALE em razão da prestação de serviços;
- V – saldos do exercício anterior;
- VI – o produto de alienação de seus bens;
- VII – o produto de operações de crédito;
- VIII – os rendimentos resultantes de aplicações financeiras;
- IX – os recursos provenientes de contrato de prestação de serviços a entes consorciados e/ou outros consórcios públicos;
- X – participação dos entes consorciados pela gestão ou prestação de serviços pelo CISVALE, mediante taxa de administração;
- XI – taxa de prestação de serviços, de qualquer espécie, por terceiros, através do CISVALE.

§ 1º A contratação de operação de crédito por parte do CISVALE se sujeita aos limites e condições próprios estabelecidos pelo Senado Federal, de acordo com o disposto no art. 52, inciso VII, da Constituição Federal bem como na Lei Complementar nº 101/2000.

§ 2º As tarifas e preços, referidos no inciso IV do presente artigo, bem como os recursos referidos no inciso X do presente artigo, serão estipulados em assembleia e, quando possível, no contrato de rateio da respectiva prestação de serviço, ficando desde já fixado o percentual de 12% (doze por cento), a título de taxa de administração para cada serviço, quando não estipulado outro percentual.

§ 3º A taxa referida no inciso XI do presente artigo será fixada pelo Conselho de Administração do CISVALE, de acordo com a espécie e peculiaridade do serviço, mediante resolução prévia do Conselho de Administração.

De acordo com Estatuto Social, art. 50, os municípios consorciados participam financeiramente com uma quota mensal, determinada em contrato de rateio, baseado na população de cada município declarada pelo Censo do IBGE (CISVALE, 2010).

Os serviços de consultas, procedimentos e exames são pagos de acordo com a demanda contratada por cada SMS, baseado em tabelas próprias e tabela SUS tanto do próprio CISVALE quanto de clínicas conveniadas ao consórcio.

Com exceção do município de Santa Cruz do Sul, que de acordo com a Resolução nº 07/2015, repassa a partir de fevereiro de 2015 o valor de R\$0,23 por habitante/mês, os demais municípios consorciados repassam R\$0,10 por habitante/mês (CISVALE, 2015).

A alteração do valor repassado pelo município de Santa Cruz do Sul ocorreu por ser este o município que utiliza aproximadamente 70% do total de serviços oferecidos pelo consórcio. Com o aumento do repasse, o CISVALE pretende ampliar a oferta de serviços, promover maior agilidade para suprir as necessidades da população e atender a demanda existente (CISVALE, 2015).

Esta alteração foi aprovada em assembleia por todos os entes consorciados e gerará aditivo ao contrato de rateio vigente.

5 RESULTADOS

Os valores investidos por cada município e os procedimentos realizados no triênio 2012-2014 pelo CISVALE são apresentados em tabelas e gráficos para melhor interpretação.

Na Tabela 3 estão os valores investidos por cada município participante do CISVALE no triênio 2012-2014.

Tabela 3 – Municípios e valores investidos no triênio 2012-2014

MUNICÍPIOS	VALOR (R\$) 2012	(%) 2012	VALOR (R\$) 2013	(%) 2013	VALOR (R\$) 2014	(%) 2014
Candelária	483.389,00	10,93	342.368,86	7,68	237.720,92	4,99
Gramado Xavier	49.777,15	1,13	39.664,03	0,89	31.373,47	0,66
Herveiras	99.984,38	2,26	104.416,76	2,34	95.623,37	2,01
Mato Leitão	23.453,46	0,53	25.207,51	0,57	28.475,86	0,60
Pantano Grande	24.450,04	0,55	54.620,78	1,23	71.048,87	1,49
Passo do Sobrado	65.258,60	1,48	68.812,62	1,54	113.893,51	2,39
Rio Pardo	418.373,42	9,46	318.253,60	7,14	529.944,47	11,13
Santa Cruz do Sul	2.279.010,26	51,55	2.708.359,75	60,77	2.845.022,68	59,77
Sinimbu	176.369,31	3,99	188.860,92	4,24	206.245,76	4,33
Vale do Sol	112.332,88	2,54	123.048,13	2,76	51.435,38	1,08
Vale Verde	59.645,01	1,35	63.737,75	1,43	73.823,09	1,65
Venâncio Aires	272.248,15	6,16	127.798,14	3,88	245.905,28	5,17
Vera Cruz	356.774,80	8,07	246.820,09	5,54	229.104,79	4,91
TOTAL	4.421.066,46	100	4.456.968,94	100	4.759.617,45	100

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados fornecidos pelo CISVALE.

Comparando-se o ano de 2012 em relação a 2013, é possível verificar um aumento de 0,81% e em relação ao período de 2012 para 2014, verifica-se um aumento de R\$338.550,99, o que representa 7,66% de crescimento.

