



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL de LONDRINA

---

LETÍCIA CRISTINA BENTO

**OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NO  
ESTADO DO PARANÁ**

---

Londrina  
2016

LETÍCIA CRISTINA BENTO

**OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NO  
ESTADO DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Serviço Social e Política Social.

Orientadora: Prof. Dra. Líria Maria Bettiol Lanza.

Londrina  
2016

### Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

B478c Bento, Letícia Cristina.

Os consórcios intermunicipais de saúde no estado do Paraná / Letícia Cristina  
Bento. - Londrina, 2016.  
238 f.: il.

Orientador: Líria Maria Bettiol Lanza.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2016.

Inclui bibliografia.

1. Serviço social - Teses. 2. Consórcios intermunicipais de saúde - Paraná - Teses. 3. Política de saúde - Brasil - Teses. 4. Descentralização administrativa - Teses. I. Lanza, Líria Maria Bettiol. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Estudos Sociais Aplicados. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social. III. Título.

CDU 36:614.2(816.2)

LETÍCIA CRISTINA BENTO

**OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NO ESTADO DO  
PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Serviço Social e Política Social.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof. Dra. Liria Maria Bettiol Lanza  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dra. Eliane Campos  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dr. Alberto Durán Gonzalez  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 04 de março de 2016.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, pela possibilidade de empreender esse caminho evolutivo e por sempre me carregar quando não tenho mais forças.

Ao meus pais, Sueli e Carlos, por terem me dado educação, valores e por terem me ensinado a “andar”. Pelos diversos sacrifícios suportados para que eu concluísse o ensino superior e pelo constante apoio ao meu aprimoramento acadêmico.

Ao meu companheiro e esposo Ewerton, por ter me estimulado a voltar para a academia depois de 10 anos de formada e por sua paciência, amizade e carinho mesmo com meu mau humor matinal aflorado. Amo-te.

Ao meu filho Miguel, criança que diariamente me encanta com suas curiosidades e descobertas sobre a vida e sua beleza. Bem como à Livia, pelos ensinamentos que sua presença traz em minha vida.

Aos amigos e colegas de trabalho, Heliton, Melissa e Joana, que fizeram parte desse momento, sempre me ajudando, compreendendo e apoiando. E aos demais funcionários do CISVIR, com os quais, direta ou indiretamente, a convivência me possibilita muito aprendizado.

À minha orientadora, Liria, por acreditar em mim, incentivar-me quando pensei em desistir, mostrar-me o caminho da ciência, ter paciência e ser exemplo de profissional crítica. Sempre lhe serei grata.

A todos coordenadores de consórcios, pela troca de experiência e pelo companheirismo na luta pela saúde pública. E, em especial, ao presidente do meu consórcio, Dr. Beto Preto, que também tem lutado pelo reconhecimento dos consórcios de saúde, em níveis federal e estadual, e que acreditou na importância do presente estudo.

A todos os sujeitos desse trabalho, que, sem a participação dessas pessoas, eu não teria a possibilidade de realizá-lo.

E, enfim, à vida e às suas relações de percas e ganhos.

*“Para tanto as autoridades públicas e a sociedade precisam, com urgência, promover as necessárias mudanças políticas, funcional, administrativas, técnicas, operacionais e financeiras, introduzindo novos paradigmas administrativos na operacionalização e gestão do moderno sistema público de saúde para consolida-lo como política pública que considera a pessoa humana em sua integralidade. O SUS tem sido uma grande política pública universalista e inclusiva, que considera o ser humano como sujeito de direitos perante o Estado, contendo em seus regramentos constitucionais e legais, a mais moderna concepção de Estado de bem estar social”.*

*(Gastão Wagner de Souza Campos)*

BENTO, Letícia Cristina. **Os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado do Paraná**. 2016. 238 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

## RESUMO

Com a discussão sobre as funções do Estado e a sua reforma no Brasil, o tema da descentralização e do fortalecimento do poder do município como gestor das políticas públicas ganha intensidade nos debates. Na saúde, para a operacionalização dessa nova estratégia de democratização, é estimulada, por meio de normativas, a cooperação intermunicipal para superar as desigualdades regionais e garantir a integralidade dos usuários do Sistema Único de Saúde. Assim, desde a década de 1990, diversos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) têm surgido no estado do Paraná, inicialmente, a fim de viabilizar a atenção especializada em saúde e, atualmente, gerenciando também outras formas de políticas públicas de saúde. Dessa maneira, o objetivo geral do presente estudo é analisar os Consórcios Intermunicipais de Saúde e a sua relação com a política pública de saúde do estado do Paraná, e os objetivos específicos são: mapear os Consórcios Intermunicipais de Saúde do estado do Paraná na gestão da política de média complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS); descrever a organização técnica, operacional e administrativa dos Consórcios; contextualizar a criação e a atuação dos CIS; averiguar a representação do *mix* público-privado na execução da política de média complexidade; e problematizar os Consórcios Intermunicipais de Saúde dentro da execução de uma política pública. Para lograr a proposta, trouxemos um estudo descritivo-exploratório dos CIS do Paraná, os quais atendem hoje uma população de 5.827.779 habitantes, totalizando 24 consórcios de saúde, sendo este o universo do presente estudo, e apresentamos uma pesquisa de natureza quantiqualitativa. Ao analisar os dados coletados, concluímos que os consórcios de saúde em nosso estado têm sido de grande relevância para a execução de ações que garantam os princípios doutrinários e operacionais do Sistema Único de Saúde, já que viabilizam ações que asseguram a integralidade, a universalidade, a equidade, a descentralização e a regionalização, além de ter, cada vez mais, ampliado e adaptado o seu papel para responder às necessidades territoriais em saúde. A absorção de novas funções dá-se em decorrência da sua capacidade gerencial de resolutividade das demandas municipais e regionais, já que trabalham com conceitos de escala e com valores diferentes da tabela de referência do SUS, em assumir as lacunas assistenciais, e ocorre também pela fragilidade de operacionalização dos acordos interfederativos da política de saúde e, ainda, pelo esvaziamento da função estatal. Assim, os consórcios de saúde vêm sendo fortalecidos na execução de uma política pública, porém, mediante seu processo operacional administrativo, estão fomentando o *mix* público-privado na saúde, na perspectiva de regra, e não de complementariedade. Apresentando, então, recursos públicos e estimulando o mercado privado da Saúde, e sem a lógica do controle social presente.

**Palavras-chave:** Reforma do Estado. Descentralização. Regionalização. Consórcios Intermunicipais de Saúde.

BENTO, Letícia Cristina. **The Consortium Intermunicipal Health in the state of Parana**. 2016. 238 p. Dissertation (Master's degree in Social Work and Social Policy) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

## ABSTRACT

With the discussion of the state functions, and its reform in Brazil, the theme of decentralization and strengthening of municipal power as a manager of public policy gains intensity in the debates. In health, for operation of the new democratization strategy is encouraged through regulatory, the inter-municipal cooperation to overcome regional inequalities and ensure the completeness of the users of the Unified Health System. Thus, since the 1990s, many Consortia Intermunicipal Health - CIS have arisen in the state of Paraná, initially in order to enable the specialized care in health, and currently also managing other forms of public health policies. Thus, the overall objective of this study is to analyze the Consortium Intermunicipal Health and its relationship with the public policy of the State of Paraná health, and specific are: mapping the Consortium Intermunicipal of the State of Paraná Health in policy management; average complexity of the Unified Health System; describe the technical organization, operational and administrative management of the Consortium; contextualize the creation and operation of the CIS; determine the representation of the public-private mix in the implementation of medium complexity policy; and discuss the Intermunicipal Health Consortia in the execution of public policy. To achieve the proposal will bring a descriptive exploratory study of CIS in this state, which now serve a population of 5,827,779 inhabitants, and amounts to 24 Consortia of Health, which is the universe of this study, and present a nature research quantitative and qualitative. When analyzing the data collected concluded that health consortia in our state has been of great importance to enforcement actions that guarantee the doctrinal and operational principles of the Unified Health System, since enable actions to ensure comprehensiveness, universality, equity, decentralization and regionalization, and has increasingly expanded and adapted their roles to meet local and regional needs in health. The absorption of new functions occurs as a result of its managerial capacity of solving municipal and regional demands, since working with scale concepts and different values of SUS reference table, to take on the care gaps, and is also the fragility of operationalization of agreements interfederativos health policy, and even the emptying of state function. Thus, health consortia have been strengthened in the implementation of a public policy, however, through its administrative operational process, are encouraging the public-private mix in health, rule of perspective, not complementary. Featuring then public resources encouraging the private health market, and not the logic of this social control.

**Keywords:** Reform State. Decentralization. Regionalization. Consortium Intermunicipal Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b>	– 22 Regiões de Saúde do Paraná e município sede .....	93
<b>Figura 2</b>	– Cidade sede dos consórcios de saúde do Paraná e regionais de saúde.....	94
<b>Gráfico 1</b>	– População de abrangência.....	107
<b>Gráfico 2</b>	– Data de Criação .....	108
<b>Gráfico 3</b>	– Estrutura Física – 2013 .....	109
<b>Gráfico 4</b>	– Natureza Jurídica – 2013 .....	109
<b>Gráfico 5</b>	– Prestação de Contas – 2013.....	110
<b>Gráfico 6</b>	– Despesas e receitas gerais – 2013 .....	111
<b>Gráfico 7</b>	– Quantidade de consultas e exames especializados – 2013.....	112
<b>Gráfico 8</b>	– Frequência de outros Serviços oferecidos pelos consórcios – 2013 .....	116
<b>Gráfico 9</b>	– Distribuição Percentual das Receitas – 2013.....	120
<b>Gráfico 10</b>	– Distribuição Percentual de Receitas por Origem – 2013.....	125

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição dos municípios Consorciados segundo Estados e População Coberta – Brasil, 2000 .....	15
<b>Tabela 2</b> – Modalidades de consórcios .....	107
<b>Tabela 3</b> – Especialidades e Exames Ofertados pelos consórcios pesquisados .....	114
<b>Tabela 4</b> – Tipos de profissionais e forma de contrato .....	123
<b>Tabela 5</b> – Consórcios Intermunicipais e Objetivos .....	133
<b>Tabela 6</b> – Serviços prestados por Consórcios – 2013 .....	134

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Relação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná – 2014 .....	16
<b>Quadro 2</b> – Modelos de Proteção Social .....	38
<b>Quadro 3</b> – Órgãos previdenciários do Brasil – 1923 -1953 .....	59

## LISTA DE SIGLAS

Abrasco	Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
Acispar	Associação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BM	Banco Mundial
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centros de Atenção Psicossociais
Cebes	Centro Brasileiro de Estudo da Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIBs	Comissões Intergestoras Bipartites
CIS	Consórcios Intermunicipais de Saúde
Cisa	Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis
Cisasf	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Alto São Francisco
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CIRs	Comissões Intergestoras Regionais
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CNS	Conferência Nacional de Saúde
Comsus	Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde
CPMF	Contribuição Provisória de Movimentação Financeira
CRE	Centro Regional de Especialidades Médicas
Cremesp	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DNERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
FEDP	Fundação Estatal de Direito Público
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
GPAB	Gestão Plena de Atenção Básica
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal

IAPS	Institutos de Aposentadoria e Pensões
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPMF	Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
ISS	Imposto Sobre Serviços
ITCMD	Imposto sobre a Transmissão Causa Mortis e Doações
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma de Estado
MES	Ministério da Educação e Saúde
Mesp	Ministério da Educação e Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma de Operacionalização da Assistência à Saúde
NOB/91	Norma Operacional Básica de 1991
OMS	Organização Mundial de Saúde
NOB/93	Norma Operacional Básica de 1993
NOB/96	Norma Operacional Básica de 1996
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PLC	Projeto de Lei Complementar
ONG	Organização não Governamental
OS	Organização Social
PAB	Piso de Atenção Básica
Pacs	Programa de Agentes Comunitários da Saúde
PDT	Partido Democrático Trabalhista
Piass	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PPI	Programação Pactuada Integral
PRN	Partido da Reconstrução Nacional
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
SADT	Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia

Samu	Serviço Móvel de Urgência
Sesa	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
US	Unidades de Serviços

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1 A CONSTITUIÇÃO DO ESTADO E SEUS MODELOS</b> .....	22
1.1 O MODELO JUSNATURALISTA .....	23
1.2 O MODELO HEGELO-MARXIANO .....	28
1.3 POLÍTICA SOCIAL, PROTEÇÃO SOCIAL E <i>WELFARE STATE</i> OU ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL .....	36
1.4 O NEOLIBERALISMO: O DESMONTE DO <i>WELFARE STATE</i> .....	45
<b>2 O ESTADO BRASILEIRO E A POLÍTICA DE SAÚDE</b> .....	52
2.1 APONTAMENTOS DA FORMAÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO E SUAS INTERVENÇÕES EM RELAÇÃO ÀS DEMANDAS DE SAÚDE ATÉ A CONSTITUIÇÃO FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988.....	52
2.1.1 Os Antecedentes da Saúde Pública .....	52
2.1.2 Era Vargas (1930-1945) .....	57
2.1.3 Do Nacionalismo ao Desenvolvimentismo (1945-1964) .....	63
2.1.4 A Ditadura Militar (1964-1974).....	67
2.1.5 A redemocratização e a Constituição Federal .....	69
2.1.6 Da década de 1990 ao contexto atual do Sistema Único de Saúde .....	72
2.2 A DESCENTRALIZAÇÃO E A REGIONALIZAÇÃO .....	82
<b>3 OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO ESTADO DO PARANÁ</b> .....	90
3.1 O SURGIMENTO DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE.....	90
3.2 OS MARCOS LEGAIS EDITADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE .....	96
3.2.1 A Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 2001 .....	96
3.2.2 A Lei nº 11.107/2005 .....	98
3.2.3 O Pacto pela Saúde – 2006.....	101
3.2.4 O Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011.....	103
3.3 OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NO ESTADO DO PARANÁ.....	106
3.3.1 O Financiamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde e o <i>Mix Público-Privado</i> .....	118

3.3.2 A Relação do Estado do Paraná com os Consórcios Intermunicipais de Saúde .....	126
3.3.3 A Metamorfose dos Papéis dos Consórcios Intermunicipais de Saúde .....	132
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	139
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	144
<b>APÊNDICES</b> .....	157
APÊNDICE A: Modelo Questionário Semiestruturado .....	158
APÊNDICE B: Modelo Carta de aceite.....	160
APÊNDICE C: Roteiro para entrevista .....	161
APÊNDICE D: Relato do Grupo Focal .....	162
<b>ANEXOS</b> .....	177
ANEXO A: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética .....	178
ANEXO B: Tabela de Valores Cis-comcam.....	180
ANEXO C: Consórcio Intermunicipal de Saúde Iguaçu Tabela de Preço Público – CISI/2015.....	211

## INTRODUÇÃO

A proposta de *descentralização* é instituída no Brasil com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e implementada na década de 1990, no contexto de políticas de ajustes neoliberais e da reforma do Estado, em que muitas experiências de cooperação intermunicipal foram surgindo para responder às demandas oriundas desse processo de municipalização e regionalização. Entre elas, os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) apareceram como uma estratégia de gestão de resolução de algumas necessidades, as quais se iniciaram com a organização e a desvinculação das ações de saúde das esferas estaduais e federal para a esfera municipal.

O Ministério da Saúde (MS) considera os CIS um importante instrumento de articulação entre os municípios e pontua que a maneira consorciada faz com que o município assuma responsabilidades pela gestão do sistema de saúde, tendo em vista que, desde o Plano de Ações e Metas Prioritárias de 1997-1998 até a presente data, o MS formata normativas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a opção de cooperações intermunicipais.

No entanto, não se conhece com precisão o número de CIS em atuação no país. Um documento da primeira metade da década de 2000 (LIMA; PASTRANA, 2000a; 2000b) refere que, em 2000, existiam 141 Consórcios Intermunicipais de Saúde distribuídos por 13 Estados brasileiros, que envolviam 1618 municípios e atendiam a mais de 25 milhões de pessoas (Tabela 1).

**Tabela 1 – Distribuição dos municípios Consorciados segundo estados e população coberta – Brasil, 2000**

ESTADOS	POPULAÇÃO TOTAL	N.º DE MUNICÍPIOS	N.º DE CONSÓRCIOS	N.º. MUNICÍPIOS CONSORCIADOS	POPULAÇÃO COBERTA
BA	12.541.675	415	02	15	254.955
ES	2.802.707	77	10	69	1.385.360
GO	4.514.967	242	01	12	152.942
MT	2.235.832	126	08	57	742.239
MG	16.673.097	853	70	748	11.477.979
PA	5.510.849	143	01	08	245.088
PB	3.305.616	223	07	60	580.600
PR	9.003.804	399	18	289	4.657.779
RJ	13.406.308	91	04	46	1.657.131
RN	2.558.660	166	01	12	109.139
RS	9.637.682	467	03	89	1.123.303
SC	4.875.244	293	09	139	1.765.189
SP	34.120.886	645	07	74	1.225.125
	<b>121.187.327</b>	<b>4140</b>	<b>141</b>	<b>1618</b>	<b>25.376.829</b>

**Fonte:** Diagnóstico da Situação Atual de CIS no Brasil (MS/OPAS, 2000 *apud* LIMA; PASTRANA, 2000a).

Os números da tabela demonstram a relevância que esses CIS já tinham, a pelo menos 15 anos atrás, dentro do SUS, uma vez que eles se propõem a materializar a integralidade, a hierarquização e a necessidade da regionalização da política de saúde brasileira. Dessa maneira, os CIS foram propostos para, por meio de uma racionalidade administrativa, dar conta das diversidades territoriais e das demandas em saúde.

Nesse cenário, os consórcios de saúde se consolidam como uma estratégia de gestão que vem ganhando novos espaços no estado do Paraná, pois têm sido utilizados para além de sua proposta inicial de execução da média complexidade em saúde. Hoje, temos os CIS gerenciando redes de urgência/emergência, saúde bucal, hospitais, entre outras ações de saúde. Assim, enquanto trabalhadora de um CIS no Norte do estado do Paraná, observei que há questionamentos que precisam ser postos, já que entre trabalhadores e coordenadores há diversos tipos de posicionamentos, mesclando-se entre os defensores e os críticos. Por um lado, os defensores o apontam como uma alternativa eficaz dos municípios que promove a regionalização em saúde e o acesso ao tratamento especializado aos seus munícipes referenciados, sendo também um elemento sinérgico entre a atenção básica e a alta; e, por outro lado, os que reconhecem a sua relevância a dado território. No entanto, estes últimos pontuam que, na concretude, são uma forma de *desresponsabilização* do Estado dentro de uma ótica de Estado Neoliberal, em que o processo de terceirização de uma política pública é evidenciado diariamente.

Todavia, são incipientes as pesquisas que vão refutar ou confrontar esses posicionamentos, demonstrando, assim, a relevância da produção de pesquisa sobre esse novo formato institucional, que se transformou no arcabouço de atendimento da média complexidade em diversos Estados de nossa federação.

Assim, é das informações apresentadas anteriormente – somadas ao dado de que 79,2% dos municípios do estado do Paraná são considerados de pequeno porte e maiores beneficiados dos CIS ao acesso a serviços especializados (PARANÁ, 2013) – que emerge o objeto deste estudo, isto é, os Consórcios Intermunicipais de Saúde do estado do Paraná.

Dessa maneira, tivemos como objetivo geral de nosso estudo analisar os Consórcios Intermunicipais de Saúde e sua relação com a Política Pública de Saúde do estado do Paraná. E, como objetivos específicos: mapear os Consórcios Intermunicipais de Saúde do estado do Paraná na gestão da política de média complexidade do Sistema Único de Saúde; descrever a organização técnica, operacional e administrativa dos Consórcios; contextualizar a criação e a atuação dos CIS; averiguar a representação do *mix* público-privado na execução da política de média complexidade; e problematizar os Consórcios Intermunicipais de Saúde dentro da execução de uma política pública.

Para alcançarmos nossos objetivos, trouxemos um estudo descritivo-exploratório dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do estado do Paraná, que atendem hoje uma população de 5.827.779, no que tange aos atendimentos de média complexidade, totalizando 24 consórcios de saúde (Quadro 1), sendo esse o universo do presente estudo.

**Quadro 1 – Relação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná – 2014**

<b>Consórcio</b>		<b>Município sede</b>
ARSS	Associação Regional de Saúde do Sudoeste	Francisco Beltrão
ASSIMS	Associação Intermunicipal de Saúde	Pato Branco
Cimsaude	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Campos Gerais	Ponta Grossa
CIS-Ivaiporã	Consórcio Intermunicipal de Saúde	Ivaiporã
CIS Amcespar	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Centro-Sul do Paraná	Irati

Cisamerios	Consórcio Intermunicipal de Saúde	Umuarama
Cisamunpar	Consórcio Intermunicipal de Saúde	Paranavaí
Cisamusep	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Setentrião Paranaense	Maringá
CIS Centro-Oeste	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro-Oeste do Paraná	Guarapuava
Ciscenop	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro-Oeste do Paraná	Cianorte
Ciscomcam	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Comunidade dos Municípios da Região de Campo Mourão	Campo Mourão
Ciscopar	Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná	Toledo
Cisgap	Consórcio Intermunicipal de Saúde Guarapuava/Pinhão	Guarapuava
Cisi	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Iguaçu	Medianeira
Cismepar	Consórcio Intermunicipal de Saúde Médio-Paranapanema	Londrina
Cisnop	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte do Paraná	Cornélio Procópio
Cisnorpi	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte Pioneiro	Jacarezinho
Cisop	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná	Cascavel
Cisvali	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Iguaçu	União da Vitória
Cisvir	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região	Apucarana
Cislipa	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Litoral do Paraná	Paranaguá
Comesp	Consórcio Metropolitano de Saúde do Paraná	Curitiba
Assiscop	Associação Intermunicipal de Saúde do Centro-Oeste do Paraná	Laranjeiras do Sul
CIS-Centro Oeste	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro-Oeste	Guarapuava
CIS-Paraná Centro	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Paraná Centro	Pitanga

**Fonte:** a própria autora.

Dessa forma, para a construção da proposta de estudo, optamos pela pesquisa de natureza tanto qualitativa quanto quantitativa, sendo que estas não se opõem em momento algum, apenas se completam, devido à dinâmica de interação entre elas. A pesquisa quantitativa se baseia no uso de métodos matemáticos para a compreensão da realidade – são os dados estatísticos mais os objetivos –, já a qualitativa supre os dados da realidade que não são passíveis de serem quantificados – os dados subjetivos, como o universo dos significados, dos valores, das crenças e das opiniões –, possibilitando, assim, uma maior compreensão do tema e dos processos inerentes a ele (MINAYO, 1994).

Consolidando o que foi descrito por Minayo (1994) referente à pesquisa qualitativa, Chizzotti (1998, p. 79) afirma:

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado.

O estudo quantiqualitativo, bem como os caminhos complementares de análise de bases documentais – o questionário semiestruturado (Apêndice A) e o grupo focal – que foram aplicados aos CIS e à entrevista, contribuíram, junto ao levantamento bibliográfico, com a realização desta pesquisa.

O grupo focal é uma modalidade de coleta de dados grupal na qual os participantes dialogam sobre um tema particular ao serem estimulados ao debate. O grupo focal, como um procedimento de coleta, é um instrumento com o qual o pesquisador tem a possibilidade de ouvir vários sujeitos ao mesmo tempo, as interações características do grupo. Seu objetivo é extrair diversas informações, sentimentos, experiências e representações do grupo sobre o tema em questão (KIND, 2004).

O levantamento bibliográfico esteve centrado nas temáticas que estudaram os consórcios de saúde dentro da perspectiva do Estado brasileiro, como também a reforma do Estado, a reforma sanitária, a descentralização e a regionalização, visando contextualizar esse tipo de estratégia associativa e levantar

outros estudos de caso que permitissem eventuais comparações com o trabalho aqui proposto.

Para o desenvolvimento deste trabalho, encaminhamos, inicialmente, a proposta do projeto de pesquisa para a submissão e a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos, da Plataforma Brasil, pelo qual, mediante o parecer número 688.693, a proposta foi aprovada (Anexo A).

Para a coleta de dados, foi feita, inicialmente, uma explanação aos participantes do Curso de Aperfeiçoamento em Gerenciamento de Consórcios<sup>1</sup> – da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), *campus* Curitiba – sobre o presente estudo, ressaltando a importância da participação de todos os CIS em tal pesquisa. Após os esclarecimentos e depois de esgotadas todas as dúvidas, os interessados em participar tendo preenchido as Cartas de Aceite, foi encaminhado, por *e-mail*, o questionário semiestruturado, no qual os participantes nos disponibilizaram dados para mapear o CIS quanto às suas organizações técnicas, administrativas e operacionais. Optamos pela aplicação do questionário via *e-mail* por dificuldades geográficas, temporais e financeiras para a efetivação de entrevistas.

Os questionários semiestruturados foram aplicados aos 18 coordenadores que concordaram em participar da pesquisa e que preencheram a Carta de Aceite (Apêndice B). Entendemos por coordenador, nesta pesquisa, aquele que possui o processo de gestão sobre o seu domínio, que participa ativamente das reuniões da Associação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná (Acispar) e da Secretaria Estadual de Saúde (Sesa) e que frequenta o Curso de Aperfeiçoamento em Gerenciamento de Consórcios oferecido pela PUC-PR, *campus* Curitiba – em parceria com a Sesa.

Cabe mencionar que, de uma amostra de 18 coordenadores que preencheram a Carta de Aceite, apenas 11 devolveram os questionários

---

<sup>1</sup> O Comsus é um programa da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná que tem o propósito de qualificar a atenção ambulatorial do Estado para atender às necessidades da população como um todo, tendo como objetivos específicos: alinhar o modelo de atenção dos Consórcios Intermunicipais de Saúde conforme as redes de atenção à saúde prioritárias; implantar incentivo de custeio para ampliar a oferta de serviços especializados; implantar incentivo de investimento para a melhoria da estrutura e de equipamentos dos Centros de Especialidades Regionais; e melhorar a qualidade da gestão dos consórcios. O Comsus possui três componentes básicos: incentivo para custeio mensal; incentivo para investimento; e capacitação para os gerentes de Consórcios Intermunicipais de Saúde. Dessa maneira, esse curso de Aperfeiçoamento em Gerenciamento de Consórcios é parte integrante do Comsus, promovido por uma parceria entre Sesa e Acispar e operacionalizado pela PUC.

corretamente respondidos e 1 devolveu parcialmente respondido. Ao entrar em contato com o CIS que devolveu parcialmente respondido, fomos informados de que a presidência e a contabilidade estavam resistentes em passar os dados financeiros. Nos outros 6 CIS que assinaram a Carta de Aceite, foram realizadas várias tentativas para a devolutiva dos questionários semiestruturados, porém não obtivemos sucesso.

Em um segundo momento, foi realizado o Grupo Focal, no dia 18 de setembro de 2014, com duração de uma hora e quarenta minutos e com 12 integrantes. Uma vez que, de acordo com Gatti (2005), grupos maiores limitam a participação de todos e as oportunidades de trocas de ideias e elaborações. Nesse momento, foram levantadas questões mais abertas sobre as temáticas que envolvem os consórcios dentro da política pública estadual de Saúde: regionalização, dificuldades, relação com o Estado do Paraná e financiamento. As falas do grupo focal, para a manutenção do sigilo, serão identificadas pela palavra Sujeito seguida de um número, começando pelo número 1 (isto é, “Sujeito 1”, “Sujeito 2” e assim sucessivamente), com o conteúdo da pesquisa sendo apresentado no corpo do trabalho.

Para a conclusão da etapa de coleta de dados, num terceiro momento, foi viabilizada uma entrevista com dois sujeitos coordenadores de consórcios. Buscamos entrevistar um coordenador de grande porte e um de médio porte, logrando ter informações mais detalhadas do processo de trabalho do Consórcio e compreender se existiam diferenças gerenciais entre eles; a escolha por esses sujeitos ocorreu pela facilidade geográfica em realizar mais essa etapa.

Para analisar os dados, utilizamos a análise de conteúdo, a qual, segundo Bardin (2009), é um conjunto de técnicas de investigação que, por meio de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo expresso das comunicações, tem como finalidade a interpretação. Ainda para a análise dos dados qualitativos foi feita, inicialmente, a organização dos dados por núcleos temáticos, nos quais agrupamos as falas dos sujeitos por “aspectos e características comuns” (MINAYO, 1994, p. 70). Operacionalizamos a análise em três momentos: o primeiro constitui-se na organização do material coletado, em uma primeira leitura deste para uma predeterminação de indicadores (categorias) utilizados para a interpretação, podendo esse momento ser denominado pré-análise; o segundo momento é o mais longo, é a fase de aplicarmos o já definido, é o momento de exploração do material;

e o terceiro momento é a fase de tratamento dos resultados obtidos e de sua interpretação. A discussão do resultado da pesquisa está referenciada na análise apresentada por categorias, que levam ao objetivo do presente estudo.

Buscando dar sustentação à nossa proposta, organizamos os conteúdos estudados da seguinte maneira: no primeiro capítulo, traçamos um debate sobre o conceito de Estado, percorrendo as reflexões de autores clássicos e o debate contemporâneo do modelo de Estado liberal, o surgimento do *Welfare State*, ou Estado de Bem-estar Social, suas propostas e sua crise e trazendo ao contexto, novamente, ideias liberais, com a proposta neoliberal. Todo esse referencial do primeiro capítulo dará sustentabilidade ao debate sobre a função do Estado e o seu atual papel. No segundo capítulo, abordamos a formação do Estado brasileiro e a sua relação com as ações em saúde, culminando com o Sistema Único de Saúde e o seu processo de descentralização. Já no terceiro capítulo, trouxemos e contextualizamos os CIS dentro do já abordado, caracterizando-os dentro do nosso Estado e analisando-os a partir de três categorias: o financiamento e o *mix* público-privado; os papéis desenvolvidos pelos consórcios; e a relação do Estado do Paraná com os consórcios.

Devido à ausência de pesquisas sobre essa modalidade inovadora de execução de serviços dentro da política de saúde, emerge a necessidade de olhá-la com cautela, para direcionar o debate amplo da política de saúde, da qual o CIS faz parte. Pois, ao mesmo tempo que podem legitimar os princípios do SUS, podem também fortalecer a privatização de uma política que nasce para ser pública. Buscamos, assim, contribuir para essa reflexão e suscitar novas indagações para outros estudos.

## 1 A CONSTITUIÇÃO DO ESTADO E SEUS MODELOS

Para o debate de qualquer política social, inclusive da política pública de saúde, é importante que tenhamos propriedade de conhecimentos sobre sua trajetória e suas características. Sendo assim, é imprescindível relacionar a política de saúde ao surgimento e à natureza do Estado, procurando entender os diferentes conceitos e as formas assumidas pelo Estado Moderno,<sup>2</sup> os quais contribuem para a compreensão atual de sua representatividade e sua relação com as políticas sociais.

O Estado é a maior organização política que os homens conhecem, envolvendo aspectos territoriais e demográficos, sobre a qual se exerce a figura da dominação, ou seja, do poder político, por meio da existência de leis e de órgãos que dominam esse conjunto. Assim, para referenciar a discussão, é necessário retomar as concepções clássicas sobre o Estado, procurando verificar as permanências ou os avanços de determinada concepção e como esta apresenta-se no debate contemporâneo sobre política social.

Inicialmente, foi feita uma abordagem do modelo jusnaturalista, trazendo os filósofos Maquiavel, Hobbes, Locke e Rousseau, os quais compreendem que o Estado é uma instituição criada mediante o consentimento dos indivíduos, trabalhando a liberdade do cidadão com a manutenção da ordem política. Posteriormente, foi abordado como os filósofos Hegel, Marx, Engels e, por fim, Gramsci apresentam e problematizam o papel do Estado. Todos esses clássicos nos deram sustentabilidade para a discussão do objeto deste estudo, uma vez que buscamos compreender a organização do Estado na intervenção de riscos clássicos para a sociedade e, assim, a criação de sistemas de proteção social, sendo a Saúde parte desse sistema.

---

<sup>2</sup> Para Luciano Gruppi (1986, p. 8), o Estado Moderno é o “Estado unitário dotado de um poder próprio independente de quaisquer outros poderes”, e que começa a nascer na segunda metade do século XV, na França, na Inglaterra e na Espanha, posteriormente avançando para os demais países europeus, inclusive a Itália. O autor também afirma que o Estado Moderno difere dos Estados passados por três características: o Estado Moderno é autônomo e soberano; no Estado Moderno existe uma distinção entre Estado e Sociedade Civil; e, nele, o poder é absoluto (GRUPPI, 1986). Bobbio, Matteucci e Pasquino (1991, p. 425), em *Dicionário de Política*, referem que o “Estado Moderno Europeu emerge como forma de organização do poder historicamente determinada” e, assim, caracterizada por singularidades, determinada historicamente, da organização do poder.

## 1.1 O MODELO JUSNATURALISTA

Contrariando Aristóteles, o qual entendia que o Estado tinha a função de assegurar a felicidade e a virtude, e demais pensadores da Idade Média, que viam na figura do Estado uma preparação dos homens ao Reino de Deus, Maquiavel (1469-1527) elabora não uma teoria do Estado Moderno, mas uma teoria de como se formam os Estados.

Maquiavel refere que nenhum príncipe pode ser tão sábio quanto o povo, não obstante, ao escrever *O príncipe*, o autor parte do panorama de que na Itália existe uma situação de crise em todas as antigas instituições, em que o Estado só poderá ser reconstituído se existir o poder absoluto de um príncipe que lidere o movimento.

Maquiavel (1996, p. 11) pontua que:

Muitos imaginam repúblicas e principados que nunca foram vistos nem conhecidos realmente [...] pois grande é a diferença entre a maneira em que se vive e aquela em que se deveria viver; assim, quem deixar de fazer o que é de costume para fazer o que deveria ser feito encaminha-se mais para a ruína do que para sua salvação. Porque quem quiser comportar-se em todas as circunstâncias como um homem bom vai ter que perecer entre tantos que não são bons.

Destarte, é necessário pensar a natureza do homem e a atuação em uma realidade efetiva levando em conta as coisas como estão, e não como deveriam ser, existindo, nesse contexto, uma diferença clara entre política e moral. Maquiavel pensa na construção de um Estado unitário, moderno e absoluto.

O Estado surge, sobretudo, na lógica de a sociedade necessitar de um protetor, em função da desarmonia natural entre os seres humanos, uma visão que fundamentou Hobbes em sua formulação de um Estado de natureza autoritária.

Diferentemente de Maquiavel, Hobbes não acreditava que poderia existir um homem – o príncipe – capaz de alimentar essa situação de equilíbrio, defendendo um instrumento de natureza impessoal que regulasse a organização do Estado. Dessa maneira, ele acreditava que não existia um poder visível capaz de manter os homens em respeito e que somente o cumprimento de pactos poderia regulamentar a harmonia dos homens em sociedade.

Hobbes (1588-1679) foi um filósofo inglês que assistiu à Revolução Democrática Inglesa de 1648, dirigida pelos puritanos de Oliver Cromwell. Para

Hobbes (1979), uma comunidade é um Estado no qual o poder soberano é exercido segundo as condições que ele considera necessárias à manutenção da sociedade civil. Assim, ao relacionar as várias espécies de comunidade que podem ser instituídas, Hobbes não se refere às diversas formas existentes, mas sim às formas que poderia assumir um Estado estritamente soberano, como monarquia, aristocracia ou democracia, e pontua que não pode existir mais de uma forma de comunidade, tendo em vista que um, mais de um ou todos têm que deter o poder soberano em sua inteireza.

Hobbes compreendia que o Estado primitivo da sociedade humana era o Estado de guerra, o qual privava o homem da capacidade futura de prazer e de paz, já que cada um defendia seus próprios interesses pela força e que predominantemente existia uma igualdade natural entre todos os homens, emergindo daí a concepção de que o homem é o lobo do próprio homem (*homo homini lupus*). Nesse Estado primitivo, ninguém possuía segurança sobre a sua própria vida. Para se garantir o Estado de segurança é que se estrutura um contrato social, no qual o homem renuncia o direito natural e cria um direito fictício, delegando poder voluntariamente a outro, na forma de contrato de representação.

O maior dos poderes humanos é aquele que é composto pelos poderes de vários homens, unidos por consentimento numa só pessoa, natural ou civil, que tem o uso de todos os seus poderes na dependência da vontade de cada indivíduo: é o caso do poder de uma facção, ou de várias facções coligadas, conseqüentemente ter servidores é poder; e ter amigos é poder: porque são forças unidas (HOBBS, 1979, p. 53).

Esse Estado recebe de todos o direito de delimitar a lei, a justiça e a manutenção da paz, sendo que a representação é coletiva, pois, se existisse um juízo individual influente, tornar-se-ia dificultoso a governabilidade, tendo em vista que, caso houvesse divergência de pensamentos, atrapalharia a força. Hobbes insistia que o soberano deveria aglomerar e controlar todos os principais poderes, os quais poderiam reduzir as diversas vontades, por pluralidade de votos, a uma só vontade, defendendo um pacto social para permitir a vida em sociedade como forma de superar o egoísmo.

Ainda na Inglaterra, a partir da segunda metade do século XVI, quando o país transformou-se num império mercantil, e da Segunda Revolução,<sup>3</sup> concluída em 1689, John Locke (1632-1704) desenvolveu seus escritos em torno de uma crítica à forma arbitrária de governo, ou seja, ao poder institucional, no sentido de negar os direitos e as liberdades individuais e de desprezar a linha de ideia baseada no absolutismo,<sup>4</sup> entendendo este como uma forma de governo incompatível com a natureza do homem como criatura racional.

A grande contribuição que Locke propõe contra o absolutismo é a doutrina do consentimento, a qual exige que ao atingir a maioria as pessoas devem decidir se optam por viverem sob as mesmas leis e a mesma constituição de seu país, permitindo que aqueles que não concordassem expressamente com a forma de governo instituída emigrem, caso julguem as condições intoleráveis. Logo, a noção de um consentimento tácito oriunda do consentimento expreso. E é essa a ideia que Locke usa para mostrar como a sociedade política deve ser estabelecida, na qual a participação comunitária restringe-se aos que concordam em juntar-se e unir-se em uma comunidade.

Na compreensão de Locke, o ato de incorporação não gera um “corpo político”, com o poder de atuar em nome dos membros nas matérias de interesse coletivo. Tudo o que o indivíduo faz no ato inicial comum de consentimento é entrar na sociedade com o entendimento de que alguma forma de organização política será fundamental para o seu funcionamento.

---

<sup>3</sup> Para Luciano Gruppi (1986, p. 13), “foi uma revolução de tipo liberal, que assinalou um acordo entre a monarquia e aristocracia, por um lado, e a burguesia, pelo outro. Isso ocasionou o surgimento de normas parlamentares, bem como a condução do Estado fundada numa declaração dos direitos do parlamento, que foi definida em 1689. Na década anterior, surgira o *habeas corpus* (que tenhas o teu corpo), dispositivo que dificulta as prisões arbitrárias, sem uma denúncia bem definida. O *habeas corpus* estabelece algumas garantias que transformam o ‘súdito’ num ‘cidadão’. Nasce assim o cidadão, justamente na Inglaterra, e John Locke é o seu teórico”.

<sup>4</sup> No *Dicionário de Política*, de Norberto Bobbio (1991, p. 2), “Absolutismo” é definido como “Forma de governo em que o detentor de poder exerce este último sem dependência ou controle dos outros poderes, superiores ou inferiores. Inteiramente diferente seria defini-lo ‘como sistema político em que a autoridade soberana não tem limites constitucionais’, ou apenas ‘sistema político que se concretiza juridicamente através de uma forma de Estado em que toda autoridade (poder legislativo e executivo) existe, sem limites nem controles, nas mãos de uma única pessoa’. O problema decisivo é dos limites: a respeito dele, o Absolutismo se diferencia de forma clara da tirania, por uma parte, e do despotismo cesaropapista, por outra [...] Presente, em condições mais ou menos evoluídas após o estágio de desenvolvimento das diversas monarquias ‘nacionais’ europeias, já na fase de transição do sistema feudal para o Estado Moderno, é concomitante com a afirmação deste último que o regime absolutista se afirma plena e conscientemente tanto no plano prático quanto no plano teórico”. Podemos atribuir que sua duração vai do século XVI ao século XVIII.

Desse modo, “o começo da sociedade política depende dos consentimentos dos indivíduos em se unirem e formarem uma sociedade; estão assim incorporados, esses indivíduos podem estabelecer a forma de governo que julgarem apropriadas” (MACFARLANE, 1981, p. 220). Para o autor, um regime político é legítimo, com referência no princípio da maioria, se esta concorda em estabelecê-lo, mesmo que a maioria do povo não tenha voz na condução do regime.

Quando estabelecida uma forma de governo, a maioria tem o direito de agir e de concluir todo o restante, desde que sua formação de Estado o permita, e isso não aconteceria somente quando ocorresse um cenário revolucionário. É importante salientar ainda que, quando Locke utiliza o termo povo, ele faz menção aos “homens livres”, excluindo aqueles diretamente subordinados a outras pessoas, ou seja, quem poderia participar do governo da Inglaterra naquela época seria uma pequena parcela da sociedade. Ele ainda traz uma estreita relação entre propriedade e liberdade

Locke entende que o Estado natural, isto é, a falta de um Estado, não garante a propriedade, emergindo, nesse contexto, a necessidade de um contrato entre os homens, o qual origina tanto a sociedade como o Estado. No entanto, para Hobbes, esse contrato traz um Estado absoluto; já para Locke, o Estado pode ser feito e desfeito como qualquer contrato, entendendo que se o Estado ou o governo não respeitar o contrato, este irá ser desfeito.

Assim, Locke defende que o governo deve garantir em primeiro lugar a liberdade de iniciativa econômica, e, mesmo o Estado sendo soberano, sua autoridade vem somente do contrato que o faz nascer. Esse é o pensamento liberal e progressista de Locke.

Em Locke, já verificamos que existe uma separação formal entre sociedade civil e Estado, no entanto, isso será mais evidente para Emmanuel Kant (1724-1804), o qual afirma que a soberania pertence ao povo, trazendo já um princípio democrático. Para Kant (1988), existem os cidadãos independentes e os não independentes, sendo que os independentes são os que podem colocar uma opinião política, decidir sobre a política do Estado, não dependendo dos outros, ou seja, eles são os proprietários, e esse é o critério que vai nortear a concepção liberal. A distinção entre proprietários e não proprietários, e liberdade e propriedade são os alicerces do liberalismo.

Dessa forma, Kant (1988) defende que a soberania pertence ao povo, porém ele restringe apenas a uma parte desse povo, ficando claro que só é livre quem for proprietário, bem como diz que toda lei é sagrada e que é crime até mesmo discuti-la. Assim, a lei está acima da soberania do povo, sendo a habitual visão liberal do Estado de Direito.

Jean-Jacques Rousseau (1981) (1712-1778) traz uma concepção democrática burguesa. Para ele, o Estado de natureza do homem é um Estado de paz, de felicidade, de virtude e de liberdade, no qual o homem é bom, e sua bondade determina as demais relações. Contudo, o autor não acreditava na capacidade dos homens de construir por si próprios uma vida satisfatória. Idealizava que o povo seria o que a sociedade fizesse dele, e, dentro dos limites, a sociedade tomaria a forma que desejassem ou permitissem os que controlam o Estado.

Afirmando o anteriormente descrito, Rousseau (1981), no *Discurso Sobre Economia Política*, salienta que não há dúvidas de que todos os povos tornam-se, em longo prazo, aquilo que o governo faz deles, guerreiros, cidadãos, homens, conforme seu desejo, ou apenas populacho e plebe, se assim o preferir.

Para Rousseau, a sociedade nasce de um contrato e deve servir à plena expansão da personalidade do indivíduo, sendo que a soberania pertence somente ao povo. Essa soberania popular é o princípio geral, proposto pelo filósofo, fundado em assembleias públicas para a definição do que for mais vantajoso ao Estado, e tais assembleias aprovam leis como atos intrínsecos da vontade geral. Dessa maneira, o único órgão soberano é a assembleia. Assim, a ela representa o povo, e os governantes são apenas comissários do povo.

Dessa maneira, analisando as concepções de Estado dos jusnaturalistas, de acordo com os ideários de Hobbes, Locke, Kant e Rousseau, verificamos que, naquele momento, emergia um Estado Absoluto, baseado no autoritarismo e na centralização do poder, sendo necessários pactos, consentimentos e contratos para a sua legitimação. No entanto, a participação dos cidadãos estava vinculada ao binômio liberdade e propriedade, o que deixava nítido o papel do Estado vinculado à liberdade de iniciativa, economizar.

Contraopondo-os, abordamos, na sequência, o modelo hegelomarxiano.

## 1.2 O MODELO HEGELO-MARXIANO

Esse modelo, de Georg Wihelm Friedrich Hegel (1770-1831) e Karl Heinrich Marx (1818-1883), só se concretizará como uma verdadeira antítese aos conceitos abordados do modelo jusnaturalista quando a estrutura pensada por Hegel e as considerações feitas por Marx, mais tarde, convergirem com a concepção de Rousseau do Estado como instrumento de dominação para a manutenção da riqueza de alguns.

Hegel (2001) pontua que os indivíduos só são possíveis no e por meio do Estado. O autor acredita que o Estado é a realidade de ideia ética, em que o indivíduo tem a oportunidade de viver a vida correta e de realizar o seu potencial. Hegel afirma ainda que o destino do homem é identificar-se com o que é universal e verdadeiro. É a mais sublime de todas as instituições humanas, a corporificação humana da mente e do espírito, sendo também o Estado a vontade divina no sentido de que é o espírito presente na terra, desenvolvendo-se para ser a forma e a organização real do mundo.