Percebe-se que Santa Cruz do Sul foi o município que mais participou financeiramente neste período, sendo justificado por ser o município com maior

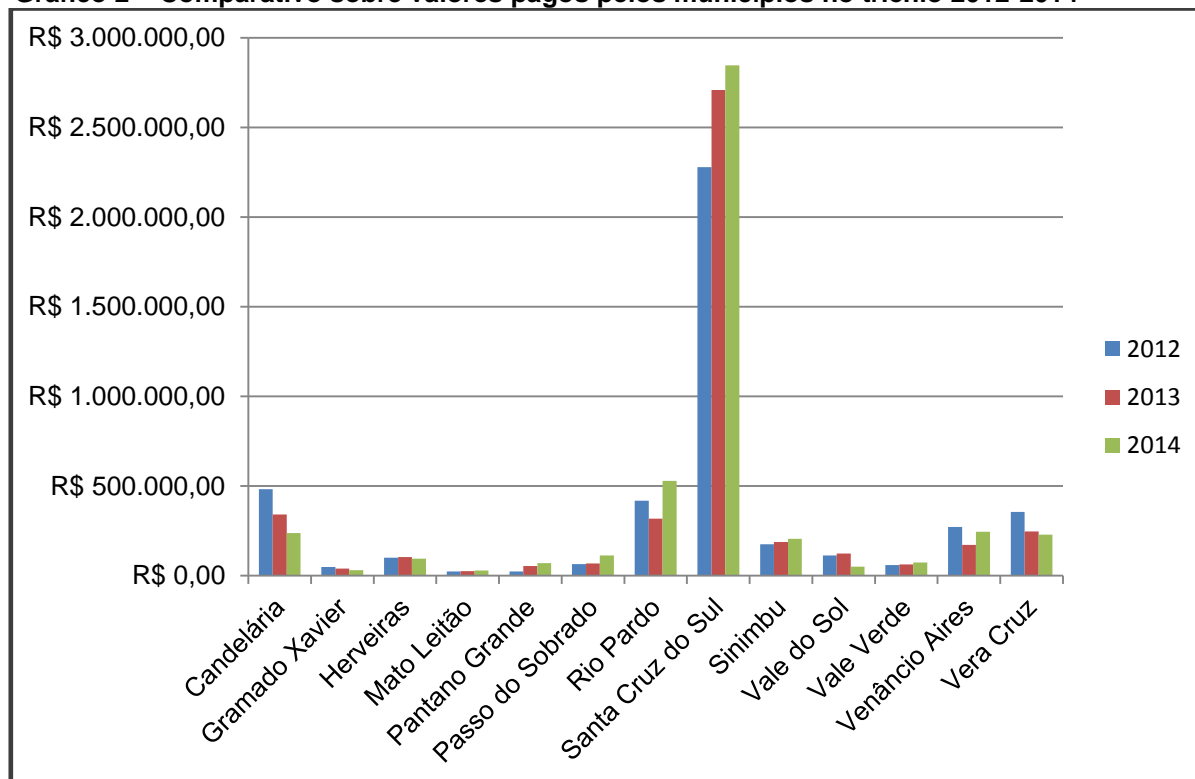
número de habitantes, representando 36,2% da população total atendida pelo consórcio. Outro fator que contribui para isto é que o CISVALE está localizado em Santa Cruz do Sul, criando maior disponibilidade de acesso e menor tempo de deslocamento à sua própria população. Por estes vários motivos o município teve o valor de sua contribuição mensal por habitante aumentado, a partir do ano de 2015, conforme decisão tomada em assembleia.

Além de Santa Cruz do Sul, os municípios de Candelária, Rio Pardo, Venâncio Aires e Vera Cruz são os que têm maior contribuição financeira, sendo justificado pelo número de habitantes, uma vez que estes cinco municípios são os mais populosos, representando 84,4% do total de toda população participante do CISVALE.

Verifica-se que quanto maior a população maior a utilização de consultas, exames e procedimentos e consequente aumento no repasse financeiro, já que este se baseia no número de habitantes somado aos procedimentos contratados.

Para demonstrar o aumento no valor arrecadado pelo consórcio, o Gráfico 2 expõe o comparativo sobre os valores pagos pelos entes consorciados no triênio 2012-2014.

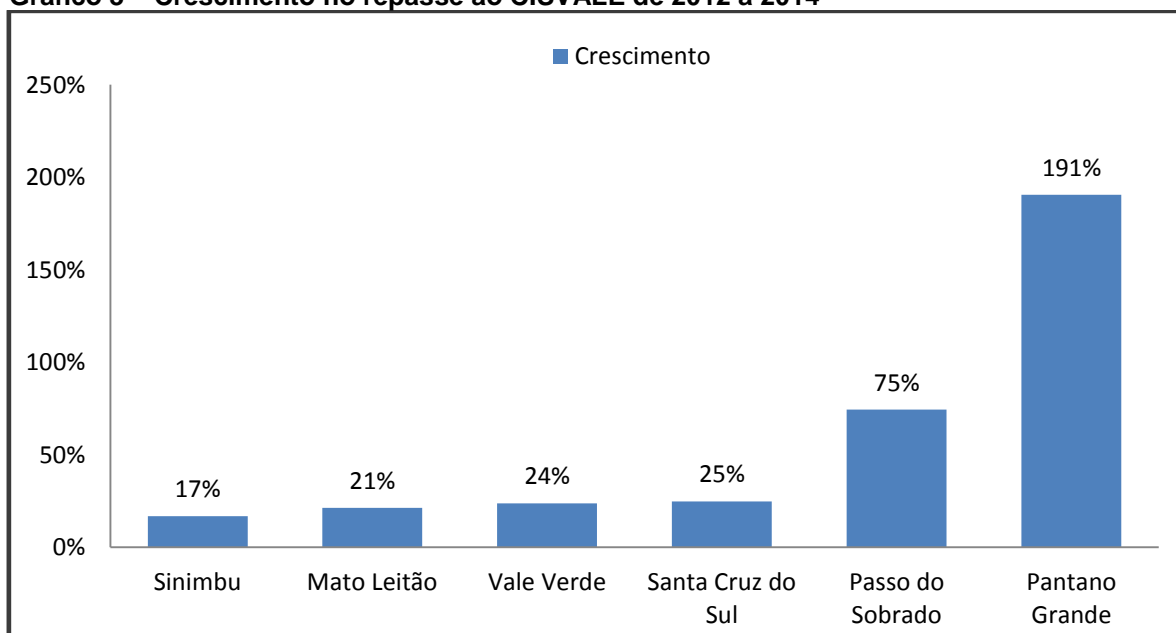
Gráfico 2 – Comparativo sobre valores pagos pelos municípios no triênio 2012-2014



Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados fornecidos pelo CISVALE.

A partir do Gráfico 2 percebe-se que os municípios de Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Sinimbu, Vale Verde e Santa Cruz do Sul foram os que tiveram crescimento consecutivo na contribuição para o consórcio, durante os 3 anos apresentados, somando-se 353% de aumento no total, conforme apresentado no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Crescimento no repasse ao CISVALE de 2012 a 2014



Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados fornecidos pelo CISVALE.

Isto demonstra que os municípios estão incrementando a oferta de serviços de saúde através do consórcio e não somente pela rede básica do SUS, agregando assim diferentes tipos de serviços, aumentando a disponibilidade e agilidade no atendimento e diminuindo a procura por serviços em outras regiões ou na capital do estado, que geram despesas extras para a SMS, principalmente com transportes e estadias.

No triênio 2012-2004 o CISVALE realizou 522.641 mil procedimentos, entre consultas, exames de imagem e exames laboratoriais, distribuídos entre todos os municípios participantes, conforme mostra a Tabela 4.

Considerando-se que os entes são municípios de pequeno porte, constata-se que a quantidade de procedimentos realizados é bastante representativa, demonstrando grande interesse/necessidade desta população por serviços na área de saúde, além de comprovar que a parceria destes municípios com o CISVALE supre as necessidades, tanto no quesito de especialidades disponíveis quanto no

quesito agilidade, uma vez que estas são autorizadas pela própria SMS.

Tabela 4 – Procedimentos realizados no triênio 2012-2014.

PROCEDIMENTOS	2012	(%) 2012	2013	(%) 2013	2014	(%) 2014
Anestesia	420	0,23	379	0,21	304	0,18
Biópsia	98	0,05	169	0,09	179	0,10
Ceratometria	0	0	1.170	0,65	2.171	1,32
Cintilografia	38	0,02	53	0,02	49	0,02
Colonoscopia	260	0,14	263	0,14	270	0,16
Consulta	22.016	12,21	24.751	13,87	24.415	14,89
Crioterapia	369	0,20	687	0,38	696	0,42
Densitometria	30	0,02	47	0,02	175	0,10
Eletrocardiograma	2.212	1,23	2.198	1,23	2.031	1,23
Ecocardiograma	689	0,38	708	0,39	375	0,22
Ecodoppler	549	0,30	787	0,44	4.825	2,94
Ecografia	11.579	6,42	11.450	6,41	10.151	6,19
Eletroencefalografia	894	0,50	560	0,31	607	0,37
Eletroneuromiografia	0	0	92	0,05	251	0,15
Endoscopia	1.071	0,59	771	0,43	828	0,50
Espirometria	38	0,02	42	0,02	96	0,05
Fisioterapia	94.936	52,67	89.687	50,26	74.430	45,39
Fonoaudiologia	4.047	2,25	3.070	1,72	2.201	1,34
Holter	10	0,01	3	0	8	0
Lavagem de ouvido	0	0	0	0	37	0,02
Litotripsia	0	0	3	0	12	0
Mamografia	4.335	2,40	4.700	2,63	4.543	2,77
Manometria	1	0	3	0	1	0
Mapa	19	0,01	6	0	4	0
Medulograma	13	0,01	7	0	3	0
Phmetria	0	0	0	0	1	0
Polissonografia	8	0	18	0,01	7	0
Procedimento	772	0,43	367	0,20	797	0,48
Ressonância Magnética	1.023	0,57	1.287	0,72	366	0,22
Retossigmoidoscopia	0	0	3	0	7	0
Radiografia	33.603	18,64	33.640	18,85	32.196	19,63
Teste Ergométrico	68	0,04	189	0,10	194	0,11
Tomografia Computadorizada	1.152	0,64	1.287	0,72	1.722	1,05
Videolaringoscopia	13	0,01	16	0	13	0
TOTAL	180.263	100	178.413	100	163.965	100

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados fornecidos pelo CISVALE.