Para Hegel, a característica fundamental do Estado como organização política é a soberania, a qual pede um governo constituído, que conduza todas as esferas do Estado para o benefício do conjunto, necessitando, porém, que uma pessoa corporifique essa unidade.

Hegel (*apud* MACFARLFANE, 1981, p. 235) pontua o seguinte:

Depende do fato de que as funções e poderes peculiares ao Estado não são auto-subsistentes ou firmemente implementadas neles próprios ou na vontade de funcionários individuais, mas em última análise, tem suas raízes na unidade do Estado como seu eu único.

A soberania exige a existência de um governo constitucional, que conduza todas as esferas do Estado em benefício do conjunto, mais especificamente, porém, exige que uma pessoa corporifique essa unidade. É somente com uma pessoa, o monarca, que a personalidade do Estado é real. Assim, para Hegel, o Estado é personificado pelo monarca, sendo este quem representa a soberania estatal.

Diferentemente da concepção de Hegel, em que o Estado é determinante da história, a de Karl Heinrich Marx (1818-1883) aborda uma visão crítica do Estado. Ele afirma que a história é uma produção social dos homens, e é

ela que determina a estrutura do Estado, pois, resgatando o passado dos homens, Marx concluiu que nunca o Estado representou os interesses coletivos, muito menos promoveu a “vontade geral”, mas sim o Estado, conforme já pensava Rousseau, um instrumento na mão de determinado grupo social, usado para manter o poder.

Marx traz uma crítica da concepção burguesa de Estado – por consequência da democracia burguesa e do liberalismo –, introduzindo o materialismo histórico e demonstrando que a liberdade e a igualdade faladas na Revolução Francesa não eram universais, mas apenas para uma parte da sociedade, ou seja, para a burguesia. Em sua obra *A questão Judaica*, de 1843, Marx (2002) aponta uma verdadeira relação entre a sociedade civil e a sociedade política, isto é, o Estado. O autor deixa evidente a conexão entre as duas sociedades, sendo o Estado a expressão da sociedade civil e de suas relações de produção.

Para Marx e Engles (2001), não é o Estado que cria a sociedade civil, como diz Hegel, e sim a sociedade civil compreendida como a somatória de relações econômicas e interesses privados que explica o surgimento do Estado, seu caráter de classes e a natureza de suas leis, as representações sobre as quais ele se apoiaria, e assim por diante. E mais, o Estado, criatura da sociedade civil, constituir-se-ia num instrumento voltado à garantia das próprias bases sobre as quais se apoiaria a sociedade civil.

O Estado burguês, como modelo, conservaria as relações capitalistas de produção, de maneira a garantir o domínio do capital sobre o trabalho, a reprodução ampliada do capital, a acumulação privada do produto social, a redistribuição do fundo público em benefício do capital, a exploração de renda fundiária, entre outros. Dessa maneira, o Estado seria, ao mesmo tempo, parte integrante das relações capitalistas de produção e parte seu instrumento de defesa.

Quando Sader (1998) menciona Marx, faz a defesa de um Estado Classista instrumento da vontade da classe dominante, reservando todas as interfaces que delineiam o lugar social de tal definição. Nesse mesmo sentido, Mandel (1982, p. 333) pontua:

O Estado é produto da divisão social do trabalho. Surgiu da autonomia crescente de certas atividades superestruturais, mediando a produção material, cujo papel era sustentar uma estrutura de classe e relações de produção. O ponto de partida da teoria social de

Marx é sua distinção fundamental entre Estado e sociedade – em outras palavras, a compreensão de que as funções desempenhadas pelo Estado não precisam ser necessariamente transferidas a um aparato separado da maior parte dos membros da sociedade, o que só veio a acontecer sob condições específicas e historicamente determinadas.

No mesmo sentido de Marx, Friedrich Engels (1820-1895) diz que o Estado não existiu desde sempre e que ele emerge como uma necessidade devido à evolução do desenvolvimento econômico, o qual é obrigatoriamente relacionado à sociedade de classes. Quando começa a existir diferenças de posição entre os homens na relação de produção, formando classes sociais e lutas de classes, surge então a necessidade do Estado, a fim de institucionalizar a dominação econômica, em defesa da classe que detém a propriedade dos principais meios de produção, confirmando assim a ideia de Estado como instrumento de defesa fruto das relações capitalistas.

Desse modo, para a teoria marxista, o Estado é concebido como uma dedução lógica da valorização do capital, já que as complexidades que permeiam os processos de produção de trabalho na sociedade capitalista culminam na divisão acentuada do trabalho e, posteriormente, na divisão de classes sociais totalmente antagônicas e na diferenciação de interesses econômicos e políticos.

No cenário em debate, essas relações do processo de produção de trabalho do capitalismo geram inúmeras questões sociais que necessitam ser administradas para a manutenção da própria divisão de classes. Tivemos como exemplo a classe operária insatisfeita, que se organizou e começou a reivindicar ações que diminuíssem as precárias condições de vida dos trabalhadores. Dessa forma, é importante registrar que a intervenção do Estado vai muito além de instituir uma proteção ao indivíduo trabalhador, uma vez que visa proteger a propriedade.

Destarte, o surgimento do Estado é o reconhecimento de classes antagônicas, e, para que essas classes com interesses conflitantes não destruam a si mesmas e a sociedade, é necessária uma instituição que se coloque acima da sociedade e que amenize os conflitos.

Outra contribuição para a compreensão do conceito do Estado está em Vladimir Lenin (1870-1924), o qual reexamina a concepção de Marx e Engels (LENIN, 2015). No entanto, para fazer a leitura do Estado em Lenin, devemos levar

em consideração, também, o papel da Segunda Internacional,<sup>5</sup> fundada em Paris, no ano de 1889, e que enfrenta sua crise em 1914, com a Primeira Guerra Mundial.

Lenin, por sua vez, baseado em Marx, refere que para colocar o Estado à disposição dos interesses da classe operária é necessária a quebra do Estado burguês centralizador, burocratizado e policialesco, em que progressivamente iria transferindo as funções do Estado à sociedade, fomentando, assim, a perspectiva de extinção do Estado por meio da ditadura do proletariado (PRADO, 2007).

O começo da conceitualização de Estado, por Lenin, encontra-se em seu livro *O Estado e a Revolução*, de 1917 (obra esta não finalizada), no qual o autor traz noções marxistas pontuando que, para ele, como também para Marx, o Estado é uma máquina para o exercício do poder, acrescentando que todo Estado é uma ditadura de classe.

Gruppi (1986, p. 56) explica o porquê de todo Estado ser uma ditadura:

Porque, mesmo na república democrática parlamentar burguesa mais avançada, o poder é sempre de uma minoria (que detém o elemento decisivo, isto é, a propriedade dos meios de produção) sobre a grande maioria dos trabalhadores, das camadas médias, etc. Atrás das aparências de uma grande democracia e de uma grande liberdade, esconde-se, na realidade, a dominação de uma minoria.

No trânsito de uma ditadura para uma democracia (que é real democracia), é preciso quebrar o Estado, e, para isso, Lenin destaca a necessidade da revolução armada.

A ideia de Revolução de Lenin foi levada a nível mundial, sendo por isso que a Terceira Internacional buscou reforçar os partidos socialistas dos demais países, e a revolução do proletário na Rússia, em suas inúmeras análises, confirma a necessidade de se armar o Estado.

---

<sup>5</sup> A Primeira Internacional construiu alicerces da luta proletária e internacional pelo socialismo, já a Segunda Internacional marcou um período no qual o terreno estava pronto para a expansão do movimento em um grande número de países, sendo esta uma organização internacional (1889-1914) do movimento operário e que trouxe um grande crescimento à custa de um retrocesso temporário ao nível revolucionário e de um fortalecimento temporário do oportunismo, que no final conduziu ao lamentável colapso dessa Internacional.

Antonio Gramsci (1991) (1891-1937) é o primeiro leninista italiano, o qual, em sua grande obra *Os Cadernos do Cárcere*, aprofunda-se nos pensamentos de Lenin e estabelece, com ele, contato com o movimento operário italiano. Gramsci entendia a importância do fator cultural e da função do partido como guias do processo revolucionário.

Após a ditadura do proletariado na Rússia, além da necessária mudança da estrutura econômica e política, Gramsci defende uma revolução cultural. O autor pontua, ainda, que é necessário elevar as Comissões Internas e que elas surjam dos conselhos de fábricas eleitos por todos os trabalhadores. Ele defende, inclusive, que esses conselhos sejam também órgãos de apropriação pelo operário do processo de produção, estabelecendo o poder democrático na fábrica, depois no campo, na sociedade e, enfim, no Estado.

Para Gramsci, esses conselhos transformam o operário de um simples assalariado em um produtor. No entanto, esse poder democrático dos conselhos de fábrica foi questionado quando os patrões decidiram passar da hora legal para a hora solar sem nenhum aviso, desencadeando uma greve e gerando uma derrota grave, na qual a classe patronal tomou as rédeas do poder. Esse poder dos conselhos foi enfraquecido porque ficou limitado demais à cidade de Turim, além de ter faltado a aliança com os camponeses e com as camadas médias, sendo que na Itália as alianças eram vitais para as pretensões da revolução do proletariado. Outro motivo foi a falta de conhecimento sobre a leitura da realidade concreta italiana, a qual deveria ser feita utilizando-se como instrumento de análise o método marxista.

Gramsci acreditava que para quebrar a hegemonia da burguesia era necessário cortar o bloco industrial-agrário existente na Itália, rompendo os laços dos burgueses capitalistas do Norte da Itália com os sulistas latifundiários. Ele compreendia que o proletariado poderia se tornar uma classe dirigente, na medida em que buscava formar um sistema de alianças que mobilizaria contra o capitalismo e o Estado burguês a maioria do povo trabalhador. Dessa maneira, a questão das alianças e da possibilidade de articulações torna-se decisiva para conquistar o poder e a hegemonia, sendo esta última uma direção que deve ser conquistada na sociedade civil (GRAMSCI, 1991).

Gramsci pontua que, conquistando a hegemonia na sociedade civil, conquista-se a ditadura do proletariado no âmbito do Estado. Porém, ele traz uma

distinção entre sociedade civil e Estado, ou seja, entre sociedade civil e sociedade política, e essa diferença acontece no método, pois na realidade esses dois elementos são um só. O Estado e a sociedade civil compõem um bloco compacto e subjetivo de relações de forças, em que a sociedade civil é a base, criando-se, assim, no mundo ocidental contemporâneo do capitalismo tardio, o termo de Estado ampliado.

Desse modo, nas sociedades ocidentais, o Estado ampliado é a somatória de duas instâncias: a primeira, a sociedade política (Estado em sentido estrito, coercitivo), a qual é constituída por instrumentos das classes, em que a classe dominante mantém o monopólio legal da repressão e da violência e se identifica com os aparelhos coercitivos ou repressivos, sendo por meio dessa sociedade que as classes exercem coerção, dominação e ditadura; e a segunda instância (Estado ético), as organizações responsáveis pela elaboração e/ou disseminação de ideologias – escolas, igrejas, partidos políticos – buscando exercer sua hegemonia. Os seus portadores materiais são os “aparelhos privados de hegemonia”, organismos sociais coletivos voluntários e relativamente autônomos em face da sociedade política. Como a sociedade civil pertence ao Estado ampliado, ela seria estatal, em sentido amplo (VIOLIN, 2006).

Gramsci entende que existe uma demanda por pensar em uma estratégia revolucionária diferente, que explore o processo histórico, sua gênese e os contextos político e cultural do país. Assim, a exploração do terreno nacional é crucial em uma ação revolucionária. O aprofundar-se na realidade nacional e a conquista de hegemonia são para Gramsci elementos ligados. Hegemonia é aqui entendida como identidade de um grupo, fornecendo unidade e particularidade, só sendo possível manter uma identidade em um bloco histórico com interesses distintos e forças contrárias, por meio da ideologia. Dessa forma, esta mantém a coesão no bloco histórico.

Para Coutinho (1981), a grande descoberta de Marx e Engels foi o caráter de classe do Estado, que apenas existe quando e enquanto existir essa divisão, sendo a função do Estado, em conjunto com seus aparelhos repressivos, conservar e reproduzir tal divisão, garantindo assim que os interesses comuns de uma classe particular se imponham como o interesse geral da sociedade. Marx não pôde conhecer os grandes sindicatos, os partidos políticos de massa, os parlamentos eleitos por sufrágio universal, os jornais proletários de imensa tiragem,

ao contrário da época de Gramsci, quando surge uma esfera social nova, em países ocidentais, uma sociedade civil concebida como “aparelhos privados de hegemonia”.

Quando define o conceito de sociedade civil, Gramsci se afasta terminologicamente de Marx e aproxima-se, de certo modo, de Hegel, que situava a sociedade civil entre a família e o Estado, sendo permeada pelos interesses e pelos conflitos de classes sociais conformadas na estrutura econômica.

Do ponto de vista marxista, o progressivo aumento da complexidade do processo de produção se tornou mais dependente da ciência e da técnica, e a divisão do trabalho acentuou-se ainda mais, gerando serviços mais especializados. Logo, a necessidade de inovações tecnológicas e do aumento do ritmo de produção originou-se da queda de preços dos produtos, oriunda da livre concorrência entre os proprietários do mercado.

A livre concorrência, tendo como seu grande estudioso Adam Smith (1723-1790), o pai do liberalismo econômico e da teoria do livre comércio, torna-se intrínseca com o fortalecimento do sistema capitalista, sendo este a base de todo o desenvolvimento econômico industrial do século XIX, especialmente com a expansão econômica da Inglaterra. Para Smith (1983), não eram necessárias intervenções na economia, visto que o próprio mercado dispunha de mecanismos de regulação desta: a chamada “mão invisível”, que seria responsável por trazer benefícios para toda a sociedade, além de promover a evolução generalizada. A intervenção do Estado é a mera garantia do funcionamento da concorrência mercantil e de apontamentos de políticas econômicas orientadas à valorização do capital.

A intervenção do Estado adquire, assim, uma maneira precisa, isto é, que impõe a toda sociedade civil o peso da valorização exclusiva do setor econômico mais desenvolvido, e, por esse meio, o Estado fornece uma cota de capital constante, a qual contribui para frear a queda da taxa média de lucro.

No entanto, como reação às ondas de revoluções socialistas (após a Revolução dos Bolcheviques, em 1917), a grandeza de problemas políticos e sociais na época, parte oriunda do fim da Primeira Guerra Mundial, parte resultado do número de países da Europa Ocidental mergulhados em crises – a Grande Depressão<sup>6</sup> –, e após a quebra da Bolsa de Nova York, em 1929, o mundo

---

<sup>6</sup> Para compreensão dos motivos da Grande Depressão, ler *Era do extremos*, de Erich Hobsbawm.

capitalista passou a vivenciar uma crise de escalas impressionantes, que combinava a queda dos níveis de produção com o aumento desenfreado do desemprego e o acirramento das expressões da questão social.<sup>7</sup>

Por conseguinte, esse modelo de Estado liberal começa ser questionado, e ganham espaço as ideias de John Maynard Keynes, o qual defende as vantagens da eliminação permanente do desemprego em massa, acreditando que o salário dos trabalhadores em pleno emprego estimularia a economia. Assim, começa a discussão sobre um novo modelo de Estado social democrata, o *Welfare State*, conjugando a doutrina Keynesiana ao modelo fordista<sup>8</sup> de produção.

Por fim, o modelo hegel-marxiano descrito anteriormente, que aponta Hegel, Marx, Engels, Lenin e Gramsci, demonstra distintas interpretações de Estado, sendo determinado por condições históricas, políticas e filosóficas relacionadas a uma sociedade de classes que institucionaliza a dominação econômica e, ao mesmo tempo, sendo um instrumento de defesa.

Nesse contexto, percebemos que o Estado sempre penderá aos jogos de interesses expressos nas relações sociais. Contudo, é a partir dessa concepção de Estado, o qual é dinâmico no espaço histórico, que se desenvolverão as políticas sociais e os sistemas de proteção social, já que o Estado passa a ter responsabilidades sobre as questões sociais geradas pelo capitalismo e, também, pela regulação das relações sociais agora existentes.

Assim sendo, faz-se necessária, neste momento, a compreensão da proteção social proporcionada pelo Estado aos cidadãos que tem a necessidade de uma segurança individual e familiar, culminando com o *Welfare State*.

---

<sup>7</sup> Para Jose Paulo Netto (2001), em seu artigo “Cinco Notas a Propósito da ‘Questão Social’”, a questão social é a expressão da contradição entre capital e trabalho, que surge com o capitalismo e com o seu desenvolvimento. A “expressão ‘questão social’ tem um histórico recente, começou ser utilizada na terceira década do século XIX, surge para nomear o fenômeno do pauperismo. A pauperização da população trabalhadora é o resultado do capitalismo industrial e cresce da mesma maneira que aumentava a produção” (NETTO, 2001, p. 42). Nesse sentido, Marilda Iamamoto (1999, p. 27), em sua obra *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação*, define a questão social como o “conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”.

<sup>8</sup> O modelo fordista de produção caracteriza-se pela produção em série, de larga escala, que envolve um grande número de trabalhadores manuais, especializados, relativamente bem pagos e protegidos por legislação trabalhista.

### 1.3 POLÍTICA SOCIAL, PROTEÇÃO SOCIAL E *WELFARE STATE* OU ESTADO DE BEM-ESTAR SOCIAL

Como visto, o Estado deve dar uma resposta às demandas geradas pelo sistema capitalista, formatando seu papel e sua atuação. Para Bravo e Pereira (2001), o Estado capitalista, para dar conta das crescentes demandas sociais advindas da questão social e dos conflitos entre capital e trabalho, abriu mão de arbítrio social para tornar-se um Estado interventor, passando a, além de regular a economia e a sociedade, também empreender-se em ações sociais, benefícios e serviços, desenvolvendo assim sistemas de proteção social fortemente estatizados, por meio de políticas sociais.

Viana e Levcovitz (2005) trabalham os conceitos segurança e insegurança para debater a ideia de política social e proteção social, destacando que a política social historicamente nasce associada às necessidades de uma segurança, vinculando assim o objeto da proteção social às formas de dependência, natural à condição humana. Nas sociedades tradicionais, as situações de necessidades estavam relacionadas a fatores naturais e/ou ambientais: as fases da vida que geram dependência – como a infância, a maternidade, a velhice –; a doença, a fome e os fatores climáticos. Assim, a família era fonte de uma proteção social.

Girotti (*apud* VIANA; LEVCOVITZ, 2005) fala que essa concepção é rasa, já que nas sociedades antigas as situações de dependência são, em sua maioria, provenientes de fatores políticos, sociais ou culturais, e são relações de dependência geradas pela desigualdade social que produziram distintos conceitos e tipos de política social e também o conceito de proteção social.

A dependência, como é possível assinalar, é criada pelas relações sociais do próprio ser humano, mediante um sistema de classes, de diferenciação social e de divisão do trabalho que impôs a necessidade de uma proteção para além do indivíduo, isto é, uma proteção social.

Destarte, a política social tem, historicamente, assumido várias funções e significados, trazendo princípios éticos da tradição de caridade cristã e a necessidade de regulação da sociedade por parte do Estado. Confirmando isso, os autores Viana e Levcovitz (2005, p. 16) pontuam:

De um lado, a classe hegemônica e autoridade política foram forçadas a garantir a ordem e a paz social, utilizando-se da força para atenuar situações de necessidades. São medidas de controle social destinadas, pelo menos, para neutralizar possíveis situações de conflito. Por outro lado, há justificativas éticas pela intervenção, fundadas em valores civis e/ou religiosos, de onde emerge uma vontade de autoproteção, como instrumento sobretudo de legitimação dos governos. [...] tanto a concessão caritativa que tende a transformar-se na ajuda aos pobres, quanto a que se origina na estabilização e no controle social, definem por muito tempo duas imagens paradigmáticas de política social.

Para Offe (1993), a política social trata-se de uma atribuição de direitos e deveres legais dos cidadãos, sendo que os direitos referem-se à transferência de dinheiro e de serviços com o objetivo de compensar condições de necessidade e risco para o cidadão que tem tal direito e que não consegue o acesso a esses mesmos bens por si próprio.

No século XIX, vários debates aconteceram sobre intervir ou não nas condições de pobreza, discussão essa intensificada após os efeitos da Lei dos Pobres, no final do século XVIII na Inglaterra. Em outros países europeus, esse antagonismo de opiniões sobre a assistência pública também acontecia, e duas correntes debatiam: uma mais individualista, baseada no liberalismo; e outra mais humanitária, inspirada na filosofia contratualista dos jusnaturalistas, já vista anteriormente, que defende os direitos universais do homem. E, na Alemanha, iniciava o desenvolvimento da teoria da igualdade de direitos e de distribuição de benefícios como base do progresso econômico e social do indivíduo.

Assinalamos, então, que, para Girotti (*apud* VIANA; LEVCOVITZ, 2005) tivemos duas correntes filosóficas de política social que orientaram o desenvolvimento teórico dos modelos de proteção social: a tradição alemã, em que a política social é definida em função da autonomia do corpo social, sendo exercida por agências organizadoras do voluntariado e normatizada pelo Estado; e a corrente inglesa, na qual o Estado tem o papel dominante, com a função de não se regular, mas de prover e gerir bens e serviços sociais.

Porém, quando as situações de desigualdade e, assim, a insegurança tomam características muito intensas, o Estado deve ir além da atuação de políticas sociais, instituindo um sistema de proteção social. A proteção social consiste, então, em uma ação coletiva de proteger indivíduos contra os riscos inerentes à condição humana e/ou atender às necessidades geradas em diferentes

momentos históricos e relacionadas a situações de dependência. Confirma-se que a formação de sistemas de proteção social resulta em uma assistência pública que busca resguardar a sociedade dos efeitos dos riscos clássicos: velhice, doença, invalidez, desemprego e distintas formas de exclusão, trabalhando sempre com a articulação entre Sociedade, Mercado e Estado.

O surgimento de sistemas de proteção social no final do século XIX na Europa ocorreu em sociedades nacionais diferentes, buscando trazer arranjos mais igualitários. Contudo, apesar das diferenças nacionais e das realidades específicas, com respaldo em Fleury e Ouverney (2008) e Esping-Andersen (1995), podemos apontar três tipos ideais de sistema de proteção social: a assistência social, o seguro social e a seguridade social.

A seguir, no Quadro 2, estão os traços principais dos três tipos ideais identificados de sistema de proteção social.

**Quadro 2 – Modelos de Proteção Social**

<b>Modalidade</b>	<b>Assistência</b>	<b>Seguro</b>	<b>Seguridade</b>
<b>Denominações</b>	Residual	Meritocrático	Institucional
<b>Ideologia</b>	Liberal	Corporativa	Social-Democrata
<b>Princípios</b>	Caridade	Solidariedade	Justiça
<b>Efeito</b>	Discriminação	Manutenção	Redistribuição
<b>Status</b>	Desqualificação	Privilégio	Direito
<b>Finanças</b>	Doações	% Salário	Orçamento
<b>Atuarial*</b>	Fundos	Acumulação	Repartição
<b>Cobertura</b>	Focalização	Ocupacional	Universal
<b>Benefício</b>	Bens e serviços	Proporção do salário	Mínimo Vital
<b>Acesso</b>	Prova de meios	Filiação	Necessidade
<b>Administração</b>	Filantropica	Corporativa	Pública
<b>Organização</b>	Local	Fragmentada	Central
<b>Referência</b>	Leis dos pobres	Bismark	Beveridge
<b>Cidadania</b>	Invertida	Regulada	Universal

\*o regime atuarial envolve a forma de gestão e a seleção de critérios de distribuição dos recursos financeiros captados.

**Fonte:** Fleury (*apud* FLEURY; OUVERNEY, 2008).

Ainda segundo Fleury e Ouverney (2008), o modelo de assistência social é centrado no mercado com sua capacidade de ser autorregulável, tendo como valores dominantes a liberdade, o individualismo e a igualdade de oportunidades. A ênfase no mercado torna a ação pública um lugar mínimo, trazendo um caráter compensatório e discriminatório sobre os grupos que necessitam de proteção social, esse modelo é também conhecido como residual, com suas ações de perspectiva educadora e de caridade. O modelo de seguro social tem como característica central a cobertura de grupos ocupacionais, com forte presença da burocracia, que reconhece e legitima as diferenças entre os grupos ocupacionais. O financiamento desse modelo está vinculado à política social e à inserção no mercado de trabalho, e seu objetivo é a manutenção das condições socioeconômicas dos beneficiários em situação de risco. Já o modelo de seguridade social é inspirado no princípio de justiça social, garantindo a todos os cidadãos um mínimo vital, e o Estado desempenha um papel central tanto na administração como no financiamento. Ao analisar esses três modelos, verificamos, ainda, que em cada uma das modalidades encontram-se diferentes interpretações de cidadania.

Nesse cenário, inicia a construção de um novo modelo de Estado: o *Welfare State*, ou Estado de Bem-Estar Social, o qual foi marcado pelo “intervencionismo” estatal, objetivando o amparo direto do Estado para com a população que dela necessitava. O Estado passa a se responsabilizar pela questão social, assumindo o seu papel de regulador da sociedade.

A estratégia adotada pelo Estado de Bem-estar Social estava ligada à reprodução ampliada da desigualdade social, oriunda do avanço do capitalismo, agravada pela sociedade destruída pelo desemprego maciço, o qual assolou todo o mundo após a Grande Depressão de 1929, por meio de medidas protetivas por parte do Estado. Tais medidas amparavam as famílias em situação de extrema vulnerabilidade, com o intuito de mantê-las aptas enquanto exército de reserva, bem como proviam sua sustentabilidade para dar continuidade à consumação, de modo que a economia não ficasse estagnada. Ou seja, tratava-se de afirmar a função pública como inovação compatível à democracia e à economia de mercado.

Existem diversas interpretações da finalidade e da natureza do *Welfare State* no mundo moderno. No entanto, é sabido que com as mudanças existentes no processo de acumulação, a partir dos anos 1930, redefine-se o papel

do Estado, sendo este agora provedor público de bem-estar, mediante a criação de bases econômicas, políticas e sociais.

Essa diversidade de abordagens conceituais é referida por Werneck Viana (1998, p. 18) da seguinte maneira:

O “clima” da época, o sentimento de mudança, o novo pacto social que se estabeleceu, a importância atribuída à esfera pública. Nesse sentido, não é de estranhar uma certa imprecisão dos conceitos utilizados. *Welfare State*, seguridade social, proteção social aparecem como sinônimos, ainda que nem sempre designem a mesma constelação de elementos.

Citando o italiano Alber, Werneck Viana (1998) pontua que o *Welfare State* possui quatro grandes correntes de interpretação. A primeira linha apresenta, de um lado, os modelos pluralistas; e, de outro, os modelos marxistas, e cada um desses modelos dividem-se em outros dois tipos de abordagens: um funcionalista e o outro que opera com a ideia de conflito, definidos pela autora com a seguinte interpretação:

No enfoque pluralista, o *Welfare State* é fundamentalmente entendido como produto geral dos processos de crescimento e diferenciação que acompanham a modernização da sociedade. A versão funcionalista salienta as exigências que o aumento e a generalização dos riscos – resultantes da industrialização e da urbanização – impõem. Na vertente conflitualista, o *Welfare State* aparece como expressão de demandas crescentes, alimentadas pela mobilização social e política das camadas subalternas, com especial destaque para a aquisição e ampliação de direitos “direito de associação, democratização do direito ao voto”. Para os marxistas, o Estado de bem-estar resulta da expansão capitalista: é indispensável para garantir a acumulação de capital, assim como para regular os conflitos de classe. A versão funcionalista do marxismo percebe as políticas sociais como resposta ao desenvolvimento econômico, enfatizando a ameaça que a exacerbação dos antagonismos de classe representa para a reprodução da força de trabalho (WERNECK VIANA, 1998, p. 21).

Destarte, esse modelo de Bem-estar Social e as políticas dele derivadas representaram muito mais um vitória possível das classes dominadas, sem ter que chegar à ruptura com o sistema, do que apenas um instrumento de manutenção das classes dominantes. Essa social democracia seria a coluna vertebral que permitiu a implementação do *Welfare State* nas sociedades de capitalismo avançado.

Esping-Andersen (1995, p. 73) afirma que o *Welfare State* representou um esforço de reconstrução em vários sentidos:

[...] economicamente, significou um abandono da ortodoxia da pura lógica do mercado em favor da exigência da extensão da segurança do emprego e dos ganhos como direitos de cidadania; moralmente, a defesa de ideias de justiça social, solidariedade e de universalismo. Politicamente, o *Welfare State* foi parte de um projeto de construção nacional, a democracia liberal, contra o duplo perigo do fascismo e do bolchevismo.

No mesmo sentido, Fiori (1995), quando discorre sobre as bases materiais do Estado de Bem-estar Social, salienta que o suporte teórico para a expansão dos gastos estatais nas políticas econômicas vieram com as políticas keynesianas.<sup>9</sup> Para Keynes, o problema do desemprego resolver-se-ia com o crescimento econômico: o Estado elevaria seus gastos para que houvesse o aumento da demanda. Outra condicionante relatada pelo autor refere-se ao crescimento da produção industrial pautada na administração fordista, que produzia para o consumo das massas.

Para Fiori (1995), é possível verificar quatro eixos principais em que o Estado de Bem-estar Social foi construído. O primeiro aponta a existência de um conjunto de fatores materiais e econômicos ligados ao desenvolvimento econômico e à industrialização, evidenciado pela generalização do paradigma fordista, consenso suprapartidário em torno do crescimento e do pleno emprego, consenso em torno das políticas Keynesianas, manutenção de um ritmo de crescimento constante e ganhos fiscais crescentes. O segundo demonstra que existe uma convergência entre o desenvolvimento do Estado de Bem-estar Social e a estabilidade econômica internacional, decorrente do Acordo do Bretton Woods.<sup>10</sup> O terceiro é a existência de um clima de solidariedade emergido do processo de

---

<sup>9</sup> A doutrina keynesiana estimulou a criação de medidas macroeconômicas que incluíam a regulação do mercado, a formação e o controle de preços, a emissão de moedas, a distribuição de renda, o combate à pobreza etc., visando à socialização do acesso ao consumo.

<sup>10</sup> Quando a Alemanha já estava derrotada na Segunda Guerra, foi realizada na cidade de Bretton Woods, nos EUA, em julho de 1944, uma conferência para estabelecer as bases do funcionamento do capitalismo no pós-guerra, contando com 730 delegados de 44 nações. Os EUA saíram da guerra como imperialismo dominante e necessitavam de regras que mantivessem essa estabilidade monetária. Após essa conferência, o dólar tornou-se moeda forte no sistema financeiro internacional. Assim, foi criado o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM), com o objetivo inicial de financiar a reconstrução das economias destruídas pela guerra e de garantir a estabilidade monetária. Mais do que tudo isso, esse Acordo foi a expressão do domínio do imperialismo norte-americano.

reconstrução pós-guerra, associado à bipolarização internacional, com duas propostas excludentes de organização política e socioeconômica. E o quarto e último eixo é o incremento da democracia partidária em massa, a qual permitiu o aumento do peso eleitoral e o impacto das reivindicações dos trabalhadores e dos demais setores sociais interessados no desenvolvimento do Estado de Bem-estar Social.

Outro elemento que aparece intrinsecamente nas discussões desse modelo de Estado, e que traz uma polaridade de compreensões, é o conceito de justiça social, pois, ora é entendida por ações que buscam igualdade de resultados, ora por igualdade de oportunidades, a qual é feita, sobretudo, na redistributividade.

No sentido de explicar sobre a capacidade redistributiva dos sistemas de bem-estar social, Logue (*apud* WERNECK VIANA, 1998, p. 27) pontua um princípio básico:

O *Welfare State* não é uma tentativa de intervir sobre a distribuição de renda no mercado, é após a distribuição de renda efetuada no mercado que esforços são feitos para reduzir a desigualdade entre aqueles que estão no mercado de trabalho, e aqueles que estão fora e, em menor extensão, entre os empregados de modo geral.

Assim, quanto menos o mercado distribuir, mais esforços serão feitos para corrigir essa desigualdade. Nesse sentido, o *Welfare State* é “implementado” como um financiamento público da economia capitalista, mediante a elaboração de uma esfera pública.

Isto posto, Raichelis (2000, p. 57) afirma:

A implementação dessa forma de regulação estatal viabilizou-se por meio da *dessubalternização* do Estado em relação ao mercado. Rompeu-se com a ideia de o Estado só gastar o que arrecada, garantindo-lhe autonomia de ação. Esta automização do Estado é dada pela política monetária, que se desliga do padrão ouro e possibilita ao Estado a intervenção na economia a partir de uma política monetária não doméstica. Assim o Estado mune-se de instrumentos para atuar por meio de políticas anticíclicas, intervindo na conjuntura contra as tendências do ciclo econômico, respondendo as demandas sociais e auxiliando os agentes econômicos a perseguirem seus fins. Pode realizar despesas antes de arrecadar, a partir de adoção de políticas de investimento que viabilizam a implementação de políticas sociais públicas e programas de bem-estar social, que passam a ser “liberados” da relação restrita com o

mundo das mercadorias, produzindo assim a *desmercadorização* dos bens e serviços sociais públicos.

Na institucionalização dessa esfera pública, separada do mundo privado, acontece a incorporação dos direitos civis, políticos e sociais, mais tarde concebida como cidadania, e para que ela seja efetiva, é necessário ampliar a medida de igualdade, representada pelo pertencimento a uma comunidade. Os benefícios destinados às demandas sociais pauperizadas passam, então, de benesse à direito de cidadania, sendo a cidadania também parte do processo de democratização do sistema político.

A implantação do *Welfare State* nos países capitalistas desenvolvidos representou um avanço, pelo menos no nível ideológico, no que se refere à concepção de cidadania e de direitos sociais. Atribuir ao Estado o dever de garantir aos seus cidadãos o acesso às necessidades mínimas para a subsistência representa uma mudança fundamental na concepção do papel do Estado.

Com o aumento da carga tributária e expansão dos sistemas públicos de produção de serviços ou benefícios voltados para o cidadão, à proteção e o bem-estar social, passam a ser considerados como direito de cidadania. Por decorrência, o fortalecimento desses serviços tende a se universalizar, ao mesmo tempo em que aumentam as exigências qualitativas sobre os mesmos. Isso posto, a integração passa a ser a principal preocupação dessas políticas sociais, as quais, calcadas no pacto social entre trabalhadores, capitalistas e o Estado, viabilizam o duplo processo de acumulação e legitimação que assegura a reprodução do capitalismo contemporâneo (OFFE, 1993, p. 102).

Regonini (1991) define o Estado de Bem-estar Social como sendo aquele Estado que garante tipos mínimos de renda, de alimentação, de saúde, de habitação e de educação assegurados à todos os cidadãos, não como benesse, mas como direito político (social). Como exemplo desse conceito, sempre é demonstrado o grupo de políticas estabelecidas na Inglaterra a partir da Segunda Guerra Mundial, quando, após o primeiro relatório Beveridge, formulado em 1942, foram aprovadas as providências no campo da Saúde e da instrução, garantindo serviços idênticos a todos os cidadãos, independentemente de renda.

Nesse contexto, grandes alterações na forma de intervenção do Estado no mercado foram alcançadas por uma espécie de tripé, que funcionava da seguinte maneira: o Estado assumia uma série de obrigações e construía novos

poderes institucionais integradores, passando a investir em Educação, Saúde, Assistência Social e Previdência como forma de garantir uma espécie de tranquilidade para o mercado atuar. Crescendo, assim, o mercado consumidor, com inclusão da classe média e de parte dos trabalhadores, além de aumentar a lucratividade das empresas desoneradas de parte dos custos da reprodução da força de trabalho.

Se ora elas colaboravam com impostos para que o Estado pudesse investir em políticas sociais e garantir o bom funcionamento do mercado e da sociedade, ora a subsistência de seus trabalhadores – agora também consumidores – deixava de ser exclusivamente de seus salários, e o Estado passava enfrentar diretamente a questão social, por meio de políticas sociais públicas.

Assim sendo, as massas foram absorvidas pelo mercado pela via do consumo, que era assegurado pela existência de rendas fora do mercado. Rendas essas proporcionadas pelo mecanismo de redistribuição de renda da tributação associada à prestação de serviços públicos que liberavam as rendas dos agentes privados para o consumo. Dessa forma, Rigonini (1992) demonstrou que a conta do produto nacional bruto usada para fins sociais cresceu com o desenvolvimento econômico da sociedade.

No entanto, esses modelos de Estado tiveram uma expressão significativa somente até os anos 1970, pois, com o desequilíbrio do sistema monetário internacional e a Crise do Petróleo, as estruturas do *Welfare State* e das políticas sociais do pós-guerra foram confrontadas com o retorno do ideário liberal. Os empresários condenaram o *Welfare State* pelo aumento do *deficit* público, pelo retorno da inflação, pela recessão econômica e pelo declínio dos investimentos. Além disso, na classe média, houve a revolta fiscal em oposição à elevação dos impostos contra o governo para fazer jus à política de bem-estar social.

Fiori (1997) sustenta a tese de que durante as guerras é necessário potencializar a solidariedade, melhorando a provisão de políticas sociais, diminuindo as diferenças na sociedade e assegurando a coesão social necessária ao confronto. O mesmo autor considera que as duas guerras mundiais são a melhor explicação imediata para a emergência do Estado de Bem-estar Social, com seus sistemas de proteção social, pois foi o produto combinado dessa distribuição de renda associado à capacidade de intervenção do Estado na economia que, tendo sido implementado

durante o conflito bélico, ultrapassou seu objetivo inicial e se cristalizou como uma prática essencial ao equilíbrio do sistema político.

Dessa maneira, após a Segunda Guerra Mundial, surgiu o neoliberalismo, o qual nasceu como uma reação teórica e política ao modelo de desenvolvimento centrado na intervenção do Estado, que passou a constituir, desde então, a principal força estruturadora do processo de acumulação de capital e de desenvolvimento social. O neoliberalismo, com a crise do Estado de Bem-estar Social, assumiu uma posição privilegiada e tornou-se base ideológica dos governos como forma de recuperação de uma economia em crise, estratégica e eficaz para a manutenção com sucesso do modo de produção capitalista.

Justificando a desmonte do *Welfare State*, Raichelis (2000, p. 60) pontua:

Dentro do contexto de afirmação da ideologia neoliberal, as críticas conservadoras ao *Welfare State* têm sido, ideologicamente, muito mais associadas à produção dos bens e serviços sociais públicos do que ao papel do fundo público na reprodução do capital. As políticas neoliberais vêm propondo o Estado mínimo e a desregulamentação da economia predominantemente em relação aos gastos sociais públicos, mas não para a presença do fundo público como financiador do capital.

Feitas essas considerações sobre o papel do Estado, de interventor e provedor de segurança aos cidadãos, traçando conceitos de políticas sociais, sistemas de proteção social e sobre o *Welfare State* e seu surgimento frente ao processo de industrialização e acumulação – no qual busca-se diminuir as desigualdades geradas pelo mercado – e mediante as políticas sociais que representam as conquistas dos trabalhadores e os mecanismos de cooptação do Estado – mesmo tendo ciência de que no Brasil o *Welfare State* nunca existiu –, passamos, a seguir, a apresentar um novo modelo de Estado, o Estado neoliberal, no qual estarão presentes ações divergentes das já apresentadas, que tem a seletividade e a limitação de acesso como princípios norteadores.

#### 1.4 O NEOLIBERALISMO: O DESMONTE DO WELFARE STATE

O neoliberalismo, enquanto política econômica, nasceu logo depois da Segunda Guerra Mundial, nos países em que o capitalismo imperava fortemente.

Como já afirmado anteriormente, foi uma reação teórica e política ao modelo de intervenção do Estado de Bem-estar Social, a qual se tornara, então, a principal força do processo de acumulação do capital e de desenvolvimento social. Para Anderson (1999, p. 10), o neoliberalismo tinha o propósito de acabar com o “keynesianismo e o solidarismo reinantes e preparar bases de um outro tipo de capitalismo, duro e livre de regras para o futuro”. Considerando essa intervenção como a principal crise do sistema capitalista de produção, os neoliberais passaram a atacar qualquer limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado, denunciando tal limitação como uma ameaça letal à liberdade econômica e política.

Apesar de o neoliberalismo ter surgido como uma reação localizada no Estado intervencionista e no de Bem-estar Social, ele nasce como um fenômeno de alcance mundial. Em sua definição, Comblin (2000, p. 15), o refere como “uma utopia ou teoria que pretende dar explicação total do ser humano e da sua história em torno da economia. Faz da economia o centro do ser humano a partir do qual o resto se explica”.

Nessa concepção, o Estado tem como função principal a instituição de um Estado jurídico, no qual cada um, com sua liberdade, possa conviver com os outros, segundo um conjunto de leis expressas numa constituição.

O neoliberalismo nasce como um corpo de formulações teóricas que defendem um Estado Constitucional, os jusnaturalistas advogam que o Estado tem um limite externo, um limite que impede que a ação do poder político seja exercida contra os direitos de liberdade dos indivíduos. Estes limites externos são os direitos naturais, que nascem com os indivíduos e são imanentes à natureza humana enquanto tal, independente da constituição de qualquer comunidade política (TEIXEIRA, 1996, p. 223).

As teses neoliberais então retomam as teses clássicas do liberalismo de Adam Smith, resumidas com a expressão: menos Estado e mais Mercado. Conforme assinala Vieira (2001), o mercado era compreendido como criação da natureza, e não da sociedade, na qual a lei da oferta e da procura fazia parte da essência humana, e a naturalização do mercado se incumbia de dar racionalidade à sociedade. Logo, o mercado era a única instituição capaz de coordenar racionalmente quaisquer problemas sociais, sejam eles de natureza econômica, sejam de natureza política.

O ideário neoliberal é imposto pela burguesia em termos mundiais [...] a partir da crise do capital iniciada na transição da década de 1960 para 1970. Buscando saídas para essa crise – no sentido de recuperar a queda da taxa de lucro – o Estado adquire outra conformação, passando a implementar políticas de desregulação da economia, privatização e terceirização dos serviços públicos e focalização das políticas sociais, com destaque para quebra do “pacto social”, realizado após a Segunda Guerra Mundial, nos países capitalistas centrais (TEIXEIRA, 1996, p. 207).

As práticas neoliberais têm por objetivo a legitimação do Estado por meio das políticas sociais públicas focalizadas e de uma política de investimento restrita em face dos gastos públicos, isso porque elas se preocupam com o desenvolvimento do mercado, que, por vez, transforma as necessidades sociais e as políticas sociais em mercadoria, desde o fornecimento de água e de luz à educação e à saúde. Iamamoto (2008) relata que vive-se, dessa maneira, tempos de predomínio do “capital fetiche”, quando o processo de acumulação e de valorização do capital encontra-se financeirizado, com um objetivo precípuo de desvalorizar a força de trabalho e a sua organização como instrumento de acumulação.

A ampliação dessa política neoliberal promove o aumento da miséria, da segregação, e alimenta-se do emprego, do subemprego, da descapitalização do empregado e do achatamento salarial, levando à implantação de programas estatais e à incorporação de reivindicação da classe trabalhadora, com caráter mediador e de passivização das classes fundamentais do modo de produção capitalista.

As quatro estratégias concretas da implantação da política social neoliberal são os cortes dos gastos sociais, a privatização, a centralização dos gastos sociais públicos em programas seletivos contra a pobreza, e a descentralização. A privatização é o elemento articulador dessas estratégias, que atendem ao objetivo econômico de abrir todas as atividades econômicas rentáveis aos investimentos privados, com o intuito de ampliar os âmbitos de acumulação, e ao objetivo político-ideológico de remercantilizar o bem-estar social (LAUREL, 1995, p. 167).

Consideramos, então, que as principais estratégias do neoliberalismo consistem: na diminuição do *deficit* público; na remercantilização dos bens sociais; e na desinstitucionalização da proteção social. Desse modo, para a redução dos gastos sociais, é utilizada uma série de instrumentos de impacto perverso, pois essas estratégias não levam em conta os problemas e as tensões do

mundo moderno. Assim, conferem ao Estado a responsabilidade de regular todas essas tensões. O processo de remercantilização dos bens sociais vem acompanhado de políticas públicas restritas, focalizadas e seletivas, direcionadas no sentido de elevarem também alguns sistemas de previdência pré-industrial, ou seja, sistemas filantrópicos a cargo da Igreja, da família, das instituições de caridade etc. Outra condicionante é o atendimento somente às demandas sociais da pobreza indigente por mecanismos insignificantes aos direitos dos pobres, como os serviços de caráter emergencial.

Sobre a desinstitucionalização do bem-estar social, vale dizer que é um tipo de troca de uma proteção institucional por uma proteção negociada mediante contrato coletivo de trabalho. Uma flexibilização que visa reduzir a proteção concedida ao trabalhador por séculos de luta, propondo transformações no que diz respeito ao contrato de trabalho: o emprego, o salário, a despedida e a jornada.

A interferência do mercado, então, deve ser a mínima possível, para que ele possa cumprir sua função de alocação dos recursos da economia e alcançar o ponto de equilíbrio. Portanto, cabe ao Estado proteger a liberdade dos indivíduos e preservar a ordem da sociedade.

Podemos afirmar, de acordo com o exposto, que o mercado exerce o papel de promotor de uma sociedade livre, visto que, de um lado, ele garante a liberdade econômica num sentido amplo e, de outro, é um instrumento para a obtenção da liberdade política. Por isso, os neoliberais o concebem como um mecanismo imprescindível para o processo de produção e reprodução de vida social, e esse ideário perdura até hoje nas políticas econômicas e sociais.

Concomitantemente ao ideário neoliberal e com a mesma justificativa de esgotamento do antigo modelo de desenvolvimento econômico e social montado no pós-guerra, na década de 1980, no mundo, começa a acontecer a Reforma do Estado. No Brasil, caso que aqui mais nos interessa, as políticas neoliberais foram apresentadas à sociedade pelo governo de Fernando Collor de Mello, no entanto, só entraram em vigor com a eleição de Fernando Henrique Cardoso (FHC) e com a instituição do Plano Real.

O governo de FHC discursava que o Plano Real fazia parte de uma série de medidas que buscavam a estabilização monetária e o fim de um duradouro regime de hiperinflação. Como é sabido, todos os planos de estabilização adotados

nesse período (1995-2003) no continente latino-americano são da mesma ordem do Consenso de Washington.<sup>11</sup> Este, na realidade, organizou um plano único de ajustamento das economias periféricas, chanceladas por órgãos supranacionais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM) (FIORI, 1997).

Nesse mesmo governo, em 1995, a Reforma Gerencial do Estado foi iniciada pelo Ministério da Administração Federal e Reforma de Estado (Mare) com a publicação do Plano Diretor da Reforma do Estado. Para o titular desse Ministério, Bresser Pereira, existiram, no Brasil, quatro grandes problemas durante o processo de reformulação do Estado:

[...] (a) um problema econômico – político – a delimitação do tamanho do Estado; (b) um outro também econômico – político, mas que merece tratamento especial – a redefinição do papel regulador do Estado; (c) um econômico – administrativo – a recuperação da governança ou capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas tomadas pelo governo; e (d) um político – o aumento da governabilidade ou capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade e governar (BRESSER PEREIRA, 1998, p. 49-50).

Para Souza e Carvalho (1999), a Reforma foi, de certa maneira, bem aceita tanto pela sociedade quanto pela coalização política de sustentação do governo. Para isso, ocorreu uma forte associação entre a reforma e a crise fiscal do Estado, uma significativa associação entre reforma e continuidade do sucesso do Plano Real e, por fim, a promessa de que a reforma tornaria o serviço público eficiente.

Embora de alcance diferenciado em cada país, no Brasil, essa Reforma passou por dois momentos. No primeiro, correspondeu ao período de retomada da ofensiva do neoliberalismo, em que o Estado foi criticado pelo seu caráter intervencionista, exigindo-se a redução do seu “tamanho” como uma condição ao livre funcionamento do mercado. Num segundo momento, além de pensar novas alternativas ao fracasso das políticas neoliberais, buscou-se também os seguintes objetivos: a eficiência dos serviços públicos, a efetividade e a democratização.

---

<sup>11</sup> Trata-se de uma reunião sem caráter deliberativo realizada, no ano de 1989, entre acadêmicos e políticos norte-americanos e latino-americanos, seu objetivo era trazer soluções para acabar com a estagnação reinante por mais de 20 anos na América Latina. Ao finalizar a reunião, foi elaborado um documento com mais de 10 recomendações, e que posteriormente daria origem ao livro do economista John Williamson intitulado *Washington Consensus*.

Em meados da década de 1990, FHC inaugurou uma nova ofensiva neoliberal quando encaminhou o Projeto de Emenda Constitucional n.º 173 sobre a reforma do aparelho do Estado Brasileiro. O discurso no documento oficial apresentava o modelo do Estado das últimas décadas como agente responsável pela crise econômica mundial, justificado pela forte intervenção na economia e pelos altos gastos sociais. Sendo assim, o governo entendeu como única alternativa para essa crise reformar o Estado.

A Reforma do Aparelho do Estado voltada para a gestão e busca de resultados, inclusive com indicadores, metas e avaliação de desempenho, é um processo de mudanças da instrumentalidade da ação do Estado, dos meios da governança, no manejo ou gerenciamento de seus recursos econômicos e sociais, em busca da eficiência (BRESSER PEREIRA *apud* FALEIROS, 2004, p. 51).

Bresser Pereira, então ministro do Mare, reafirmou ser contrário à ideia de *Estado Mínimo* e dizia buscar, com a reforma, não diminuir o tamanho do Estado, mas sim fortalecê-lo. Para isso, usaria o modelo de Estado Social-Liberal, estimulando e preparando as empresas e o país para a competição generalizada. Outro método que também estaria dentro dessa reforma é a terceirização, na qual o governo transfere ao setor privado, às Organizações não Governamentais (ONG) e às Organizações Sociais (OS), por meio de contratos e/ou licitações públicas, serviços auxiliares e de apoio. Contudo, na prática, a terceirização estendeu-se a outros serviços, como a Saúde e demais políticas sociais.

Essa Reforma objetivou liberar a economia para uma nova etapa de crescimento, buscando, inicialmente, como soluções, a racionalização dos recursos fiscais, a atuação burocrática, as privatizações e o corte de gastos públicos, seguindo as orientações do Banco Mundial e do FMI, sendo que essas medidas agravaram ainda mais os problemas sociais brasileiros.

Assinalamos que ter debatido os conceitos de Estado tanto para nos modelos jusnaturalistas como para hegel-marxiano nos fez defender que as funções estatais foram sendo alteradas historicamente pelas produções sociais de relações do próprio homem e que sempre existiu a necessidade de um Estado personificado para regular e diminuir as inseguranças geradas pela acumulação capitalista. Essa regulação, e necessidade de intervenção, aconteceu, inicialmente, por meio de políticas sociais e, posteriormente, da instituição de sistemas de

proteção social que buscavam minimizar os conflitos e reduzir as situações de dependências e riscos. Destarte, várias ações de assistência pública por parte do Estado foram criadas para diminuir o risco coletivo e ofertar condições de segurança à população, entre elas, tivemos diversas ações na área de Saúde também. Mesmo tendo visto que cada vez mais exista pelo Estado Neoliberal uma tentativa de desmonte das políticas públicas, na década de 1980, num movimento dialético, conseguimos a garantia da política de saúde ao tripé da Seguridade Social brasileira e a instituição Sistema Único de Saúde.

Assim, no próximo capítulo, abordamos o Estado Brasileiro procurando historicizar e mapear o entrelace deste com as demandas da sociedade civil, em específico, as ações de saúde pública, tentando ilustrar o caminho da política de saúde, e o cenário fértil para surgimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

## 2 O ESTADO BRASILEIRO E A POLÍTICA DE SAÚDE

Já visto sobre as concepções do Estado e sobre a tentativa de desmonte do Estado de Bem-Estar Social, e a Saúde também fazendo parte do sistema de proteção social brasileiro, mesmo num cenário pautado de ideário neoliberal, neste momento optamos por caracterizar o Estado Brasileiro. Mais precisamente, a partir do século XX, com o destaque para a Constituição Federal de 1988 e as mudanças empreendidas na área de Saúde e na, parte constituinte da seguridade social composta pela previdência social e assistência social. A saúde é a única das três políticas, consagrada como direito de todos e dever de Estado, tendo sido implementada a partir do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda, buscamos dialogar com as diretrizes organizacionais da descentralização e regionalização para a efetivação do Sistema Único de Saúde, sendo estas o princípio básico para a formação dos consórcios de saúde, alvo deste estudo. Tal percurso objetiva demonstrar em que cenário na assistência à saúde brasileira emerge a necessidade de implantar os consórcios intermunicipais.

### 2.1 APONTAMENTOS DA FORMAÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO E SUAS INTERVENÇÕES EM RELAÇÃO ÀS DEMANDAS DE SAÚDE ATÉ A CONSTITUIÇÃO FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

#### 2.1.1 Os Antecedentes da Saúde Pública

A formação do Estado Brasileiro trouxe desafios profundos para a sua concretização, uma vez que foi orientada, em sua maioria, pelo modelo lusitano, no período do Brasil Colônia, e pelo norte-americano, nos primórdios da república, bem como também não vivenciou o sistema feudal, e seus habitantes não formaram os burgos, criando assim uma “burguesia” à moda nacional.

Para Caio Prado Junior (2011), em sua grande obra *Formação do Brasil Contemporâneo*, lançada em 1942, a formação da sociedade e da economia brasileira foi pautada nos interesses da metrópole Portugal e sustentadas pelo tripé monocultura, latifúndio e escravidão. O Brasil só se constituiu para fornecer tabaco, açúcar, ouro, diamante e algodão ao comércio europeu, ou seja, o sentido de o Brasil existir está vinculado ao período de colonização, em que era explorado um território virgem em proveito do comércio europeu e da expansão mercantil. Desde

esse período, o Brasil sempre compartilhou sistemas e relações que deram origem ao modo de produção capitalista e a uma típica burguesia, tanto na escravatura como no trabalho livre.

Na verdade, assim como não tivemos um “feudalismo”, também não tivemos o “burgo” característico do mundo medieval. Apesar da existência e da longa duração forçada das corporações de ofícios, não conhecemos o “burguês” da fase em que se diferenciava o mestre do artesão senão das relações deles entre si – o “burguês” como típico morador do “burgo”. O *burguês* já surge, no Brasil, como uma entidade especializada, seja na figura do agente artesanal inserido na rede de mercantilização da produção interna, seja como *negociante* [...]. Pela própria dinâmica da economia colonial, as duas florações do “burguês” permaneceriam sufocadas, enquanto o escravismo, a grande lavoura exportadora e o estatuto colonial estiveram conjugados. A Independência, rompendo o estatuto colonial, criou condições de expansão da “burguesia” e, em particular, de valorização social crescente do “alto comércio” (FERNANDES, 2006, p. 34).

Assim sendo, a constituição e a atuação do Estado na sociedade brasileira remonta às singularidades da nossa formação socioeconômica e política, em que, durante 67 anos, estivemos na condição de um Estado Monárquico, centralizador, tendo a escravatura como instituição socioeconômica. Com a abolição, em 1888, passamos à condição de república, na qual as relações sociais eram fundadas num patrimonialismo que tornava o Estado um apêndice dos senhores rurais.

Confirmando essa ideia, Faoro (2001) refere que dessa sociedade nasce uma forma de poder convergente ao patrimonialismo, cuja legitimidade se assegura no tradicionalismo, incentivando o setor especulativo da economia e voltando-se ao lucro, ou seja, ao capital. Durante a Colônia, e mesmo com o início do Império, os problemas de saúde dos brasileiros não estavam somente vinculados à Medicina, já que o atendimento à camada mais favorecida da população era realizado por um pequeno número de médicos, cirurgiões e boticários, de formação europeia, e os escravos desconheciam a prática médica, sendo assistidos apenas por curandeiros, uma vez que a corte portuguesa regulamentava a arte da cura.

No processo de independência do Brasil, as ações de saúde pública e a sua regulamentação deixaram de ser responsabilidade de instituições ligadas à Coroa Portuguesa e ficaram sob a responsabilidade das câmaras municipais

existentes nas diversas regiões do Brasil. Suas ações restringiam-se à vacinação antivariólica em período de epidemias, à tentativa de controle de entrada de escravos doentes na cidade, à expulsão de doentes acometidos por doenças contagiosas de áreas urbanas e às diversas medidas de purificação de ambientes – como a cremação de ervas e a destruição de lixos (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Vale mencionar que em todo o período do Império a ínfima atuação do Estado na assistência médica limitava-se à internação de doentes graves, incluindo os loucos ou aqueles que apresentavam comportamentos que os diferenciavam dos demais membros da sociedade – em Santas Casas, Beneficências Portuguesas, Hospícios –, à campanha de vacinação e às ações de polícia sanitária.<sup>12</sup> Devemos registrar, ainda, que essas atividades estavam fortemente relacionadas à capital do Império, dando as costas ao resto do país e relevando a maioria dos municípios.

Já nas últimas décadas do século XIX, num contexto internacional de profundas transformações – período denominado Segunda Revolução Industrial –, ocorreram as primeiras modificações significativas no campo da Saúde Pública no Brasil, principalmente com o advento da área da microbiologia, e, conseqüentemente, das vacinas. Nesse momento, o país vivenciava a queda do regime monárquico e o estabelecimento da República Federativa, emoldurado num quadro de intensa mudança da economia agroexportadora nacional, marcado principalmente pela influência do setor cafeeiro.

A classe trabalhadora da época – formada com o excesso de mão de obra dos ex-escravos, agora com a implantação do mercado de trabalho livre, ampliado mundialmente em um contexto de divisão internacional do trabalho – e os imigrantes começam a questionar, mesmo que fragilmente, a penúria das condições de trabalho no Brasil no final do Império e na República Velha.

Assim, esse processo da nova economia urbano-industrial emergente na época suscita a necessidade de uma participação do Estado, atenuando as expressões da questão social e reforçando aspectos de sujeição. Para isso, o Estado contou com um suporte normativo-jurídico. O trabalho tornou-se livre,

---

<sup>12</sup> Principalmente nos estados alemães, ainda no século XVII, ao consultar documentos oficiais, o termo polícia era atribuído a vários campos de administração pública. Como ilustração, temos a administração da Saúde como polícia médica. No século XVIII, com o surgimento da medicina social, a polícia médica tornou-se uma política sanitária. No século XIX, já com as práticas higienistas, a polícia médica tornou-se regulatória dos diversos aspectos envolvidos com a limpeza e a aeração do ambiente urbano.

porém, marcado por superexploração da força de trabalho, trazendo salários aviltados, jornadas extensas e insalubridades das fábricas onde eram geradas doenças que dizimavam ou enfraqueciam uma parcela da população.

Em busca de melhores condições de sobrevivência, o operariado começou a se organizar a favor de seus interesses:

A luta reivindicatória estará centrada na defesa do poder aquisitivo dos salários – num período de constantes surtos inflacionários – na duração da jornada normal de trabalho, na proibição do trabalho infantil e regulamentação do trabalho de mulheres e menores, no direito a férias, seguro contra acidente e doença, contrato coletivo de trabalho e reconhecimento de suas entidades, que aparecerão com maior ou menor ênfase de acordo com a conjuntura e características dos movimentos e de suas lideranças (IAMAMOTO, 1999, p. 131).

No período da Primeira República (1889-1930), o país foi governado mediante uma aliança política que realizava um rodízio no poder, envolvendo os Estados de São Paulo, de Minas Gerais e do Rio Grande do Sul e seus respectivos mandatários, que eram ou fazendeiros ou produtores, membros da chamada oligarquia nacional.

Nesse momento de dinamismo nacional, conceituado como República Café com Leite, não houve grandes transformações na assistência à saúde, sendo que as atividades de saúde pública voltavam-se às epidemias, ao estabelecimento de vacinação obrigatória contra varíola em todo território nacional, à criação de a um rol de doenças de notificação compulsória – febre amarela, cólera, peste, difteria, escarlatina e sarampo – e campanhas sanitárias.<sup>13</sup> Em 24 de fevereiro de 1891, na promulgação da Constituição, mais uma vez a União transferiu aos municípios e aos Estados as atribuições relacionadas à saúde, sendo que ao governo federal ficava a responsabilidade de vigilância sanitária dos portos e dos serviços de saúde do Distrito Federal. No entanto, o poder público não se voltava à

---

<sup>13</sup>“São uma forma específica de atuação em saúde pública surgida no século XIX e muito difundida até os dias de hoje. Com ações especializadas com o objetivo de controle de determinadas doenças, as campanhas sanitárias se caracterizam pela autonomia frente às práticas rotineiras em saúde, por sua curta duração e, em diversos, momentos, por assumirem um perfil análogo ao das operações militares. O modelo campanhista surgiu como uma estratégia de saúde pública do combate às doenças infecciosas, muitas vezes direcionada à eliminação de seus vetores. Ficaram célebres as campanhas contra a febre amarela pelo combate do mosquito, executadas pelo exército americano em Cuba, no início do século XX, assim como as efetuadas por Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, contra a febre amarela, a varíola e peste bubônica, a partir de 1903. Na segunda metade de século XX, as campanhas foram muito utilizadas visando ao controle da malária e constituíram a base para erradicação mundial da varíola” (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 348).

assistência à saúde dos municípios, assim, permanecia com a filantropia a responsabilidade pelo cumprimento desse papel, sendo que para o Estado Brasileiro a Saúde estava intimamente relacionada às crises sanitárias.

Nesse cenário histórico, a ausência do Estado nas políticas sociais era eminente, e foi delegada a segundo plano na agenda social do governo. As iniciativas tomadas pelo Estado restringiam-se à criação de legislação que regulava o trabalho assalariado, à edição do Código de Menores,<sup>14</sup> que passou a regular pelo viés da repressão institucional as ações destinadas à infância no país, e à saúde, pelas campanhas sanitárias e pela segregação dos doentes.

As ações de saúde pública desenvolvidas até a primeira década do século XX estiveram focadas apenas nas grandes cidades, sendo uma resposta às dificuldades oriundas do desenvolvimento urbano de algumas regiões e às imposições econômicas provenientes da expansão da agricultura cafeeira, deixando à margem dessas ações todo o interior do país, onde as condições de saúde, em sua grande maioria, eram piores que as das grandes cidades, apresentando problemas de desnutrição, verminoses e malária. Esse tipo de ações fragmentadas e restritivas também foi alvo de debates.

Em 1918, no contexto sanitário e social mencionado, surge a Liga Pró-Saneamento do Brasil<sup>15</sup> – entidade civil dirigida pelo cientista do Instituto Oswaldo Cruz, Belisário Penna –, a qual lutava pela reforma dos serviços de saúde e pelo saneamento dos sertões. Embora esta tenha conseguido respostas governamentais para o seu anseio, a demanda para a criação de um ministério não foi atendida. No entanto, a reforma deu origem a uma nova instituição, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), tendo como primeiro diretor o médico Carlos Chagas. A proposta de criação de um ministério autônomo conflitou, contudo, com a forte oposição das oligarquias rurais, pois elas entendiam que seria uma afronta à autonomia estadual. Destarte, o surgimento do DNSP foi o resultado de uma intensa negociação envolvendo sanitaristas, o governo federal, os Estados e o Poder Legislativo.

---

<sup>14</sup> O Código de Menores de 1927, também conhecido como Código Mello Matos, constitui-se na primeira legislação específica voltada para menores.

<sup>15</sup> À Liga, juntou-se um grande número de intelectuais, pesquisadores, militares, literatos e até o presidente da República Wenceslau Braz (1914-1918). Essa Liga estimulava a nação em defesa de uma reforma sanitária que ampliasse os serviços de saúde rumo ao interior e a criação de um ministério próprio para a Saúde.

Já no final da década de 1929, ocorreram profundas mudanças no cenário social. Na economia, foram as repetidas crises de superprodução do café, a quebra da Bolsa de Nova York e as camadas médias urbanas começando a questionar a estrutura baseada no coronelismo. Já em outros campos da nossa sociedade, embora mantendo-se basicamente um país agrário, o Brasil de então caminhava para a urbanização, apresentando 20% da população vivendo nas grandes cidades, o que potencializava o movimento operário que colocava na agenda nacional os problemas das camadas subalternas (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Diante do exposto, verificamos que, do Império à Primeira República, os municípios já começaram a desempenhar papéis importantes na incipiente atenção à saúde existente na época, tendo em vista que as responsabilidades da Cora Portuguesa foram repassadas às Câmaras Municipais existentes no território brasileiro e que, com a Constituição de 1891, a União transferiu aos municípios e aos estados as atribuições relacionadas à saúde, ficando ao governo federal a responsabilidade da vigilância sanitária dos portos e dos serviços de saúde do Distrito Federal. Então, nesse momento de dinamismo, de descentralização da execução, os municípios apoiaram-se na filantropia para garantir a oferta de serviços.

### 2.1.2 Era Vargas (1930-1945)

Após a Primeira Guerra Mundial, iniciaram-se, no país, questionamentos do modelo político aplicado na primeira República, o que começou a formar as bases para uma nova elite no poder, constituída por militares e profissionais liberais, e de outros seguimentos, encabeçando o movimento da Revolução de 1930.

Completando o escrito anteriormente, de acordo com Fausto (1995, p. 327):

Sob o primeiro aspecto, podemos dizer que, a partir de 1930, ocorreu uma troca da elite do poder sem grandes rupturas. Caíram os quadros oligárquicos tradicionais, os “carcomidos da política”, como se dizia na época. Subiram os militares, os técnicos diplomados, os jovens políticos e, um pouco mais tarde, os industriais. Muitos, a

começar pelo próprio Getúlio, já tinham começado uma carreira vitoriosa, no interior da antiga ordem.

Assim, na década de 1930, o papel desenvolvido pelo Estado começou a ser transformado, propondo-se alterações no campo dos direitos sociais. Para Iamamoto (1999), essa fase se data como um marco na história do país, ora pela reestruturação do Estado Nacional, ora pelo padrão de redirecionamento do padrão de acumulação.

O Estado assume paulatinamente uma organização corporativa, canalizando para sua órbita os interesses divergentes que emergem das contradições entre as frações dominantes e as reivindicações dos setores populares, para, em nome da harmonia social e desenvolvimento, da colaboração entre as classes, repolitizá-las e discipliná-las, no sentido de se transformar num poderoso instrumento de expansão e acumulação capitalista (IAMAMOTO, 1999, p. 151).

Desse modo, no contexto da Primeira República, todas as iniciativas do Estado foram tensionadas no sentido de apoio à indústria, atendendo aos novos interesses que emergiam com uma série de transformações político-institucionais. O governo getulista buscou um novo projeto de construção nacional voltado à integração nacional e à valorização do trabalho e do operariado, o que objetivava ampliar as medidas de assistência médica, atendendo, assim, às demandas do movimento operário.

É salutar dizer ainda que foi com a Constituição de 1934 que pela primeira vez na história do país buscou-se regular a ordem econômica e social e definir as responsabilidades do Estado, como a assistência médica e sanitária ao trabalhador e à gestante. Em seu texto final, o documento inclui ainda temas como salário mínimo, jornada de trabalho de oito horas, repouso semanal remunerado, direito às férias anuais, indenização em caso de demissão por justa causa, aposentadoria por idade, invalidez ou acidente de trabalho, concessão de pensão aos dependentes por morte do trabalhador, além de outras medidas de caráter preventivo que, sob responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios, formavam o sistema de seguridade social do trabalhador da época.

No campo da Saúde, o surgimento de ação estatal está marcado em 1923. O governo instituiu, mediante a Lei Eloy Chaves (BRASIL, 1923), as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), e, após 1933, a transformação dessas

CAPs em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS), iniciando assim a conformação de uma previdência social no país, garantindo aos ferroviários, aos marítimos, aos estivadores, aos empregados do comércio e a outros serviços médicos, benefícios e pensões (Quadro 3).

**Quadro 3 – Órgãos previdenciários do Brasil – 1923-1953**

1923	Caixas de Aposentadorias e Pensões para Ferroviários
1926	Instituto da Previdência para funcionários da União, funcionavam 33 Caixas organizadas por empresas
1930	Funcionavam 47 Caixas organizadas por empresa
1932	Funcionavam 140 Caixas organizadas por empresas, cobrindo 190 mil segurados ativos, 10 mil aposentados e 9 mil pensionistas
1933	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos – IAPM
1934	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários – IAPB Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comercários – IAPC
1938	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários – IAPI Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Transportadores de Carga – IAPTC Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Estivadores – IAPE Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Servidores do Estado – IPASE
1948	IAPTEC – fusão do IAPE e IAPTC, três milhões de segurados ativos 159 mil aposentados, 170 mil dependentes
1953	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários – IAPFESP – unificou as trinta CAPs de ferroviário remanescentes.

**Fonte:** Escorel e Teixeira (2008, p. 359).

Para Bravo e Pereira (2001), a Medicina Previdenciária, que surgiu na década de 1930 com a criação dos IAPs, pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de adiantar as demandas dessas categorias, e não de garantir uma cobertura mais ampla.

Ao analisar a legislação e os gastos desses institutos, verificamos, no primeiro governo de Getúlio (1930-1934), uma dinâmica contencionista que leva a uma diminuição do gasto por segurado, da participação da assistência médica no

total das despesas, da concessão da aposentadoria e do valor médio pago aos beneficiários. Esse modelo contencionista inicialmente foi responsável pela diminuição das despesas públicas. No entanto, posteriormente, esteve relacionado ao funcionamento da previdência como um instrumento de acumulação financeira nas mãos do Estado, em que, pelo modelo de capitalização da previdência, teve recursos para investimento em um dos principais projetos do governo: o apoio à industrialização.

É necessário observar que, mesmo com o incremento da assistência médica individual, essa assistência limitava-se apenas aos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho e organizados por intermédio dos sindicatos.

Destarte, o primeiro período do governo de Getúlio foi marcado por grande instabilidade política, reflexo, entre outros motivos, da diversidade de forças que haviam se aliado durante o processo revolucionário. As diferenças regionais foram evidenciadas ainda mais com a perda da hegemonia do setor cafeeiro e pela substituição da atividade agrícola em determinadas regiões do país. Nesse sentido de alteração do contexto, Lima, Fonseca e Hochman (2005, p. 39) pontuam:

Com a diversificação da economia, novos interesses surgiram, pressionando a antiga ordem e sua estrutura de poder. Questionava-se a forma de organização política em vigor que inviabilizaria a participação das forças sociais emergentes. Ou seja, a perda da hegemonia do setor cafeeiro contribuiu para acirrar as cisões regionais. [...] Essa diversidade de interesses na disputa por maior influência no governo federal esteve presente durante todo o período compreendido pelo Governo Provisório (1930-1934), estendendo-se pelo período constitucional (1934-1937). Tais divergências se refletiram nos acordos e nas conspirações que marcaram a prática política do período, como também, no campo ideológico, nas concepções que orientaram diferentes projetos políticos para o país. Em especial a partir de 1933, essas diferenças foram observadas nos debates travados no interior da Assembleia Nacional Constituinte. Os tenentes, apoiados em uma crítica acentuada ao liberalismo, o qual associavam à prática política vigente na Primeira república, defendiam um modelo de Estado nitidamente centralizador e intervencionista. Já os setores oligárquicos dissidentes lutavam pelo federalismo como modelo de Estado ideal, interessados em manter a autonomia estadual e restringir a interferência da União.

Em suma, as questões que tiveram relevância nos debates dos intelectuais desse período estavam associadas à relação entre o governo central e os Estados, por meio do contraponto entre Nação e Federação, entre centralização

e descentralização, incluindo aí as definições dos papéis que os municípios deveriam desempenhar e a sua relação com o governo central, o que confirma a municipalização como um processo histórico desde a Primeira República.

Mesmo com as divergências observados naquele contexto, dando vazão à antiga demanda dos sanitaristas, em 1930, foi criado o ministério que unia a Educação e a Saúde, o Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), logrando, dessa maneira, um Estado forte e centralizado, como defendiam as elites que estavam no poder.

No entanto, o Mesp teve dificuldades para a sua institucionalização. Como exemplo disso, em seus primeiros quatro anos, ele passou por diferentes direções: Francisco Campos, Belisário Penna, Washington Pires e Gustavo Capanema. A gestão de Gustavo Capanema (1934-1945) retomou as campanhas sanitárias e as ações contra a febre amarela, começou a intervir no campo da proteção materno-infantil, instituiu as Conferências Nacionais de Saúde e passou a repensar um perfil próprio pela proposição de uma nova organização ministerial, posteriormente chamada de Ministério da Educação e Saúde (MES).

A reforma Capanema emergiu em 1937, antes da implantação do período ditatorial de Getúlio e de seus aliados, conhecido como Estado Novo. Com essa reforma, foi criado o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social do MES, que coordenava e normatizava as estruturas estaduais de Saúde, sendo que, além da finalidade de centralização, a reforma procurava acabar com as atividades municipais de saúde, direcionando os serviços aos governos estaduais, sendo estes interventores escolhidos pelo executivo federal.

Assim, a política de saúde pública, nesse contexto, foi definida a partir de critérios que privilegiavam uma centralização normativa acompanhada por uma descentralização executiva, estimulando mecanismos que fortaleciam a presença federal nos Estados como contraponto aos interesses privados regionais, o que buscava a interação das três esferas federativas: federal, estadual e municipal.

Escorel e Teixeira (2008) defendem que a estrutura administrativa da Saúde Pública instituída no Estado Novo, com a Reforma Capanema, permaneceu quase inalterada até a criação do Ministério da Saúde, em 1953. O período do governo de Getúlio, além de criar novas estruturas de saúde pública, também deixou marcada sua distinção entre saúde pública e assistência médica previdenciária, sendo que a Saúde Pública destinava-se a controlar e a erradicar as

doenças infectocontagiosas, as endemias e as epidemias que atingiam os brasileiros em geral, e não grupos populacionais específicos. Esse distanciamento da Saúde Pública da Medicina Previdenciária permaneceu por um longo período e também determinou a ampliação desmedida da assistência médica individual diante das atividades de saúde pública.

No campo social, no período do Estado Novo (1937-1945), o autoritarismo foi apregoado de forma paternalista, que se manifestava na apresentação de medidas de cunho social como benesses do Estado, e, no âmbito da regulamentação do trabalho, tivemos, nesse período, a instituição do salário mínimo, em 1940, e a promulgação da Consolidação das Leis do Trabalho, em 1945.

No período da ditadura do Estado Novo (1937-1945), no projeto dos grupos sociais dominantes, estava incluído também o atendimento das necessidades de gestão da força de trabalho, indispensável ao processo de industrialização do país. A estratégia dominante de controle das classes populares (principalmente o movimento operário que nascia reivindicando e mobilizando-se) por meio do discurso de enfrentamento da questão social deu-se predominantemente pela antecipação na sanção de algumas leis trabalhistas, na criação de institutos e conselhos e na estrutura sindical de atrelamento. Não é à toa que Getúlio Vargas passa ser denominado o “pai dos pobres”, adotando o populismo como estratégia ideológica de controle social na medida em que visava obter apoio da classe trabalhadora (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 97).

Desse modo, o Estado Novo emergiu depois da Revolução de 1930, centralizando o poder e ganhando autonomia de governo, e reforçou as bases de uma economia voltada à industrialização, saindo do capitalismo político orientado para o capitalismo moderno de índole industrial, racional na técnica e fundado na liberdade do indivíduo (FAORO, 2001).

Criar no país as bases capitalistas para um modelo urbano industrial foi a tarefa empreendida pelo Estado Novo, que, segundo Fausto (1995, p. 367), “[...] sob o aspecto econômico, representou uma aliança da burocracia civil e militar e da burguesia industrial, cujo objetivo comum imediato era o de promover a industrialização do país sem grandes abalos sociais”.

A partir das considerações aqui apresentadas, concluímos que, no período do Estado Novo, ou da Era Vargas, o papel do Estado começou a ser transformado, apoiando um projeto que buscou a integração nacional e o início da

valorização do trabalho e do operário, bem como a ampliação das medidas de assistência médica. A Lei Eloy Chaves (BRASIL, 1923), que criou as CAPs e, posteriormente, os IAPS, buscou estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos e formais benefícios que logravam segurança para a manutenção das suas relações trabalhistas, criando assim a assistência médica previdenciária. Já na área da Saúde Pública, com a Reforma de Capanema, foram aumentadas as estruturas de saúde, porém, as campanhas sanitárias continuaram tendo destaque como retrato do papel do Estado.

Nesse momento, na prática política, os militares e a elite do poder criticavam o liberalismo e defendiam um modelo de Estado centralizador, com vestes paternalistas, estando presente uma centralização normativa e uma descentralização executiva.

### 2.1.3 Do Nacionalismo ao Desenvolvimentismo (1945-1964)

No período subsequente ao fim do Estado Novo, entre 1945 e 1964, conhecido como momento da ditadura militar, o Brasil permaneceu no âmbito das políticas populistas, que foram implantadas no governo de Getúlio Vargas. Entretanto, a conjuntura política internacional e a emergência dos movimentos sociais que contestavam o regime autocrático no país colocavam em questão a continuidade de governo de Vargas, e houve a convocação de uma nova Assembleia Nacional Constituinte, que se realizou em 1946. Com a nova Constituição em pauta, acentuou-se o papel do Estado no desenvolvimento econômico, atribuindo-lhe a responsabilidade da justiça social.

Com a queda de Vargas, em outubro de 1945, e com a eleição de Eurico Gaspar Dutra e a promulgação da Nova Constituição, em 1946, o país iniciou um período de 19 anos das primeiras experiências democráticas. Nos primeiros meses de 1946, ocorreram mais de 60 greves, e a liberalização política favoreceu o aumento da participação popular, em especial da classe trabalhadora urbana.

Em 1948, o governo Dutra lançou o Plano Salte, que investiria na Saúde, na Alimentação, no Transporte e na Educação, no quinquênio de 1950-1954. Contudo, a concentração dos recursos seria nas atividades de transporte.

No campo da previdência social, diferentemente do modelo de capitalização do período de 1930-1945, a legislação previdenciária, pausadamente,

foi desmontando as medidas de perfil contencionista e passou a adotar a noção de seguridade social. Assim, no final do governo de Dutra, a crise da previdência começou a ser debatida.

No âmbito da Saúde Pública, durante o governo de Dutra, o combate às endemias rurais e às doenças transmissíveis eram as principais preocupações dos organismos de Saúde Pública, com viés centralizador e sanitarista campanhista. Já no seu segundo governo, Getúlio Vargas (1951-1954) retomou seus projetos econômicos, sob o lema do nacionalismo, sedimentando o populismo como uma modalidade de relação entre governante e governados.

Para Escorel e Teixeira (2008), essa política de massa getulista tinha duplo efeito sobre a luta dos trabalhadores: por um lado, era conduzida por líderes sindicais e políticos comprometidos com o populismo, limitando a autonomia e a conscientização dos trabalhadores; e, por outro lado, oferecia conquistas no campo dos direitos sociais de interesse direto da classe trabalhadora.

Os objetivos da política de saúde do segundo governo de Vargas, como nas demais políticas sociais, foram subordinados ao esforço do progresso e ao enriquecimento da nação. Eram mencionadas as endemias rurais, a tuberculose e a extensão dos serviços hospitalares até as comunidades rurais, e, com pouca ênfase, eram referidos o saneamento, a alimentação, a assistência materno-infantil e a educação sanitária (SCOREL, 2000).

O grande marco desse período foi a criação de um Ministério da Saúde independente da área da Educação, realizado pela reforma administrativa proposta por Getúlio em 1952. O Ministério da Saúde, assim como o Mesp, até 1964, também foi caracterizado pela transitoriedade de seus titulares, frutos de frequentes acordos políticos.

A oposição ao governo de Vargas era grande, e após pressões, sem ver uma saída honrosa, o presidente suicidou-se, sendo considerado o pai dos pobres, um nacionalista e herói popular. O vice-presidente Café Filho assumiu o poder, defendendo a contenção dos gastos nas áreas sociais para não colocar em risco os investimentos necessários ao desenvolvimento, justificando que os gastos com políticas sociais não passavam de algo meramente paliativo para o enfrentamento das demandas sociais e que somente o desenvolvimentismo promoveria isso.

O governo de Juscelino Kubistchek (JK) (1956-1960) entrou para a história por seu desenvolvimentismo, ou seja, pelas grandes transformações econômicas que promoveu com o apoio de capitais estrangeiros, pautados no Plano de Metas com 31 objetivos, incluindo a construção da nova capital, e por aspectos ideológicos que entendiam o Estado como elemento coordenador do desenvolvimento nacional.

Com o surgimento da teoria de Estado Desenvolvimentista, a qual transferia ao Estado a competência para provocar mudanças estruturais em suas sociedades, o padrão de constituição das políticas sociais brasileiras já havia incorporado por completo as formas determinantes que caracterizariam as respostas à questão social no país.

No âmbito da política, era uma época de grandes transformações sociais, na medida em que as reivindicações do período produziam permanentes mobilizações no interior da sociedade, sendo repreendidas, com violência, pelo Estado, e, em contrapartida, este fornecia alguns benefícios à demanda.

[...] a questão da reforma das políticas sociais ganha destaque no discurso oficial. As atividades na área social passam a ser definidas e implementadas por órgãos executores específicos, possuindo também fontes de financiamento específicas. Foram criados o Instituto Nacional de Previdência Social, o Ministério da Previdência e Assistência Social, e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 98).

No Ministério da Saúde, em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), o qual tinha por objetivo unificar todos os órgãos envolvidos no combate, no controle ou na erradicação de doenças específicas. No auge do período desenvolvimentista dos anos de JK, o mosquito *Aedes aegypti*, transmissor da febre amarela, foi declarado erradicado, e foi instituída também a campanha de erradicação da malária, da varíola e da lepra, sendo que esta última não foi tão bem sucedida.

Juscelino, no que diz respeito à previdência social, possuía, em seus discursos, a mesma compreensão de Café Filho: ênfase no desenvolvimentismo e visão de políticas sociais como paliativas. No final de seu governo, JK criou a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que, por um lado, unificou os direitos dos segurados de todos os institutos no padrão dos melhores IAPs e, por outro,

incorporou a proposta de limitar a participação da União na receita previdenciária. Porém, a LOPS não foi implementada, já que durante a Ditadura Militar, na constituição do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), suas propostas foram rechaçadas.

Em 1960, Jânio Quadros, com uma votação expressiva, foi eleito presidente do Brasil. Entretanto, após oito meses de seu mandato, apresentou uma carta renúncia, assumindo então a presidência seu vice João Goulart. É salutar dizer que a renúncia de Jânio Quadros trouxe um período tumultuado para o país, que terminaria com o golpe militar de 31 de março de 1964.

Nesse período, houve um grande revezamento de ministros no Ministério da Saúde, e, em dezembro de 1962, o então ministro da Saúde Souto Maior apresentou pela primeira vez, no XV Congresso de Higiene, um conceito ampliado de saúde que pautava sua nova política sanitária. A saúde da população deveria ser entendida como as suas condições globais de trabalho.

Os debates do XV Congresso Brasileiro de Higiene, somados a uma discussão de projetos políticos-sanitários que defendia a ampliação do papel dos municípios e a necessidade de melhor aparelhamento dos serviços sanitários, é que deram origem aos debates da 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS):

A 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 1963, foi o evento dramático e final da saúde na experiência democrática. Ela foi pautada pelo Plano Trienal do governo Goulart e pelo XV Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em 1962, no momento em que os sanitaristas desenvolvimentistas obtiveram o controle da Sociedade Brasileira de Higiene. Os principais pontos da 3ª CNS eram a rediscussão da distribuição de responsabilidades entre entes federativos,<sup>16</sup> uma avaliação crítica da realidade sanitária do país e uma clara proposição de municipalização dos serviços de saúde, intenção revelada no temário da Conferência e explicitada nos discursos do presidente da República e do ministro da Saúde Wilson Fadul (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 54).

Confirmando isso, na 3ª CNS, o ministro Wilson Fadul afirmou que os problemas de saúde não se resolveriam divorciados da realidade social, e que o MS precisava passar por uma nova reorganização administrativa, com a tentativa de

---

<sup>16</sup> No Brasil, o conceito de federação partiu da forma unitária do Império para a federação a contar da proclamação da República (Constituição de 1889). O poder político passou a ser descentralizado, ou seja, as províncias ganharam o *status* de Estados-membros. No Brasil, a Federação tem tríplice capacidade: é formada pela junção indissolúvel da União, dos Estados e dos Municípios e DF (MERLIN, 2004).

implantação de um novo método de gestão, devendo o MS ser um órgão preferencialmente normativo e coordenador de toda atividade médico-sanitária no país, bem como definir a atribuição de cada esfera de governo, visando à descentralização executiva dos serviços, com efetiva participação dos municípios.

Porém, esse movimento que debatia a descentralização e a horizontalidade da integração das ações de saúde e da ampliação dos serviços, além da articulação da Saúde com as reformas sociais, foi cessado pelo golpe militar de 31 de março de 1964.

Diante do cenário histórico apresentado, notamos que, do fim do Estado Novo ao golpe militar, diversos presidentes apresentaram sutis novos papéis ao Estado e à sociedade, contudo, valorizando sempre o processo econômico e as ações sociais. Pontuamos, também, que nesse intervalo temporal o país vivenciou as primeiras experiências democráticas, como, por exemplo, as greves, sendo essas reivindicações em sua grande maioria reprimidas e minimamente respondidas, já que o período foi marcado por contenções com investimentos sociais e política de viés centralizador.

Entretanto, surge nesse espaço um conceito ampliado de saúde que pautou novos debates e o princípio do debate da necessidade de ampliação do papel dos municípios, com um modelo de gestão descentralizador. Todavia, esses novos posicionamentos foram cessados com o golpe militar de 1964.

#### 2.1.4 A Ditadura Militar (1964-1974)

O golpe militar teve duas alegações básicas: restaurar a ordem social e política, ameaçada por um suposto movimento golpista de esquerda; e retomar o desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo, no qual a restauração dessa ordem deu-se por meio da repressão e da supressão dos canais de comunicação.

Quanto ao enfrentamento das demandas da questão social, nesse período, o Estado utilizou para a sua intervenção o binômio “repressão-assistência”, sendo que a política assistencial foi ampliada, burocratizada e modernizada, com o objetivo de aumentar o poder regulatório sobre a sociedade, minimizar as questões sociais e favorecer o processo de acumulação do capital (BRAVO; PEREIRA, 2001).

O Sistema Nacional de Saúde, implantado no período da Ditadura Militar, caracterizou-se pelo investimento financeiro na Medicina Previdenciária, deixando a Saúde Pública em declínio, e pela hegemonia de uma burocracia que buscava o sentido da mercantilização crescente da Saúde e de uma lógica centralista.

Com a unificação dos IAPs no INPS (1966), aumentou-se o papel interventivo do Estado e minimizou-se o movimento dos trabalhadores na luta por seus direitos, porém, esse órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica dos trabalhadores formais, excluindo os trabalhadores rurais e uma enorme parcela de trabalhadores urbanos informais.

Na década de 1970, a assistência médica custeada pelo INPS conheceu uma expansão de leitos disponíveis imensurável. No entanto, esses serviços eram prestados por empresas particulares e pagos por Unidades de Serviços (US). Ainda nesse mesmo período, houve o financiamento de empresas privadas que desejavam construir ou reformar seus hospitais mediante recurso público, mostrando, assim, que a Saúde Pública nesse período estava preocupada com a sofisticação tecnológica, com equipamentos médico-hospitalares e com as novas descobertas da indústria farmacêutica, esquecendo-se da realidade sanitária brasileira.

Confirmando esse pensamento, Oliveira e Teixeira (1986) defendem que, durante a Ditadura, foi implantado no país um modelo de privilegiamento do setor privado com as seguintes características: extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 1973, os trabalhadores rurais, as empregadas domésticas e os trabalhadores autônomos; ênfase na medicina curativa, na individual, na assistencialista e na especializada e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, por meio da indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares; criação de complexo médico-industrial; e interferência estatal na previdência, estimulando um modelo de organização na assistência médica para a lucratividade da Saúde, privilegiando assim o produto privado.

Com o final do governo Médici (1970-1974), já eram visíveis os desgastes do modelo político adotado e as consequências sociais da concentração de riqueza. Por isso, o apoio ao regime foi perdendo força, e os movimentos sociais já se rearticulavam e denunciavam a situação caótica da Saúde Pública brasileira e

dos serviços previdenciários de atenção médica, já que os pagamentos por US eram fontes de corrupção.

No período de 1974 a 1979, o país foi governado por Ernesto Geisel, o qual tentou fazer a transição da ditadura para a democracia, canalizando as reivindicações e as pressões populares e assistindo com maior efetividade o enfrentamento da questão social e da saúde. No entanto, as reformas que Geisel fez não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde executada e comandada pelo setor privado, com destaque nas ações curativas.

Assinalamos que nesse período duas grandes e importantes instituições foram criadas no sentido de contestar o regime, lutar por um movimento sanitário e denunciar a perversidade do sistema de saúde privatizado, são elas: o Centro Brasileiro de Estudo da Saúde (Cebes), criado em 1976; e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), criada em 1979. Nesse contexto, e estimulada por essas duas instituições e por médicos e intelectuais de formação comunista, socialistas e liberais, surge a proposta de reformulação da política de saúde como uma concreta Reforma Sanitária.

Por fim, no período da ditadura militar, o Estado utilizou-se do binômio “repressão-assistência” para a sua intervenção junto às questões sociais, ampliando seu poder regulatório sobre a sociedade. As suas ações de saúde em tal momento tinham o foco na Medicina Previdenciária, na mercantilização da Saúde – mediante financiamento de empresas privadas para a construção e a reforma de hospitais e pagamentos de leitos hospitalares para empresas privadas, por meio das Unidades de Serviços, sendo tais pagamentos comprovados como fonte de corrupção – e na lógica centralista. Esse cenário começa ser questionado pelo Cebes e pela Abrasco, concomitante com a queda da ditadura.

#### 2.1.5 A redemocratização e a Constituição Federal

Werneck Viana (1989) pontua os anos 1980 como a “década perdida”, tendo em vista que foi um período de transição democrática e estagnação econômica, no qual a esperança das pessoas não estava centrada apenas em mudanças de ordem estrutural, mas na expectativa mínima de conquista de exercícios de cidadania, não só do ponto de vista político, mas principalmente para

obter condições mínimas para a sobrevivência, como salário, saúde, habitação e alimentos, direitos que vinham sendo negados.

O governo de João Figueiredo (1979-1985) foi marcado por abertura política, anistia política, volta dos exilados e, aparentemente, por ser mais promissor para a Saúde, já que as experiências municipais de reorganização de serviços de saúde e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) emitiam sinais de maturidade.