Houve uma redução na quantidade total dos procedimentos de 2012 para 2013 e de 2013 para 2014. Estas diferenças ocorrem uma vez que existem taxas diferentes para cada tipo de serviço contratado, sendo assim se há aumento no número de procedimentos de alta complexidade, que possuem valores mais altos, aumentará o valor final pago pelos municípios consorciados, além disso, com os anos existem atualizações monetárias que também alteram os valores dos

procedimentos.

É possível constatar também que procedimentos não utilizados no ano de 2012, como ceratometrias, eletroneuromiografias, litotripsia e retossigmoidoscopia nos anos seguintes tiveram utilização, demonstrando reconhecimento pelo consórcio, da necessidade de oferta destes serviços e consequente interesse dos mesmos pela população.

Examinando-se individualmente cada procedimento, no triênio 2012-2014, dos 34 procedimentos citados, percebe-se que 15 tiveram aumento, são eles: biópsias, ceratometrias, colonoscopias, crioterapias, densitometrias ósseas, ecodoppler, eletroneuromiografias, espirometrias, lavagem de ouvidos, litotripsias, phmetrias, procedimentos, testes ergométricos e tomografias computadorizadas.

Estes serviços possuem valores representativos (Tabela 5), justificando assim o aumento no repasse de cada município, não sendo acompanhado pelo aumento do número total de serviços.

Também é possível justificar esta diferença já que cada SMS autoriza os serviços e possui uma cota própria para utilização do consórcio, sendo assim, entende-se que, caso aumente a demanda por procedimentos mais dispendiosos, diminui-se os procedimentos mais corriqueiros e de menor valor financeiro.

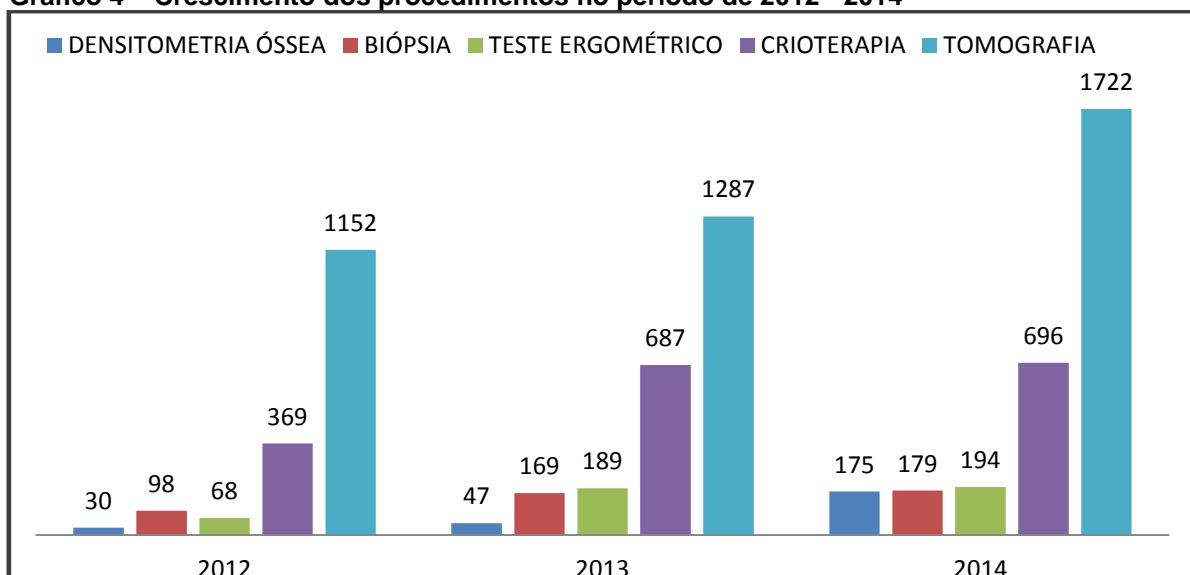
Tabela 5 – Custo de procedimentos que tiveram crescimento de 2012 a 2014

PROCEDIMENTOS	MÉDIA DE CUSTO (R\$)
Biópsia	80,00 a 300,00 de acordo com tipo
Ceratometrias	150,00
Colonoscopia	300,00
Crioterapia	50,00
Densitometria óssea	65,00 por segmento
Ecodoppler	130,00
Eletroneuromiografia	100,00 por segmento
Espirometria	55,00
Lavagem de ouvido	150,00
Litotripsia	1200,00
Phmetria	250,00
Procedimentos	80,00
Teste ergométrico	120,00
Tomografia computadorizada	200,00

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados fornecidos pelo CISVALE.