Para Escorel, Nascimento e Edler (2005, p. 23),

[...] a década de 1980 se inicia com um movimento cada vez mais forte de contestação ao sistema de saúde governamental. As propostas alternativas ao modelo oficial de atenção à saúde caracterizam-se pelo apelo à democratização do sistema, com participação popular, universalização dos serviços, a defesa do caráter público do sistema de saúde e a descentralização.

Essa década trouxe novos sujeitos para o debate das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais, agregando aos intelectuais os profissionais da Saúde e suas entidades representativas, o Cebes, a Abrasco, os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos. Conforme já descrito parcialmente por Escorel, Nascimento e Edler, as principais temáticas dialogadas nesse contexto culminavam com: a universalização do acesso; o conceito de saúde como direito social e dever do Estado; a criação de um Sistema Unificado de Saúde; a descentralização do poder decisório; o financiamento; e a democratização por meio da participação social.

Em 1985, o regime militar chega concretamente ao fim com a eleição indireta de Tancredo Neves, que faleceu antes da posse, assumindo assim a presidência da república seu vice-presidente José Sarney. No período de Sarney, a economia foi marcada por dois planos, o Plano Cruzado I e o Plano Cruzado II, que lograva a estabilidade e o crescimento econômicos.

Nesse governo, além dos Planos Cruzados, outro fato marcante foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde,<sup>17</sup> a qual aconteceu de 17 a 21 de

---

<sup>17</sup> Sonia Fleury, em sua revista *Radis*, tema n. 7, de agosto de 1986, 8ª Conferência Nacional de Saúde, fez o seguinte depoimento: “o importante no processo da 8ª Conferência, um processo ainda não terminado, é a forma como ela foi conduzida. Por exemplo: a escolha do temário, que refletia as aspirações democráticas no momento. [...] Além do temário e sua discussão, a forma de organização, a realização das pré-conferências, o envolvimento de setores organizados da sociedade também foram importantes. É a primeira vez que tal Conferência deixa de ser um encontro estritamente

março de 1986, em Brasília, Distrito Federal. Tal Conferência lançava os princípios da Reforma Sanitária, sendo que o debate central versava sobre a saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial. Assim, foi nessa conferência que se aprovou a criação de um Sistema Único de Saúde, com separação total da Saúde em relação à Previdência Social.

Sérgio Arouca (1982), presidente da já mencionada Fundação Oswaldo Cruz e também presidente da 8ª Conferência Nacional de Saúde, defendia a compreensão teórica da Saúde como totalidade concreta, resultado de diversas determinações, o que incentivava a reforma sanitária a atuar em todos os aspectos, são eles: é uma necessidade gerada pelo processo saúde-doença; a produção dos serviços de saúde com sua base técnico-material deve ser organizada para satisfazer as necessidades; um espaço de circulação de mercadorias e de sua produção; um espaço de densidade ideológica; um espaço de hegemonia de classes; e possuir potência tecnológica para solucionar problemas tanto individuais quanto coletivos.

Após a Conferência, foi instalada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), a qual foi capaz de elaborar uma proposta quanto à política de saúde que subsidiou a Constituinte de 1988, além de um projeto para a nova Lei do SUS. Mesmo não tendo uma aprovação consensual, até porque estavam presentes representantes da iniciativa privada e de movimentos sindicais, com posições antagônicas e com interesses políticos e econômicos distintos, a proposta da CNRS acabou sendo aceita pelo movimento sanitário, por considerá-la convergente com as recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Dessa maneira, a área da Saúde chegou à Assembleia Constituinte com sua proposta debatida, legitimada e consensual pelo movimento sanitário (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Destarte, as bases estruturantes do SUS foram construídas sobre um diagnóstico realizado pelo movimento da Reforma Sanitária, nas décadas de

---

técnico, que põe de lado a ênfase na burocracia do Estado e na intelectualidade, para incorporar o pensamento de outros setores da sociedade. Penso que ela enfrentou bem a questão da democracia e com isso aprendi muita coisa: fundamentalmente que a democracia não é evitar conflitos, é conviver com eles. Eu mesma tinha uma posição muito contrária à organização da Conferência quando se colocavam grupos de pessoas delegadas e grupos de pessoas não delegadas participando simultaneamente, e achava que tal procedimento criava um grande complicador que deveria ser evitado. Depois da Conferência vejo que foi bom não ter evitado, abriu a possibilidade de participação de outras pessoas. Houve conflito, é claro, mas foi muito bem trabalhado na Conferência. Nesse sentido, o processo democrático foi mais importante na Oitava”.

1970 e 1980, que apontava as seguintes considerações ao setor e ao serviço assim ofertado à população:

[...] desintegração das unidades de saúde, com sobre oferta de serviços em alguns lugares e ausência de outros; excessiva centralização, implicando por vezes impropriedades das decisões, pela distância dos locais onde ocorrem os problemas; baixa cobertura assistencial, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e as regiões mais carentes; irresolubilidade, desperdício e fragmentação de ações e serviços no enfrentamento dos problemas e necessidades das diferentes regiões e populações brasileiras (MENDES, 1993, p. 6).

Essas quatro considerações, no campo da Saúde, representavam as iniquidades sociais e econômicas do país. Assim, como consequência imediata, em 1988, foi promulgada a oitava Constituição Federal do Brasil, sendo esta um marco na redefinição das prioridades do Estado na política da Saúde, uma vez que, mesmo em um contexto de reformas pautadas por ideários neoliberais e com a crise do *Welfare State*, em seu artigo 196, a saúde é descrita como um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, [n.p.]).

Por fim, podemos assinalar que a década de 1980, chamada por Werneck Viana de década perdida, foi sim uma década de avanços no campo dos direitos sociais. Pois após debates e contestações do sistema de saúde existente, bem como um diagnóstico levantado pelo Movimento da Reforma Sanitária, foi garantida a saúde como um direito coletivo. O movimento de contestação desse período buscava uma política de saúde mais democrática, com a participação da sociedade, universal, de caráter público e descentralizador.

#### 2.1.6 Da Década de 1990 ao Contexto Atual do Sistema Único de Saúde

A década de 1990, no Brasil, foi marcada por um questionamento quanto ao modelo de Estado e, assim, por um redirecionamento de seu papel em todas as políticas sociais, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal.

Como visto, o contexto da Reforma do Estado, da democratização e do agravamento da crise, em que os processos econômicos, sociais e políticos das últimas três décadas culminaram em mudanças estruturais e ideológicas no Estado Brasileiro, gerou mudanças tanto no eixo econômico, concretizadas pela globalização, como no eixo político, trazendo a redemocratização.

Esse cenário pediu novas estratégias de enfrentamento de tal crise pelo Estado, trazendo como propostas de Reforma: Sanitária para a Saúde, Urbana para a cidade, Ensino para a Educação, Tributária compatível com um novo Pacto Federativo,<sup>18</sup> Política para democracia, Administrativa ou Gerencial para máquina pública, entre outras.

Noronha e Soares (2001, [n.p.]) pontuam uma entrada tardia desses ideários neoliberais com reformas estruturais e afirmaram o seguinte:

As chamadas “reformas” vêm sendo perpetradas no Brasil desde o início da década de 1990, sob o argumento de que a Constituição Cidadã de 1988 seria o principal empecilho ao processo de “modernização” e “abertura” do país. No entanto, é na segunda metade dos anos 90 que praticamente se completa o projeto mais acabado (e neoliberal) de “Reforma do Estado”. A chamada área social no Brasil – com destaque para a área da saúde – constitui-se hoje o terreno mais conflitivo e exposto da nossa sociedade, na medida que é particularmente sensível as condições econômicas de restrição financeira impostas pelas políticas de ajuste econômico também implantadas em nosso país.

Assim, nesse período, vivemos um momento antagônico, já que, mesmo diante do contexto ideário neoliberal e do esvaziamento das políticas sociais, uma política pública de saúde foi garantida, em 1990, com a sanção das Leis n.º 8.080 – Lei Orgânica da Saúde (LOS) – e n.º 8.142.<sup>19</sup> Tais legislações organizaram e regulamentaram o Sistema Único de Saúde, apontando como princípios doutrinários para o atendimento das demandas de saúde: a universalidade, a equidade e a integralidade; e como diretrizes organizacionais: a regionalização e a descentralização de ações e serviços de saúde para os municípios – *municipalização*, com vista a uma real implementação de acesso universal e maior controle dos serviços públicos pelos usuários do sistema.

---

<sup>18</sup> Remete à ideia de divisão de responsabilidades na execução das políticas públicas entre os entes (União, Estado/Distrito Federal e Municípios) que integram as três esferas da federação brasileira (BATISTA, 2011).

<sup>19</sup> Trata da lei que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos para a área da saúde.

O novo modelo de formação do SUS, após 1988, e suas legislações infraconstitucionais, a partir de 1990, trouxeram uma grande mudança nas relações entre os entes federativos, obrigando um exercício efetivo do pacto federativo, o qual até os dias atuais apresenta inúmeras limitações que estagnam o acesso da população a específicos serviços de saúde.

Esse cenário de políticas de ajustes neoliberais iniciou-se mais visivelmente no Brasil com a eleição do presidente Fernando Collor de Mello (1990-1992, pelo Partido da Reconstrução Nacional (PRN), em 1989. O governo de Collor impactou negativamente nas ações de proteção social, já que teve forte redução federal de gastos sociais, desarticulação das redes de serviços sociais e fortalecimento do estilo patrimonialista e clientelista, além de ser marcado também por escândalos de corrupção, tendo como legado desse período o Movimento Caras Pintadas, em que a população brasileira saiu às ruas pedindo o *impeachment* do presidente.

Para Soares (2014), as propostas de retirada do Estado se espalharam pelas áreas sociais, como Saúde e Educação, nas quais a superioridade do setor privado foi marcada. A lógica privada dominou esses setores do ponto de vista das políticas e das práticas governistas. Na Saúde, haviam garantido uma política pública como dever do Estado para superar as necessidades coletivas dos brasileiros, mas para a sua operacionalização ocorreu uma transferência de execução do mercado privado da Saúde.

Fortaleceu-se, então, nesse governo, uma contrarreforma do Estado Brasileiro, na qual a necessidade de mundialização do capital gerenciada por organismos institucionais trouxe a privatização como essência de um projeto de Estado, já que abriu todas as atividades econômicas de exclusividade do Estado aos investimentos privados, e a mercantilização do bem-estar social.

No entanto, nesse governo, tivemos grandes marcos legais para o início de um sistema de saúde: como a criação do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (Pacs),<sup>20</sup> a promulgação da LOS e a implantação da Norma

---

<sup>20</sup> O Programa de Agentes Comunitários da Saúde foi uma das primeiras estratégias de reforço da atenção primária no Brasil, implantado em 1991 pelo Ministério da Saúde, do qual emerge uma nova categoria de trabalhadores da Saúde, formada pela e para a própria localidade. Esse programa foi paulatinamente substituído pelo antigo Programa Saúde da Família, hoje Estratégia Saúde da Família, em que prioriza-se a atenção primária como principal porta de entrada do sistema.

Operacional Básica de 1991 (NOB/91)<sup>21</sup> e, depois de vários adiamentos, a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde.

Para a realização da 9ª CNS, houve todo um debate, pois o governo da época defendia a implantação do SUS, mas mantinha uma prática centralizadora e enriquecedora das empresas privadas com os recursos públicos, e sem querer enfrentar uma discussão democrática e a crítica popular. O governo Collor, entendedor dos avanços que a realização dessa conferência poderia representar no sentido de universalização do direito à saúde, da cobrança de mais investimento no setor, pela recuperação da rede pública de serviços de atenção médica e pela transparência, prorrogou ao máximo sua realização, somente cedendo às pressões quando já estava próximo da votação do *impeachment* de seu presidente (ESCOREL; BLOCH, 2005).

O resultado de maior interesse da 9ª CNS foi a elaboração da Norma Operacional Básica de 1993<sup>22</sup> (NOB/93), que rompeu com a lógica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), vinculado ao Ministério da Saúde, e iniciou o processo, discutido anteriormente, de descentralização com o fortalecimento da esfera municipal de governo. O lema dessa Conferência foi: A municipalização é o caminho.

No governo de Itamar Franco (1992-1995) pelo PRN, manteve-se a crise financeira na seguridade social, reiterando a disputa entre Saúde e Previdência, bem como podemos dar destaque desse governo à criação do Programa Saúde da Família (PSF).

Em 1995, Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), assumiu a presidência e manteve a mesma lógica da redução de gastos em ações sociais, porém, sendo mais ofensivo em

---

<sup>21</sup> Definiu uma nova sistemática de transferências financeiras, criando a figura de Estados e Municípios habilitados, trazendo compromissos regionais e locais, na gestão de serviços públicos e na instituição de Fundos Municipais de Saúde ou de conta bancária especial, para recebimento de transferências federais, e na formação de Conselhos Municipais de Saúde.

<sup>22</sup> Norma Operacional Básica (NOB) de 1993, a qual define que as transferências seriam feitas por modalidades de habilitação, tendo como ponto positivo uma maior autonomia para o município e como ponto negativo o fato de não situar o papel das esferas estaduais na indução e no fortalecimento da cooperação intermunicipal. Nesse contexto, também foram instituídas as Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs) e a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) como instâncias de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS. No que tange ao financiamento, a NOB 01/93 estabelece um marco que refere a separação de financiamento/provisão ao introduzir a transferência direta e automática de recursos aos habilitados na gestão semiplena, em tetos previamente definidos e mediante o cumprimento de um conjunto e compromissos de aumento da responsabilidade governamental. Assim, são fortalecidas as funções dos governos municipais para a compra de serviços junto aos prestadores privados para atendimento dos usuários do SUS.

relação à estrutura do Estado, e elaborando o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, realizado por Luis Carlos Bresser Pereira.

Como já visto, a Reforma do Estado teve a justificativa do corte dos gastos sociais pautados na crise fiscal do Estado, buscando criar um imaginário de deterioração dos serviços públicos para a valorização do setor privado, como resolutividade dos problemas. O trinômio do ideário neoliberal para o campo das políticas sociais era: a privatização, a focalização e a descentralização.

Aqui, permita-nos abrir aspas para reiterar que a descentralização nasce como uma conquista buscada no contexto da Reforma Sanitária, para que os processos decisórios da política de saúde tivessem maior proximidade das necessidades populacionais, aumentando a resolutividade, porém, esse princípio organizativo do SUS, que lograva um ideário inovador e progressista, foi capturado pelo ideário neoliberal para a redução do papel do Estado. Assinalamos então que a descentralização surgiu com um sentido valoroso na Reforma Sanitária, mas seu conceito foi transmutado no neoliberalismo. Fechamos aspas.

As propostas de Bresser Pereira para a Saúde, articuladas ao Banco Mundial, seguem a lógica das reformas, podendo ser resgatadas, entre outros exemplos: incentivo por meio de diversas ações à ampliação da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde; transferência de funções do Ministério da Saúde para agências reguladoras e organizações não estatais; e reestruturação da própria estrutura do Ministério da Saúde.

A adoção de um modelo de reforma gerencial na Saúde proposto por Bresser Pereira incluía ainda, com a crise de financiamento setorial, a criação da Contribuição Provisória de Movimentação Financeira (CPMF),<sup>23</sup> a implantação da Emenda Constitucional 29,<sup>24</sup> pelo Congresso, bem como também foram

---

<sup>23</sup> A Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), com base na Lei nº 9.311 (BRASIL, 1996), surgiu em 1997, no governo de Fernando Henrique Cardoso, a fim de substituir o Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF). Inicialmente, ela foi criada como um tributo para custeio da saúde pública e, posteriormente, tornou-se fonte de financiamento também da Previdência Social e Erradicação da Pobreza, sendo cessada em 2007. Após a eleição da presidente Dilma Rousseff, a discussão da retomada desse tributo para auxílio no custeio da saúde está presente novamente.

<sup>24</sup> A emenda constitucional nº29 (EC29) (BRASIL, 2000), promulgada em 2000, fixava os compromissos orçamentários para a saúde em cada esfera de governo – federal, estadual e municipal –, porém, após o fim da CPMF, em 2007, ela começou a ser debatida novamente, culminando em 2012 com sua regulamentação mediante a Lei Complementar nº 141 (BRASIL, 2012).

implantados: a Norma Operacional Básica de 1996<sup>25</sup> (NOB/96) – em que os Consórcios Intermunicipais de Saúde ganharam importância nos sistemas de Saúde regionais, já que as políticas neoliberais incentivaram a cooperação entre os entes federados –; o Piso de Atenção Básica (PAB); e a Norma de Operacionalização da Assistência à Saúde (NOAS/01), realizada na 10ª e na 11ª CNS, ampliada a municipalização e o PSF, e instalada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Podemos afirmar que a instituição da NOB/96 trouxe marcos para a operacionalização do SUS, sendo ela um importante instrumento de ajuste do sistema no direcionamento de um novo modelo de atenção à saúde, no estabelecimento dos papéis de cada ente e na aproximação das relações entre gestores, confirmando a necessidade de uma pactuação interfederativa constante. Tal lei ampliou as possibilidades de consorciamento entre os municípios, já que em diversos trechos reforçava a ideia de construção de um sistema de saúde regionalizado e hierarquizado, pautado sobretudo na relação entre os gestores municipais, compreendendo estes como os responsáveis pela execução do serviço e pela relação direta com os usuários do SUS.

Outro instrumento apresentado por essa NOB, no que tange ao planejamento e à regulação dos sistemas municipais, foi a Programação Pactuada Integral (PPI), trazendo responsabilidades a Municípios e a Estados e orientando o planejamento ascendente e regionalizado. A PPI representou um singular instrumento na concretização de pactos intermunicipais e regionais, e sua efetivação ocorreu por meio de um documento firmado entre os gestores, mediado pelos Estados, com a aprovação da Comissão Intergestora Bipartites. No entanto, essa indução da construção de uma rede regionalizada não logrou êxito, já que se tratava de um tipo de planejamento ascendente sujeito a um teto orçamentário restrito.

No entanto, mesmo com as reformas do Estado, que têm incentivado a privatização, o estímulo ao seguro privado – planos de saúde, a descentralização dos serviços ao nível local sem uma reforma de fontes de

---

<sup>25</sup> A Norma Operacional Básica (NOB), em 1996, previa que as transferências de renda fossem distribuídas per capita, ocorrendo mudanças no financiamento e melhoria da distribuição de recursos pelo território. Contudo, essa nova estratégia de financiamento não promoveu a diminuição das desigualdades regionais e territoriais, ao contrário, nesse ciclo, houve uma estagnação nos avanços da descentralização e da regionalização.

financiamento compatível ao previsto no pacto federativo –, tivemos muitos avanços na primeira década após a implantação do SUS.

Foi nesse momento que começou a se desenhar uma política pública de saúde que ia além de campanhas sanitárias, que reconhecia as demandas coletivas em saúde, que ampliava a rede de serviços e de acesso e que, por meio do estímulo da atenção primária, reconhecia a prevenção e a promoção da saúde como uma importante estratégia para o enfrentamento do processo saúde-doença da população brasileira.

Vivíamos, naquele momento, o duelo entre dois projetos, o privatista, pautado na focalização e no desfinanciamento, e o debatido pelo Movimento da Reforma Sanitária, que calcava uma política pública fortalecida com conceito ampliado de saúde.

Assim, após a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), houve uma grande expectativa quanto à escolha de seu projeto para a saúde brasileira, já que ele havia militado em vários movimentos sociais, tinha sido eleito pelo Partido dos Trabalhadores (PT) e discursava a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária.

Para Bravo (2009), o governo Lula manteve a política macroeconômica do antigo governo, e as políticas sociais continuaram fragmentadas e subordinadas à lógica econômica. A autora pontua que, nessa setorização, a concepção de seguridade social não foi valorizada, mantendo a segmentação das três políticas: Saúde, Previdência Social e Assistência Social. Bravo relata ainda que o governo em questão manteve a polarização entre os dois projetos, já que em alguns momentos trazia aspectos inovadores que fortaleciam uma política pública defendida pela Reforma Sanitária e em outros mantinha a política até então realizada pelo governo anterior, que enfatizava a focalização, o subfinanciamento e a privatização.

Como aspecto de *inovação* da política de saúde do atual governo cabe ressaltar o retorno da concepção de Reforma Sanitária que, nos anos 90, foi totalmente abandonada; a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela Reforma Sanitária para ocupar o segundo escalão do Ministério; as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde, sendo criadas quatro secretarias e extinta três; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a sua realização em dezembro de 2003; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho

Nacional de Saúde e a escolha do representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde.[...] Como aspectos de continuidade dos anos 90, ressalta-se no atual governo a ênfase na focalização , na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de seguridade social (BRAVO, 2009, p. 102-103).

Segundo Paim (2007), no primeiro governo do presidente Lula, tivemos como grandes marcos: a expansão do PSF, a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica e a formulação de políticas nacionais de saúde bucal, de atenção básica e de promoção da Saúde, além do lançamento do Pacto pela Saúde.

Em 2006, com o lançamento do Pacto pela Saúde, novas diretrizes foram pontuadas para a regionalização do SUS, pautadas, mais uma vez, no fortalecimento da pactuação política entre os federados, principalmente entre os municípios, e nas diversidades econômica, cultural e social das regiões do país para a definição das regiões de saúde. Ficou explícito, nesse documento, que o desenho final do Plano Diretor de Regionalização (PDR) deveria levar em conta o reconhecimento das regiões de saúde em sua singularidade.

As regiões de saúde são entendidas como:

[...] recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhadas do território (BRASIL, 2006, p. 23).

Por fim, o Pacto pela Saúde reiterou a importância da cooperação entre os gestores e determinou que o setor da Saúde deveria propiciar a organização das redes de serviços regionais e ações de Saúde para atender e assegurar os princípios constitucionais da universalidade do acesso, da equidade e da integralidade.

Assim, colocava-se no governo Lula uma expectativa de fortalecer o SUS debatido pela Reforma Sanitária, no entanto, ao analisar esse governo, identificamos que o Projeto da Reforma Sanitária continuou perdendo a disputa para o Projeto voltado ao mercado, e que os valores que integravam a concepção de

seguridade social – segurança coletiva aos brasileiros – estavam sendo substituídos por valores individualistas e de segmentação do sistema.

No governo da presidente Dilma Rousseff (2011 até os dias atuais), eleita pelo PT, houve o fortalecimento e a criação de novas estratégias de ações para a política de saúde, como: a construção de novas Unidades Básicas de Saúde; a implantação das Unidades de Pronto Atendimento; o aumento de verba para o Samu; a criação do Programa Brasil Sorridente, do Programa Farmácia Popular e do Programa Mais Médicos; a destinação dos recursos do pré-sal para a Saúde; o refinanciamento de dívidas de entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, desde que aumentassem o número de cirurgias eletivas; a destinação de recursos extrateto para custeio de cirurgias eletivas de campanha; a vacina contra o HPV; e a criação de novos cursos de Medicina e residências médicas.

Em nota à revista *Poli* (GUIMARÃES, 2015), o Ministério da Saúde afirmou que tinha assegurado investimento crescente para a Saúde Pública em todo o país, cumprindo rigorosamente o que determina a constituição, e que, na última década, o desembolso em ações e serviços públicos quase triplicou, passando de R\$ 32,7 bilhões, em 2004, para R\$ 92,6 bilhões, em 2014. Entretanto, mesmo com esses avanços, continuamos verificando um cenário de subfinanciamento da Saúde Pública,<sup>26</sup> já que só em 2015 o governo cortou R\$ 11,7 bilhões de um orçamento que não tinha sido suficiente para suprir as necessidades da saúde da população, sob a justificativa de um ajuste fiscal necessário, que buscava frear o consumo para conter a inflação.

Assim, freando o consumo, freamos o investimento dos entes federados na assistência à saúde, já que pela EC 29 estados e municípios são obrigados a gastar com saúde, respectivamente, 12% e 15% da receita adquirida por meio dos impostos e das transferências constitucionais legais. No caso do estado, o orçamento depende de três impostos: o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), o Imposto sobre a Propriedade de Veículos

---

<sup>26</sup> Buscando aumentar os recursos destinados à saúde pública brasileira, em 13 de março de 2012, em uma reunião com ampla participação de diversas entidades representativas da sociedade brasileira, firmou-se o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, também ficando conhecido como Saude+10. O objetivo desse movimento era a coleta de assinaturas para um Projeto de Lei de Iniciativa Popular que garantia o repasse efetivo e integral de 10% das receitas correntes brutas da União para a política de saúde brasileira, alterando, dessa forma, a Lei Complementar n° 141, de 13 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012), já que esta, a qual regulamentava a EC29, não alterou o cálculo de recursos a serem aplicados pela União (MOVIMENTO..., 2015).

Automotores (IPVA), e o Imposto sobre a Transmissão Causa Mortis e Doações (ITCMD). Já nos municípios, os impostos são: o Imposto Sobre Serviços (ISS) e o Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU).

Em 2015, desde a aprovação da Emenda Constitucional do Orçamento Impositivo, a participação da União no financiamento da Saúde está vinculada à Receita Corrente Bruta, oriunda do Imposto de Renda e do Imposto sobre Produto Industrializado, assim, a recessão em que o Brasil está passando com a política de ajuste fiscal também vai impactar na arrecadação de recursos para a manutenção das ações e dos serviços de saúde.

Por fim, o governo Dilma trouxe ideias inovadoras no campo da Saúde, no entanto, essa evolução não ocorreu no financiamento de tal política, o que a cada dia mais tem confirmado um sucateamento no Sistema Único de Saúde, com filas de espera e fragilidade de custeio das ações executadas pelo governo municipal, já que ocorreu a descentralização e a transferência de ações ao município, e não uma compatibilidade de transferência de recursos financeiros.

Ao analisar esse espaço histórico pós-década de 1980 até os dias atuais, pontuamos que novos debates entorno do papel centralizador do Estado foram discutidos. Na Saúde, essa discussão legitimou-se durante o movimento da Reforma Sanitária e com a 9ª Conferência Nacional de Saúde, nas quais a descentralização foi relacionada ao fortalecimento da esfera municipal de governo, já que o poder decisório estaria mais próximo das vivências territoriais.

Posterior a esse espaço democrático que foi a 9ª Conferência, novos instrumentos normativos foram lançados pelo Ministério da Saúde buscando regular o processo de descentralização e, dessa maneira, o fortalecimento dos municípios, os quais trabalhavam, também, as responsabilidades federativas de cada ente. Mais adiante, e por distintas especificidades dos municípios, outro conceito começou a ser desenhado entre os atores da política pública de saúde: a regionalização, sendo esta como forma de garantia de acessos à totalidade dos serviços ofertados pelo SUS.

Assim, mesmo passados 25 anos de implantação do SUS, tido ele vários avanços, buscado inovadoras estratégias e sofrido vários golpes, principalmente no que tange ao seu financiamento, ainda é identificável que há a necessidade de continuarmos debatendo sobre os seus desafios, a fim de que os princípios doutrinários do SUS concretizem-se efetivamente.

Para a garantia de seus princípios, diversos instrumentos em todos níveis, do primário ao terciário, têm sido criados como alternativa em face das demandas impostas no processo de trabalho. Como ilustração, temos a criação de organizações sociais, de fundações, de autarquias e dos consórcios de saúde. Os CIS, então, emergiram num cenário de Reforma de Estado, em que a política de governo federal incentivava a privatização em detrimento ao público, e também, nesse mesmo cenário, o município, coincidentemente ou não, estava sendo fortalecido para a execução de novas ações, em todos os serviços sociais, inclusive na Saúde.

Assinalamos que os consórcios são responsáveis pela atenção secundária, e que são legitimados, primeiramente, pelo princípios da descentralização e, posteriormente, pelo princípios da regionalização, os quais fizemos considerações a seguir para dar sustentabilidade ao próximo capítulo.

## 2.2 A DESCENTRALIZAÇÃO E A REGIONALIZAÇÃO

A partir da Constituição Federal no Brasil, o termo descentralização tem tido presença nos espaços políticos e administrativos.

Dentre os princípios enumerados pela nova Constituição de 1988, o da descentralização político administrativa demarca uma nova ordem política na sociedade brasileira, a partir do momento que à sociedade é garantido o direito de formular e controlar políticas, provocando um redirecionamento nas tradicionais relações entre Estado e sociedade (STEIN, 1997, p. 75).

Esse processo foi motivado pelo próprio contexto social, que formou uma nova realidade gerada pelos avanços tecnológicos, de urbanização e globalização, a qual trouxe rápidas transformações tecnológicas e impôs um acelerado processo de renovação científica, movendo a dinâmica da realidade social e exigindo respostas e decisões mais rápidas. Assim, emergiu a necessidade de atualizar também, além da estrutura administrativa, a forma de gestão, já que no contexto de um desenfreado aumento de diferenciação social exige-se rápida intervenção dos municípios (DOWBOR, 1994)

Stein (1997) disserta sobre o fato de que o conceito de descentralização vem sendo interpretado de diferentes maneiras, no entanto, não é

um conceito novo, já que esse termo sempre aparece entre o binômio centralização e descentralização na discussão do papel do Estado na sociedade.

Na Saúde, desde que o SUS foi criado no Brasil, por meio da Constituição Federativa em 1988, a estratégia privilegiada foi a implantação da descentralização, com a responsabilização dos municípios pela provisão dos serviços e pela organização dos sistemas municipais de Saúde. Um conjunto de leis e portarias foi instituído para determinar as regras e os mecanismos desse processo em todo o território nacional, entre eles: a Constituição Federativa (BRASIL, 1988), a Lei n.º 8.080/90 (BRASIL, 1990a), a Lei n.º 8.142/90 (BRASIL, 1990b), as NOBs, a NOAS (BRASIL, 2001) e o Pacto pela Saúde, como já citado.

Lembrando que, no momento da criação do SUS, estávamos vivenciando em nosso país um processo de implementação de Reforma do Estado. Com isso, produziu-se um grande consenso em relação à descentralização, já que imaginava-se que formas descentralizadas de prestação de serviços públicos seriam mais democráticas e eficientes (ARRETCHE, 1997).

Ao analisar a descentralização, podemos pensá-la de três formas: a descentralização interna (de cima para baixo na estrutura administrativa do setor público), a descentralização externa (de dentro para fora da estrutura do Estado) ou ainda a descentralização entre os níveis de governo, fortalecendo o poder local.

A primeira forma é caracterizada pela descentralização do processo decisório, em um movimento de cima para baixo dentro da própria organização estatal, entre os diversos níveis hierárquicos, delegando competências e responsabilidades. A segunda forma enfoca a descentralização de dentro para fora das organizações burocráticas públicas, ou seja, de dentro da estrutura do Estado para a sociedade, entrando nessa situação as terceirizações, as publicizações, as extinções, as fusões e as privatizações. E, por fim, a terceira forma, e o conceito mais utilizado para a descentralização, que devolve o poder aos atores de níveis mais baixos, segundo o princípio da subsidiariedade,<sup>27</sup> em que o nível mais alto só deve executar aquilo que o nível abaixo não pode, delegando o máximo ao poder local.

---

<sup>27</sup> A subsidiariedade permite hierarquizar serviços, estabelecer acordos e pactos entre entes federados, sendo eles de mesma natureza ou não, e assegurar a proteção dos direitos sociais, mantendo e fortalecendo a existência das esferas da Federação, ou seja, um município, em alguns casos, ainda que pequeno, é capaz de produzir serviços de forma mais eficaz do que as esferas centrais de governo. Esse princípio está intimamente relacionado aos princípios da proporcionalidade e da necessidade (BATISTA, 2011).

Bento (2003) relata que a distinção entre a descentralização política e a descentralização administrativa ou desconcentração é tradicional nas Ciências Sociais, sendo que descentralização política encontra-se relacionada ao federalismo e a descentralização administrativa implica no reconhecimento de um maior ou menor grau de capacidade e responsabilidade decisória por parte dos agentes da administração de hierarquia mais baixa. No entanto, o autor refere que essa classificação é insuficiente e acrescenta que para uma definição de descentralização é necessário compreender os seguintes fenômenos: da desconcentração administrativa, territorial ou funcional; da devolução de competências a órgãos eleitos, dotados de autonomia política; da terceirização de serviços públicos, de parcerias com a sociedade civil e de introdução de instrumentos de mercado (contratação); e da participação popular no processo de decisão sobre o gasto público.

O mesmo autor pontua que a descentralização administrativa com vistas à eficiência é mais amplamente defendida como fundamental, já que afirma que as instituições descentralizadas são mais flexíveis, podendo responder com mais agilidade e rapidez às circunstâncias e às necessidades concretas dos cidadãos, uma vez que estão mais próximas das suas demandas. Assim, com intencionalidade ou não, podemos assinalar que existe uma convergência da proposta da descentralização e da municipalização debatida na 9ª Conferência com o discurso da Reforma do Estado, mesmo estando ambas em espaços de debate antagônicos.

Capistrano Filho (1995) compactua dessa discussão quando aponta que em um país com dimensões continentais é mais eficiente uma administração descentralizada, tanto dos recursos como das competências, do que centralizada.

Entretanto, o enfrentamento dessa diversidade dos desequilíbrios regionais tem colocado dilemas cruciais na gestão da nossa política pública desde a década de 1990, após o governo de Fernando Henrique Cardoso, pois o princípio da descentralização é um eixo norteador que garante o poder decisório de execução convergente com o diagnóstico territorial. No entanto, não se pensou em um sistema de transferência de recursos que cumprisse um papel nessa redistribuição, sobrecarregando os municípios e gerando o dilema das filas de espera por consultas, exames e cirurgias pelo SUS.

Sobre essa divergência, Laura Tavares Soares (2014, p. 10) faz as seguintes críticas:

[...] é preciso questionar se a nossa estrutura de transferência de recursos fiscais cumpre esse papel quando associada a um brutal processo de ajuste fiscal e endividamento dos estados e municípios; quando adota critérios lineares e regressivos de distribuição; e sobre tudo, quando descentraliza, de forma desproporcional, encargos sociais para o município. A questão do federalismo é recorrente na nossa história, particularmente nos momentos de crise política e retração da atividade econômica com queda da receita pública. Ela vem acompanhada pela alternância de movimento de centralização e é marcada pelas características estruturais do Estado brasileiro que deram origem a um federalismo incompleto. [...] A partir dos anos 90, quando se inaugura um novo contexto político marcado pelo ajuste econômico e pela ideologia neoliberal, a questão da descentralização é recolocada em outras bases. O processo de desmonte da rede de serviços públicos essenciais passa a ter, como uma de suas estratégias centrais, a desresponsabilização por parte do governo da União e da maioria dos estados, associada à crescente prefeiturização das ações públicas no âmbito social.

Na mesma perspectiva, Oliveira e Biasoto Junior (1999) pontuam que, mesmo a Constituição tendo municipalizado a prestação de serviços, como a Saúde e a Educação, a falta de um projeto social aliado à crise financeira de estados e de municípios fez que com o processo de descentralização tenha se tornado uma interrogação diante das demandas sociais existentes, já que na descentralização, hoje, existe um alto grau de dependência do governo federal.

Para operacionalizar essa proposta de descentralização na administração pública, de acordo com Bento (2003), não basta desenvolver novos mecanismos de gestão, nem aplicar procedimentos de democracia direta e participativa, sem que isso venha acompanhado da descentralização dos recursos, e isso porque a descentralização administrativa é inseparável da descentralização econômica e da autonomia fiscal. A descentralização econômica consiste basicamente na introdução de mecanismos de mercado para prestação de serviços públicos, o que não consiste em privatização pura e simples.

Verificamos, dessa maneira, um processo de centralização financeira da União, do exercício contínuo de regulação fiscal sobre os entes federativos e de um papel de formulador de políticas que produzem uma combinação de centralização estatal federal com políticas setoriais descentralizadas, aos níveis estadual e municipal. Contexto esse que diverge de umas das bandeiras

do movimento da década de 1980, que buscava para os governos municipais e estaduais maior autonomia decisória.

Contrapondo essa vertente, Ana Luiza Viana (2008) defende que a descentralização está longe de representar um desmantelamento do Estado, ou de ser apenas uma peça da reforma do Estado Neoliberal, mas sim de unificar o discurso dos diferentes atores políticos interessados em ampliar sua participação nas arenas decisórias e no bolo tributário.

No entanto, a autora afirma que o SUS não é decorrente simplesmente do processo de descentralização.

O que é relevante, no caso da saúde, não é apenas o processo de descentralização, mas o da tentativa de formação do sistema nacional de saúde, o que impõe mudanças de peso no papel, nas funções e nas competências nos três níveis de governo e produz simultaneamente, um tipo específico de relacionamento entre as esferas, de forma a ocorrer integração, articulação e regionalização entre os serviços, instituições e níveis de governo. [...] o sistema possui uma materialidade física, pois compõe-se de diferentes tipos de serviços, pertencentes a diferentes instituições, de diferentes níveis de governo em um tipo específico de integração e articulação. O sistema é composto pelas instâncias de governo e seus serviços, organizados de forma integrada e complementar, obedecendo uma lógica espacial (VIANA, 2008, p. 93).

Entendemos, então, que o princípio da descentralização, e conseqüentemente o da municipalização, *a priori* foi totalmente positivo, já que proporcionou maior autonomia municipal para a interferência na dinâmica da vida da população e pela importância política e social de reforço ao poder municipal. Na perspectiva de aproximação com as demandas territoriais, uma ação político-assistencial municipalizada seria a melhor alternativa para a efetivação do SUS.

Pregava-se o conceito repetitivo de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. A municipalização da Saúde seria o caminho que asseguraria a implantação do SUS, sintetizado na sentença: o melhor remédio para saúde é o município (PAIM, 2002)

No entanto, pouco pensava-se na heterogeneidade da malha municipal existente em todo o território nacional e nas grandes disparidades jurídico-políticas e operacionais entre os municípios, em que temos, de um lado, aqueles com mais de um milhão de habitantes, com grande potencial de recursos estruturais e humanos para as ações de Saúde, e, de outro, aqueles municípios que não

possuem mais de três mil habitantes, tendo pouca capacidade operacional para ações de Saúde.

Outro aspecto que foi negado nesse processo foi a distribuição de médicos no território nacional. Conclusões da pesquisa *Demografia Médica no Brasil 2: Cenários e indicadores de distribuição*, realizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), no ano de 2013 (SCHEFFER, 2013), demonstram que, em 2012, os médicos eram mais numerosos, mas mal distribuídos, concentrando-se em certas regiões geográficas e em algumas especialidades. A pesquisa informa que nos últimos 42 anos o total de médicos no país cresceu 557,7%, enquanto a população em geral aumentou 101,8%, e que em outubro de 2012 o número de médicos no Brasil em atividade chegava a 388.015. Com esse número, era estabelecida em nível nacional uma razão de dois profissionais para cada 1.000 habitantes. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece como ideal a relação de pelo menos um médico para cada 1.000 habitantes. Porém, nem todos os territórios encontravam-se nessas razões: a pior situação se verificava no Maranhão, com 0,71, e já a melhor verificava-se no Distrito Federal, com a taxa de 4,09 por 1.000 habitantes. A pesquisa concluiu também que a distribuição de profissionais por regiões do país, em números absolutos, mostrava que onde se concentrava mais médicos, em geral, também havia mais especialistas, e vice-versa, enquanto as regiões com menor número de médicos também contavam com menor quantidade de profissionais titulados.

Para a operacionalização da descentralização, identificamos também a impossibilidade de enfrentar essas disparidades em apenas um território, ou seja, seria necessário desenvolver regiões de uma forma totalizante, e considerar essa regionalização em todas as esferas da vida social.

Percebemos também que no processo de descentralização a instância estadual tem ficado esvaziada de competências, fato que traz vários debates, uma vez que existem questões que superam o âmbito municipal e passam a exigir um equacionamento regional. Assim, torna-se fundamental a definição e a atuação da instância estadual para o resgate do sistema federalista.

Destarte, para atender aos princípios da descentralização, levando em conta a diversidade existente nas regiões do território nacional em diversos aspectos que interferem na operacionalização das ações de Saúde, o governo

federal fomentou, no início da década de 2000, e fortaleceu, com o lançamento do Pacto pela Saúde em 2006, o debate sobre a regionalização.

Esse novo arranjo foi estimulado com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2001), nas suas versões 01/2001 e 01/2002, com ambas estimulando o planejamento regional no âmbito dos Estados com a instituição do PDR e do PPI. No entanto, a NOAS 01/2001 teve uma singular responsabilidade no estímulo da formação de consórcios de saúde no processo de construção de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, capaz de garantir acesso e atenção universal e integral à população.

A regionalização proposta inicialmente por instrumentos infraconstitucionais, após 1988, foi um mecanismo racionalizador que compreendia a organização dos serviços segundo níveis de complexidade tecnológica localizados em áreas geográficas demarcadas, com populações definidas. Tal regionalização lograva, pautada nesse arranjo administrativo gerencial, oferecer à população referenciada atendimento integral e todos os níveis de atenção do sistema – primário, secundário e terciário. Ou seja, organizava-se um polo assistencial que articulava a rede de serviços de saúde de vários municípios, ou estados, para atender à população demarcada, levando em cada uma a capacidade instalada de cada unidade sanitária (LIMA, 2012).

Cabe também analisar uma outra perspectiva da regionalização, que vai além de envolver uma área geográfica, um espaço, mas tenta compreendê-lo como território, e para tal buscamos apoio na área de Geografia.

Segundo o geógrafo Christovam Barcellos *et al.* (2002), o território pensando sob a ótica da Saúde é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças. O reconhecimento desse território é o ponto essencial para um diagnóstico da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população.

O geógrafo Milton Santos (1999) vai além, apontando o tema de território usado, híbrido de materialidade e de ações, entre trabalho morto e trabalho vivo, entre forma e conteúdo, entre o meio construído e o movimento da sociedade. Assim, o território usado é conteúdo, e não simplesmente continente, em que busca-se analisar as relações que o envolveram na constituição do território.

Dessa maneira, podemos afirmar que a regionalização é uma demarcação de um território usado, que busca coerências nas distintas realidades espaciais e que tem por objeto ser instrumento de uma política baseada no território. Logo, a descentralização e a regionalização são de extrema importância para o processo de planejamento do território nacional, tendo em vista o tamanho do Brasil e suas históricas desigualdades, requerendo como desafio a efetivação de políticas públicas que minimizem as iniquidades.

Nesse novo desafio, a regionalização deve ser entendida como um processo de pactuação política, no que tange ao planejamento territorial e nacional entre os entes federados envolvidos organizacionalmente pelos usos do território. A regionalização não é apenas a demarcação, a nomeação e a hierarquização, mas, sobretudo, acordos políticos e pactos baseados em informações corretas segundo a dinâmica do uso do território.

Buscando uma convergência dentro da perspectiva de uma nova regionalização da Saúde, a qual possa suprir a integralidade da atenção à saúde nos seus diversos níveis, podemos destacar os Consórcios Intermunicipais de Saúde, os quais ganham espaços no seu sistema loco-regional, inicialmente na atenção secundária, e sendo elemento sinérgico entre a atenção primária e a terciária.

Por fim, após a retomada histórica que demonstra que o ciclo de centralizar e descentralizar sempre esteve presente na construção de nossa república e a apresentação dos apontamentos teóricos dos princípios organizacionais – descentralização e regionalização – que estimularam o surgimento dos CIS, e defendendo estes como alternativa de curto e de médio prazos para a resolução das dificuldades que os municípios têm em comum no processo de organização e funcionamento de seus sistemas de saúde e de pactuação regional da Saúde, debatemos, no próximo capítulo, sobre os consórcios de saúde, em especial sobre a sua função no estado do Paraná.

### 3 OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO ESTADO DO PARANÁ

#### 3.1 O SURGIMENTO DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE

Como já visto, após a Constituição de 1988, em um contexto de redemocratização, e contrariando o ideário neoliberal que permeava todas as ações de governo naquele momento histórico, foi instituído o Sistema Único de Saúde, no qual foram apontados como princípios doutrinários para a superação do diagnóstico de saúde: a universalidade, a equidade e a integralidade; e, como diretrizes organizacionais: a regionalização e a descentralização de ações e serviços de saúde para os municípios – *municipalização*.

No entanto, ao colocar os municípios no centro das responsabilidades de ações e serviços de saúde, algumas lacunas assistenciais que garantiam a integralidade do atendimento ao usuário começaram a surgir, visto que, com o movimento de descentralização, o Estado foi tendo uma perda de funções executivas, além de não ter cumprido efetivamente o papel de organizador de sistemas regionais.

Confirmando a tese de certo esvaziamento de funções do Estado, o Sujeito 5 do grupo focal fez a seguinte reflexão:

*[...] só se ocupa estado quando alguém deixou, então os consórcios passaram a existir à medida que o estado, os estados, não assumiram seu papel na atenção secundária, porque se os estados tivessem assumidos seu papel na atenção secundária não teria se criado consórcio.*

Buscando resolver essas demandas que garantiam a integralidade e pautados nos princípios organizacionais da descentralização e da regionalização é que a necessidade de parcerias entre entes municipais de dado território emerge para superar problemas de oferta de serviços especializados, realizando, mediante pactuações e regras de financiamento de serviços, o acesso de usuários.

Destarte, para suprir esse vazio no atendimento da média complexidade, ou seja, no nível secundário<sup>28</sup> de atenção, que garante a oferta de

---

<sup>28</sup> A atenção primária “[...] é a assistência ambulatorial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitas, posta ao alcance da comunidade, com ênfase nos indivíduos, na família e no ambiente” (BATISTA, 2011). O nível secundário é constituído pelas

consultas médicas de especialidades e em diagnoses e terapias, na criação do SUS, por meio da Lei n.º 8.080/90 (BRASIL,1990a), já se consagrava, entre seus princípios, em seu art. 7º, XI, a possibilidade de “conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população” (BRASIL, 1990a, [n.p.]). Bem como estabelecia também, em seu art.10º:

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde (BRASIL, 1990a, [n.p.]).

E, no seu artigo 18, quanto às funções do gestor, é pontuado que “Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete: VII – formar consórcios administrativos intermunicipais” (BRASIL,1990a, [n.p]).

Nesse sentido, a posterior Lei nº 8.142/90, que também dispõe sobre as transferências intergovernamentais, demonstra a tese municipalista:

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei (BRASIL, 1990b, [n.p]).

Por conseguinte, verificamos que o surgimento desses consórcios tem sido posto como alternativa para que os municípios cumpram as

---

especialidades, agrega maior densidade de tecnologia e demanda maior tempo para formação do profissional médico. Refere-se às especialidades, ao apoio diagnóstico e às doenças com padrão intermediário. É referência para a rede básica de saúde, com custos médios de assistência. O nível terciário é constituído por superespecialidades; o máximo de densidade tecnológica, com muitos anos gastos na formação de profissional médico, exames de alta complexidade, doenças de difícil tratamento e internação hospitalar. É referência para o serviço secundário e seus custos são elevados (BATISTA, 2011).

responsabilidades oriundas do processo de descentralização e, incentivados por programas de governo, deem respostas às lacunas assistenciais existentes.

Ribeiro e Costa (2000) fazem menções a duas experiências com resultados opostos de consórcios de saúde. O Hemolagos, no Rio de Janeiro, em que, na década de 1980, foi formado entre os municípios da Região do Lago, logrando coletar, processar e distribuir sangue e seus hemoderivados, sendo que o governo estadual colocou recursos para a construção de hemocentros distribuídos em microrregiões, e a alternativa de consórcios foi implantada buscando a implementação de uma política de provisão e controle sobre o sangue e os hemoderivados. Porém, após mudanças de governos e de prioridades políticas, esses consórcios diluíram-se, permanecendo apenas o Hemolagos, que também, após a precariedade de relação entre entes federados, teve a sua desativação parcial. Já o exemplo exitoso, para o qual existem vários artigos a respeito, é o Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis (Cisa), no estado de São Paulo, que foi criado em 1986, também com o incentivo do governo estadual e com a criação de uma linha de financiamento junto ao antigo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Com o fim desses investimentos, o Cisa manteve-se, e representa, hoje, a experiência mais duradoura nessa área.

Ainda sobre a experiência do Cisa, observamos uma forte continuidade política e administrativa que sugere a permanência de um âmbito político favorável à manutenção do Cisa, ao mesmo tempo que representa uma estrutura consolidada e incorporada no cotidiano dos municípios.

O Cisa foi formado em uma microrregião que situa-se no Noroeste do estado de São de Paulo e reúne sete municípios, sendo seis municípios de pequeno porte (Alto Alegre, Avanhadava, Barbos, Bráuna, Glicério e Luiziana) em torno de um de maior porte, que é Penápolis, tendo em vista que os municípios decidiram pela formação de consórcio devido à experiência vivenciada por vários prefeitos da região na questão do saneamento (NEVES; RIBEIRO, 2006).

Com relação ao surgimento dos consórcios de saúde em nosso estado, Paraná, é válido registrar que na década de 1990 a oferta de consultas especializadas era baixa, já que o governo,<sup>29</sup> pautado nos ideários neoliberais, não

---

<sup>29</sup> No estado do Paraná, durante a década de 1990, dois governos foram responsáveis pelos caminhos da política de saúde: o de Roberto Requião, do PMDB, que governou de 1991 a 1994; e o

estava mais contratando médicos para atuar nos Centros Regionais de Especialidades Médicas (CRE). Destarte, nesse momento histórico, foi criada uma política de estímulo à implantação dos CIS, e progressivamente o Estado foi passando aos CIS a responsabilidade de gerenciar e de ampliar o nível secundário de atenção em saúde.

A Secretaria Estadual de Saúde do Paraná dividiu seu território em 22 Regionais de Saúde, sendo que cada regional possui uma sede em município polo, conforme demonstra o mapa a seguir.

**Figura 1 – 22 Regiões de Saúde do Paraná e município sede**



**Fonte:** Paraná (2015b).

Segundo Nicoletto, Cordoni Jr. e Costa (2005), em pesquisa realizada, em 2001, a respeito dos 399 municípios paranaenses, 81,5% deles faziam parte de CIS, e esses municípios totalizavam uma população de 5.378.636 habitantes, correspondendo a 56,3% da população do estado.

Hoje, segundo dados levantados com a Sesa e confrontados com os participantes do curso de Aperfeiçoamento em Gerenciamento de consórcios de saúde, existem 25 consórcios de saúde no estado do Paraná, sendo que a 15ª Regional de Saúde e a 5ª Regional de Saúde possuem mais de um CIS atuando na média complexidade, conforme demonstra a Figura 2, e temos um CIS de medicamentos que atua em todo estado, o Consórcio Paraná Saúde

Tal fato demonstra que a formação dos consórcios de saúde não converge fielmente com as divisões de regiões de saúde apresentadas pelo Paraná, e que para a formação dos consórcios de saúde, muito além de um território geográfico definido, deve-se pensar também nas demandas regionais em saúde e na convergência de interesses políticos e assistenciais.

**Figura 2** – Cidade sede\* dos consórcios de saúde do Paraná e regionais de Saúde



Nota: \* as cidades sedes estão identificadas pelo ponto vermelho.

**Fonte:** adaptado de Paraná (2015) pela autora.

Como já abordado, podemos afirmar que essa estratégia de enfrentamento das demandas regionais específicas foi fomentada, de maneira mais intensa, após várias tentativas de edição de consensos interfederativos, pelo Ministério da Saúde, da Norma Operacional de Assistência à Saúde (2001), do Pacto de Gestão (2006) e do Decreto 7.508 (BRASIL, 2011). Porém, infelizmente a

incipiência de pesquisas sobre o tema não nos permite obter comparações com as outras regiões brasileiras.

O Sujeito 6 do grupo focal demonstra a relevância do número de consórcios em nosso estado e reforça a lacuna assistencial deixada na implantação do SUS, por falta de delegações de responsabilidades claras de cada ente federado: “[...] *ter esse número de consórcio no estado, é ter a força da produção, porque as coisas só acontecem porque o consórcio existe, porque senão também não aconteceria, existiria uma lacuna, muito maior, assistencial que existe hoje*” (Sujeito 6).

Assim, os CIS têm sua expressividade dentro do estado do Paraná e têm se mostrado também como elemento sinérgico entre os níveis de atenção, fazendo a função de articulador da atenção básica à alta complexidade. Tal postura é sustentada pelo exemplo do Sujeito 2:

*[...] A atenção básica, ao menos a nossa, os resultados que nos chegaram nos deixam abismados, perdemos 62 crianças, até dois dias de vida e fetal. Então, o que nós estamos discutindo lá: vamos começar nós fazer, a partir do consórcio, essa organização inversa da atenção especializada auxiliar mais a atenção básica. Como? Tudo que chegar lá ao invés de simplesmente ignorar, a gente tá começando a ligar, temos todos os contatos de todas as unidades de saúde, de todos municípios, temos o enfermeiro responsável, temos os médicos cadastrados ligando. A atenção hospitalar a mesma coisa, a gente é acionado várias vezes para colocar gente para dentro dos hospitais, né? Então a gente acaba auxiliando; então o Consórcio faz parte de toda essa discussão.*

Ambos os depoimentos sugerem interpretações sobre os objetivos iniciais dos consórcios de saúde, sendo eles uma alternativa para o esvaziamento assistencial deixado pelo Estado e para a falta de claras definições e de cumprimento dos papéis de cada ente nos consensos interfederativos. Independentemente das responsabilidades assumidas por cada ente, as lacunas de um conseqüentemente afetam o outro, trazendo um ônus negativo maior sempre à instância municipal, por ela estar mais próxima das especificidades demandatárias de seus habitantes.

O último depoimento demonstra porque a integralidade da atenção à saúde é um princípio caro ao SUS e que a descentralização da política de saúde traz efeitos negativos ao município, já que sua garantia sempre requer ônus ao

município. Dessa maneira, entendendo o surgimento dos consórcios de saúde na função de articuladores e executores da política de média complexidade do SUS de dado território, surge a necessidade de compreender os marcos legais que foram pano de fundo essenciais para a sua efetivação e a sua manutenção.

### 3.2 OS MARCOS LEGAIS EDITADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Pretendemos, a seguir, demonstrar em qual cenário surgem os consórcios de saúde, pontuando as normativas que falam das responsabilidades dos entes federados, da municipalização e da importância da associação entre entes para a superação de demandas regionais.

#### 3.2.1 A Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 2001

Pensar na função dos consórcios de saúde é refletir também sobre as relações existentes hoje entre os municípios, entre municípios e estado e os consensos interfederativos, tendo como pensamento central que somente uma rede de serviços regionalizada e descentralizada é capaz de garantir acesso e atenção universal e integral à população, bem como a equidade proposta.

Assim, fazer uma análise da NOAS 01/2001, fruto da portaria Gm-MS 95, é salutar nesse momento, pois seu conteúdo muda as relações entre os municípios e os estados, uma vez que tal norma busca superar as deficiências na implantação do SUS, especificamente no processo de construção de uma rede de serviços regionalizados e hierarquizados.

Na sua introdução, o documento (BRASIL, 2001) pontua os aspectos positivos e os obstáculos no processo de regionalização. Como ponto positivo, refere que os Estados avançaram na organização das redes articuladas e resolutivas com a implantação da Programação Pactuada Integrada (PPI), das Centrais de Regulação, e com a organização de consórcios de saúde. Já como obstáculos, demonstra a complexidade do sistema federativo brasileiro, no qual os três níveis de governos são autônomos e sem vinculação hierárquica, e também a heterogeneidade existente nos municípios brasileiros, tanto assistencial como gerencial.

Além disso, não nos parece um problema a conformação da estrutura federativa brasileira com sua autonomia, pois esta é justamente o que caracteriza um sistema federativo, desde que nitidamente definidas as funções dos entes federados, em que, segundo Lijphart (1999), o federalismo significa uma divisão consagrada e legítima de poder entre governos central e regionais, bem como expressa de modo mais completo a noção de descentralização.

Com a edição da NOAS 01/2001, a descentralização da gestão de Saúde passou a ter caráter de continuidade, já que sua edição estabeleceu diretrizes para o processo de regionalização da assistência, o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

A NOAS 01/2001 determinou que cabia às secretarias estaduais de Saúde elaborar o Plano Diretor de Regionalização (PDR) para garantir acesso ao cidadão, o mais próximo possível à residência de um “conjunto mínimo de ações e serviços”, estabelecendo também o compromisso entre os municípios para o atendimento de referências intermunicipais.

O PDR obedece alguns pontos básicos, como o de “Módulos Assistenciais”, que representam um conjunto de municípios que atuam referenciados como “município-sede”, estando apto a oferecer um elenco de serviços de média complexidade. Há um município-polo que atende aos demais municípios do módulo em qualquer nível de atenção. Os módulos constituem regiões e microrregiões da Saúde conforme sua disponibilidade de atendimento. A operacionalização da regionalização pertence às Secretarias Estaduais de Saúde, a quem cabe coordenar todas as mudanças.

Além disso, foram criados alguns requisitos mínimos para a elaboração do PDR. A NOAS estabeleceu, ainda, duas formas de habilitação para os municípios e duas para os estados:

- Municípios:
  - a) Gestão plena da atenção básica ampliada;
  - b) Gestão plena do sistema municipal;
- Estados:
  - a) Gestão avançada do sistema estadual;
  - b) Gestão plena do sistema estadual.

Por fim, a NOAS 01/2001 redesenhou as relações entre os entes federados e estimulou a regionalização a fim da ampliação da rede de serviços e de acesso, pontuando a necessidade de organização de consórcios de saúde para o cumprimento de tal objetivo.

### 3.2.2 A Lei nº 11.107/2005

Na tentativa de normatizações e regulamentações do SUS, e com os consórcios de saúde assumindo novos papéis, em 2005, foi sancionada pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva a Lei nº 11.107 (BRASIL, 2005), que fala sobre as normas gerais dos contratos de consórcios públicos, as quais abordamos a seguir.

Mediante o cenário apresentado, e tendo vários consórcios de saúde atuando dentro do sistema público de saúde brasileiro, a necessidade de sua regulamentação jurídica era eminente, uma vez que a formação dos consórcios e/ou convênios de cooperação, ou seja, a atuação conjunta de entes de direito público ou privado, que estabelece um processo de integração com rateio entre os consórcios, já estava consolidada no Brasil pelo art. 241 da Constituição Brasileira.

**Art. 241.** A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos (BRASIL, 1998, [n.p.]).

Assim, a edição, em 2005, da Lei em questão tratou-se da criação de um molde pactual que objetivava normalizar a parceria entre os entes federados, portanto, viabilizando projetos de interesses comuns.

Buscou-se, ainda, com a Lei nº 11.107, trazer um instrumento de cooperação federativa, voluntária, que, na área de Saúde, contribuísse para garantir os princípios do SUS e fosse uma estratégia de fortalecimento regional.

A lei nº 11.107 (BRASIL, 2005) dispõe sobre as normas gerais de contratação de consórcios públicos, traz apenas 21 artigos e foi regulamentada pelo Poder Executivo por meio do Decreto 6.017, de 17 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007). Por tal lei, a definição de consórcio público corresponde à pessoa jurídica

exclusivamente por entes federados (União, Estado, Distrito Federal e Municípios) com a finalidade de cooperação federativa.

Um consórcio público pode ser constituído por associação pública ou civil, sendo que a associação pública tem personalidade jurídica de direito público, integrante à administração indireta dos entes consorciados. Já a associação civil tem personalidade jurídica de direito privado e está sujeita às regras da legislação civil. Dessa maneira, o consórcio público, na forma de associação pública, trata-se de uma autarquia interfederativa, já que é uma autarquia que simultaneamente pertence às administrações indiretas de mais de um ente federado.

Os consórcios de saúde, independentemente de sua personalidade jurídica, possuem algumas peculiaridades: sempre devem obedecer às normas de direito público quanto a licitações e contratos, à prestação de contas, à admissão de pessoal e ao regime jurídico (CLT); consórcios entre União e Municípios somente podem acontecer com a participação dos respectivos Estados; e os consórcios sobre saúde devem obedecer as normas do SUS (SILVA, 2015).

Pela lei, os objetivos do consórcio público são determinados pelos entes consorciados dentro dos limites constitucionais, e, para alcançá-los, o consórcio tem os seguintes poderes: firmar contratos e convênios e receber auxílios de outras entidades e órgãos do governo; desapropriar ou instituir servidões, nos termos do contrato de consórcio; ser contratado com dispensa de licitação por todas as administrações públicas dos entes consorciados; e cobrar e arrecadar tarifas e outros preços públicos – a) pelo serviço que presta, b) pelo uso dos bens públicos que administra ou c) pelo uso de bens públicos do ente consorciado, mediante autorização específica.

Para a celebração desse contrato, é necessário o protocolo de intenções e a lei dos entes intencionados dispendo sobre a participação no consórcio em questão. Destarte, o protocolo de intenções ratificado converte-se em “contrato de consórcio” público e deve ser publicado em diário oficial. É salutar informar que cada ente consorciado deve ter uma lei para a celebração do contrato com o consórcio.

Num protocolo de intenções, deve conter as seguintes cláusulas: denominação, finalidade, prazo de duração e sede; identificação dos entes consorciados; indicação da área territorial de atuação; previsão da forma jurídica (associação pública ou civil); normas sobre assembleia geral: previsão de que a

assembleia geral seja a instância máxima, regras de convocação e funcionamento, número de votos para deliberações, número de votos que cada consorciado possui, assegurando um voto a cada, e regras de elaboração e modificação de estatuto; critérios para autorizar a representação dos consorciados; mandato do representante legal, principalmente sobre a forma de eleição, o prazo de duração do mandato e a obrigatoriedade de ser chefe do poder executivo de um ente consorciado; sobre os empregados públicos: a quantidade, formas de provimento e remuneração; condições para celebração de contrato de gestão; autorização para gestão associada de serviços públicos, demonstrando: os serviços oferecidos e área de prestação, competências com exercício transferidos ao consórcio, autorização para licitar ou outorgar concessão, permissão ou autorização dos serviços, condições para elaboração de contratos de programas, e critérios técnicos de estabelecimento, reajuste e revisão de tarifas e outros preços públicos. Cabe registrar ainda que a estrutura decisória dos CIS está centrada na assembleia geral dos prefeitos dos entes consorciados, e a gerencial está centrada em um órgão executivo.

Com o Decreto 6.017/07 (BRASIL, 2007), um conceito começou a fazer parte dos consórcios, o contrato de rateio, que nada mais é que um instrumento pelo qual os entes consorciados se comprometem a fornecer recursos financeiros ao consórcio público para a realização de suas despesas.

O contrato de rateio deve ser formalizado em cada exercício financeiro, com prazo não superior ao das dotações que o suportam, com exceção aos contratos que tenham por objeto exclusivamente: a) programas e ações contemplados em plano plurianual; ou b) gestão associada de serviços custeados por tarifas ou preços públicos.

Confirmando isso, a fala do Sujeito 2, em sua entrevista, menciona que no seu CIS:

*As instâncias deliberativas são o Conselho Fiscal, Conselho Curador e Assembleia Geral dos Prefeitos. O protocolo de intenções foi aprovado em todas as câmaras municipais e publicado; e o contrato de rateio é realizado a partir de contribuição per capita mensal fixa. Atualmente, no valor de R\$ 0,40/per capita/mês.*

Por fim, considerando os consórcios de saúde como um elo de articulação entre os níveis de atenção e que garantem a integralidade do usuário do

Sistema Único de Saúde, em 2005, foi sancionada uma legislação sobre os consórcios de saúde, já que eles faziam parte da política pública de saúde e necessitavam de uma regulamentação. No entanto, em tal legislação, fica falha a questão da fiscalização desses instrumentos de gestão, já que a sociedade não faz parte de tal planejamento e controle.

### 3.2.3 O Pacto pela Saúde – 2006

A autonomia municipal na gestão de saúde proposta até o momento pelo princípio da descentralização, obviamente, acaba reduzida com essa forma de regionalização que entrou no cenário com a NOAS/2001, e também está reduzida a uma retórica na realidade daquele momento, ainda mais quando a ela soma-se a centralização dos recursos orçamentários da União.

Destarte, com o esgotamento de todos os modelos de regulamentação da organização e o funcionamento do SUS pautados em financiamento fracionados, sendo agora os municípios e os estados gestores de projetos e programas federais, em face das frequentes críticas ao modelo vigente, todos os entes federativos passaram a discutir a necessidade de novas bases para a gestão compartilhada, ou seja, para os consensos interfederativos.

Luiz Odorico Monteiro de Andrade (2001) defende que, durante o período das NOBs e NOAS, os municípios brasileiros foram tratados como se coubesse um padrão, não respeitando as singularidades de cada um quanto às características econômicas, sociais e culturais de cada região, citando como exemplo que, dos 5.562 municípios existentes no Brasil, 70% tem menos de 20 mil habitantes, e que os 1.392 municípios que possuem até cinco mil habitantes não podem realizar o seu papel de gestor único do sistema local de Saúde, da mesma forma como fazem os 299 municípios que têm de 50 a 100 mil habitantes, ou os 31 municípios com mais de 500 mil habitantes.

O mesmo autor ainda reflete:

Quais são, por sua vez, os pressupostos do SUS pós NOB? Primeiro: respeito ao princípio federativo, à autonomia de cada ente como gestor único do SUS no município; Segundo: qualificação dos municípios, considerando suas características regionais na operacionalização do seu papel de gestor único do sistema municipal de saúde; e Terceiro: necessidade de articulação e colaboração dos entes federados – dos municípios entre si com os estados e com a União – com vista à conquista

de melhores resultados de saúde para a população. Para que esses pressupostos sejam considerados é preciso avançar no processo de negociação e pactuação do SUS, através das instâncias de participação popular – os conselhos – e através das instâncias intergestoras (em cada estado da federação) e tripartite, com os municípios representados pelo CONASEMS, os estados pelo CONASS e a União pelo Ministério da Saúde. O processo de negociação e de pactuação deve considerar a qualificação dos municípios, as características por porte e região, viabilizando apoios financeiros e técnico segundo esse perfil. Todos os municípios devem responsabilizar-se integralmente pela atenção básica à saúde da população. As referências para ações e serviços de média e alta complexidade precisam ser negociadas e pactuadas em articulações intermunicipais, regionais e até mesmo nacional, expressando, em cada local, a responsabilidade compartilhada pelas três esferas de governo na produção da saúde e considerando a qualificação do gestor municipal (ANDRADE, 2001).

Devido a todos esses fatos – somado que os planos de saúde, municipais e estaduais podem não representar as demandas das necessidades de saúde da população local por questões de ordem técnica e política –, começaram a exigir novos rumos para o SUS, novas regras de financiamento, o fim das mais de 100 modalidades de repasse de recursos da União para os estados e municípios, bem como o reconhecimento das autonomias federativas, orientadas pela direção nacional do SUS, o cumprimento da Emenda Constitucional 29 pelos estados, novo parâmetro de custos para a composição da tabela de procedimentos do SUS (SANTOS, 2009).

Após diversas demandas e a instalação de uma crise que já vinha sendo anunciada havia anos, além de dois anos de debate no Ministério da Saúde, foi editada a portaria n° 399, de 22 de março de 2006 (BRASIL, 2006), que divulgou o *Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto*.<sup>30</sup> Dessa maneira, a partir de 2006, o pacto passou a ser o documento norteador do funcionamento do SUS no âmbito nacional, em que as prioridades estão inseridas em três componentes, denominados Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida é constituído de um conjunto de compromissos sanitários oriundos de um estudo da situação de saúde no país e das prioridades definidas pelas três instâncias federativas. Ele prioriza os resultados qualitativos dos serviços de saúde e os compromissos orçamentários e financeiros para seu alcance.

---

<sup>30</sup> Para maiores informações, consultar o *site* do Conselho Nacional de Saúde, disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm>>.

O Pacto em Defesa do SUS traz ações concretas e articuladas, que buscam reforçar o SUS como política de Estado, tendo as seguintes prioridades: mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal; aprovar a regulamentação da EC 29/2000; garantir o aumento do financiamento da Saúde; e elaborar a Carta dos Direitos do Usuário do SUS.

E o Pacto de Gestão do SUS estabelece responsabilidades dos entes federativos, colocando o que cada um deve realizar, e reconhece as grandes diferenças locais e regionais do país. Ele coloca, ainda, a demanda de avançar na regionalização e na descentralização do SUS. Conceitos esses que são a essência para a necessidade do surgimento dos consórcios de saúde.

De acordo com Santos (2009), o Pacto pela Saúde 2006, além de buscar definir consensualmente a organização, o funcionamento e o financiamento do SUS, traz em seu bojo um tanto do DNA das normas operativas anteriores, uma vez que mantém todas as modalidades de transferência de recursos.

O pacto, naquele contexto, como formato de negociação consensual em que define responsabilidades e o financiamento do SUS, foi o modelo mais acabado e o que mais se conformou com a regionalização e a hierarquização de ações e serviços de saúde e a integralidade da atenção. Contudo, com os anos vividos após a edição do pacto, verificou-se que este não teve o objetivo alcançado, já que a forma de repasse fracionado permaneceu, e o seu subfinanciamento e os espaços de negociação/consensos não foram utilizados de maneira correta, ou seja, foi apenas mais uma tentativa de avanço da gestão do SUS.

#### 3.2.4 O Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011

Como mais uma alternativa de garantir a efetividade do SUS, e respeitando sua complexidade, no ano de 2011 foi editado, pelo Ministério da Saúde, o Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011), o qual buscou regulamentar a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a), de 19 de setembro de 1990, e fomentar mais segurança jurídica nas relações interfederativas, maior transparência e maior controle social.

Em seu primeiro capítulo, o decreto pontua os conceitos chaves: região de Saúde, contrato organizativo de ação pública da Saúde, portas de entrada, comissões intergestoras, mapa da saúde, rede de atenção à saúde, serviços especiais de acesso aberto, protocolo clínico e diretrizes terapêuticas.

Já em seu segundo capítulo, discorre sobre a organização do SUS, relatando que este é constituído pela conjugação das ações e dos serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, tendo a participação complementar da iniciativa privada e sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada. Refere ainda sobre as regiões de saúde, sobre as portas de entrada e sobre a hierarquização.

Posteriormente, menciona sobre o planejamento de saúde e o papel do controle social, sobre a assistência à saúde, sobre a articulação interfederativa por meio das Comissões Intergestoras e dos Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde e finaliza com as disposições finais.

Destarte, visto os marcos legais editados pelo Ministério da Saúde, evidenciamos que, após a sanção da Lei nº 8.080, houve inúmeras tentativas por parte do MS, e fruto de debates, de normativas que auxiliassem na operacionalização do Sistema Único de Saúde, sendo que todas passaram inicialmente pela discussão da descentralização e da municipalização, e atualmente a retórica vem em torno de uma rede regionalizada e hierarquizada, na qual existem, ou pelo menos tenta-se, o estabelecimento de consensos interfederativos claros, definindo o papel de cada um na rede.

É importante, nessa análise, assinalar que o cenário traçado historicamente pela política pública de saúde previa a necessidade da complementaridade do setor privado na execução das ações, bem como todas essas normativas estimularam a necessidade de ações de cooperação para atender demandas uniformes com os serviços de dada região de Saúde, sendo, desse modo, os consórcios uma das formas experimentadas.

Mesmo com todos os caminhos mencionados e que potencializaram os consórcios de saúde para a operacionalização da descentralização, regionalização e garantia da integralidade de ações em saúde, a nível do ente da União, essa discussão ainda é contraditória. Isso porque esses consórcios estimularam a cooperação entre os municípios, mediante normativas, mas sem garantir a transferência de recursos para custeio do CIS, nem as devidas monitoração e fiscalização, além de não possuírem um mapeamento do volume de atendimento que é executado dentro da política de saúde. Quanto à falta de custeio ao CIS, vale registrar que esse problema não se deve apenas aos consórcios de saúde, e, desde sua implantação, a política de saúde está sendo subfinanciada.

Nos relatos do grupo focal, houve consenso entre os sujeitos sobre a postura ausente do Ministério da Saúde quanto ao apoio a essa estratégia de gestão estimulada por diversos marcos sancionados pela União. Isso é visível nos seguintes relatos:

*[...] nessa questão de financiamento do Ministério, eu estive representando a Acispar em uma reunião em Brasília, e foi muito discutido a questão do financiamento para os Consórcios, e estava lá a advogada x, e ela foi categórica e clara, que recursos do Ministério direto a consórcios nós podemos “tirar o cavalinho da chuva” do Ministério da Saúde, não vão repassar. E um avanço que eu acho que é interessante nós temos que tentar acompanhar isso, nós do Paraná, a questão de que: tá sendo criado uma secretaria executiva, a nível de governo federal, para os consórcios [...]. Eu acho que nós temos que tentar acompanhar, porque a região norte e nordeste do Brasil tá muito articulada na questão de consórcios multifuncionais, tá se trabalhando muito encima disso, eles estão trabalhando muito, muito, muito encima disso (Sujeito 6).*

*Essa questão do ente federal é exatamente isso, quem está viabilizando dentro da rede de saúde mental? O enfrentamento ao Crack, quem? São os consórcios, então veja quem que tem essa capacidade da ousadia de assumir as coisas. Quem é que está implantando aquilo que eles lançam lá? (Sujeito 8).*

*[...] Mas na verdade, eles não reconhecem, o Ministério não reconhece os consórcios. Nós temos que trabalhar de forma diferente, quem sabe que ainda mais, o Paraná, estar mais juntos (Sujeito 5).*

No entanto, em agosto de 2015, no 31º Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, realizado em Brasília-DF, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, coordenada por Neyde Gloria Garrido, apresentou o resultado parcial de uma pesquisa que está sendo realizada pelo MS, a qual demonstra que o Brasil possui 5.570 municípios, dos quais 73% possuem até 20 mil habitantes, tendo 438 regiões de saúde e 208 consórcios de saúde identificados. Destes, 69% tratam-se de consórcios de direito público, ou seja, associação pública; 26%, de direito privado; e 5% não souberam responder.<sup>31</sup> Esse fato demonstra que o MS está diagnosticando e mapeando os CIS do Brasil para futuras ações.

---

<sup>31</sup> Informações obtidas pela participação da autora do presente estudo no 31º Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, realizado em Brasília-DF, de 6 a 8 de agosto de 2015, e tendo participado como ouvinte do painel sobre os Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Por fim, fica nítida a busca incessante, por parte dos atores envolvidos na construção da política pública de saúde, de alternativas, normativas e respostas capazes de suprir os efeitos negativos da descentralização, os obstáculos frutos da complexidade do sistema federativo brasileiro, a heterogeneidade dos municípios brasileiros e o fortalecimento de política regionais, estando os consórcios de saúde inseridos nesse cenário.

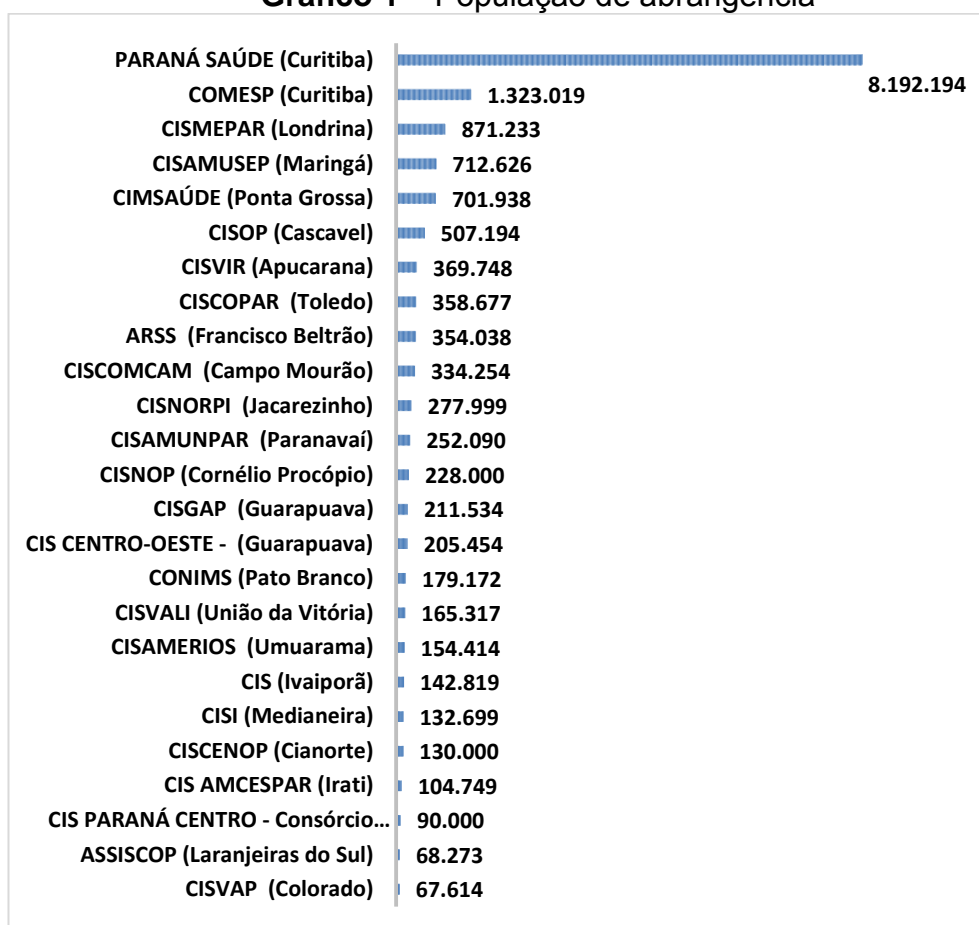
Apontados os arcabouços legais que dão sustentabilidade à formação dos CIS e apresentado um breve histórico destes, trazemos, neste momento, a discussão das coletas de dados, na qual inicialmente os caracterizamos e posteriormente abordamos três categorias de trabalho: o financiamento e o *mix* público-privado; os papéis do CIS; e o estado do Paraná e os consórcios de saúde.

### 3.3 OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NO ESTADO DO PARANÁ

Como pudemos analisar nas Figuras 1 e 2, a Secretaria Estadual de Saúde divide o estado do Paraná em 22 regiões de saúde, sendo que em cada uma delas, em seu município polo, existe um CIS, porém, a 5<sup>o</sup> e a 15<sup>o</sup> Regionais de Saúde, conforme demonstrou a Figura 2, apresentam mais de um CIS, totalizando, dessa maneira, 24 consórcios de saúde que integram a rede de assistência à saúde atuando na média complexidade. Cabe pontuar que o estado do Paraná possui o Consórcio Paraná Saúde, sendo este o único consórcio do estado que tem sua abrangência exclusivamente na disponibilização de medicamentos aos municípios consorciados, assim, totalizando 25 CIS.

A expressividade dos consórcios de saúde no Paraná pode ser justificada porque 79,7% dos municípios do Paraná correspondem a municípios de pequeno porte, e, portanto, incapazes de ter todos os serviços de saúde apenas em seu município, sendo assim os CIS uma potência de viabilização de acesso a serviços (IBGE, 2010).

O Gráfico 1 demonstra os CIS existentes em nosso estado e a população de abrangência de cada um, ou seja, a somatória da população de todos os entes consorciados. Atualmente, possuímos 7.942.861 habitantes assistidos por consórcios de saúde, num total de 71% da população do Paraná.

**Gráfico 1 – População de abrangência**

**Fonte:** a própria autora.

Analisando esse gráfico, podemos categorizar os CIS em três modalidades – pequeno, médio e grande portes –, as quais, no decorrer do presente estudo, serão utilizadas. Reiterando que, para coleta de dados, optamos por não buscar informações do Consórcio Paraná Saúde, pois este logra o objetivo da assistência farmacêutica.

**Tabela 2 – Modalidades de consórcios**

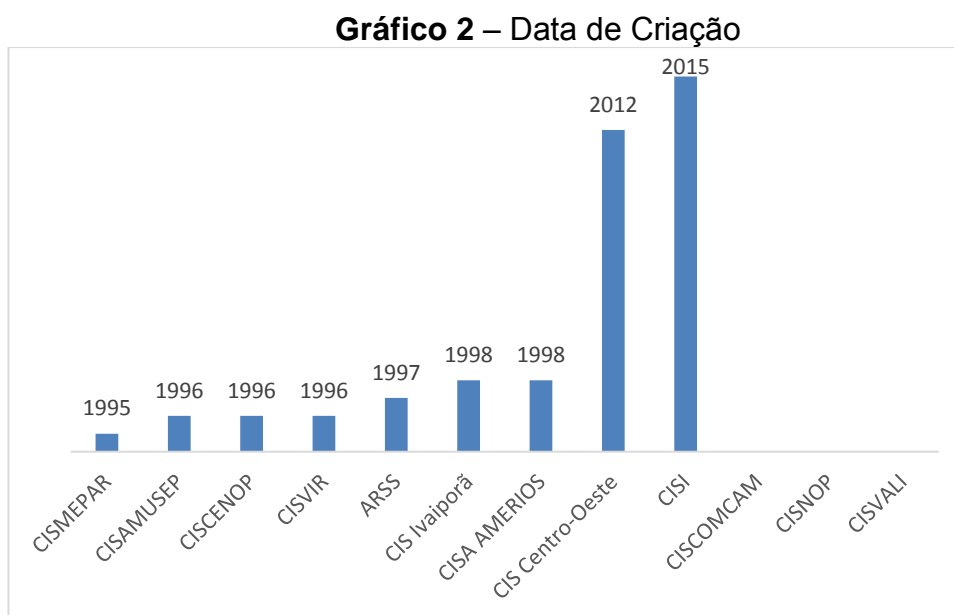
<b>População de abrangência</b>	<b>Denominação</b>
Até 200.000 habitantes	Pequeno Porte
201.000 a 500.000 habitantes	Médio Porte
Acima de 501.000 habitantes	Grande Porte

**Fonte:** a própria autora.

Assim, no estado do Paraná, 41,6% dos consórcios correspondem a pequeno porte; 37,5%, a CIS de médio porte; e 20%, a CIS de grande porte.

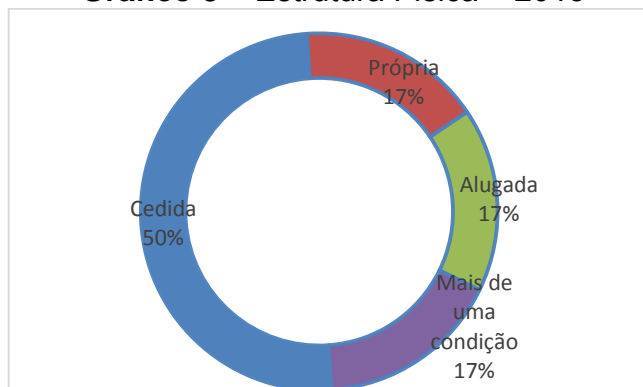
A expansão dos consórcio no Paraná aconteceu após a mudança de governo do Estado em 1995, podendo até indicar algum grau de determinação política no processo, mas reforçamos também que em âmbito nacional estávamos vivenciando um momento contraditório, no qual o bojo do neoliberalismo propagava o corte na seguridade social por parte do Estado, e a Reforma do Estado Brasileiro e alguns movimentos sociais buscavam por processos mais democráticos e descentralizados.

Desse modo, o Gráfico 2 apresenta que a grande maioria dos CIS surgiu, no cenário da assistência, após 1995, inclusive os dois de grande porte que participaram do presente estudo: Cismepar e Cismusep.



**Fonte:** a própria autora.

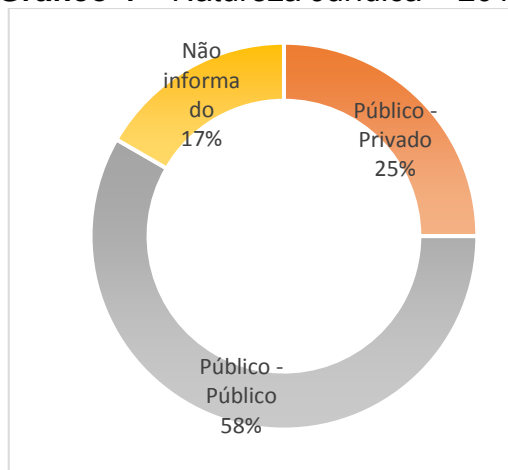
Esses CIS foram aparecendo à medida que a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, por intermédio de suas Regionais de Saúde, pararam de contratar novos médicos especialistas para a assistência especializada em saúde dos municípios de sua região. Assim, com o estímulo acontecendo para a formação de consórcios, o Estado cedeu vários profissionais, bem como a estrutura física e os equipamentos públicos para a operacionalização dos atendimentos, evidenciando um apoio para a concretização de transferência de competências, antes do ente estadual, e agora dos entes municipais.

**Gráfico 3 – Estrutura Física – 2013**

**Fonte:** a própria autora.

A realidade apresentada na década de 1990, de cessão de estrutura física pelo Estado, ainda está presente na maioria dos CIS, já que 50% dos que responderam ao questionário ainda atuam em estrutura cedida pelo Estado do Paraná.

Outro dado identificado, e que representa também a pesquisa nacional em finalização apresentada pela SGEPS do Ministério da Saúde, refere-se à natureza jurídica optada pelos CIS após a Lei 11.107/2005, na qual em nosso estado 58% optaram por adequar-se como associação pública com personalidade jurídica de direito público, conforme demonstra o gráfico a seguir.

**Gráfico 4 – Natureza Jurídica – 2013**

**Fonte:** a própria autora.

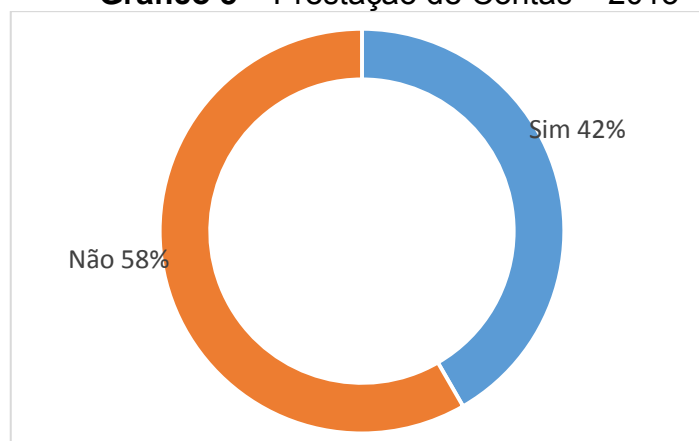
Em vista disso, podemos afirmar que grande parte dos consórcios de saúde, após 2005, optaram pela natureza jurídica de direito público e configuraram-se como autarquia interfederativa indireta dos entes consorciados, estando

submetidos ao controle externo do Tribunal do Contas de seu estado, o que pode garantir certa confiabilidade quanto às suas movimentações financeiras e ao seu processo de gestão.

É relevante saber também que o Tribunal de Contas do Estado do Paraná exerce o controle externo desses consórcios independentemente de seu aspecto jurídico, porém, é preocupante pensar que o legítimo controle social não está garantido legalmente em nenhum documento, o que a falta de obrigatoriedade faz com que a maioria dos consórcios não realize prestação de contas aos conselhos.

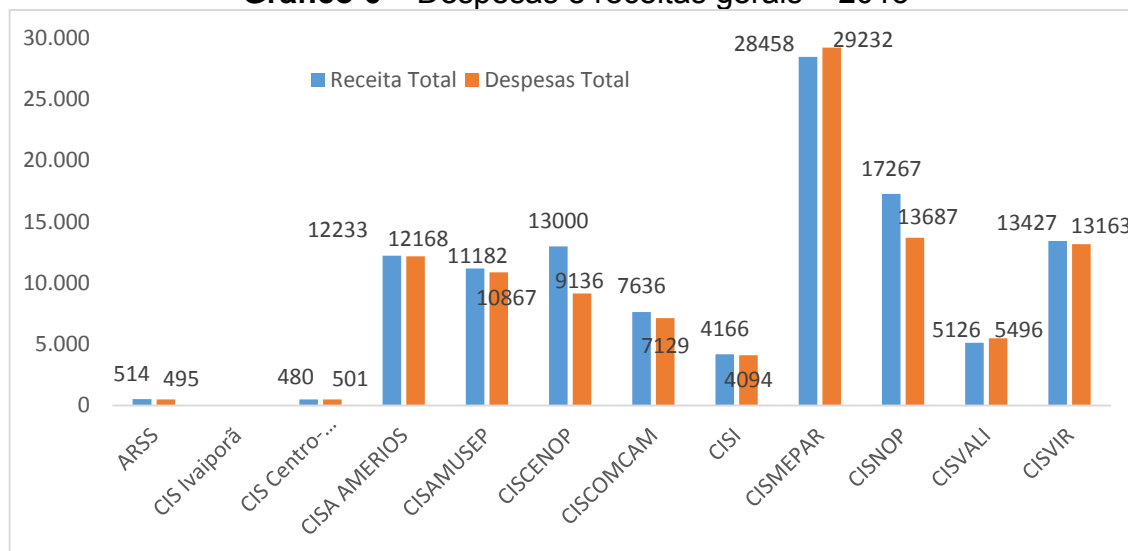
Essa situação vai na contramão de qualquer política pública, já que, pela Constituição Federal, elas deveriam ter a participação da sociedade na fiscalização, no monitoramento e no planejamento das ações ofertadas à população. A sensação remete à reflexão de que os CIS fazem parte da execução da política pública de saúde, mas são alheios à lógica do controle social e, assim, das regras e condicionantes do Estado, mesmo os que optaram pela natureza jurídica de direito público.

**Gráfico 5 – Prestação de Contas – 2013**



**Fonte:** a própria autora.

O Gráfico 5 representa que essa estratégia de gestão do SUS, em sua maioria (58%), não é fiscalizada pela sociedade, por meio da apresentação de prestação de contas periódicas aos Conselhos Municipais de Saúde. Esse fato nos faz debater, requerendo um estudo posterior quando oportuno, já que os CIS apresentam um volume significativo de recursos financeiros públicos e atendimentos que não são fiscalizados pela sociedade.

**Gráfico 6 – Despesas e receitas gerais – 2013**

Fonte: a própria autora.

Esse gráfico demonstra os recursos financeiros de arrecadação e de despesas dos 12 consórcios entrevistados, sendo que um consórcio de pequeno porte não nos forneceu os dados no questionário, informando que eram dados sigilosos. Pelo gráfico, também é possível averiguar que no ano de 2013 os CIS que responderam ao questionário tiveram uma arrecadação total de R\$113.418.000,00, e um investimento de 105.971.000,00 na média complexidade da política pública de saúde do Estado do Paraná. Lembrando que esse volume financeiro corresponde apenas ao executado por 45% dos consórcios do Paraná, registrando o montante de recurso de uma política pública que não está sendo fiscalizada pela sociedade.

O gráfico 6 demonstra também que em 100% dos que responderam o questionário existe um equilíbrio financeiro na gestão dos CIS, não sendo os mesmos geradores de *superavit*. Fato esse que também requer um viés de preocupação, já que quando existe um equilíbrio entre despesas e receitas, e um ente consorciado atrasa o pagamento, todo esse equilíbrio pode ser rompido.