O Gráfico 4 expõe o crescimento na utilização de exames diagnóstico e tratamento durante o período de 2012 a 2014 e a partir do mesmo verifica-se que o exame de densitometria óssea teve o maior crescimento, 483,33% de 2012 para 2014, seguido de teste ergométrico com 185,29% e crioterapia com 88,61%.

Gráfico 4 – Crescimento dos procedimentos no período de 2012 - 2014



Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados fornecidos pelo CISVALE.

No triênio 2012-2014, o CISVALE realizou 522.641 procedimentos, e através da Tabela 6 verificam-se os cinco procedimentos mais realizados neste período, representando 91,17% do total, em relação aos outros procedimentos. Percebe-se que fisioterapia e radiografias são os mais utilizados, representando 68,06% do total.

Tabela 6 – Procedimentos mais realizados no triênio 2012- 2014

Procedimentos	2012	(%)	2013	(%)	2014	(%)	TOTAL	(%)
Fisioterapia	94.936	52,67	89.687	50,27	74.430	45,39	259.053	49,57
Radiografias	33.603	18,64	33.640	18,86	32.196	19,64	99.439	19,03
Consultas	22.016	12,21	24.751	13,87	24.415	14,89	71.182	13,62
Ecografias	11.579	6,42	11.450	6,42	10.151	6,19	33.180	6,35
Mamografias	4.335	2,40	4.700	2,63	4.543	2,77	13.578	2,60
Outros	13.794	7,65	14.185	7,95	18.230	11,12	46.209	8,84
TOTAL	180.263	100	178.413	100	163.965	100	522.641	100

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados fornecidos pelo CISVALE.

6 DISCUSSÃO

De acordo com SCHNEIDER (2001), os objetivos e finalidades definidos pelos CIS são baseados nos problemas encontrados entre os entes consorciados, com intuito de redução de morbidades, mortalidades e também para promover melhor qualidade de vida aos munícipes, através de políticas públicas voltadas para atenção integral à saúde o que vai ao encontro dos objetivos e finalidades do CISVALE, que visa representar os entes em assuntos de interesse comum, viabilizar a gestão associada, desenvolvendo programas e projetos nas áreas da saúde que aumentem a resolutividade das ações e serviços dos municípios consorciados.

O foco do CISVALE são as consultas médicas e exames diagnósticos, serviços de média e alta complexidade, realizados no CREM e em hospitais e clínicas conveniadas da região, promovendo a regionalização e reduzindo a busca de serviços nos grandes centros, apoiando o que AMARAL e BLATT (2011), afirmam, de que a participação de municípios de pequeno porte nos CIS facilita a oferta de serviços de média e alta complexidade, como exames e consultas médicas, favorecendo o desenvolvimento da região.

O principal serviço realizado pelo CISVALE são as sessões de fisioterapia, o que também corresponde a um dos serviços mais realizados pelo CIS/CAÍ, de acordo com KRANZ (2012), demonstrando semelhança nos interesses e necessidades da população, uma vez que ambos estão em área agrícolas e possuem atividades industriais como principal forma de sobrevivência.

Quanto à parte financeira do consórcio, os municípios participam de um contrato de rateio, realizando o pagamento de uma quota mensal baseada na população declarada pelo IBGE, concordando com GERIGK e PESSALI (2014) que demonstram em CIS do Paraná, a diminuição de possíveis conflitos entre os entes consorciados que realizam o rateio dos custos de acordo com o número de habitantes.

7 CONCLUSÃO

Em relação ao objetivo geral, apresentar a receita e a quantidade de procedimentos realizados pelo Consórcio Intermunicipal de Serviços do Vale do Rio Pardo - CISVALE no triênio 2012-2014 identificou-se que o consórcio teve como receita no ano de 2012 o valor de R\$4.421.066,46 e realizou 180.263 procedimentos, no ano de 2013 recebeu dos entes consorciados o valor de R\$4.456.968,94 e realizou 178.413 procedimentos e em 2014 o valor arrecadado pelo consórcio foi R\$4.759.617,45, realizando 163.965 procedimentos.

Quanto ao objetivo específico, identificar os tipos de procedimentos mais utilizados pela população atendida no triênio 2012-2014, constatou-se que fisioterapia, radiografia, consultas, ecografia e mamografia são os mais utilizados, chegando a 91,17% do total de procedimentos.

Em relação ao objetivo específico, destacar os municípios com maior repasse financeiro ao CISVALE no mesmo período, identificou-se os municípios de Santa Cruz do Sul, Rio Pardo, Candelária, Vera Cruz e Venâncio Aires como os que tiveram maior repasse no triênio 2012-2014.