Vale mencionar, novamente, que o CIS tem um contrato de rateio de suas despesas fixas, em que cada ente consorciado paga mensalmente um valor *per capita*, de acordo com a sua população, e tem direito a cotas fixas de consultas e exames, além de poder ter um contrato de programa no qual cada ente consorciado paga conforme utilizado. Esse último trata-se de um valor flexível

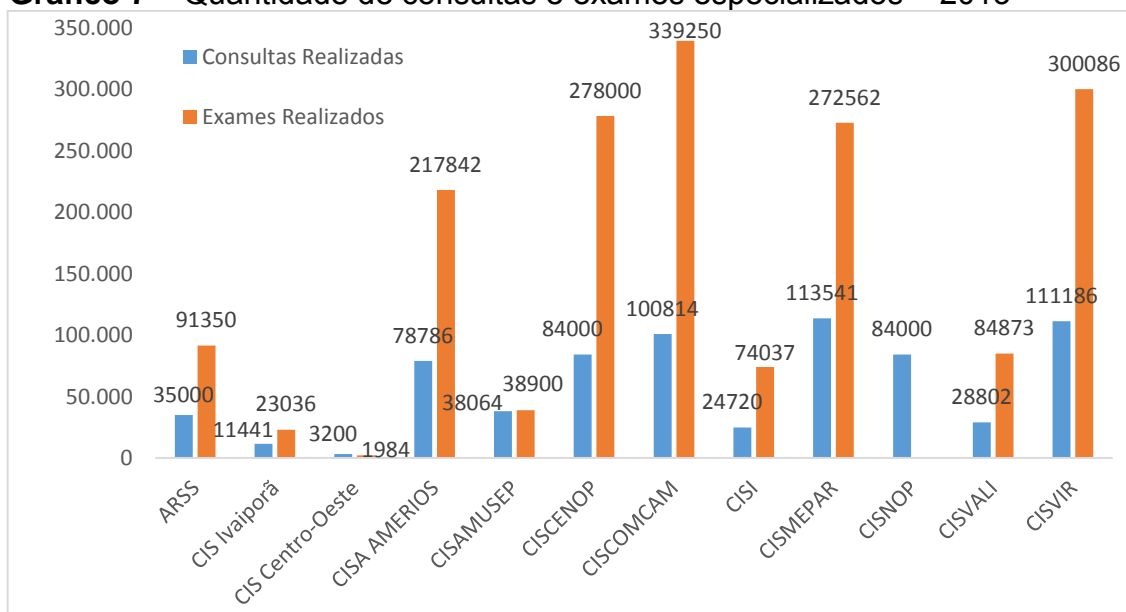
gerenciado pelo ente municipal, o qual planeja o valor conforme o seu limite financeiro e o diagnóstico em saúde.

A exemplo disso, temos a fala dos CIS de pequeno e de grande porte entrevistados: “[...] O rateio é realizado a partir de contribuição per capita mensal fixa. Atualmente, no valor de R\$ 0,40/per capita/mês” (CIS grande porte).

[...] hoje temos uma mensalidade que os municípios pagam, que seria o rateio, e os demais serviços ofertados e utilizados são cobrados; o município paga pelo que ele utiliza, exemplo: eu quero cem ultrassons, eu vou pagar pelas cem ultrassons. Assim, temos um contrato diferente com cada município, a única coisa que é igual é o valor per capita por habitante/mês (CIS pequeno porte).

Assinalamos, pois, que mesmo o Consórcio sendo uma associação entre municípios, existe uma autonomia de cada ente consorciado na gestão de seus gastos junto aos Consórcios, pautados no Plano Municipal de Saúde de cada município, pois em um mesmo consórcio podem existir distintos perfis municipais. A forma como cada município utiliza os serviços ofertados pelo CIS depende dos indicadores epidemiológicos de cada ente consorciado, e esse instrumento de gestão pode garantir, além da integralidade do atendimento do usuário do SUS, também a equidade. Pois a partir do momento que você classifica o risco de sua demanda, que realiza seu diagnóstico em saúde, você cria prioridades de acesso.

**Gráfico 7 – Quantidade de consultas e exames especializados – 2013**



**Fonte:** a própria autora.

Já o Gráfico 7 aponta o volume de atendimentos oferecidos aos seus entes consorciados, sendo que os 12 CIS entrevistados realizaram aos seus municípios consorciados, no ano de 2013, 713.554 consultas especializadas e 1.443.920 exames de diagnóstico. Não dá para mensurar se o número é suficiente para o atendimento da demanda territorial, uma vez que o único parâmetro existente para a fixação de número de consultas especializadas e exames por população é a Portaria nº1.101, de 2001.<sup>32</sup> Todavia, essa portaria é sempre motivo de controvérsias, especialmente no Brasil, já que apresenta tanta diversidade epidemiológica, demográfica e socioeconômica, como já falamos no capítulo anterior. Bem como essa portaria foi fruto da análise de séries históricas de assistência médica de diversas regiões brasileiras, pois não foram encontrados modelos padronizados por instituições internacionais, e, assim, não pode-se creditar validação científica aos seus parâmetros.

Isto posto, a qualificação dos gestores municipais de saúde é de extrema importância, a fim de se ter um bom diagnóstico das condições de saúde para a elaboração dos instrumentos de gestão do SUS e a previsão tanto das demandas quanto dos recursos necessários para o seu suprimento.

Na Tabela 3, apresentamos as especialidades médicas e os tipos de exames que cada consórcio entrevistado oferece aos seus entes consorciados.

---

<sup>32</sup> Para maior conhecimento do assunto, ver: Portaria... (2002).

**Tabela 3 – Especialidades e Exames Ofertados pelos consórcios pesquisados**

Consórcio	Especialidades Ofertadas	Exames Ofertados
ARSS	Psiquiatria, Gastroenterologia, Reumatologia, Otorrinolaringologia, Ginecologia, Infectologia, Nefrologia, Ortopedia, Urologia, Neurologia, Odontologia, Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia, Psicologia, Ass. Social, Endocrinologia, Pneumologia, Oftalmologia, Vascular, Cardiologia, Dermatologia, Proctologia.	Raio X, Mamografia, Eletro Cardio, Eletro Encefalo, Tomografia, Audiometria, Ultrassom Tireoide, Anatomo, Biopsia Boca, Colposcopia, Cauterização, Biopsia Gineco, Ultrassom, Ressonância Sus, Ressonância Magnética, Ultrassom Ocular, Retinografia, Topografia Ocular, Urografia Excretora, Endoscopia, Colonoscopia, Holter, Ecocardiograma, Eletroneuromiografia
CIS IVAIPORA	Neurologia, Psiquiatria, Urologia, Cirurgia Geral, Otorrinolaringologia, Geriatria, Pediatria, Cardiologia, Reumatologia, Pneumologia, Gastroenterologia, Oftalmologia, Cirurgia Torácica e Nefrologia.	Exames laboratoriais, exames radiológicos, ultrassonografias, tomografias, ressonâncias magnéticas, cintilografias, endoscopias, colonoscopias, retossigmoidoscopia, exames com Doppler, biópsias guiadas por ultrassom, exames oftalmológicos em geral, exames otorrinológicos em geral, eletrocardiograma, eletroencefalograma, eletroneuromiografia, ecocardiograma, teste de esforço, MAPA, Holter 24 horas.
Consórcio Intermunicipal De Saúde Paraná Centro	Nutrologia, Dermatologia, Urologia, Ortopedia, Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ginecologia/Obstetrícia, Cardiologia, Anestesiologia	Usg, Raio X, Colonoscopia, Endoscopia, Ressonância Magnética, Tomografia, Mamografia, Densitometria Óssea, Teste Ergométrico, Risco Cirúrgico, Eletroneuromiografia, Cistoscopia, Urodinâmica, Eeg, Ecg, Biopsia Da Próstata, Todos Os Exames Em Otorrinolaringologia e Oftalmologia.
CISA AMERIOS	Cirurgião dentista (endodontista, pacientes especiais, periodontista, traumatologista, buco-maxilo-facial), fonoaudiologia, endocrinologia pediátrica, gastroenterologia pediátrica, cardiologia, cirurgião geral, cirurgião pediátrico, clínico geral, dermatologista, cirurgia vascular, endocrinologia e metabologia, gastroenterologia, geriatria, ginecologia e obstetrícia, hematologista, homeopata, infectologista, infectologista pediátrica, nefrologista, neuropediatria, neurocirurgião, oftalmologista, oncologista clínico, ortopedia e reumatologia, otorrinolaringologista, pneumologia, psiquiatria, psiquiatria infantil e adolescente, urologia, nutricionista, psicólogo clínico, reumatologia.	Digestiva, Colonoscopia, Retossigmoidoscopia, uretrocistografia, uretrocistoscopia, radiologia clínica, mamografia, tomografias, angiotomografia, biópsias, ressonância magnética, espirometrias, ecocardiogramas, testes ergométricos, monitoramento por holter, eletroencefalograma, anatomopatológicos, polipectomia, endoscopia pediátrica, urodinâmica, eletroneuromiografia, fibronasolaringoscopia, videonasolaringoscopia, emissões otoacusticas, cistoscopia, polissonografia, cintilografias
CISAMUSEP	Cardiologia, Clínica Médica, Gastroenterologia, Otorrinolaringologia, Ortopedista, Pneumologista, Dermatologista, Pediatria, Psiquiatria, endocrinologia, Oftalmologia, Neurologia, Hepatologia, Urologia, Vascular, Ginecologia e Obstetrícia	Radiologia, Diagnóstico por Imagem, Eletrocardiograma, Eletroencefalograma, Teste Ergométrico, Holter 24 h, Ecocardiograma, Ultrassom, Mapeamento de Retina, Audiometria e Imitancimetria.
CISCENOP	Angiologia, Cardiologia, Cirurgia do Aparelho digestivo, Cirurgia Geral, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia e Obstetrícia, Hematologia, Mastologia, Neurologia, Ortopedia, Neuropediatria, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria e Urologia	Exames laboratoriais, exames radiológicos, ultrassonografias, tomografias, ressonâncias magnéticas, cintilografias, endoscopias, colonoscopias, retossigmoidoscopia, exames com Doppler, biópsias guiadas por ultrassom, exames oftalmológicos em geral, exames otorrinológicos em geral, eletrocardiograma, eletroencefalograma, eletroneuromiografia, ecocardiograma, teste de esforço, MAPA, Holter 24 horas. Tratamentos ortopédicos. Cirurgias Ambulatoriais, fisioterapia, litotripsia.
CISCOMCAM	<b>Anexo B</b>	
CISI	Ortopedista; Oftalmologia; Neurologia; Dermatologia; Gastroenterologia; Psiquiatria; Clínico; Otorrinolaringologia; Pneumologia; Urologia; Cardiologia; Neurocirurgião; Anestesiologia; Endocrinologia; Ginecologia e Obstetrícia; Nefrologia; Cirurgião Dentista.	<b>Anexo C</b>
CISMEPAR	Consultas de nutrição, psicologia e fonoaudiologia; consultas médicas especializadas de ortopedia, dermatologia, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, mastologia, urologia, reumatologia, gastroenterologia, cirurgia infantil, neurologia, otorrinolaringologia, psiquiatria, oftalmologia, pneumologia, cardiologia, nefrologia, vascular, anestesiologista, endocrinologia e acupuntura	Exames laboratoriais, exames radiológicos, ultrassonografias, tomografias, ressonâncias magnéticas, cintilografias, endoscopias, colonoscopias, retossigmoidoscopia, exames com Doppler, biópsias guiadas por ultrassom, estudo urodinâmicos, exames oftalmológicos em geral, exames otorrinológicos em geral, eletrocardiograma, eletroencefalograma, eletroneuromiografia, ecocardiograma, teste de esforço, MAPA, Holter 24 horas, biópsias, videolaringoscopia, vasectomia e pequenas cirurgias
CISNOP	Consultas de nutrição, psicologia e fonoaudiologia; consultas médicas especializadas de ortopedia, dermatologia, urologia, reumatologia, gastroenterologia, neurologia, otorrinolaringologia, psiquiatria, oftalmologia, pneumologia, cardiologia, anestesiologista.	Exames laboratoriais, exames radiológicos, ultrassonografias, tomografias, ressonâncias magnéticas, cintilografias, endoscopias, colonoscopias, retossigmoidoscopia, exames com Doppler, biópsias guiadas por ultrassom, exames oftalmológicos em geral, exames otorrinológicos em geral, eletrocardiograma, eletroencefalograma, eletroneuromiografia, ecocardiograma, teste de esforço, MAPA, Holter 24 horas, biópsias, videolaringoscopia.
CISVALI	Angiologia, Cardiologia, Psiquiatria, Pneumologia, Neurologia, Obstetrícia de Alto Risco, Pediatria de Alto Risco, Ginecologia, Oncologia, Dermatologia, Otorrinolaringologia, Endocrinologia, Geriatria, Pequena Cirurgia, Oftalmologia, Ortopedia, Urologia, Nefrologia.	Exames laboratoriais, exames radiológicos, ultrassonografias, tomografias, ressonâncias magnéticas, cintilografias, endoscopias, colonoscopias, retossigmoidoscopia, exames com Doppler, biópsias guiadas por ultrassom, exames oftalmológicos em geral, exames otorrinológicos em geral, eletrocardiograma, eletroencefalograma, eletroneuromiografia, ecocardiograma, teste de esforço, MAPA, Holter 24 horas. Tratamentos ortopédicos.
CISVIR	Consultas de nutrição, psicologia e fonoaudiologia; consultas médicas especializadas de ortopedia, dermatologia, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, mastologia, urologia, reumatologia, gastroenterologia, cirurgia infantil, neurologia, otorrinolaringologia, psiquiatria, oftalmologia, pneumologia, cardiologia, nefrologia, vascular, anestesiologista, endocrinologia e acupuntura	Exames laboratoriais, exames radiológicos, ultrassonografias, tomografias, ressonâncias magnéticas, cintilografias, endoscopias, colonoscopias, retossigmoidoscopia, exames com Doppler, biópsias guiadas por ultrassom, estudo urodinâmicos, exames oftalmológicos em geral, exames otorrinológicos em geral, eletrocardiograma, eletroencefalograma, eletroneuromiografia, ecocardiograma, teste de esforço, MAPA, Holter 24 horas, biópsias, videolaringoscopia, vasectomia e pequenas cirurgias

Fonte: a própria autora.

A oferta de serviços disponibilizados aos municípios consorciados pode ser feita de maneiras distintas, ora simplesmente por distribuição populacional, ora por um sistema de regulação que classifica o risco do paciente.

Como exemplo disso, temos a fala identificada na entrevista do CIS de grande porte:

*[...] A divisão é realizada em 2 dimensões. A primeira dimensão classificada em 2 blocos: a) Demais 20 municípios da regional, exceto Londrina; b) Londrina, sede de regional. Nesta primeira dimensão o parâmetro utilizado é a base populacional. A segunda dimensão refere-se exclusivamente ao bloco a. A oferta é classificada de acordo com o princípio da equidade e dividida de acordo com a necessidade de cada município, uma vez que 100% dos encaminhamentos são regulados caso a caso e o risco clínico é estratificado. A partir desta estratificação os casos são agendados tendo como parâmetro o aspecto de prioridade. Para os casos que não apresentam risco clínico evidente, mas demandam atendimentos especializados, o parâmetro de distribuição da oferta é a representatividade da demanda, traduzida mensalmente em índices percentuais, por especialidade e por município.*

Fica evidente que os CIS apenas trabalham com especialidades médicas e que alguns consórcios ofertam algumas especialidades de consultas e exames enquanto outros não. Isso pode ser justificado pela localização geográfica e pela distribuição dos profissionais médicos entres as regiões de saúde do nosso Estado, já que as especificidades de um território, o seu desenvolvimento social e tecnológico, podem atrair ou expulsar profissionais. Os CIS também garantem o acesso à saúde especializada em regiões que são pouco desenvolvidas, pois trabalham com oferta de serviços em escala e possibilidade de valores além da tabela SUS simples.

Na entrevista, o CIS de menor porte entrevistado relatou:

*[...] não consigo avançar muito na oferta de serviços aos municípios, já que a localização geográfica de Ivaiporã dentro do Paraná não me ajuda; não tenho serviços próximos e nem especialistas dispostos a vir aqui. Acabado tendo que ter uma tabela bem diferenciada por credenciar meus serviços.*

Mesmo tendo sido estimulado e criado para suprir lacunas assistenciais deixadas pelo governo do estado na assistência secundária, o Gráfico

8 demonstra outras áreas que os CIS estão adentrando para viabilizar demandas municipais.

**Gráfico 8 – Frequência de outros Serviços oferecidos pelos consórcios – 2013**



**Fonte:** a própria autora.

Identificamos nesse gráfico que 67% dos consórcios que responderam ao questionário já estão viabilizando cirurgias eletivas aos municípios consorciados; 50% gerenciam Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) em suas regiões de saúde; 42% gerenciam Hemonúcleos ou Hemocentros, Laboratórios de patologias clínicas e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); e 25% gerenciam o transporte sanitário de sua região em saúde.

Esses dados demonstram uma indefinição dos papéis dos CIS oriundas das incógnitas e dificuldades de execução dos acordos interfederativos, direcionando cada vez mais o município a dar respostas, já que este é o ente que encontra-se legitimado e com maior proximidade das demandas territoriais.

Assinala-se, então, uma adaptação e uma ampliação de sua função originária, demandada pelo próprio sistema e induzida pelo gestor municipal, que necessita suprir suas necessidades em saúde de maneira imediata. Assim, trata-se o CIS de uma maneira mais ágil de suprir o subfinanciamento crônico da Saúde, levando-nos a evitar o debate ampliado da Saúde Pública brasileira e a privilegiar a resolutividade a qualquer custo.

Hoje, os consórcios estão assumindo funções que vão além de oferecer aos entes consorciados a média complexidade mediante o Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT), como também viabilizando o acesso para demais programas e/ou políticas criados pela União e pelo Estado. Como ilustração disso, já possuímos consórcios gerenciando a rede de urgência e emergência por meio da

operacionalização do Samu. Desse modo, percebemos que o papel do CIS se altera conforme a demanda regional existente.

As relações interfederativas trazem grandes discussões para a política de saúde brasileira, passando também pela judicialização da Saúde, já que está vinculada não apenas às responsabilidades de execução de ações, mas também à responsabilidade de financiamento destas. Tais relações são permeadas por inúmeros processos contraditórios, como ilustração: o Estado do Paraná cria o Programa Mãe Paranaense, mas quem executa e financia os serviços são os municípios, podendo ou não ser por meio do consórcio; o governo federal cria as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e repassa recursos de custeio mensal que não são suficientes para cobrir as despesas, com o *deficit* devendo ser custeado pelo município; as cirurgias eletivas o Município ou o Estado deve custear.

Existe uma positividade nesse processo quando percebemos que os CIS são vistos pelos entes públicos federados como capacidade gerencial singular instalada para absorver demandas regionais, e, destarte, o Estado vai abandonando a gestão e a execução do público e se esvaziando de suas funções.

Ao analisar os dados da pesquisa, concluímos que, dos 24 consórcios de saúde existentes no estado do Paraná, 79% correspondem a CIS de pequeno e médio porte, sendo que sua maioria surgiu após o governo de Jaime Lerner em 1995, e, ainda, que a maioria possui estrutura física cedida pelo Estado; 58%, após a Lei nº 11.107/2005, optaram pela natureza jurídica do direito público, e o mesmo percentual relatou não realizar prestação de contas ao conselho de saúde.

Tal informação é de extrema preocupação, tendo em vista que, em 2013, apenas pelos CIS que responderam o questionário, foram executados R\$ 105.971.000,00, para garantir 713.554 consultas e 1.443.920 exames especializados. Identificamos ainda uma indefinição do papel dos CIS, pois eles podem flutuar conforme a demanda regional, já que garantem aos entes consorciados acesso a outros tipos de programas, como cirurgias eletivas, CAPS, Samu e CEO, configurando uma transferência gradual da gestão do Estado na política de saúde e uma absorção pelo consórcio.

### 3.3.1 O Financiamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde e o *Mix* Público-Privado

O direito universal à saúde, o qual fundamenta o SUS, representa uma profunda ruptura com as formas pretéritas de organização das políticas de saúde no país. A promulgação da CF de 1988 trouxe o conceito ampliado de saúde e o reconhecimento dos direitos à cidadania e o acesso aos cuidados e à atenção à saúde, organizados por um sistema único sob responsabilidade estatal e integrante da Seguridade Social, o que inscreveu o Brasil entre os países que defendem a universalização dos direitos sociais (BAHIA, 2005).

Esse novo modelo de sistema de saúde, oriundo do debate da Reforma Sanitária, apresenta-se de maneira bastante contraditória, uma vez que logrou-se instituir uma política pública de caráter universal do direito à saúde, mas que também convive com os interesses do mercado privado de saúde.

E importante assinalar que as características das relações entre o público e privado na área da Saúde, entre elas a privatização e a segmentação das demandas iniciadas com os IAPs, foram estabelecidas antes do golpe militar.

Ao buscar literatura sobre a evolução histórica da relação do público e do privado na área da Saúde brasileira, identificamos produções das seguintes autoras: Ligia Bahia (2005 e 2008) e Maria Lucia Teixeira Werneck Viana (1998). Ambas as autoras pontuam a escassez de estudos que se detêm na privatização da rede assistencial do SUS, analisam a relação do crescimento dos planos de saúde privados e discorrem sobre a presença da instituição pública em determinadas especialidades e da privada em outras, tendo como exemplo a atenção básica, coberta pelo público, e a hemodiálise e as demandas de alta complexidade, executadas pelo setor privado.

Com maior aproximação da discussão do *mix* público-privado apresentado, temos os autores Evilasio Salvador (2010), Mary Jane de Oliveira Teixeira (2012) e Maria de Fátima Silianky de Andreazzi (2012).

Teixeira (2012) busca refletir sobre os impactos no campo democrático no setor de saúde, apresentando novos modelos de gestão à administração pública, culminado com a legislação que cria a Fundação Estatal de Direito Público (FEDP), na saúde, impressa no Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 92/2007 e no Programa Mais Saúde/2008-2011.

A autora faz um resgate histórico da Reforma do Estado, nos *Cadernos do Mare* (BRASIL, 1997b), e da necessidade de novas marcas na administração pública, criando parcerias com o setor privado mediante as Organizações Não Governamentais, as Organizações Sociais e a FEDP. Porém, nos debates da 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2007, a resistência à hegemonia neoliberal e a luta por uma política de saúde democrática marcaram presença.

Verificamos que a intenção era trabalhar com a iniciativa privada, ou seja, inserir os representantes do capital nas unidades públicas, criando a política de Estado que abre mão de sua função protetora e condições para a propriedade e, assim, para a manutenção do capitalismo.

O termo *mix* traz a ideia de uma combinação, de uma síntese de fenômenos diferentes, sem contradições entre eles, mas esses *mix* podem existir em diferentes graus, considerando a complexidade da política de saúde brasileira. Andreazzi (2012) alerta que existem três fenômenos nesse *mix* que podem ser entendidos como significativo dos anos 2000.

O primeiro fenômeno, segundo Andreazzi, refere-se à consolidação do grande capital e à sua maior vinculação a empresas de seguros de saúde, que, segundo IBGE (2006), teve um crescimento, entre 2002 e 2006, de 17,8% no número de estabelecimentos de saúde no país, principalmente relacionado aos sem internações, 74,6% dos quais são públicos. Isso reflete a postura de estímulo à expansão do Saúde da Família, e de outros programas voltados à atenção básica, do governo federal.

Quanto aos hospitais, segue uma tendência anterior de redução de leitos privados e de um discreto aumento de leitos públicos. O setor que mais cresceu foi o do Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT), tanto no setor público como no privado. Esse setor constitui uma das frentes de maior relevância do complexo médico-industrial financeiro, na atualidade. É aí que se concentram os interesses privados, que detêm 92,4% do total de estabelecimentos desse tipo, de acordo com Andreazzi.

Para a autora, o segundo fenômeno se refere à privatização por intermédio da terceirização e da concessão de serviços estatais a empresas privadas lucrativas e não lucrativas, entre essas, as FPDP, as OS e as ONG, como já mencionado anteriormente.

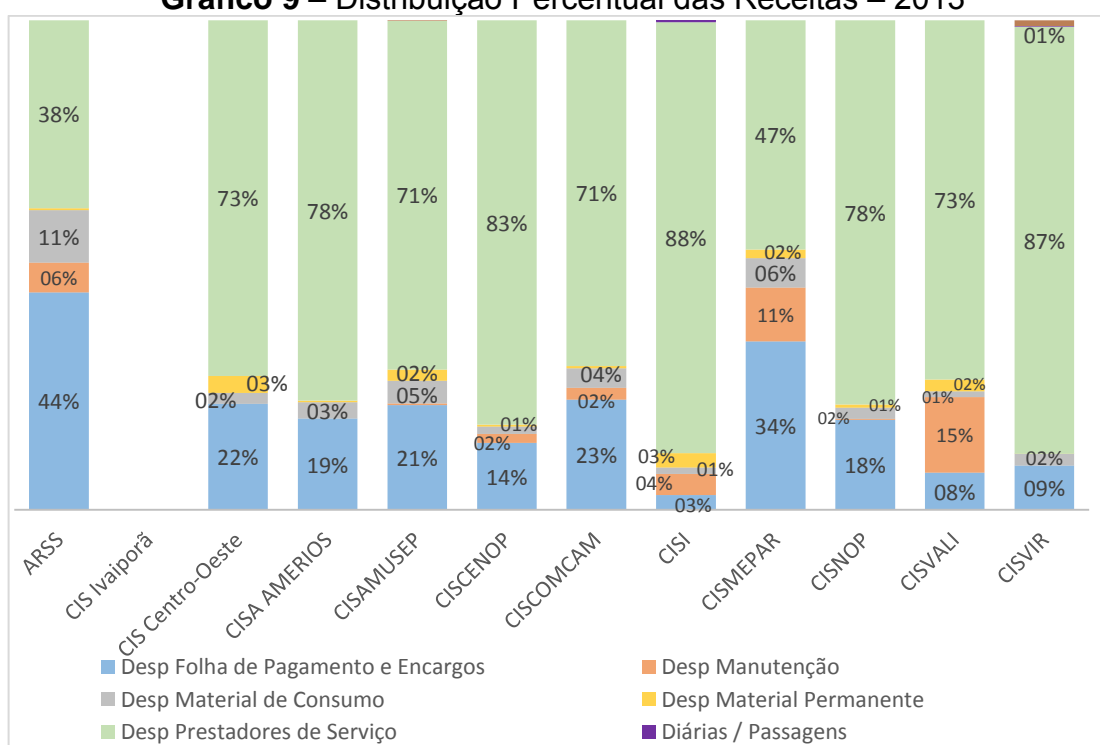
Já o terceiro fenômeno, que toma corpo nos anos 2000, é a participação do gasto privado no orçamento das famílias de mais baixa renda a despeito da cobertura formal tanto do SUS quanto de seguros privados de saúde.

Esse *mix* traz grandes impactos e desafios para a execução do SUS, uma vez que ampliar a privatização vai além do fortalecimento do mercado privado na saúde, significando também uma precarização nas relações de trabalho. Tal fato pode ser justificado pois a contratação dos profissionais de saúde tem acontecido por meio do credenciamento de empresas e do pagamento por produção realizada.

Essa diversificação de interfaces do *mix* público-privado ainda não tem apresentado pesquisas suficientes para esgotá-la, no que tange à estratégia dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, porém, tem muito dos fundamentos apresentados anteriormente, já que recursos oriundos dos tesouros municipal, estadual e federal estão sendo investidos no mercado privado mediante o pagamento de prestadores de serviços que são credenciados junto aos consórcios.

O gráfico apresentado a seguir demonstra o percentual que os CIS entrevistados têm investidos com despesas de prestação de serviços de pessoas jurídicas, demonstrando, assim, a não complementariedade do serviço público com o privado, isto é, a priorização do privado ao público.

**Gráfico 9 – Distribuição Percentual das Receitas – 2013**



Fonte: a própria autora.

Ao analisar os dados, verificamos que a maioria significativa das despesas dos consórcios de saúde estão vinculadas ao pagamento de empresas prestadoras de serviços da média complexidade, ou seja, dos SADT. Isso nos faz refletir que os CIS podem estar nas mesmas intencionalidades do PLC n°92/2007,<sup>33</sup> o que acaba debilitando a característica de uma política pública e universal nos serviços e nas ações de saúde. Assim, afirmamos que tanto na média como na alta complexidade existe uma forte presença, direta, por parte dos hospitais e, indireta, por meio dos consórcios de saúde e da rede privada, com ou sem fins lucrativos, na execução das ações.

Dessa forma, os CIS têm sido uma experiência substantiva do *mix* público-privado. No entanto, a relação desses dois setores permanece como importante fonte de conflitos e contradições. Outro debate nesse sentido é que muitos dos serviços privados (hospitais e SADT) prestam serviços tanto ao SUS e ao CIS quanto a pacientes dos seguros de saúde privados. Em muitos casos, esses serviços oferecem um padrão diferente de cuidado, dependendo do valor do pagamento recebido por paciente. Como ilustração, podemos ter dentro de um mesmo hospital tratamentos diferenciados, enfermarias lotadas de usuários pelo SUS e acomodações mais confortáveis aos demais convênios, sendo justificado pelos prestadores privados que os valores recebidos pela tabela do SUS e dos Consórcios são insuficientes para garantir um padrão assistencial adequado.

Paim *et al.* (2011, p. 93) reforçam:

No entanto, muitos não conseguiriam sobreviver economicamente sem esse aporte financeiro de recursos públicos, que corresponde a mais de dois terços de sua clientela. Defensores do SUS argumentam que a expansão da cobertura e do financiamento público, além do fortalecimento da regulação e das auditorias, é essencial para garantir padrão semelhante de atenção a todos os pacientes, do SUS ou do setor privado, e para promover a efetiva inserção do setor privado numa rede regionalizada e racionalizada de serviços de saúde. As articulações público-privadas se complicam ainda mais porque muitos pacientes utilizam ambos os subsistemas, além de que médicos, enfermeiras e outros profissionais de saúde têm mais de um emprego, frequentemente nos dois subsetores. Em

---

<sup>33</sup> Trata-se de um projeto de lei que busca fundamentar ou autorizar a instituição de fundação sem fins lucrativos, integrante da administração pública indireta, com personalidade jurídica de direito público ou privado, nesse último caso, para o desempenho de atividade estatal que não seja exclusiva do Estado.

resumo, essas complexas dimensões da combinação público-privado na saúde no Brasil estão ainda por ser adequadamente enfrentadas.

Outra discussão que se faz necessária a ser debatida com a expansão dos consórcios no Paraná refere-se aos empregos para médicos especialistas, e também para outras categorias profissionais.

Tabela 4 – Tipos de profissionais e forma de contrato

Consórcios	Médicos			Enfermeiros			Psicólogos			Assistente Social			Nutricionista			Fonoaudiólogos			Outro Profissional Niv. Superior			Aux. /Tec. Enfermagem			Administrativo			Outros			Total		
	Cedido	Próprio	P. Serviço*	Cedido	Próprio	P. Serviço	Cedido	Próprio	P. Serviço	Cedido	Próprio	P. Serviço	Cedido	Próprio	P. Serviço	Cedido	Próprio	P. Serviço	Cedido	Próprio	P. Serviço	Cedido	Próprio	P. Serviço	Cedido	Próprio	P. Serviço						
ARSS	5	3	35	1	1	2	0	2	2	0	2	0	0	0	1	0	0	1	1	6	2	1	1	7	0	1	10	0	0	4	0	106	
CIS Ivaiporã	0	0	23	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	6	0	0	27	0	61		
CIS Centro-Oeste	0	0	10	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	16		
CISA AMERIOS	8	2	4	0	4	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	1	4	0	0	7	0	3	8	0	7	20	0	82		
CISAMUSEP	8	2	28	1	3	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	8	0	1	4	0	1	21	0	1	8	0	100		
CISCENOP	0	2	72	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	1	2	0	14	0	0	5	0	104			
CISCOMCAM	2	0	72	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5	0	0	0	8	0	0	15	0	0	4	0	110			
CISI	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	2	0	8		
CISMEPAR	2	1	89	0	9	1	0	2	4	0	2	1	0	1	0	0	2	1	1	1	5	14	1	3	8	0	0	58	0	0	20	0	300
CISNOP	0	1	3	0	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	7	1	0	5	0	0	4	0	0	4	0	0	15	0	61			
CISVALI	4	0	35	0	1	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	6	0	0	1	0	52			
CISVIR	0	2	56	0	2	0	0	0	2	0	2	0	0	0	2	0	0	1	0	9	3	2	2	0	0	8	0	0	1	0	92		
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>42</b>	<b>427</b>	<b>3</b>	<b>37</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>60</b>	<b>23</b>	<b>5</b>	<b>86</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>153</b>	<b>2</b>	<b>17</b>	<b>107</b>	<b>0</b>	<b>1092</b>		
<b>Total Profissão</b>	<b>524</b>			<b>43</b>			<b>21</b>			<b>13</b>			<b>6</b>			<b>22</b>			<b>85</b>			<b>94</b>			<b>160</b>			<b>124</b>					

\*médicos ou clínicas

Nota: Os não respondidos foram considerados como 0.

Fonte: a própria autora.

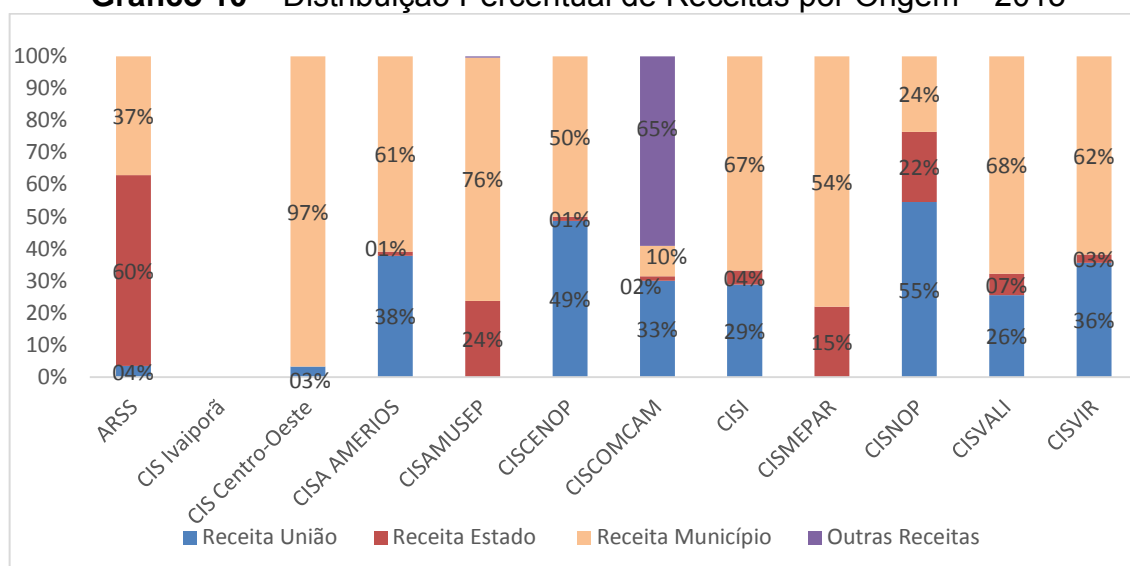
O presente estudo evidenciou que os consórcios tiveram um papel importante no mercado de trabalho, pois apenas os 12 sujeitos desta pesquisa disponibilizaram, em 2013, 1092 empregos. No entanto, mesmo com esse número significativo, existe uma forte preocupação, e que pode ser fruto de um posterior estudo, com relação à tendência de precarização da relação de trabalho dos médicos com o CIS, já que não existe relação formal de trabalho.

Dos 524 profissionais médicos dos CIS pesquisados, 427 (81%) são prestadores de serviço por credenciamento de empresas. Ou seja, os médicos majoritariamente, mas também outros profissionais, vêm sendo contratados por produção, e não por concursos públicos, o que gera polêmica, já que os recursos financeiros dos CIS provêm exclusivamente de verbas públicas.

Os CIS, sendo a materialidade do *mix* público-privado, são também a concretude da privatização de política pública, podendo trazer implicações, além da mercantilização de precarização do trabalho, e comprometimento no padrão de proteção social no orçamento público, e, se mais aprofundado, na universalidade, criando critérios de seleção.

Outro aspecto identificado no presente estudo, fruto da descentralização e da municipalização, corresponde aos percentuais das fontes de financiamento dos consórcios. O gráfico a seguir demonstra por ente federativo o repasse de cada um para a manutenção do CIS, e fica nítido que, entre a União, o Estado e o Município, o que repassa maior recurso a essa estratégia de gestão são os Municípios. Assim, ao passo que ocorreu a descentralização e o fomento da regionalização, não houve uma reforma tributária que respaldasse as novas responsabilidades que os municípios assumiriam na execução da política de saúde.

A principal fonte de financiamento são os recursos do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), visto que há legislação respaldando a possibilidade de remanejamento desses recursos entre os municípios – artigo 3º da Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a).

**Gráfico 10 – Distribuição Percentual de Receitas por Origem – 2013**

**Fonte:** a própria autora.

Os CIS, no âmbito da política pública de saúde, estão se configurando como um grande operacionalizador do *mix* público-privado, em que recursos públicos estão sendo investidos na manutenção do mercado, não mais na perspectiva de complementariedade, mas no aspecto em que são as empresas que estão executando uma política pública, ocorrendo, nesse cenário, uma possível inversão do papel do Estado.

Concluimos, ainda, que os CIS fazem parte da gestão de uma política pública que fomenta a precarização das relações formais de trabalho, já que profissionais, como os médicos especialistas, os psicólogos, os nutricionistas e os fonoaudiólogos, são prestadores de serviços por intermédio de empresas. Os CIS, em sua grande maioria, realizam concursos apenas para profissionais de nível médio, tais como: auxiliar ou assistente administrativo, recepcionistas, técnico de enfermagem, entre outros.

Tal cenário converge para defendermos o argumento de que está ocorrendo um esvaziamento das funções estatais e um estímulo ao setor privado, pela legalidade jurídica dos CIS, uma vez que a política foi direcionada pela União, prevista na CF, estimulada pelo Estado do Paraná na década de 1990 e está sendo executada pelos Municípios, os quais, nesse novo contexto, além de garantir a atenção básica à sua população de referência, está tendo também que garantir o acesso à média complexidade.

A seguir, abordamos o Estado do Paraná e a sua relação com os consórcios de saúde.

### 3.3.2 A Relação do Estado do Paraná com os Consórcios Intermunicipais de Saúde

Conforme Cruz (2001), as experiências mais relevantes de consorciamentos, no Brasil, encontram-se na área da Saúde, e Minas Gerais e Paraná são os estados em que essas experiências mais se difundiram, justamente pelo incentivo que os governos desses estados tiveram com a criação dos consórcios. Em 1999, por exemplo, Minas Gerais tinha 92,4% do total de municípios consorciados na área da Saúde, sendo seguido pelo Paraná e por Santa Catarina, com, respectivamente, 77,6% e 73,7%.

Após o pioneirismo do CIS de Penápolis-SP, já citado anteriormente, na década de 1990, iniciou-se a criação dos consórcios em Minas Gerais, sendo que a primeira proposta foi resultante da cooperação intermunicipal, e com a participação de 15 municípios, cujos prefeitos eram filiados a uma diversidade de partidos, e por intermédio da Faculdade de Ciências Médicas, entidade privada de ensino, foi instituído o Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Alto São Francisco (Cisasf). Tal proposta buscava a operacionalização de um projeto de residência médica, para viabilizar e ampliar o atendimento do hospital de Moema, construído com recursos federais e mantido até então pela prefeitura de Moema.

Sobre essa experiência, Rocha e Faria (2004, p. 20) mencionam que

A criação do CISASF teve impacto no país, já que seu presidente deu entrevista no *Globo Ciência* e no *Programa Sem Censura*, e o jornalista Marcio Moreira Alves escreveu no jornal O Globo um artigo de grande repercussão sobre a experiência; Isso facilitou a obtenção de apoio do governo estadual, consubstanciado no fornecimento de recursos financeiros e técnicos.

Ainda segundo os autores, após a posse de Eduardo Azeredo (PSDB), em 1995, o mesmo período de criação dos CIS em nosso estado, toma impulso a criação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais, em que o papel da Secretaria Estadual de Saúde (SES) seria divulgar a proposta de formação dos CIS, assessorar sua implantação e apoiá-los financeiramente.

Mediante tal cenário em Minas Gerais, em 1998, já existiam 70 consórcios de saúde implantados e amparados financeiramente pelo governo do estado.

Como visto, o mesmo roteiro aconteceu no estado do Paraná, porém, com o incentivo da formação de uma cooperação horizontal, em 1995, até o aporte financeiro para as ações assistenciais executadas pelos consórcios na sua região de saúde, houve uma lacuna temporal de aproximadamente 17 anos.

No ano de 2012, a Secretaria de Estado de Saúde do Paraná, por intermédio do governador Carlos Alberto Richa (2011 – atualmente) (PSDB), criou o programa Comsus, que nasceu com o propósito de qualificar a atenção ambulatorial secundária do estado para atender às necessidades de saúde da população, sendo que seu principal objetivo era implantar os Centros de Especialidades Regionais em todas regiões de saúde, mediante parceria firmada com os consórcios de saúde. O Comsus apresentou como objetivos específicos: alinhar o modelo de atenção dos CIS de acordo com as redes de atenção à saúde prioritárias do estado – Rede Mãe Paranaense, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção à Saúde do Idoso, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde Mental –; implantar incentivo de custeio para ampliar a oferta de serviços especializados; implantar incentivo de investimento para a melhoria da estrutura e de equipamentos dos Centros de Especialidades Regionais; inserir os CIS nas Redes de Atenção à Saúde, integrados à atenção primária e à terciária; operar com eficiência e efetividade; preencher vazios assistenciais; melhorar a capacidade de gerência dos Consórcios (PARANÁ, 2015a).

Ainda conforme o programa, sua operacionalização é executada por três componentes: **incentivos de custeio**, em que é destinado um recurso mensal, o qual terá como base o fator de correção das desigualdades regionais e, portanto, diferenciado conforme as demandas regionais; **incentivo de investimento**, é repassado aos CIS recursos financeiros de investimento para obras e equipamentos; e **capacitação**, na qual são ofertados cursos em gestão e planejamento regional de saúde para os gerentes dos consórcios, conforme já mencionado na nossa metodologia.

Mediante informações obtidas<sup>34</sup> junto ao Núcleo de Descentralização em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná, segue o investimento nos

---

<sup>34</sup> Foi solicitado via *e-mail* ao Núcleo de Descentralização em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde.

consórcios de saúde: em 2015, o valor orçado para custeio do Comsus foi de R\$ 17.667.600,00; e, de 2012 a 2015, foi investido R\$ 40.000.000,00 em obras e R\$ 11.900.000,00 em equipamentos.

Observamos, mediante a criação Comsus, o início de um novo relacionamento do Estado do Paraná com os consórcios de saúde, em que, inicialmente, houve a transferência de funções, de equipamentos e de estruturas físicas, e, depois, transferência financeira e qualificação para auxílio na manutenção dos CIS. Dessa forma, identificamos o espaço contraditório em que os consórcios estão inseridos, já que tal relacionamento pode induzir à compreensão de um aumento de transferência de funções e ao reconhecimento dos impactos que essa estratégia de gestão pode desenvolver.

De acordo com as falas do grupo focal: “[...] *Há essa sinalização do Estado, eu acho que isso é favorável, a mudança de gestão, essa qualificação que nós estamos tendo, eu acho que o caminho está mais que correto*” (Sujeito 2); “*No Paraná, acredito que há iniciativas importantes e um discurso favorável às soluções a partir de ferramentas que poderão oferecer soluções e benefícios à saúde por meio dos CIS, tais como o COMSUS*” (Sujeito 6).

No entanto, ao levantar o tema Comsus no grupo focal, foi bastante significativo o consenso da existência do aumento de cobrança, pela Sesa do Paraná, que os consórcios estão tendo após a implantação desse programa, fortalecendo a ideia de que o privado pode fazer parte da execução de uma política desde que seja coordenado pelo público, e não o inverso. Porém, identificamos nas falas desses sujeitos visões negativas quanto ao aumento de cobrança, pois estes compreendem que o CIS faz parte de uma política pública do SUS, no entanto não têm definido ainda os seus mecanismos de controle e regulação.

Outro viés negativo levantado em relação à implantação do Comsus foi o aspecto de moeda de troca e de favoritismos políticos que sua implantação trouxe às regiões de saúde.

*[...] uma cobrança muito grande em relação a nós, até com essas linhas de atendimentos, essas redes de atendimento que estão tentando implantar, que já começou implantar pelo Mãe Paranaense. Acredito que foi um avanço muito grande esse rapasse do dinheiro do COMSUS, porque o Consórcio não tinha esse tipo de investimento. Foi um avanço, mas ainda tem muito que avançar, pois*

*agora tem outras redes, que querem que a gente implante, só que assim precisa-se sim de recursos (Sujeito 1).*

*A gente recebeu o presente de um curso, que é maravilhoso, que é ótimo, que tem um monte de coisa de graça, que custa uma fortuna se agente fosse contratar uma assessoria, é sim! A qualidade desse curso é inquestionável! Mas nós somos cobrados, se você não fizer você perde cinco pontos, se você não realizar esse ponto, esse, esse esse, e esse item da avaliação você perde recurso financeiro (Sujeito 6).*

*[...] algumas questões ainda que a própria secretaria de estado exige que os consórcios façam, muitas vezes até de forma ilegal, não dentro da legalidade, isso complica e traz algumas situações de animosidade entre o próprio consórcio, para os próprios prefeitos com a secretaria de estado. Nós tivemos uma questão dos Hemonúcleos, nós até hoje fizemos só um aditamento ao convênio por seis meses, daqui seis meses nós não sabemos o que vai ser, sabe, por uma imposição, por uma questão de contratação de pessoal, que nós como consórcio não podemos fazer. Se o Estado não pode fazer, nós também não podemos. Então, eu acho assim, ainda existe algumas questões a nível de secretaria, algumas cabeças lá dentro pensantes, que estão lá que seriam (Sujeito 5).*

Foi reiterada por diferentes sujeitos a insatisfação em ter que executar um política que não foi planejada e construída pelos consórcios, e, dessa maneira, que não corresponde às demandas regionais de tais consórcios, sendo esse também um dos nós críticos das relações interfederativas.

Como já visto, os consórcios de saúde não têm assento nas Comissões Intergestoras Regionais (CIRs) e nas Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs), mas fazem parte da estratégia de gestão que operacionaliza a regionalização. Assim, eles estão inseridos no contexto, mas existe uma fragilidade na discussão do planejamento regional. Como exemplo, temos as Redes de Atenção à Saúde<sup>35</sup> prioritárias da Sesa, nas quais são trabalhados novos conceitos de assistência, utilizadas inicialmente pelo estado de Minas Gerais, que visa atender o paciente de forma integral. Inicialmente, a proposta foi ideal para a superação dos desafios impostos para a garantia dos princípios doutrinários do SUS, mas a sua operacionalização fica por conta, mais uma vez, dos consórcios, e, assim, dos municípios consorciados, apresentando uma distância entre os atores do planejamento e os atores da execução da proposta.

<sup>35</sup> São as Redes que estão no Mapa Estratégico de 2011 da Secretaria Estadual de Saúde: Rede de Atenção à Saúde Mental, Rede Mãe Paranaense, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção à Pessoa Idosa e Rede de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência (PARANÁ, 2015a).

A partir do momento que o CIS implanta as redes, a oferta de serviços disponíveis aos municípios consorciados não é mais rateada percapitamente, como funcionou com os consórcios nesses 20 anos de seu surgimento. Após o repasse do incentivo de custeio do Comsus, e tendo os CIS a obrigatoriedade<sup>36</sup> de implantar suas ações pautadas em redes e modelos de atenção definidos pela Sesa, criou-se novos desafios aos coordenadores de consórcios: regular o acesso dos pacientes às redes, tarefa antes desempenhada pelos gestores municipais; e dialogar com os gestores municipais, já que estes podem não ter mais a disponibilidade de seus serviços conforme sua programação físico-financeira, calculada percapitamente.

*R\$78.000,00 que nós precisamos para mudar essa realidade? Nós precisamos é “x”, é essa a necessidade. Então, e quando a gente recebe um presente, agora o presente é um Centro de Especialidade, não é um presente, é um recurso de tal rede. A realidade, na verdade é dura para nós, porque nós vamos precisar de custeio, nós vamos precisar de manutenção, nós recebemos uma série de ônibus, é um grande presente. É uma fortuna sim, mas existe uma outra fortuna que nós também vamos ter que desembolsar pra colocar isso para resolver [...]. Quer dizer, a gente recebe com uma mão, mas pra que? Pra trabalhar uma política que não fomos nós que criamos, é pra obedecer (Sujeito 6).*

Desse modo, verifica-se o avanço de ter um incentivo aos consórcios de saúde no estado do Paraná, porém, fica nítida uma fragilidade da relação da Secretaria de Estado de Saúde com esses consórcios. Podemos apontar inúmeros elementos que colaboraram com tal animosidade, os quais, em sua grande parte já foram resgatados no presente estudo: o esvaziamento assistencial deixado pelo estado, estimulado pela Reforma do Estado; a criação de uma política na qual os executores são os CIS e os planejadores são outros entes; a perda de função estatal; a incógnita da real função dos consórcios; e até a falta de representatividade de um colegiado que simbolize os consórcios no Paraná e dialogue com a Sesa.

Atualmente, existem duas instâncias que podem auxiliar na viabilização das demandas dos consórcios de saúde junto à Secretaria de Estado a

---

<sup>36</sup> Para a adesão ao Comsus, o Consórcio de Saúde deve apresentar a Sesa e o Plano de Trabalho, mencionando que irá executar as redes de atenção à saúde prioritárias da Sesa, e demonstrar a ampliação dos atendimentos. Trimestralmente, é realizada uma avaliação pelas Regionais de Saúde, na qual é conferido se as metas foram atingidas, e, após atingirem a pontuação necessária, recebem o recurso na integralidade.

serem fortalecidas. Uma delas é a Acispar,<sup>37</sup> a qual trata-se de uma associação dos consórcios e associações intermunicipais de saúde, porém, seu coordenador é um funcionário da Sesa do Paraná e também, atualmente, acumula o cargo de diretor geral de uma Regional de Saúde, o que pode impossibilitar sua representatividade sobre os consórcios, já que tem múltiplos interesses. A segunda instância são as Comissão Intergestoras, tanto Regional como Bipartite (CIR e CIB), em que os consórcios não possuem legitimidade, e, em algumas regiões de saúde do nosso Estado, não são nem convidados às reuniões.

Ainda no debate de ampliação do papel dos consórcios, devemos pensar que o que torna a cooperação atraente é o potencial aumento do poder de diálogo, pressão e negociação em face dos governos estadual e federal, já que antes competiam individualmente por novos recursos e agora cooperam no sentido de viabilizar coletivamente suas demandas, pensamos ser este o intuito da criação da Acispar. Contudo, no estado do Paraná, como visto, e mesmo com a expressividade de suas representatividades física e financeira na política de saúde, essa união dos consórcios por intermédio da Acispar e de sua relação com a Sesa não tem se dado de maneira satisfatória por parte dos consórcios.

*Eu na verdade tenho uma grande preocupação com relação ao COMSUS, porque na verdade eles estão jogando mais uma vez a responsabilidade que seria deles do estado, da SESA, das regionais de saúde, em cima dos consórcios (Sujeito 5).*

*[...] a questão de um fórum de deliberação, o fórum de deliberação é na CIB que se delibera? Por que que nós não temos cadeira? O fórum de deliberação é na CIR? Por que que nós somos meros convidados? Então, o nosso fórum de deliberação nos consórcios enquanto gestor, enquanto ferramenta da gestão, é aonde? É na associação? Nós vamos deliberar na associação? Essas deliberações elas vão ser levadas e apresentadas enquanto documentos? Onde? Em que momento? (Sujeito 6)*

Feitos os apontamentos da análise dos CIS e de sua relação com o Estado do Paraná, surgiu a necessidade de debatermos os papéis desenvolvidos pelos CIS em nosso estado.

---

<sup>37</sup> Para maiores informações, acessar o *site* da Acispar, disponível em: <<http://acispar.com.br/>>.

### 3.3.3 A Metamorfose dos Papéis dos Consórcios Intermunicipais de Saúde

Inicialmente, para pensar nos papéis dos consórcios, devemos relembrar brevemente que eles surgiram na década de 1990, momento da Reforma do Estado Brasileiro, como resultado das fragilidades e dos desafios resultantes do processo de descentralização das políticas sociais e, assim, da política de saúde, em que a cooperação intermunicipal ganhava relevância para a desfragmentação da gestão pública.

O conceito de desfragmentação é utilizado por Rocha e Faria (2004), ambos da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), no artigo “Descentralização e Desfragmentação na Provisão de Saúde Pública: a Experiência dos Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais”, no qual defendem que, ao descentralizar, como forma de distribuição de poder, fragmenta-se então a ação pública resultante.

Segundo Coelho e Veloso (1997, p. 37), para a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais fomentar a criação dos consórcios, foi argumentado que essa cooperação era vantajosa, visto que:

a) permite que a população seja tratada na própria região, sem a necessidade de deslocamento para os grandes centros; b) viabiliza o acesso dos usuários do SUS à moderna tecnologia médica; c) reduz a ociosidade dos equipamentos, permitindo economia dos recursos financeiros; d) facilita a troca de experiências administrativas, técnicas e científicas entre os municípios; e) auxilia na captação de recursos para região; f) permite a uniformização na política de pessoal, realizando concursos de admissão conjuntos, com planos de cargos e salários semelhantes, para evitar concorrência regional, além de permitir o treinamento de recursos humanos integrado; g) permite a elaboração de programação orçamentária conjunta e planos municipais de saúde com linhas básicas de ação semelhantes, facilitando elaboração destes procedimentos; h) facilita o estabelecimento de referência e contra referência; i) permite o desenvolvimento de mecanismos de avaliação e controle comuns; j) maximiza a utilização de recursos e diminui o custo da compra e contratação de serviços, medicamentos e materiais médico-hospitalares, através da economia de escala, podendo ser feitos processos licitatórios comuns.

Dessa forma, ilustra-se as inúmeras possibilidades que os consórcios apresentavam aos chefes dos executivos de dado território, como, por

exemplo, a garantia de acesso regional a uma política pública ao tripé eficácia/eficiência/efetividade na gestão de uma política de saúde regional.

Pautados em Ribeiro e Costa (2000), apresentamos uma tabela que confirma que a maioria dos consórcios de saúde no Brasil foram criados para ofertar assistência especializada a uma região, por meio do SADT, e que a instância deliberativa de tomada de decisões são os conselhos de prefeitos. Assim, podemos notar que o papel inicial dos consórcios de saúde era promover a atenção secundária aos seus entes consorciados, e que, como demonstrado na análise anterior, sua atuação hoje vai além dos SADT e perpassa outras áreas de assistência, demonstrando a metamorfose dos papéis desempenhados.

**Tabela 5 – Consórcios Intermunicipais e Objetivos**

<b>Consórcio</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Estrutura Gerencial</b>
Santa Rosa-RS	Assistência Especializada	Conselho de Prefeitos
Santa Maria-RS	Assistência Especializada	Conselho de Prefeitos
Campo Mourão-PR	Assistência Especializada	Conselho de Prefeitos
Conchas-SP	Gestão Hosp. Regional	Conselho de Prefeitos
Penápolis-SP	Assistência Especializada	Conselho de Prefeitos
Alto São Francisco-MG	Gestão Hosp. Regional	Conselho de Prefeitos
São Lourenço-MG	Assistência Especializada	Conselho de Prefeitos
Hemolagos-RJ	Banco de Sangue	Conselho de Prefeitos

**Fonte:** Ribeiro e Costa (2000, p. 187).

Ao ser o conselho de prefeitos a instância final de deliberação dos consórcios de saúde e prevista pela Lei nº 11.107, outro contrassenso é registrado, já que temos dois espaços divergentes de planejamento e aprovação de uma política regional, e que não possuem os mesmos atores envolvidos. Na assembleia geral de prefeitos/conselho de prefeitos, os chefes dos executivos cooperados de determinado CIS definem e aprovam suas estratégias, e, num segundo espaço, as comissões intergestoras, confirmadas pelo Decreto 7.508 (BRASIL, 2011), também definem e aprovam as ações regionais e estaduais, em que os participantes são os gestores de saúde, que nem sempre estão em consonância com as estratégias dos chefes do executivo.

Quanto a essa contradição dos espaços deliberativos regionais, temos a seguinte fala da entrevista do consórcio de menor porte:

*Em nossa regional estamos tendo um grande problema com a gestão de alto risco. Não temos prestador disposto a vir atender conosco pela tabela que praticamos, e olha que pagamos três vezes a tabela sus para consulta especializada. Na última assembleia de prefeitos, foi proposto para que aumentássemos o valor para conseguir atrair o profissional, e não foi aprovado, pois os prefeitos entenderam que se subir o preço para obstetrícia poderíamos abrir precedente para as demais especialidades. Na última CIB, a regional de saúde veio nos cobrar um posicionamento sobre nosso ambulatório de alto risco e os secretários de saúde também. Olha a “sinuca” que ficamos (destaque da autora).*

Observamos, desse modo, a confirmação do consórcio de saúde na superação da fragmentação das demandas regionais, uma submissão à Secretaria Estadual de Saúde e uma falta de elo entre as temáticas trabalhadas nas CIRs e CIBs e nas assembleias gerais de prefeitos.

Voltando aos papéis desenvolvidos pelos consórcios em sua região de saúde, verificamos que no nosso estado raro é o CIS que está gerenciando apenas o SADT, conforme demonstrado na tabela a seguir.

**Tabela 6 – Serviços prestados por Conselho – 2013**

Centro de Especialidade Odontológica	Centro de Atenção Psicossocial	Cirurgias Eletivas	Laboratório	SAMU	Hemonúcleo	Hospitais	Farmácia	Casa de Apoio	Transporte Sanitário
CIS Ivaiporã	ARSS	CISMEPAR	ARSS	CISNOP	ARSS	CISMEPAR	CISMEPAR		ARSS
CISA AMERIOS	CIS Ivaiporã	CIS Ivaiporã	CISA AMERIOS		CIS Ivaiporã				CISVIR
CISAMUSEP	CISA AMERIOS	CISA AMERIOS	CISCOMCAM		CISVALI				CISI
CISCENOP	CISA AMERIOS	CISAMUSEP	CISA AMERIOS		CISCENOP				
CISVIR	CISMEPAR	CISCENOP	CISMEPAR		CISMEPAR				
	CISNOP	CISVIR	CISNOP		CISCENOP				
	CISVIR								

**Fonte:** a própria autora.

Tais informações nos remeteram a pontuar que a maioria das estratégias de cooperação intermunicipais surgiram no Brasil objetivando a assistência especializada. Nessa mesma perspectiva, temos o estado do Paraná, onde o estímulo aos CIS foi para gerenciar os antigos CREs, no entanto, com novas normativas e projetos, essa estratégia de gestão foi absorvendo novos papéis: assistência da saúde mental, odontologia, cirurgias eletivas, urgência e emergência,

banco de sangue, entre outros. Ou seja, os papéis dos consórcios se alteraram de acordo com as necessidades territoriais para permitir o acesso a novos programas, já que possuem uma flexibilidade de gerência administrativa.

Confirmando a inúmera possibilidade desses papéis, temos trechos da entrevista do consórcio de maior porte, o qual relata:

*Atualmente, o CIS desempenha o papel de ferramenta da gestão intermunicipal, a partir de ações de governança, assistência e apoio formador. Na área de governança são planejadas, iniciadas e desenvolvidas propostas de solução junto aos municípios e em seu nome, com finalidade de otimizar recursos e elencar alternativas para o benefício do sistema de saúde local/regional. No âmbito da assistência direta à saúde são realizadas ações tais como manutenção de um centro de especialidades ambulatorial, a contratação de equipes de Atenção à Urgência/Emergência e equipes para execução de cirurgia eletiva. As atividades realizadas pelo CIS enquanto apoio formador são direcionadas à capacitação e formação de equipes de assistência à saúde em todas as categorias das unidades APS, bem como subsídio aos gestores municipais e regionais.*

Durante a realização do grupo focal, quando levantado o tema do papel dos consórcios de saúde, foi unânime a discussão de sua personalidade: prestador versus gestor, e em sua grande maioria foi defendido, pelos sujeitos, o CIS como função de gestor: “*Nós não podemos ser tratados separadamente como um prestador, eu acho bem equivocada essa ideia que nem do Conselho Municipal de Saúde que o consórcio é um prestador*” (Sujeito 1).

*Começamos sim como prestadores, mesmo numa visão equivocada, eu acho que fomos os primeiros a ir, a dizer e falar que não éramos prestadores não. Que a partir do momento em que nós somos formados por gestores, nós somos sim um braço da gestão, que éramos proprietários de um prestador. [...] a gente vai na condição de braço de gestor, e um braço executante, e um braço que sabe ajudar, que vai lá, que tem ideia, que tem concepção. [...] Então assim, hoje gente, eu sou conselheira municipal, já fui conselheira estadual, é muito orgulho quando você chega e consegue dizer que você conseguiu uma vaga, e aí você vira e fala assim, eu poderia ter duas: nós podemos ter podemos ter uma vaga de prestador, porque nós temos um ambulatório que é um prestador, mas nós podemos ter uma vaga também na condição de gestor (Sujeito 3).*

*[...] então nossos papéis são e não são, num momento nós somos cobrados como executores, vocês são gestores da ação, vocês tem que tomar frente, onde já se viu vocês gestores fazer uma palhaça*

*dessa, nós já fomos cobrados aqui dentro assim. Só que do outro lado, imagina vocês são prestadores de serviço, depende da ocasião, por isso que eu brinquei àquela hora e falei: nós temos que nem adolescentes, uma hora nos somos adultos e outra hora nós somos crianças (Sujeito 7).*

Tal posicionamento demonstrou a dificuldade dos sujeitos em compreender a sua função dentro do sistema de saúde regional, tendo em vista que, quando os consórcios optam pela natureza jurídica de direito público, tornam-se uma autarquia indireta da administração.

Outro ponto a ser debatido e que converge para esse tipo de posicionamento é o espaço e o aumento de funções que os CIS vêm tendo dentro das demandas regionais, na gestão compartilhada dos desafios e na alternativa para a operacionalização das dificuldades do território.

Defendemos que os consórcios têm ganhado espaço no processo de gestão de saúde, porém, tendo sua personalidade como prestador; partindo do conceito de que a gestão é um ente municipal e planejada, *a priori*, pelos gestores, que correspondem a sujeitos políticos nomeados pelo chefe do executivo.

Já o Sujeito 10 relatou o seguinte:

*Então consórcio ele seria complementar, há necessidade com que ele fosse criado. E aí, enfim é o que vocês todos tem de saber que são outro, porque se nós somos complementar no sistema, como nós queremos ser gestores? Gestor são os três entes, assim está a lei 8.080, infelizmente é essa a realidade, nós somos prestadores, baseado na 8.080, e na 8.142. Nós somos serviços complementares, como a OSCIP é, com o Hospital é, essa realidade está sendo mudada com outra concepção, então assim: eu ainda, a minha avaliação, é que o papel do consórcio ele está legalizado, mas não está legitimado. Então eu vejo assim que não está claro no Brasil o papel dos consórcios, porque ele deve ser complementar e pelo espaço vago ele ocupou.*

Destarte, mesmo o consórcio sendo um serviço complementar de relevância dentro da política de saúde do estado do Paraná – em que transfere parte significativa de suas receitas ao mercado privado –; mesmo sendo o elemento sinérgico da atenção básica para a atenção secundária; mesmo tendo sido a estratégia na dinamização de relações entre entes federativos; e mesmo promovendo a regionalização e a garantia da integralidade, existe um viés crítico de

todo esse processo, que foi concluído na construção do referencial do presente estudo e confirmado nas seguintes falas:

*[...] porque na verdade eles estão jogando mais uma vez a responsabilidade que seria deles do estado, da SESA, das regionais de saúde, em cima dos consórcios, então eu acho que existe uma grande preocupação com relação a isso (Sujeito 5).*

*[...] que os consórcios estão assumindo muita coisa, e está tendo uma grande preocupação na minha região quanto a folha de pagamento na prefeitura ao percentual, na hora que eu crio um CAPS, que eu pego um laboratório, que eu pego Hospital, nós sabemos que a lei manda concursar, seja por emprego, como é que vai ficar essa estrutura (Sujeito 10).*

Consideramos, então, que os consórcios de saúde no Paraná estão em constante metamorfose de seus papéis, assumindo diariamente novos processos gerenciais que buscam suprir distintas demandas municipais por meio de políticas regionais. Esse contexto diverge do modelo proposto inicialmente, no qual os CIS ofereciam, em sua maioria, o SADT – o motivador do presente estudo – pautados na preocupação de que a complementariedade do privado ao público tinha sido invertida.

A possibilidade de resolver as necessidades municipais e regionais em saúde mediante essa cooperação horizontal supera as divergências políticas partidárias entre os chefes do executivo, tendo a oportunidade de trabalhar valores diferenciados da tabela SUS como alternativa para a superação das dificuldades territoriais, pois os CIS têm a oportunidade e a viabilidade de contratar com valores diferenciados da tabela de referência do SUS.

*[...] outro dia nós recebemos uns prefeitos falando de determinado consórcio, o que eu coloquei é que o consórcio tem a cara dos prefeitos, se aquele consórcio faz política, eu falo não políticas de saúde pública, mas política partidária, era porque os prefeitos assim o constituíram e assim fizeram com que aquele consórcio trabalhasse daquela forma. Então o consórcio é a cara da região, ele é cara dos prefeitos, então nós não somos nada diferente, nós somos a cara da nossa região. Nós somos a cara da dificuldade da nossa região, nós somos a cara dos nossos munícipes, daquilo que eles precisam; então nós somos iguais e diferentes no Paraná (Sujeito 4).*

Por fim, é possível afirmar que os consórcios de saúde têm sido alternativa de gestão para fortalecer a política pública de saúde do Estado do Paraná, uma vez que eles tornam-se o elemento sinérgico que garante o acesso do paciente a diversos programas de saúde, bem como viabilizam as novas responsabilidades assumidas pelo município por intermédio da descentralização e da regionalização.

Entretanto, não podemos deixar de lado o fato de que o cenário fértil para o surgimento dos consórcios de saúde foi centrado na década de 1990, quando vivíamos a Reforma do Estado Brasileiro, o estímulo à privatização, a focalização das políticas sociais, a descentralização e o corte nos gastos sociais, o qual gerou o subfinanciamento da política de saúde pública.

Assim, não seria diferente no Paraná, onde confirmamos, na atualidade, um cenário de *desresponsabilização* estatal gradativa pela execução de uma política pública de agregação de novos papéis aos consórcios e de privatização dos serviços públicos por meio dos *mix* público-privados existente nos consórcios.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto, na formação do Estado brasileiro o binômio centralizar-descentralizar sempre esteve presente, no entanto, com a discussão sobre a Reforma desse Estado, no século XX, e de seu papel, a partir da década de 1990, o tema da descentralização voltou à tona. Inicialmente como reação ao regime militar, caracterizado pela concentração de poder e por uma tendência à organização hierárquica das relações interfederativas, em que setores oposicionistas passaram a reivindicar a descentralização como forma de distribuição de poder e fortalecimento do município como gestor das políticas públicas. Defendia-se, então, nesse período de redemocratização brasileira, a descentralização como alternativa para o desenvolvimento equânime do país, porém, mais tarde, esse princípio organizativo foi absorvido pelos conceitos defendidos pelo ideário neoliberal.

Nesse cenário, concomitante aos avanços do processo de descentralização e, assim, ao estímulo da municipalização da gestão de políticas sociais, começa a proliferar no Brasil experiências de cooperação intermunicipais, fomentadas pelos governos estaduais e federal, que visavam a alternativas para que os municípios garantissem à sua população a ampliação da provisão de serviços e de bens públicos.

A saúde foi a política pública na qual o conceito descentralizar ganhou maior destaque, inicialmente, com a promulgação da Constituição Federal e, posteriormente, com a sanção da Lei nº 8.080 e a edição de várias normativas ministeriais que postulavam a descentralização, a municipalização e a regionalização como caminhos para a efetivação do Sistema Único de Saúde.

A regionalização somou-se aos princípios organizativos do SUS à medida que começaram a surgir necessidades que iam além do âmbito municipal e que requeriam um equacionamento regional, no qual levava-se em consideração a multiplicidade de relações vividas em dado território. Com a regionalização, buscava-se um processo de pactuações interfederativas no que tange ao planejamento e à execução de ações em saúde de determinada região em saúde, apontando a possibilidade da formação de associação/consórcios como alternativa para a garantia dos princípios doutrinários do SUS, nascendo assim um terreno fértil para a formação dos consórcios de saúde.

Após a Constituição Federal, que garantiu a política de saúde como integrante da seguridade social brasileira e dever do Estado, averiguou-se que sempre houve uma permissividade e um estímulo à formação de consórcios de saúde, tanto em nível federal como em nível estadual, inicialmente vinculados aos princípios organizativos do SUS e posteriormente incorporados pelos ideários neoliberais.

E nível federal, o apoio aos consórcios está pautado apenas em sua garantia legal, por meio de várias normativas editadas que mencionam tais consórcios como uma estratégia de gestão inovadora, tendo em vista que não existe nenhum aporte financeiro destinado a essa estratégia de gestão até os dias atuais.

Já em nível estadual, após a eleição de Jaime Lerner para governador, em 1995, pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT), os consórcios foram estimulados com o intuito de assumir os antigos Centros Regionais de Especialidades médicas, que até 1994 eram gerenciados pelo próprio Estado. Esse estímulo inicialmente ocorreu pela cessão de estruturas físicas, de equipamentos e de profissionais estatais, induzindo à compreensão de um período marcado pela desresponsabilização estatal. Somente em 2012, após mais de 15 anos na execução de uma política de saúde, os CIS foram apoiados pelo governador Carlos Alberto Richa (2011 até os dias atuais), mediante a implantação do Programa Comsus, que destina um aporte financeiro aos 24 consórcios de saúde do Paraná e oferta qualificação profissional aos administradores dos consórcios. O número significativo de CIS no Paraná está correlacionado ao percentual de municípios do estado que são de pequeno porte, pois 79,7% dos municípios paranaenses possuem menos de 20 mil habitantes, assim, confirma-se que a estratégia do consorciamento vem sendo uma alternativa desses municípios como garantia de ampliação da rede de serviço.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde têm sido uma estratégia eficaz de gestão do SUS, uma vez que podem garantir os princípios doutrinários: a integralidade do atendimento ao paciente pela oferta de serviços de média complexidade, já que pode ser definido como um elemento sinérgico entre a atenção básica e a alta; a universalidade; e a equidade, pois o município tem autonomia para fazer a utilização dos serviços ofertados pelos CIS, conforme os instrumentos de gestão municipal em saúde e a classificação da demanda. Os consórcios também são instrumentos de gestão capazes de garantir a operacionalização de políticas

municipais e regionais, principalmente aos municípios de pequeno porte, articulando e compatibilizando as ações de diversos municípios e, assim, trazendo impactos na saúde da região e superando as desigualdades municipais e regionais. Além disso, eles vêm demonstrando serem essenciais na municipalização e na regionalização, caminho esse alternativo para a manutenção do SUS.

Essa estratégia de gestão tem capacidade operacional diferenciada para resolutividades das demandas municipais e regionais, pois utiliza conceitos de economia de escala para a garantia de seus serviços e, ainda, se aprovada pela assembleia dos prefeitos, pode utilizar tabelas de valores para a celebração de contratos de prestação de serviços, diferentes da tabela de referência do SUS.

Verificamos que inicialmente os consórcios de saúde emergiram no estado do Paraná para assumir as funções que antigos CREs tinham em sua região de saúde, o fornecimento do SADT. Contudo, por conta de lacunas assistenciais e falta de clareza nas relações interfederativas, o papel originário dos CIS tem se adaptado e ampliado, sendo estes entendidos como um elemento da gestão que traz distintos nós críticos, como a municipalização e o subfinanciamento, deixando de lado um debate mais amplo dos caminhos da política de saúde.

Hoje, temos consórcios de saúde no Paraná na gestão da atenção à saúde mental, na saúde bucal, na garantia da urgência e emergência, na manutenção dos bancos de saúde, na viabilização de cirurgias eletivas e na qualificação da atenção primária, demonstrando assim a indefinição de seus papéis e confirmado a ampliação de sua atuação dentro da política pública de saúde paranaense.

Se por um lado temos um cenário fértil para o nascimento e a manutenção dos CIS, os quais têm ganhado espaço para suprir os princípios doutrinários e organizativos do SUS, bem como as especificidades e as demandas regionais, temos que visualizar também o outro lado dessa estratégia de gestão e identificar o antagonismo presente.

Os CIS, no estado do Paraná, são fiscalizados pelo Tribunal de Contas do Estado, o que gera certa confiabilidade nos seus processos de atos legais e orçamentários, no entanto, o legítimo controle social não ocorre, indo na contramão de qualquer política pública, após a CF 88. Assim, os CIS têm sua relevância dentro da política pública de saúde, porém, estão alheios às logicas do

controle social e às regras do Estado, não tendo o montante de recursos públicos investido no mercado privado em saúde sendo fiscalizados.

Esse movimento de investimento do recurso público no mercado privado, também denominado *mix* público-privado, é a base da gestão dos consórcios de saúde, evidenciada em sua lógica operacional de economia de escala e contratação por chamamentos públicos. Dessa maneira, os CIS e o Estado, respectivamente, representam e fortalecem esse *mix*, na medida em que transferem ao mercado privado a execução de uma política pública, não na perspectiva de complementariedade, mas tornando-se lógica e essência de uma política social. Ainda nesse viés, outra faceta dos consórcios é a precarização das relações de trabalho, já que foi averiguado que as contratações têm ocorrido por contrato de prestação de serviços com empresas e sido pagas por procedimento realizado.

Outro ponto levantado pelo presente estudo, no que tange aos recursos públicos e aos CIS, são os percentuais de investimento dos três níveis de governo no que se refere ao financiamento das ações executadas pelos consórcios. Foi confirmada a tese de um subfinanciamento, por parte da União e do Estado, nas ações da Saúde, e a absorção desse ônus pelo ente municipal, já que este foi empoderado na redemocratização brasileira, e não houve uma reforma de tributos compatível com suas novas funções.

No Paraná, o debate do relacionamento do Estado com os CIS começou a ser formatado a partir da criação do Comsus, contudo, essa relação ainda encontra-se sendo desenhada e necessita ser repensada, pois cada vez mais o ente estadual vem tendo perdas de funções executivas, apresentando-se mais no aspecto da regulação e do controle da rede e, dessa forma, transferindo e trazendo cada dia mais os consórcios para a resolução de suas demandas, sem aporte financeiro correspondente ao custeio das novas funções assumidas.

Por conseguinte, os consórcios são reconhecidos na execução da política pública estadual de Saúde, a qual altera os indicadores de um território, no entanto, não estão legitimados dentro dos espaços de planejamento e de decisão dessa política, uma vez que não possuem assento nas instâncias de deliberações: CIRs e CIB. Assim, averiguamos uma relação contraditória, já que eles fazem parte da política de saúde estadual e ao mesmo tempo, em vários aspectos, estão externos a ela.

Neste contexto, verificamos que os papéis do Estado começam a ser alterados e enxutos, e, concomitantemente, os papéis dos consórcios começam ser ampliados, para superar a fragmentação e a fragilidade da política pública. Originariamente, esses consórcios surgiram para viabilizar a atenção secundária, contudo, no Paraná, eles absorvem diariamente novos objetivos, com o intuito de dar respostas às demandas das relações territoriais, para a garantia do acesso universal e integral.

Na ampliação de sua atuação, outro binômio quanto ao papel dos consórcios é registrado, o *status* de gestor *versus* o *status* de prestador. Mesmo após a Lei 11.107/2005 a maioria dos CIS do Paraná tendo optado pela natureza jurídica de direito público, fica nítida a ambiguidade do posicionamento dos CIS, ora enquanto gestor, ora enquanto prestador, gerando assim uma dificuldade de posicionamento próprio dentro da sua região em saúde. Desse modo, o CIS não é um gestor, pois este deve ser um agente político nomeado pelo chefe do executivo, e também não é um simples prestador, tanto que nas discussões de política de saúde regionais os CIS têm sido convocados para responder às demandas de saúde territoriais.

Segundo os achados desta pesquisa, identificamos um espaço contraditório que os CIS têm apresentado para o diálogo da política pública de saúde, pois, de um lado, eles absorvem novos papéis e a lacuna deixada pelo Estado, alteram indicadores em saúde de dado território, promovem os princípios doutrinários e organizativos do SUS e são resolutivos. Já por outro lado, no entanto, temos os consórcios como grandes viabilizadores do mercado privado da Saúde e captadores de recursos públicos, estando ausentes da lógica do controle social.

Finalmente, concluímos que o trabalho buscou contribuir para uma maior reflexão do ainda incipiente debate sobre os consórcios de saúde, e não esgotá-lo, no entanto, seus resultados sanaram algumas inquietações e instigaram outras, as quais versam sobre o esvaziamento das funções estatais e o estímulo de uma política pública baseada no mercado privado da Saúde.

Pensamos, então, que não existe um percurso inverso ao espaço absorvido pelos consórcios, e que um debate mais amplo dentro da política de saúde seria sobre a vertente de fiscalização e a garantia do controle social aos CIS, bem como uma regulação das relações que o Estado estabelece com o mercado privado por meio da política de saúde.

## REFERÊNCIAS

ANDERSON, Perry. Balanço Neoliberal. *In*: SADER, Emir; GENTILI, Pablo (Org.). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999. p. 9-23.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **SUS Passo a Passo**: normas, gestão e financiamento. São Paulo: HUCITEC/UVA/Sobral, 2001.

ANDREAZZI, Maria de Fatima Siliansky. O público e o privado na atenção à saúde: notas para uma caracterização de trajetórias e desafios no Brasil. *In*: BRAVO, Maria Ines Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (Org.). **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos**: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012. p. 29-54.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. Salud en a transición. *In*: SEMINARIO LATINOAMERICANO DE MEDICINA SOCIAL, 2., 1982, Managua. **Anais...** Managua, 1982. p. 35-42.

ARRETCHE, Marta. O mito da descentralização e eficiência das políticas públicas. *In*: GERSCHMAN, Silvia; VIANNA, Maria Lucia Werneck (Org.). **A miragem da pós modernidade**: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 127-154.

BAHIA, Ligia. O SUS e os Desafios da Universalização do Direito à Saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. *In*: LIMA, Nisia Trindade (Org.). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 407-450.

\_\_\_\_\_. *A Demarché do Privado e do Público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil em Tempos de Democracia e Ajuste Fiscal, 1998-2008*. *In*: MATTA, Gustavo Correa; LIMA, Julio Cesar Franca (Org.). **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 123-185.

BARCELLOS, Christovam *et al.* Organização espacial, saúde e qualidade de vida: a análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. II, n. 3, p. 129-138, 2002.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70/LDA, 2009.

BATISTA, Sinoel *et al.* **As possibilidades de implementação do consórcio público**. Brasília: Caixa Econômica Federal, 2011. 244p.

BENTO, Leonardo Valles. **Governança e Governabilidade na Reforma do Estado: entre eficiência e democratização**. Barueri: Manole, 2003.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de Política**. Tradução de Carmem C. Varriale *et al.* Brasília: Editora Universidade de Brasília/Linha Gráfica Editora, 1991. v. 1.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923 – Lei Eloy Chaves**. Crêa, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados. 24 jan. 1923. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>>. Acesso em: 27 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)>. Acesso em: 30 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei n.º 8.080, 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. 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 30 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 30 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996**. Institui a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira - CPMF, e dá outras providências. 24 out. 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9311.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9311.htm)>. Acesso em: 7 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O consórcio e a gestão municipal em Saúde**. Brasília. 1997a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_14.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_14.pdf)>. Acesso em: 13 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Reforma do aparelho do estado e as mudanças constitucionais**: síntese & respostas a dúvidas mais comuns. Brasília: MARE, 1997b. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno06.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998**. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. 4 jun. 1998. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm)>. Acesso em: 11 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de Setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. 13 set. 2000. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm)>. Acesso em: 7 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 95, de 26 de janeiro de 2001**. 2001. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html)>. Acesso em: 30 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005**. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. 6 abr. 2005. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11107.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11107.htm)>. Acesso em: 7 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 22 fev. 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em: 7 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **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. 17 jan. 2007. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm)>. Acesso em: 7 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 28 jun. 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 15 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União [...]; e dá outras providências. 13 jan. 2012. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)>. Acesso em: 21 nov. 2015.

BRAVO, Maria Ines Souza. Política de Saúde no Brasil. *In*: MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 88-110.

\_\_\_\_\_; PEREIRA, Potyara (Org.). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. A reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Lua Nova**, n. 45, p. 45-95, 1998.

CAPISTRANO FILHO, David. **Da saúde e das cidades**. São Paulo: Hucitec, 1995. 155p.

CARNOY, Martin. **O Estado e Teoria Política**. 4. ed. São Paulo: Papyrus, 1994.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

COELHO, Jose Rafael Guerra Pinto; VELOSO, Cid. Consórcios intermunicipais de saúde em Minas Gerais. **Divulgação em saúde para debate**, v. 17, p. 36-38, mar. 1997.

COIMBRA, Marcos. As abordagens teóricas ao Estudo das políticas sociais. *In*: ABRANCHES, Sérgio Henrique; SANTOS, Wanderley Guilherme; COIMBRA, Marcos Antonio (Org.). **Política Social e Combate à Pobreza**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1987. p. 65-104.

COMBLIN, José. **Neoliberalismo**: ideologia dominante na virada do século. São Paulo: Editora Vozes, 2000.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Gramsci**. Porto Alegre: L&PM, 1981.

\_\_\_\_\_. **Marxismo e Política**: a dualidade de poderes e outros ensaios. 2. ed. São Paulo: Cortez: 1996.

CRUZ, Maria do Carmo Meirelles. **Consórcios Intermunicipais**: uma alternativa de integração regional ascendente. São Paulo: Polis, 2001.

DOWBOR, Ladislau. Governabilidade e descentralização. **São Paulo em Perspectiva**: SEADE, São Paulo, v. 10, n. 3, jul./set. 1996.

DRAIBE, Sônia Miriam. **O Welfare State no Brasil**: características e perspectivas. 1993. Disponível em: <<http://www.nepp.unicamp.br/arquivos/caderno%2008.pdf>>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2014.

SCOREL, Sarah. **Saúde Pública**: Utopia de Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

\_\_\_\_\_; BLOCH, Renata Arruda. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. *In*: LIMA, Nísia Trindade (Org.). **Saúde e Democracia**: histórica e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 83-120.

SCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flavio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. *In*: LIMA, Nísia Trindade (Org.). **Saúde e Democracia**: histórica e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 59-82.

SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. *In*:

GIOVANELLA, Ligia (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 115-155.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. O Futuro do Welfare State na Nova Ordem Mundial. **Lua Nova**, São Paulo, n. 35, 1995.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A Reforma do Estado no período do FHC e as propostas do governa Lula**. [S.l.]: Inesc, 2004. p. 35-55.

FAORO, Raymundo. Entrevista. **Isto É/ Senhor**, São Paulo, n. 1657, p. 7-11, 4 jul. 2001.

FAUSTO, Boris. **História do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Edusp, 1995.

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil**: ensaio de interpretação sociológica. 5. ed. São Paulo: Globo, 2006.

FIORI, Jose Luis. **Estado de bem estar social**: padrões e crises. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1995. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 117)

\_\_\_\_\_. Ajustes e milagres latino-americanos. In: \_\_\_\_\_. **Os Moedeiros Falsos**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1997. p. 65-78.

FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-64.

GATTI, Bernardete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

GRAMSCI, Antonio. **Maquiavel, a política e o estado moderno**. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

GRUPPI, Luciano. **Tudo começou com Maquiavel**: as concepções de Estado em Marx, Engels, Lênine e Gramsci. 4. ed. Porto Alegre: L&FM, 1986.

GUIMARAES, Catia. Ajuste Fiscal e SUS. **Revista Poli**: saúde, educação e trabalho, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Ano VIII, n. 42, set./dez. 2015.

HEGEL, Georg Wilhelm Friedrich. **A razão na História**: uma introdução geral à Filosofia da História. 2001. Disponível em: <[http://www.aproffesp.pro.br/files/Cursos/APROFFESP%20NA%20ESCOLA/Textos%20para%20escrever%20artigos/Filosofia%20da%20Historia/Hegel\\_A\\_Razo\\_na\\_Historia\\_uma\\_Introduo.pdf](http://www.aproffesp.pro.br/files/Cursos/APROFFESP%20NA%20ESCOLA/Textos%20para%20escrever%20artigos/Filosofia%20da%20Historia/Hegel_A_Razo_na_Historia_uma_Introduo.pdf)>. Acesso em: 13 set. 2014.

HOBBS, Thomas. **Leviatã ou Matéria**: forma e poder de um estado eclesiástico e civil. São Paulo: Abril Cultural, 1979.

HOBBS, Eric. **Era dos Extremos**: O Breve Século XX (1914-1991). São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na Construção do Estado Nacional do Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. *In*: LIMA, Nísia Trindade (Org.). **Saúde e Democracia**: histórica e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 27-58.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

\_\_\_\_\_. Mundialização do capital, “questão social” e serviço social no Brasil. **Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, n. 21, p. 117-139, 2008.

KANT, Immanuel. **Crítica da razão pura**. São Paulo: Nova Cultural, 1987. v. I. (Coleção Os pensadores).

\_\_\_\_\_. **Crítica da razão pura**. São Paulo: Nova Cultural, 1988. v. II. (Coleção Os pensadores).

KIND, Luciana. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-36, 2004.

LAURREL, Asa Cristina. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. *In*: \_\_\_\_\_ (Org.). **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995. p. 151-178.

LENIN, Vladimir. **Concepção de Estado em Lenin e Gramsci**. Disponível em: <<http://ailton.pro.br/modules/xcenter/print.php?storyid=11>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

LIJPHART, A. **Patterns of democracy**: government forms and performance in Thirty-Six Countries. New Haven: Yale University Press, 1999.

LIMA, Ana Paula; PASTRANA, Rosa. **Regionalização da Rede de Ações e Serviços como condição para garantir a equidade no acesso**. Conferência Nacional de Saúde. 2000a. mimeo.

\_\_\_\_\_. **Diagnóstico da Situação Atual dos Consórcios Intermunicipais de Saúde**. 2000b. mimeo.

LIMA, Luciana Dias de *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, nov. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 28 fev. 2014.

MACFARLFANE, Leslie John. **Teoria política moderna**. Tradução de Dauster M. Silva. Brasília: Universidade de Brasília, 1981.

MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MAQUIAVEL, Nicolau. **O Príncipe**. 2. ed. Tradução de Maria Júlia Goldwasser. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MARX, Karl. **A questão judaica**. São Paulo: Centauro, 2002.

\_\_\_\_\_; ENGLES, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista**. Tradução de Sueli Tomazzini Barros Cassal. Porto Alegre: L&PM, 2001.

MENDES, Eugenio Vilaca. **A construção social da vigilância à saúde do distrito sanitário**. Brasília: OPS, 1993. (Série Desenvolvimento dos Serviços de Saúde, 10)

MERLIN, Meigla Maria Araújo. **O Município e o Federalismo**: a participação na construção da democracia. Belo Horizonte: Editora Mandamentos, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MONKEN, Maurício *et al.* O Território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. *In*: MIRANDA, Ary Carvalho *et al.* (Org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2008. p. 237-255.

MOVIMENTO Nacional em Defesa da Saúde Pública. **Saúde+10**. 14 abr. 2012. Disponível em: <<http://www.saudemaisdez.org.br/index.php/2012-10-10-19-14-46/manifesto>>. Acesso em: 21 nov. 2015.

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da “questão social”. **Temporalis**, Ano 2, n. 3, p. 41-50, jan./jul. 2001.

NEVES, Luiz Antonio; RIBEIRO, Jose Mendes. consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2207-2217, out. 2006.

NICOLETTO, Sonia Cristina Stefano; CORDONI JR., Luiz; COSTA, Nilson do Rosario. Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 29-38, jan./fev. 2005.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200013)>. Acesso em: 3 abr. 2014.

OFFE, Claus. Política sociale, solidarietá e stato nazionale. *In*: FERRARA, Maurizio (Org.). **Stato sociale e mercato mondiale**. Torino: Fondazione Giovanni Agnelli, 1993.

OLIVEIRA, Fabricio Augusto; BIASOTO JUNIOR, Geraldo. Descentralização das Políticas Sociais no Brasil. *In*: ARRETCHE, Marta; RODRIGUEZ, Vicente (Org.). **Descentralização das Políticas Sociais no Brasil**. São Paulo: Fundap/Fapesp/Ipea, 1999. p. 61-88.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA FLEURY, Sonia M. **Previdência Social**: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1986.

PAIM, Jairnilson Silva. **Saúde, Política e Reforma Sanitária**. Salvador: ISC/Cepes, 2002. v.1.

\_\_\_\_\_. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

\_\_\_\_\_. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Saúde no Brasil, maio 2011. Disponível em: <<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2012-2015**. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/plano\\_estadual\\_saude\\_1104.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/plano_estadual_saude_1104.pdf)>. Acesso em: 27 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/plano\\_estadual\\_saude\\_1104.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/plano_estadual_saude_1104.pdf)> Acesso em: 27 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. **COMSUS – Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2890>>. Acesso em: 22 nov. 2015a.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde. **Regionais de Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2752>>. Acesso em: 28 jan. 2015b.

PORTARIA n.º 1101/GM. **Sesab**. 12 jun. 2002. Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/regulasaude/2009/PN%20PORTARIAS%202009/nvos%20pdfs%202009/PT%20GM%201101%2012.06.2002.pdf>>. Acesso em: 4 maio 2015.

PRADO, Carlos Batista. Lênin versus Kautsky: a questão da democracia. **Revista Espaço Acadêmico**, Ano VII, n. 79, dez. 2007.

PRADO JUNIOR, Caio. **Formação do Brasil contemporâneo**: colônia. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera Pública e conselhos de assistência social**: caminhos da construção democrática. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

REGONINI, Gloria. Estado de Bem Estar Social. *In*: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco (Org.). **Dicionário de Política**. 4. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1991. v. 1. p. 674.

RIBEIRO, Jose Mendes; COSTA, Nilson do Rosario. Regionalização da Assistência à Saúde no Brasil: os consórcios municipais no sistema único de saúde (SUS). **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília: IPEA, n. 22, p. 173-220, 2000.