Através dos resultados apresentados conclui-se que o CISVALE está em busca da melhora na oferta de serviços, aumentando a demanda quando necessário e identificando os principais interesses e necessidades da população que abrange.

A criação do CREM possibilitou a centralização de consultas e exames, aumentou a oferta de especialidades e facilitou o processo de marcação de consultas e procedimentos de pacientes não residentes no município sede.

Os serviços oferecidos possuem uma gama bastante ampla, sendo focada principalmente em exames diagnóstico, de média e alta complexidade, tratamentos e consultas médicas com especialistas.

A grande utilização de serviços de fisioterapia e radiografias pode estar vinculada a maior parte dos entes consorciados ter predomínio de propriedades coloniais, áreas agrícolas, produtoras de fumo e arroz e atividades industriais relacionadas, podendo desta forma vir a ter problemas laborais.

Os municípios com maior população, como Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires, Candelária, Rio Pardo e Vera Cruz também são os que mais utilizam os serviços, o que pode estar ligado a dificuldades no atendimento da atenção básica/SUS ou maior interesse do próprio município em regionalizar o atendimento, sem a necessidade de busca de serviços nos grandes centros, que também sofrem com a demanda aumentada.

Há crescimento no repasse dos municípios menores, como Herveiras, Vale Verde, Mato Leitão o que indica preocupação em oferecer opções de atendimento para a população, incrementando a atenção à saúde, sem depender exclusivamente do SUS ou de outras regiões maiores, que acarretariam maiores gastos.

O consórcio completará em 2015, dez anos de atividade e nota-se que neste período esteve em busca de crescimento, oferecendo uma gama maior de serviços e interesse em atender as demandas da região, promovendo a gestão associada entre os entes consorciados e oferecendo atendimento integral a sua população.

O processo ocorre de forma lenta, mas efetiva, uma vez que os municípios que mais utilizam os serviços do consórcio são os de maior população e maior demanda, e os menores estão aos poucos começando a aumentar o repasse e utilizar os serviços, diminuindo a dependência das unidades básicas do SUS, da capital do estado e maiores centros.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Silvani M. S. do; BLATT, Carine R.. Consórcio intermunicipal para aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 799 – 801, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/2196.pdf>>. Acesso 05 mar. 2015.

ARAGÃO, Júlio. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Praxis**, v. 3, n. 6, p. 59 – 62, ago. 2011. Disponível em: <<http://web.unifoa.edu.br/praxis/numeros/06/59.pdf>>. Acesso em 15 fev. 2015.

BASTOS, Francisco A. Os consórcios intermunicipais e a nova legislação. **Revista Polêmica**. Rio de Janeiro, n. 19, mar./jun. 2007. Disponível em: <http://www.polemica.uerj.br/pol19/cquestoes/artigos/contemp_2.pdf>. Acesso em 03 jul. 2014.

BATISTA, Sinoel *et al.* **As possibilidades de implementação do consórcio público**. Brasília, DF : Caixa Econômica Federal, 2011. 244p. Disponível em: <http://www.cidadessustentaveis.org.br/sites/default/files/arquivos/guia_consortorios_publicos_vol3.pdf>. Acesso em 23 ago. 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?lang=&sigla=rs>>. Acesso em 28 fev. 2010.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 03 abr. 2014.

BRASIL. **Decreto nº 6.017 de 17 de janeiro de 2007**. Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Diário Oficial da União em 18 de janeiro de 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm>. Acesso em 16 ago. 2014.

BRASIL. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União em 20 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 02 jul. 2014.

BRASIL. **Lei nº 11.107 de 06 de abril de 2005**. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Diário Oficial da União em 07 de abril de 2005. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11107.htm>. Acesso em 02 jul. 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos Municípios Brasileiros: gestão pública 2001**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2001/munic2001.pdf>> Acesso em 07 jul. 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos Municípios Brasileiros: gestão pública 2011**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Perfil_Municípios/2011/munic2011.pdf>. Acesso em 21 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Consórcio e a gestão municipal em saúde**. Brasília, 1997. 32p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_14.pdf>. Acesso em 15 out. 2014.

CALDAS, Eduardo L.; CHERUBINE, Marcela B. Condições de sustentabilidade dos consórcios intermunicipais. In: **Consórcios públicos e as agendas do Estado brasileiro**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. p. 55-70. Disponível em: <<http://www.fpabramo.org.br/forum2013/wp-content/uploads/2013/11/5Trevas.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

CAMATA, Adriana F. A.; SOUSA FILHO, Antenor, F. Consórcio público como instrumento da gestão associada para a sustentabilidade ambiental sob a ótica dos afetados. **Revista Jurídica**. Curitiba, v.1, n. 34, p. 155-177, 2014. Disponível em: <<http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/790/603>>. Acesso em 09 jul. 2014.

CISGA. **Histórico de criação**. Disponível em: <<http://www.cisga.com.br/historico>>. Acesso em 26 mar. 2015.

CISVALE. **Estatuto Social de 19 de Janeiro de 2010**. Disponível em: <<http://www.cisvalerp.com.br/estatuto-social>>. Acesso em 09 jul. 2014.

CISVALE. **Alterações Estatuto Social de 05 de Dezembro de 2014**. Disponível em: <<http://www.cisvalerp.com.br/documentos/Estatuto%202014%20%20Alter%C3%A7%C3%B5es%2005.12.14.pdf>>. Acesso em 18 fev. 2015.

CISVALE. **Protocolo de Intenções de 02 de Junho de 2009**. Disponível em: <<http://www.cisvalerp.com.br/protocolo-de-intencoes>>. Acesso em: 23 ago. 2014.

CISVALE. **Resolução nº07/2015 de 12 de Fevereiro de 2015**. Disponível em: <<http://www.cisvalerp.com.br/documentos/Resolu%C3%A7%C3%A3o%2007.15%20Modif%20Rateio%20Financ%2012.02.15.pdf>>. Acesso em 15 mar. 2015.

CRUZ, Maria C. M. T.; ARAÚJO, Fátima F. de; BATISTA, Sinoel. Consórcios numa perspectiva histórico-institucional. **Cadernos Adenauer**. Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 111-124, 2011. Disponível em: <<http://www.kas.de/wf/doc/6761-1442-5-30.pdf>>. Acesso em 07 ago. 2014.

DALLABRIDA, Valdir R.; ZIMERMANN, Viro J. Descentralização na gestão pública e estruturas subnacionais de gestão do desenvolvimento: o papel dos consórcios intermunicipais. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, Taubaté, v. 5, n. 3, p. 3-28, set./dez. 2009. Disponível em: <<http://rbgdr.net/032009/artigo1.pdf>>. Acesso em 28 fev. 2015.

DIEGUEZ, Rodrigo C. Consórcios Intermunicipais em foco: debate conceitual e construção de quadro metodológico para análise política e institucional. **Cadernos do Desenvolvimento**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 9, p. 291-319, jul./dez. 2011. Disponível em: <http://www.centrocelsofurtado.org.br/arquivos/image/201111011227580.CD9_artigo_12.pdf>. Acesso em 02 jul. 2014.

ESPÍNDOLA, Adriana A. Gestão associada dos serviços públicos e a flexibilização do pacto federativo. **Revista de Educação**. São Paulo, v. 13, n. 16, p.215-233, 2010. Disponível em: <<http://sare.anhanguera.com/index.php/reduc/article/view/3208/1293>>. Acesso em 09 jul. 2014.

FONTELLES, Mauro José *et al.* Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, v. 23, n. 3, p. 1-8, ago 2009. Disponível em: <https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf>. Acesso em 16 fev. 2015.

GALINDO, Jadson Mendonça *et al.* Gestão interfederativa do SUS: a experiência gerencial do Consórcio Intermunicipal do Sertão do Araripe de Pernambuco. **Revista da Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 48, n. 6, p. 1545-1566, no./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v48n6/v48n6a09.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2015.

GUIMARÃES, Luisa; GIOVANELLA, Ligia. Cooperação intergovernamental: os consórcios em saúde de Mato Grosso. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 28, n.67, p. 149-158, maio./ago. 2004. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/CoopIntergov.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2015.

GERIGK, Wilson; PASSALI, Huascar, F. A promoção da cooperação nos consórcios intermunicipais de saúde no estado do Paraná. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 48, n. 6, p. 1525-1543, nov./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v48n6/v48n6a08.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2015.

JUNQUEIRA, Ana T. M.; MENDES, Aquilas N.; CRUZ, Maria C. M. Consórcios intermunicipais de saúde no estado de São Paulo: situação atual. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 39, n. 4, p. 85-96, out./dez. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v39n4/v39n4a10.pdf>>. Acesso em 05 jul. 2014.

KRANZ, Luiz F. **Consórcio Intermunicipal do Vale do Rio Caí (CIS/CAÍ):** serviços prestados de média e alta complexidade em saúde. 2012. 53 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2012.

LIMA, Ana P. G. de. Os consórcios intermunicipais de saúde e o sistema único de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 985-996, out./dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2000000400017&script=sci_arttext>. Acesso em 01 jul. 2014.

MELO, Alisson J. M.; CAVALCANTE, Denise L. Federalismo fiscal e gestão associada de serviços públicos. **Revista da Faculdade de Direito**. Fortaleza, v. 34, n. 1, p. 21-41, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.revistadireito.ufc.br/index.php/revdir/article/view/1/5>>. Acesso em: 05 jul. 2014.

NICOLETTO, Sonia C. S.; CORDONI, Luiz JR.; COSTA, Nilson R. Consórcios Intermunicipais de saúde: o caso do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 29-38, jan./fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/04.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

PEIXOTO, João B. **Manual de implantação de consórcios públicos de saneamento**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/eng_manualCapacitacao.pdf>. Acesso em 28 fev. 2015.

PROVIN, Camila. **Consórcios Intermunicipais:** uma alternativa para a gestão pública em saúde no Rio Grande do Sul. 2012. 43 f. Monografia (Especialização de Gestão em Saúde), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2012.

RIBEIRO, Helio A.; BRAGA, Reinaldo Q. Administração de Consórcios Intermunicipais de Saúde. **Revista Brasileira de Gestão e Engenharia**. Minas Gerais, n. 3, p. 105 – 122, jan./jun. 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/B%C3%A1rbara/Downloads/54-205-1-PB.pdf>>. Acesso em 24 mar. 2015.

ROCHA, Carlos V.; FARIA, Carlos A. P. de. Cooperação intermunicipal, reterritorialização da gestão pública e provisão de bens e serviços sociais no Brasil contemporâneo: a experiência dos Consórcios de Saúde de Minas Gerais. **Cadernos Metrópole**. São Paulo, n. 11, p. 73-105, 2004. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/metropole/article/viewFile/8815/6536>>. Acesso em 06 jul. 2014.

SANTOS, Neusa M. dos. A organização da saúde no Rio Grande do Sul. **Revista Gestão & Saúde**. Curitiba, v.1, n. 3, p. 1-10, 2010. Disponível em: <<http://www.herrero.com.br/revista/Edicao%203%20Artigo%201.pdf>>. Acesso em 28 fev. 2015.

SÁ-SILVA, Jackson R.; ALMEIDA, CD de; GUINDANI, Joel F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009. Disponível em: <http://www.rbhcs.com/index_arquivos/artigo.pesquisa%20documental.pdf>. Acesso em 17 fev. 2015.

SCHNEIDER, Anamaria. Os consórcios intermunicipais de saúde no Estado do Rio de Janeiro. **Physis: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 51-66, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v11n2/a04v11n2.pdf>>. Acesso em 20 jul. 2014.

SESA. **Notícias Secretaria de Saúde do Ceará**. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/46569-sesa-discute-evolucao-dos-consorcios-publicos-de-saude>>. 25 nov. 2014. Acesso em 17 fev. 2015.

SFILIMBERGO, Juliana. Cisvale estuda projeto de centro de especialidades. **Gazeta do Sul**, Santa Cruz do Sul, 20 maio. 2014. Regional, Saúde, p. 15. Disponível em: <<http://www.cisvalerp.com.br/n01.php>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

STUCCHI, Maria L. R. Consórcios intermunicipais de saúde no Estado de São Paulo. In: **Planejamento de saúde: conhecimento e ações**. São Paulo. Secretária da Saúde, 2006. p. 133-147. Disponível em: <<http://www.registro.unesp.br/sites/museu/basededados/arquivos/00000318.pdf>>. Acesso em 05 jul. 2014.

TEIXEIRA, Luciana da S. **Ensaio sobre consórcios intermunicipais de saúde: financiamento, comportamento estratégico, incentivos e economia política**. 2003. 122f. Tese (Doutorado em Economia) – Universidade de Brasília, DF, 2003.

TEIXEIRA, L.; MAC DOWELL, C. M.; BUGARIN, M. Consórcios intermunicipais de saúde: uma análise à luz da teoria dos jogos. **Revista Brasileira de Economia**. Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 253-281, jan./mar. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-1402003000100011&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 abr. 2014.

VIANA, Ana. L. d'Á. *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, fundação Seade, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_07.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2014.

ANEXO A - TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SERVIÇOS DO
VALE DO RIO PARDO - CISVALE**

CNPJ 07664821/0001-71

ACEITE INSTITUCIONAL

Zeli Prates Klein, Diretora Executiva do Consórcio Intermunicipal de Serviços do Vale do Rio Pardo/CISVALE, concorda com a realização da pesquisa Consórcios Intermunicipais de Saúde: oferta de atenção integral à saúde por meio da gestão associada do Consórcio Intermunicipal de Serviços do Vale do Rio Pardo, de responsabilidade da pesquisadora Bárbara Antonina Dávila, aluna do curso de Pós Graduação Gestão em Saúde EAD, no Departamento da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS em parceria com a Universidade Aberta do Brasil UAB.

O estudo envolve a realização de análise de investimentos e procedimentos em saúde de cada município participante do Consórcio Intermunicipal de Serviços do Vale do Rio Pardo, CISVALE, no período de 5 anos antes e depois da criação do consórcio.

Santa Cruz do Sul, 03 de novembro de 2014.

www.cisvalerp.com.br

cisvale@santacruz.rs.gov.br

Telefax: (51) 37156590 Telefone: (51) 37196590

Rua Ernesto Alves, 128 CEP 96810-188 Santa Cruz do Sul/RS

Consórcio Público associado à

AGCONP