ROCHA, Carlos Vasconcelos; FARIA, Carlos Aurelio Pimenta. **Descentralização e cooperação intermunicipal no Brasil**. Disponível em: <[http://www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/carlosRocha\\_carlosFaria.pdf](http://www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/carlosRocha_carlosFaria.pdf)>. Acesso em: 28 jan. 2015.

ROUSEEAU, Jean-Jacques. **Do Contrato Social e Discursos sobre a Economia Política**. Tradução de Márcio Pugliesi e Norberto de Paula Lima. São Paulo: Hemus, 1981.

SADER, Emir. **Estado e Política em Marx**. [S.l.]: Ed. Cortez, 1998.

SALVADOR, Evilasio. **Fundo Público e Seguridade Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, Milton. O território e o saber local: algumas categorias de análise. **Cadernos Ippur**, Rio de Janeiro, Ano XII, n. 2, p. 15-25, 1999.

SANTOS, Lenir. **SUS**: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos – aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. 2. ed. Campinas: Saberes Editora, 2009.

SCHEFFER, Mário (Coord.). **Demografia Médica no Brasil**: cenários e indicadores de distribuição. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Conselho Federal de Medicina, 2013. v. 2.

SECCO, Lincoln. Biblioteca gramsciana: os livros da prisão de Antonio Gramsci. **Revista de História**, São Paulo: Universidade de São Paulo, n. 150, p. 209-228, jul.

2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=285022859009>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

SILVA, Cleber Demetrio Oliveira da. **A legislação e Normatização dos Consórcios Intermunicipais no contexto das Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/downloads/CONSORCIO-DIA2-ALEGISLACAOENORMATIZACAODOSCONSORCIOSINTERMUNICIPAIS-CLEBERDEMETRIO.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2015.

SMITH, Adam. **A riqueza das nações**: investigação sobre sua natureza e suas causas. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

SOARES, Laura Tavares. Questões pendentes na configuração de uma política social: uma síntese. **Série Cadernos Flacso**, Rio de Janeiro, n. 10, p. 1-19, abr. 2014. Disponível em: <<http://www.flacso.org.br/portal/pdf/seriecadernos/N10-LauraTavaresSoares.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2015.

\_\_\_\_\_; NORONHA, José Carvalho de Noronha. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Revista Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200013)>. Acesso em: 8 dez. 2014.

SOUZA, Celina; CARVALHO, Inaiá M. M. Reforma do estado, descentralização e desigualdade. **Lua Nova**, n. 48, p. 187-212, 1999.

STEIN, Rosa Helena. **A descentralização como instrumento de ação política: o caso da assistência social**. 1997. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 1997.

TEIXEIRA, Francisco Jose Soares. O Neoliberalismo em Debate. *In*: \_\_\_\_\_. OLIVEIRA, Manfredo Araújo (Org.). **Neoliberalismo e reestruturação produtiva as novas determinações do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1996. p. 195-252.

TEIXEIRA, Mary Jane de Oliveira. A fundação estatal de direito privado na saúde: um modelo de gestão democrático? *In*: BRAVO, Maria Ines Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo (Org.). **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos**: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012. p. 55-84.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LEVCOVITZ, Eduardo. Proteção Social: introduzindo o debate. *In*: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAS, Eduardo M.; IBAÑEZ, Nelson (Org.). **Proteção Social: Dilemas e Desafios**. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 15-57.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila *et al.* Novas Perspectivas para regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

VIOLIN, Tarso Cabral. **Terceiro setor e as parcerias com a administração pública: uma análise crítica**. Belo Horizonte: Fórum, 2006.

WERNECK VIANA, Maria Lucia Teixeira. **A Transição: da Constituinte à Sucessão Presidencial**. Rio de Janeiro: Revan, 1989.

\_\_\_\_\_. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1998.

## APÊNDICES

APÊNDICE A: Modelo Questionário Semiestruturado

**Título Provisório da Pesquisa: A Ambiguidade dos Consórcios Intermunicipais de Saúde**

**Pesquisadora: Letícia Cristina Bento**

<b>Nome</b>		<b>Regional</b>			
<b>Municípios de Abrangência e população</b>					
<b>Município Sede</b>		<b>Data de Criação</b>			
<b>Atual Natureza Jurídica</b>	<input type="checkbox"/> Administrativo <input type="checkbox"/> Público - Privado <input type="checkbox"/> Público - Público				
<b>Forma de Pagamento dos Municípios ao Consórcios</b>					
<input type="checkbox"/> Per Capita		<input type="checkbox"/> Produção	<input type="checkbox"/> Mista		
<b>Estrutura Física</b>	<input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Cedida <input type="checkbox"/> Mais de uma condição				
Se mais de uma condição detalhe:					
<b>Recursos Humanos</b>					
<b>Cedidos</b>		<b>Quadro Próprio</b>		<b>Prestadores de Serviço</b>	
Qtdd	Categoria	Qtdd	Categoria	Qtdd	Categoria
	Médicos		Médicos		Médicos
	Enfermeiros		Enfermeiros		Enfermeiros
	Psicólogos		Psicólogos		Psicólogos
	Assistentes Sociais		Assistentes Sociais		Assistentes Sociais
	Nutricionistas		Nutricionistas		Nutricionistas
	Fonoaudiólogos		Fonoaudiólogos		Fonoaudiólogos
	Out. Prof. Nível Sup.		Out. Prof. Nível Sup.		Out. Prof. Nível Sup.
	Aux./Tec. Enfermagem		Aux./Tec. Enfermagem		Aux./Tec. Enfermagem
	Administrativo		Administrativo		Administrativo
	Outros		Outros (estagiário)		Outros
<b>Receita 2013</b>			<b>Valor R\$</b>		<b>Percentual %</b>
<b>Rendimentos - BPA</b>					
<b>União</b>					
<b>Estado</b>					
<b>Município</b>					
<b>Total de Receita</b>					
<b>Despesas 2013</b>			<b>Valor R\$</b>		<b>Percentual %</b>
<b>Folha de Pagamento + Encargos</b>					
<b>Manutenção (estrutura física, equipamentos, site, consultorias)</b>					
<b>Material de Consumo</b>					

<b>Material Permanente</b>		
<b>Prestadores de Serviço</b>		
<b>Diárias / Passagens</b>		
<b>Obrigações Tributárias</b>		
<b>Total Despesas</b>		
<b>Quantidade de Consultas Realizados 2013</b>		
<b>Quantidade de Exames Realizados 2013</b>		
<b>Especialidades Ofertadas</b>		
<b>Exames Ofertados</b>		
<b>Quais serviços também são oferecidos pelo Consórcio?</b>		
<input type="checkbox"/> Centro de Especialidade Odontológica	<input type="checkbox"/> Hemonúcleo	
<input type="checkbox"/> Centro de Atenção Psicossocial	<input type="checkbox"/> Hospitais	
<input type="checkbox"/> Cirurgias Eletivas	<input type="checkbox"/> Farmácia	
<input type="checkbox"/> Laboratório	<input type="checkbox"/> Casa de Apoio	
<input type="checkbox"/> Samu	<input type="checkbox"/> Transporte Sanitário	
<b>Já fez Prestação de Contas aos Conselho de Saúde?</b>	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

## APÊNDICE B: Modelo Carta de aceite

(papel timbrado do CIS)

**CARTA DE ACEITE**

Eu, \_\_\_\_\_, na função de  
\_\_\_\_\_ do(a) \_\_\_\_\_, CNPJ  
n° \_\_\_\_\_ venho através desta demonstrar que aceito  
participar da Pesquisa que será desenvolvida pela Letícia Cristina Bento, pós-  
graduanda em Serviço Social e Política Social pela Universidade Estadual de  
Londrina, onde a mesma objetivará analisar os Consórcios Intermunicipais de Saúde  
enquanto fortalecedores da Política Pública de Saúde do Estado do Paraná.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
Nome Completo (assinatura e carimbo)

Função

## APÊNDICE C: Roteiro para entrevista

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA**

**PROGRAMA DE POS GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E POLÍTICA SOCIAL**

**POS-GRADUANDA: LETICIA CRISTINA BENTO**

### QUESTIONÁRIO ORIENTADOR PARA ENTREVISTA:

- Como você visualiza o CIS dentro da política pública de saúde do Paraná?
- Quais as legislações que vocês usam para auxiliar no processo de trabalho do CIS?
- Qual papel hoje que o seu CIS possui dentro da sua região em saúde?
- Qual papel você imagina que o CIS tem potencial para exercer dentro de sua região?
- Quais obstáculos existem para alcançar esse potencial?
- Quais os avanços do seu CIS desde sua implantação?
- Quais instancias de tomada de decisões dentro do CIS?
- Como é feito a contratação dos seus serviços?
- Como é feito a divisão dos serviços ofertados aos municípios consorciados? Existem pactuações?
- Vocês possuem protocolo de intenções?
- Como é feito o rateio das despesas aos municípios consorciados? Vocês possuem contrato de rateio com todos entes?
- Quais serviços ofertam aos municípios consorciados?
- Como você analisa a gestão compartilhada?
- Vocês participam de todas as CIRs, mensalmente?
- Vocês se reúnem com os secretários municipais de saúde antes de irem para CIR? Como se preparam para essas reuniões?
- De que maneira o CIS participa do planejamento de sua região de saúde?
- A SESA tem mantido que relação com o CIS?
- Vocês participam de todas as CIBs?

## APÊNDICE D: Relato do Grupo Focal

No dia 18/09/2014, às 20 horas, após a aula de Gestão da Qualidade no Curso de Aperfeiçoamento em Gerenciamento de Consórcios de Saúde, na PUC-PR, campus Curitiba, foi realizado o grupo focal com os dirigentes dos Consórcios de Saúde do estado do Paraná. Todos os alunos que estavam presentes até esse horário em sala de aula, participaram do grupo, contendo dessa maneira 12 integrantes, a duração do grupo foi de uma hora e quarenta minutos. Foi solicitado que participassem apenas os dirigentes dos CIS, não sendo permitido representantes de outras instâncias, como regional de saúde e Acispar, porém no decorrer do grupo o diretor da Acispar entrou no grupo, fazendo considerações em defesa do Estado, e foi evidenciado que o grupo mudou o rumo dos debates. Assim, a moderadora solicitou que o mesmo ausentasse da sala.

**Moderador:** Os Consórcios tem tido destaque na regionalização, dentro da assistência da média complexidade do Estado do Paraná. Eles passam por inúmeros dilemas, prestadores ou gestores, público ou privado, controle social. Assim, eu gostaria que o grupo debatesse os Consórcios Intermunicipais de Saúde e política de saúde estadual, seus obstáculos em nível financeiro, político e estrutural, a questão das redes e o Comsus. E que vocês apresentassem percepções e opiniões da situação dos Consórcios no Estado do Paraná.

C 1 – Eu acredito assim, que como foi falado aqui, nós temos uma grande responsabilidade com a média complexidade, bastante mesmo, porque nós ficamos no meio do caminho, entre a atenção primária e a atenção terciária, e o que eu vejo, o que eu sinto, é a falta de investimento a nível estadual e federal para com os Consórcios, eu vejo o quanto de recurso os municípios recebem, assim como os hospitais de equipamentos, infraestruturas, reformas, e eu vejo que assim, nós, pelo menos estou falando em relação a minha realidade, nós não recebemos nem metade, nem 25 por cento que a Santa Casa lá recebeu ano passado, um exemplo. Então eu acho que existe sim uma cobrança muito grande em relação a nós, até essas, como que e diz, essas linhas de atendimentos, essas redes de atendimento que estão tentando implantar, que já começou implantar pelo Mãe Paranaense, acredito que foi um avanço muito grande esse rapasse do dinheiro do Comsus, porque o Consórcio não tinha esse tipo de investimento. Foi um avanço, mas ainda tem muito que avançar, pois agora tem outras redes, que querem que a gente implante, só que assim precisa-se sim de recursos. Força de vontade acredito que todos nós temos, a equipe é bem comprometida, mas a gente precisa ter um repasse melhor.

C 2– Eu acho importantíssima a participação, pelo menos nós lá, fazemos parte de todas as discussões da saúde da região, um exemplo é que nós fomos procurados no mês passado até para administrar a UPA, é fizemos o nosso trabalho, que é fazer o estudo, levar em assembleia e discutir, e não é o objetivo do Consórcio, mas é

objetivo bem claro do Comsamu, que é o Consórcio criado para urgência e emergência. Então, fazemos parte da CIB, participamos assiduamente de todas as discussões, assim eu vejo o Consórcio não como um prestador de serviço, mas como parte integrante dos municípios. Tem lá atenção especializada, atenção básica que está se estruturando com “n” problemas que a gente sabe, quanto mais você bate, mais aparece na nossa porta problemas diários, que infelizmente tem que bater, bater e bater, e cada vez orientar mais. A atenção básica, ao menos a nosso, os resultados que nos chegaram por exemplo os índices desse ano aqui, nós ficamos abismados, perdemos 62 crianças, até entre até dois dias de vida e fetal, então, o que nós estamos discutindo lá: vamos começar nós fazer, a partir do consórcio, essa organização inversa da atenção especialização auxiliar mais a atenção básica. Como? Tudo que chegar lá ao invés de simplesmente ignorar, a gente tá começando a ligar, temos todos os contatos de todas as unidades de saúde, de todos municípios, temos o enfermeiro responsável, temos os médicos cadastrados ligando. A atenção hospitalar a mesma coisa, a gente é acionado várias vezes para colocar gente para dentro dos hospitais, né Jorge, então a gente acaba auxiliando, então o Consórcio é faz parte de toda essa discussão. Nós não podemos ser tratados separadamente como um prestador, eu acho bem equivocada essa ideia que nem do Conselho Municipal de Saúde que o consórcio é um prestador, fazemos parte lá também do conselho, atuante, mas não vejo que seja só isso. O financiamento eu acho que está muito aquém do desejado ainda, há esse repasse do Comsus, mais ainda pelas despesas que nós temos é bem baixo ainda. Há essa sinalização do Estado, eu acho que isso é favorável, a mudança de gestão, essa qualificação que nós estamos tendo, eu acho que o caminho está mais que correto. Que nem quando consultado o Dr. Rene sobre o aumento desse repasse, mas qual a proposta do consórcio para que a gente possa repassar mais, então, por exemplo, as redes de atenção. Estão estudando uma forma de repassar recursos por linha de cuidado, por procedimentos, por paciente atendido na integralidade, então talvez essa, assim que começar essas redes funcionarem, ver resultados que possa somar, dar integralidade, dar qualidade, eu acredito que o estado também vá mudar um pouco a forma de financiamento, aumentar esses repasses. Só por produção, nossa missão é deixar de ser “consulta”, parar com isso. O que nós estamos fazendo? Nós temos que dar esse passo, mudar a nossa gestão, a nossa qualidade do atendimento. Como fazer isso? É um quebra cabeça grande, cada regional de saúde vai ter suas dificuldades, eu tenho as minhas com o prestador, tem aquele prestador que está lá a anos, tem prestador novo. Quando a gente fala com prestador 98% aceita a ideia das linhas de cuidado, da rede de atenção, estão participando, estão integrando. Prontuário eletrônico, por exemplo, tem médico hoje que se chega lá a internet está fora do ar, já aconteceu de médico ir embora. Então, se da ferramenta, se dá mecanismos, você consegue melhorar.

C 3– Eu só acho que era bom a gente fazer uma contextualização de tudo isso. Então assim, se a gente contextualizar de 94 para cá, eu acho que pros que estão mais novos ai a gente vai ter que contextualizar. Nós começamos sim como

prestadores, mesmo numa visão equivocada, eu acho que fomos os primeiros a ir, a dizer e falar que não éramos prestadores não. Que a partir do momento em que nós somos formados por gestores, nós somos sim um braço da gestão, que éramos proprietários de um prestador. Ao longo desses anos todos brigamos e conseguimos, e estamos numa fase em que foi conquista nossa, e a gente fala isso com muito orgulho. Foi uma conquista, o que vocês estão vendo aqui é uma conquista, e a gente fala com muito orgulho, porque nós já fomos tratados como meros prestadores, como aqueles que vão pro pires, e hoje a gente não vai mais pro pires, a gente vai na condição de braço de gestor, e um braço executante, e um braço que sabe ajudar, que vai lá, que tem ideia, que tem concepção. Então assim, o que vocês estão vendo hoje é a colheita de algo que foi muito trabalho, que foi mudança de conceito é uma coisa muito trabalhada, e nós tivemos que plantar isso, e foi uma sementinha muito regada. Hoje a gente estava no café falando, que pelo menos a gente fala isso sempre, se a gente planta, as duas formiguinhas carregadas já de muita, mas muita folhinha, para ter isso aí. Então assim, hoje gente, eu sou conselheira municipal, já fui conselheira estadual, é muito orgulho quando você chega e consegue dizer que você conseguiu uma vaga, e aí você vira e fala assim, eu poderia ter duas: nós podemos ter podemos ter uma vaga de prestador, porque nós temos um ambulatório que é um prestador, mas nós podemos ter uma vaga também na condição de gestor. E nós tivemos uma briga na minha região, que eu acho que é uma briga tão vitoriosa, eu sei tão feliz de uma briga, quando falou assim: “você perdeu a vaga porque você é gestor. Eu falei assim: puxa vida, anos, consegui uma vaga, olha estou brigando ao contrário, agora. Tô brigando uma vaga por prestador. Falei então agora eu tenho duas. Ai o cara falou: como assim? Eu disse: você está dizendo que eu não sou, sou gestor, tenho duas: uma como gestor e uma como prestador. Ai ele disse: pode ficar com a do prestador mesmo, não tem problema”. Então assim, conseguimos o que tanto lutamos, que é dizer assim, olha nós não estamos aqui para brigar com ninguém, nós estamos aqui para ajudar, ajudar a atenção básica, a mostrar para eles que a união faz a força, não foi isso. O consórcio foi criado para que? Para mostrar que a união faz a força, que o grande ajuda o pequeno, que o pequeno com pequeno faz a força. A rede é o que? Nada mais do que isso, não estamos inventando ovo de colombo, ele já existia. Então assim, tudo eu sempre falo, vão lá traz e olhem a história, porque o que vocês tem hoje nada mais foi uma história, uma história de muita luta, de muita batalha, muitas vezes de reuniões que disseram para a gente assim: vocês estão errado, estão comendo capim pela raiz. E a gente dizia: poxa que raiz gostosa. Então hoje tá vendo conquistas.

C 4– a luta foi muito grande pra chegar nesse espaço, então hoje tem-se, foi uma luta para conseguir uma vaga no conselho estadual, por que que foi tentar uma vaga no conselho estadual? Porque apanhava-se em todas as regiões, porque os conselheiros falavam que aquilo era um mantrô de desvio de dinheiro, que não sabia para que que servia aquele tal de consórcio. Então, o que tem que ser fazer, você tem que estar lá junto pra poder mudar essa visão. Tem que ser conselheiro pra eles

compreenderem, então eu acho que essa caminhada, e pegando o que cada um que falou, hoje falta o que? Recurso, se nós temos um governo federal que, o consórcio entre aspas foi criado, pelo menos na área da saúde, depois da lei do SUS e dizia que podia fazer, só que nós nunca fomos reconhecidos. E quando fala em reconhecido, nós nunca fomos colocados numa portaria, nós temos que fazer desvio para ter uma farmácia popular. Pode sim ter no consórcio, só que você vai usar o CNPJ do município sede, não pode usar o CNPJ do consórcio. Então tem um monte de coisa que não se conseguiu. É a única área a nível federal que não tem acesso porta de entrada em ministério, é a da saúde, os demais todos tem dinheiro e muito. Houve toda essa questão da legislação da lei federal 11.107, o Paraná lutou para pôr aquela partezinha que dizia que era do SUS, nós tivemos que lutar para entrar aquele pedacinho do SUS lá, porque a lei veio, mas, mesmo coisa, hoje você forma um consórcio, não tem lá pra receita federal, você não tem lá, você tem que dar um jeito, então quer dizer, é uma lei que existe, tala a lei de consórcio, se fala muito, tá se conversando, a legitimidade ela não é reconhecida, mas para cobrança é o rigor da lei. Então eu acho que a questão de investimento, eu acho é a gente ter esse *plus* que houve, quando muda a gestão de governo a primeira coisa que a gente faz é a gente fica assim: será que esse é a favor ou contra os consórcios, nós já tivemos. Nós já tivemos em gestões que virou uma caça às bruxas que nós ficamos todo mundo pensando que agora vai fechar os Consórcios, e depois viram e depois verificaram que que é o consórcio, ele consegue fazer mais com menos, agregar, por que que ele teve essa questão de recurso? Vocês lembram que foi dado recurso para nós, um recurso pequenininho, e deram também pros hospitais, lá para atrás, antes de ter as redes, foi dado recurso pro hospital e pro consórcio, e o consórcio com pouco que ele fez, ele fez muito, muito mais e que os hospitais fizeram só administraram o básico ali na época. Então, nada mais é que esses investimentos, Hospsus, Comsus, as redes, houve, foram descobrir uma potencialidade que os consórcios têm. Os consórcios são nada mais do que uma, você tem vários municípios, somos gestores, braços de uma gestão, somos porque nós não existimos isoladamente. Quando algum prefeito fala mal do consórcio, “é porque meu consórcio num faz, porque o consórcio de fulano de tal faz”, outro dia nós recebemos uns prefeitos falando de determinado consórcio, o que eu coloquei é que o consórcio tem a cara dos prefeitos, se aquele consórcio ele faz política, eu falo não políticas de saúde pública, mas política partidária, mas era porque os prefeitos assim o constituíram e assim fizeram com que aquele consórcio trabalhasse daquela forma. Então o consórcio é a cara da região, ele é cara dos prefeitos, então nós não somos nada diferente, nós somos a cara da nossa região. Nós somos a cara da dificuldade da nossa região, nós somos a cara dos nossos munícipes, daquilo que eles precisam; então nós somos iguais e diferentes no Paraná, mas porque nós trabalhamos naquele foco, estamos ali para resolver.

C 3- Cabe destacar, que o Paraná teve um avanço, a medida em que, eu escrevi sobre os consórcios então a gente tem que pensar assim: o primeiro consórcio é mineiro, só que o paranaense tem a mania de se juntar quando ele tá em

dificuldade, e não distante disse a associação que a gente fez, foi se associar na tristeza. E aí a gente batalhou, e ao invés de batalhar contra uma lei, se adaptar a uma lei, e aí a gente colocou se a gente consegue vamos levar do nível estadual para o federal. E aí a gente conseguiu na união a força de todos, e assim a gente conseguiu com essa união. Olha gente, nós somos totalmente diferente e totalmente iguais, vocês podem andar o Brasil inteiro, por mais que eles elogiem, não há cursos, não há...por mais que a gente seja diferente, a gente tá mais ou menos sempre no mesmo caminho, e tem um progresso muito maior que os outros consórcios nos outros estados. A gente tem caminhado, eu acho que é um progresso maior nesse contexto todo, pelo menos de tudo, meu já tá com os quatro/cinco anos o meu trabalho, então ele está bem defasado. Mas, assim, eu vou falar da minha área: a nível contábil nós estamos eternamente na frente; a nível de fiscalização apesar da receita federal nos acharmos assim. A nível federal não nos enxergam, a nível de Paraná sim, mas como a legislação é federal não dá, mas a gente está anos luz a frente da maioria de São Paulo inclusive, porque eu já fui visitar. Então assim, o Paraná avançou, mas ainda tem muito, subimos dez degraus na escada, a escada tem cem, mas eu acho que se a gente continuar nesse ritmo, a gente vai, e hoje se a gente pedia lá, hoje a gente tem força de exigir. A mudança política nos atrapalha? Nos atrapalha sim, mas já não tanto quanto lá atrás, lá atrás a gente tinha mais problemas. Se antes a gente podia sonhar que um dia quem sabe talvez a rede mandasse o dinheiro assim, hoje a gente tem força de queremos que, porque fizemos isso, e achamos que. Eu acho que tem muita coisa que, troca de experiência, fala, eu faço isso, eu faço aquilo, muita coisa a gente ainda engole “quela” abaixo, mas já tem um que vira e fala olha eu fiz assim, faz assim, vamos lá, faz aquilo, então que já desce, mas desce ensaboado, então que já para a gente, por causa exatamente dessa união, do grupo, que eu acho que a gente não pode perder não, tem que continuar se motivando.

C 5– Na verdade, eu ainda vejo uma questão bastante complicada com relação ao Estado, e eu falo isso também com relação as regionais, porque eles ainda acham que os consórcios vieram para tirar o espaços das regionais, do trabalho das regionais. Então isso é muito complexo, é muito complicado, e eu vejo ainda algumas cabeças dentro da secretaria de estado que pensam dessa forma, e isso restringe nosso avanço, ele restringe que você execute, que você faça, que você busque, sabe?! Então é complexo isso, porque na verdade é um grande medo de perda de poder, quando que eu acho que não tem nenhum consórcio querendo disputar poder, nós queremos fazer alguma coisa, nós estamos lá para fazer o nosso trabalho.

C 4– Mas eu acho até que com essa questão do próprio curso e de que a regional tinha que vir, isso também são as coisas que temos que trazer as pessoas para perto, é difícil. É um trabalho, não é uma coisa que a gente conquista numa hora para outra, e a gente vem lutando. Eu sempre brinco com Pato Branco e Beltrão, quando Beltrão tá dando certo com a regional, Pato Branco não tá se bicando com a

regional dele. É histórico, é histórico, a gente sempre brincava nas nossas reuniões que isso acontecia, então essa dificuldade.

C 5– Na verdade, na verdade, eu acho que nós ainda temos muita luta pela frente com relação a nível federal, eu acho que temos muitas conquistas a serem feitas, e essa questão, da questão de mudança de paradigma, paradigma com relação aos servidores do estado com relação aos consórcios. Que eles entendam que nós somos como todo mundo é dentro da rede, num trabalho que nós precisamos fazer para os municípios.

C 6 – Também quero fazer uma fala nesse sentido, a respeito da fala da XXX, vejo assim: os consórcios lutaram muito para chegar aonde estão, foi uma luta difícil, não foi fácil chegar até aqui, os que nos antecederam, no nosso caso que chegamos recentemente, a gente vê o depoimento das pessoas e até de vocês que estão aqui como isso foi importante estar aqui hoje, importante poder ser um consórcio reconhecido, ter esse número de consórcio no estado, ter a força da produção, porque as coisas que acontecem, acontecem porque o consórcio existe, porque senão também não aconteceria, existiria uma lacuna muito maior assistencial que existe hoje. Mas vejo também que há muitas coisas que a gente precisa conquistar ainda, então as nossas conquistas foram e são importantes a cada dia, mas nós não temos condição de nos contentar com o conquistado. Nós precisamos seguir essa luta, celebrar o que foi conquistado, celebrar o que a gente consegue conquistar, e os passos que a gente vai dando, mas tentar acelerar isso pra que a gente tenha condição de mudar o ritmo. Se o Paraná tem uma boa consciência do que é o consórcio, se o Paraná tem incentivo agora, por exemplo, como nós tivemos do governo do estado: um programa voltado para consórcio, isso é bom sim, isso é muito bom, mas nós precisamos nos aproveitar dessa situação, de que olha realmente todo mundo sabe que consórcio é bom, sabe. Valoriza e reconhece sim, mas nós precisamos mostrar quais são ainda os pontos em que nós precisamos de ajuda e de apoio. Então penso, que nós enquanto consórcio, nós temos uma força muito grande, e nós guardamos isso na gaveta, a gente não usa a força que a gente tem, e a unidade que a gente poderia ter para pode mudar essa situação. Um ponto é a questão do financiamento: nós ficamos batalhando para que a gente tenha e resolva o problema do financiamento, mas em nenhum momento a gente disse assim: olha, nós precisamos que o recurso seja do SUS, e não do tesouro municipal, porque tem consórcio que só sobrevive por conta do recurso do tesouro municipal, o recurso tem que ser do SUS, se esse recurso vai ser do FES ou do Fundo Nacional nós vamos precisar estudar isso, e desenhar isso com números, de acordo com a necessidade de cada consórcio, de cada realidade, e nós precisamos estar organizado com isso. Nós precisamos saber quanto é que o Cismusep precisa para poder mudar essa realidade, quanto é que o Cismepar precisa, quanto é que cada realidade precisa. Nós sabemos, mas a gente não colocou isso a público. Olha não é R\$78.000,00 que nós precisamos para mudar essa realidade, nós precisamos é “x”, é essa a necessidade. Então, e quando a gente recebe um presente, agora é um

presente é um CEP, é um presente o “tarara”, é um recurso de tal rede, a realidade, na verdade é dura para nós, porque nós vamos precisar de custeio, nós vamos precisar de manutenção, nós recebemos uma série de ônibus, é um grande presente, é uma fortuna sim, mas existe uma outra fortuna que nós também vamos ter que desembolsar pra colocar isso para resolver. A gente recebeu o presente de um curso, que é maravilhoso, que é ótimo, que tem um monte de coisa de graça, que custa uma fortuna se a gente fosse contratar uma assessoria, é sim, a qualidade desse curso é inquestionável. Mas nós somos cobrados, se você não fizer você perde cinco pontos, se você não realizar esse ponto, esse, esse e esse, e esse item da avaliação você perde recurso financeiro. Quer dizer, a gente recebe com uma mão, mas pra que? Pra trabalhar uma política que não fomos nós que criamos, é pra obedecer. Então olha, você recebe isto aqui, você é muito importante para mim, mas se você não fizer do jeito que eu estou falando, eu tiro. Então isso é importante, nós temos que ter consciência disso, nós temos que saber dessa realidade. Pode até ser que a gente não vai fazer nada com essa informação, mas nós temos que saber, que isso tá acontecendo, isso é uma coisa importante. Quando nós fomos falar sobre custeio de CEP já escutamos da direção geral da Sesa, do Rene, já escutamos lá na nossa sala de reuniões, vamos ver então se a gente faz 25% do estado, 25 % da união, e 50% dos municípios, não! Não, não é isso! Então nós precisamos já dizer o que que nós precisamos, o qual é a nossa necessidade, nós sabemos o que nós precisamos, e se isso não tá sistematizado é hora da gente sistematizar, e nós podemos mostrar isso. Eu anotei até aqui pra mim não esquecer: a questão de um fórum de deliberação, o fórum de deliberação é na CIB, que se delibera? Por que que nós não temos cadeira? O fórum de deliberação é na CIR? Por que que nós somos meros convidados? Então, o nosso fórum de deliberação nos consórcios enquanto gestor, enquanto ferramenta da gestão, é aonde? É na associação? Nós vamos deliberar na associação? Essas deliberações elas vão ser levadas e apresentadas enquanto documentos? Onde? Em que momento? Eu vejo que a gente tem uma capacidade de avanço muito grande, as nossas conquistas são muitas, nós precisamos celebrar isso, mas nós precisamos continuar avançando, e acelerar, engatar a segunda marcha e acelerar.

C 5—Uma outra questão, só complementando o que eu falei antes, na verdade, algumas questões ainda que a própria secretaria de estado exige que os consórcios façam, muitas vezes até de forma ilegal, não dentro da legalidade, isso complica e traz algumas situações de animosidade entre o próprio consórcio, pros próprios prefeitos com a secretaria de estado. Nós tivemos uma questão dos Hemonúcleos, nós até hoje fizemos só um aditamento ao convênio por seis meses, daqui seis meses nós não sabemos o que que vai ser, sabe, por uma imposição, por uma questão de contratação de pessoal, que nós como consórcio não podemos fazer. Se o Estado não pode fazer, nós também não podemos. Então, eu acho assim, ainda existe algumas questões a nível de secretaria, algumas cabeças lá dentro pensantes, que estão lá que seriam pensantes, que teriam que ver os consórcios de forma mais ampla.

C 6– Eu também vejo isso, em uma aula nossa, já foi dito: que não, vocês são prestadores, e em outra aula foi enfatizado vocês são gestores.

C 7 – Acho que na verdade vivemos num momento mais ou menos assim de adolescência, nós somos cobrados como adultos, mas tratados como crianças.

C 2– O Dr. Rene falou aquele dia assim: que não abre mão da regulação, mas quem é o papel fundamental é o consórcio.

C 7- Na hora de definir políticas, abordagens, nós não somos chamados. Nós somos chamados quando está tudo pronto, tá aqui porque você é muito novo ainda, e você não consegue pensar.

C 8 - Não tem como não falar, quem for abrir um comentário, vai ter que falar do financiamento. Mesmo que fossemos taxados ainda só como lugar de “consulta”, essa consulta nós estamos recebendo a R\$10,00, e financiando com outros valores. Então quando foi falado do SUS, é isso que também está sendo deixado de lado: não se cobra mais valores de tabela, ficou estacionado a dez anos e assim está. Quer dizer, uma ultrassonografia R\$24,20 e parece que está bom, se você consegue a R\$120,00 você recebe R\$24,20 e a diferença sai do tesouro municipal. Então não tem como abrir uma fala sem falar do financiamento, e principalmente isso, não saindo mais dos municípios, e sim da esfera federal. Se hoje temos alguns benefícios, e avanços a nível estadual, a nível federal está congeladíssimo. Então, também é importante a questão do fórum, eu já tive dificuldades na região de não poder participar de Bipartite, conquistar cadeiras. Esse reconceito que está sendo falado aqui, que foi conseguido, eu ainda não consegui cadeira para um Bipartite, então muito se avançou e muito se precisa avançar. Conceito inclusive no verbete, se me permite, já fui surpreendido em dizer você trabalha no consórcio, que carro você vende? Porque é uma cooperativa, uma associação, e esse termo consórcio traz as vezes uma distância para nós, que parece que nós não somos humanos, que não atendemos, não sei também precisaríamos ver até essa questão, quando passa no conceito até do verbete.

C 5– Na verdade, eu só queria complementar nessa questão de financiamento do Ministério, no Congresso eu estive representando a Acispar, foi muito discutido a questão do financiamento para os Consórcios, e estava lá aquela advogada Paula Ravela, e ela foi categórica e clara, que recursos do Ministério direto a consórcios nós podemos “tirar o cavalinho da chuva” do Ministério da Saúde, não vão passar. E um avanço que eu acho que é interessante nós temos que tentar acompanhar isso, nós do Paraná, a questão de que: tá sendo criado uma secretaria, a nível de governo federal, para os consórcios, exclusiva para consórcios. Eu acho que nós temos que tentar, porque a região norte e nordeste do Brasil tá muito articulada na questão de consórcios multifuncionais, tá se trabalhando muito encima disso, eles estão trabalhando muito, muito, muito encima disso. Se você for fazer uma análise, você até para pra pensar, e diz não, realmente, só que consórcio de saúde é muito específico em algumas situações; então existe algumas coisas, e em outras áreas

até pode ser feito. Penso, que eu acho que a gente tem que o próximo, e eu acho que um passo muito grande nosso, é tentar nos aproximar mais, apesar deles serem extremamente políticos, aquela região, a gente estar mais próximos, porque lá tá se puxando alguma coisa que nós podemos ter um amargor interessante pra frente.

C 8– Essa questão do federal é exatamente isso, quem está viabilizando dentro da rede de saúde mental? O enfrentamento ao Crack, quem? São os consórcios, então veja quem que tem essa capacidade da ousadia de assumir as coisas. Quem é que está implantando aquilo que eles lançam lá?

C 5– Mas na verdade, eles não reconhecem, o Ministério não reconhece os consórcios. Nós temos que trabalhar de forma diferente, quem sabe que ainda mais, o Paraná, estar mais juntos.

C 7 – Só para gente pensar, que eu estou vendo que estamos começando rodar. Um tempo atrás a gente começou fazer reuniões, e como o pessoal falou, nós conseguimos, nós eu tô me incluindo assim de bobo na história, porque na verdade são a Marlei, a Odete, a Zu, o Ayaubi, eles é que trabalharam mais nessa situação, que lutaram mais, eu apesar de aparentar assim ser um cara meio idoso, mas é tudo mentira; eu entrei nessa história de consórcio mais novo, eu sou recente. Essa luta foi mais travada por eles, até chegar nesse ponto que nós colocamos, e como a Cris colocou: nós conseguimos tudo isso baseado numa única coisa só, união. Os consórcios conseguiram estruturar as coisas dentro dos seus municípios, dentro das suas áreas de abrangência, através da união dos seus municípios. O que eu vejo desde que eu sou coordenador, desde que eu estou coordenador, desculpe, num consórcio, o que eu vejo é que nos falta replicar essa união dos municípios nos consórcios, entre nós. O que eu vejo é que falta. Brigas internas nós sempre vão ter, uns que pensam diferentes nós sempre vamos ter. Eu nem sempre vou concordar com o Alfredo, nem sempre vou concordar com a Zuleide, mas isso não quer dizer que vou ser inimigo deles. Nós começamos a um tempo atrás fazer reuniões periódicas, e depois a gente se diluiu. O que eu acho que a gente tinha que fazer para conseguir qualquer coisa era primeiro criar um vínculo maior, criar uma união maior, uma aproximação maior entre nós, coordenadores e coordenador da Acispar, criar um vínculo maior, mais próximo, mais fechado. Porque encima disso daí você pode acionar o seu deputado, eu posso acionar meu deputado, a gente pode cobrar, cada um pode começar cobrar outras coisas pra gente ser ouvido em Brasília, ou a gente pode uma hora, juntar pressão pra fazer pressão pra chamar a bancada do Paraná; então, a gente tem que fazer, fazer, fazer, fazer. E outra coisa: o que nós temos que ser, nessas horas eu sou um cara pragmático, nessas horas eu sou multipartidário, não me interessa qual é o partido do cara, eu puxo o cara pelo braço, vem cá, você vai me dar uma emenda, “opa”. Se ele é do PCO, não estou nem interessado, eu quero saber que meu dinheiro está lá. Então, eu acho que nós temos que ser, neste momento, cada um tem sua afinidade política, mas eu acho que no momento de consórcio, a gente tem que afastar essa situação para pensar como um todo. Se entendeu?! Podemos brigar, é aquela história assim, não

podemos brigar, a galinha é, mas a galinha é nossa, nós podemos brigar, nós podemos fazer o que quiser, mas nós temos que estar frente, a nossa face exterior tem que estar unida, Só nesse momento que a gente consegue começar fazer o que você estava falando, ou que o Vilmar reclamou, se entendeu, a fala que começou replicar em todo mundo. Que nós temos que agir como braço executivo, mas ao mesmo tempo nós não temos independência para fazer as coisas acontecer. Nós temos mudando, nós temos mudando. Nós temos num ponto de mudança que nós temos deixando de ser aquele cavaleiro solitário que traz as consultas que o município precisa, isso aquilo pra começar não ordenar despesas, mas coordenar as despesas, entre a ação secundária e ação primária, nós estamos nesse momento. Nós vamos migrar pra esse ponto, nós vamos ter que migrar pra esse ponto pra conseguir fazer as coisas acontecer. Porque eu tô vendo assim: se nós não entrarmos nessa situação as coisas não vão acontecer. As regionais de saúde, as regionais de saúde é uma coisa que tá em franca extinção, a realidade é essa. Por que? Ayubi é funcionário do estado, você também é, você sabe que a maior parte dos funcionários do estado tá caindo fora, já tá pedindo aposentadoria. A minha regional de saúde tava em telefonista, porque uma aposentou e a outra tirou três licenças *premium*, então eles não tem telefonistas. Então cada vez está diminuindo mais esse espaço do estado, e o que eu vejo pra futuro das regionais é que a regional vai ser basicamente um escritório fiscalizador da nossa ação. Política de um lado, e fiscalizador da ações.

**MEDIADOR – Mas você acha que tem definido os papéis dos consórcios?**

C 7 – Não, por isso que nós temos que promover aceitação, porque os municípios conseguiram criar o consórcio, aquilo que a Cris falou: encima da união dos municípios, formaram a união, forjaram essa união, e conseguiram constituir consórcio. Nós só vamos poder fazer esses papéis nossos serem definidos, a partir do momento que a gente tiver união.

C 4– Mas os papéis nossos já tão definidos.

C 7– Definidos eu falo o seguinte, reconhecidos.

**ACISPAR – Com licença, a questão dos papéis já são definidos, nós participamos de uma lei que não existia a lei até 2005, que não sabia que que era consórcio, hoje já tem uma lei: a 11.107. Que lá define os consórcios, e os papeis dentro do estado hoje, nesse governo, eles são definidos.**

C 7 – Não veja, o que o pessoal está falando é outra coisa, a situação assim: nós somos consórcios, eu por exemplo, eu tenho que tocar a minha parte dos municípios, Umuarama não faz parte do consórcio, só que eu não posso ir lá e votar na CIR; então nossos papéis são e não são, num momento nós somos cobrados como executores, vocês são gestores da ação, vocês tem que tomar frente, onde já se viu vocês gestores fazer uma palhaça dessa, nós já fomos cobrados aqui dentro assim. Só que do outro lado, imagina vocês são prestadores de serviço, depende da

ocasião, por isso que eu brinquei aquela hora e falei: nós somos que nem adolescentes, uma hora nós somos adultos e outra hora nós somos crianças. Mas eu acho que essa elevação, vamos dizer assim, a gente só consegue partindo da união, mas é esse o momento, eu acho que a gente tem que se definir, pra começar se unir, pra começar fechar o círculo, porque se você tem briga interna do jeito que a gente tiver, mas o ALF como nosso coordenador tiver a nossa face unida, ele consegue fazer as coisas. Ele fala: não todos consórcios estão unidos, nós podemos sentar aqui e quebrar o pau o dia inteiro, só que lá fora a nossa face sempre vai tar fechada um com o outro.

C 9 - Eu também sou mais recente nos consórcios, mas eu venho também de uma história do município, de também estar acompanhando essas políticas de estado. Então, eu vejo esse ponto do curso agora, o curso ele deu uma viabilidade maior pros consórcios, teve muita gente que não sabia ainda direito o que era consórcio, mesmo pessoas ligadas as regionais de saúde, não sabiam o que é consórcio. Vocês podem sentir nas suas regiões, então esse curso foi importante pra isso, e ver que os consórcios também estão se profissionalizando, pra não ter também tanto aquela visão do caráter político somente, que infelizmente nós temos isso, muito também, não talvez essa politicagem, mas as pessoas, tem algumas pessoas que acabam vendo que o consórcio é muito político, e nós não, nós estamos lá no dia a dia, foi melhorado muito, acho que ouvindo vocês falar aqui, a gente só tem elogiar o trabalho todo que vem lá debaixo. Mas é o momento agora, de que, nós estamos aqui, 23 consórcios, é isso né? Que nós estamos reunidos pra aproveitar esse momento de se marcar mis encontros, e se ter ALF, a Silvia participou comigo desse Congresso de Saúde Pública, a participação foi muito pequena dos consórcios, e nós temos que ter mais direito a voz, entende? Eu acho que nós temos essa força, e nós precisamos mostrar, ninguém quer brigar com ninguém, eu acho que nós precisamos unir forças. É importante definir uma agenda regular, e colocar prioridades, e os consórcios se reunir, é sagrado.

C 4 - Eu acho que nós chegamos em um ponto agora que temos que começar a priorizar, é aquela história. Nós temos que fazer o nosso planejamento estratégico, nós não temos. Então, é o momento bom, nós estamos numa fase em que nós estamos unidos, tem uma facilidade de articular e marcar alguma coisa, e o momento que vai trocar os deputados, ou uns vão ser ou não reeleitos, e vão começar. E a gente ter uma agenda pro ano que vem, já pegar que o povo tá com vontade com gás todo, a gente chamar a bancada do Paraná, por eles a par disso aqui. Vocês podem ter certeza que não tem a consciência de que isso está acontecendo. Para governadores eu fui numa das reuniões para governadores, eu fui lá falar sobre consórcio, e aí a gente sabia que em alguns estados tinha consórcio, e a medida que eu explicava qual era a forma que a gente trabalhava, que jeito que era, eles se interessaram que eles queriam isso pro estado deles. Mas eu perguntei: mas vocês tem consórcio lá?! Mas não funciona desse jeito, não é desse jeito que a gente entende que deveria ser, e tem também uma situação, que é

uma coisa lá do passado, que é assim que o ministério da saúde nos vê, e alguns setores, e a gente pode dizer enquanto secretaria de estado que é uma coisa lá do passado de “mil oitocentos lá vai bolinhas” que se criou uma situação, porque alguns consórcios não deram certo, ou houveram desvios, e aí a partir desse se traçou, se generalizou; então no ministério se tem essa visão, por mais que vá lá, teve café com ideias, foi lá explicar, mas eu acho que a gente tem que ter uma articulação política, porque aí a gente vai começar dar uma visibilidade e fazer uma agenda. Nós temos que escrever um planejamento, qual vai ser nosso planejamentos pros próximos cinco anos?

C 5 – Tanto foi difícil que nós tivemos um prefeito da nossa região, antes de montar consórcio, que dizer que consórcio na região de Pato Branco nunca, porque era pior que “amante argentina”; Olha a concepção que ele tinha de consórcio, e é o que está acontecendo com o consórcio de Cianorte; O prefeito não gosta, ou a secretaria municipal de saúde detesta consórcio, e eles estão fazendo contratualização pela prefeitura dos mesmos profissionais com preços mais altos que o consórcio, só para tirar o profissional do consórcio.

C 10–Eu penso que o que a gente está conversando aqui é justificável pela própria lei 8.080, o SUS ele tem três espaços de gestão, municípios, estado e federação. Lá no artigo 10, qualquer coisa que fugir disso é complementar. E só se ocupa estado quando alguém deixou, então os consórcios passaram a existir a medida que o estado, os estados, não assumiram seu papel na atenção secundária, porque se os estados tivessem assumidos seu papel na atenção secundária não teria se criado consórcio. Então consórcio ele seria complementar, há necessidade com que ele fosse criado. E aí, enfim é o que vocês todos tem de saber que são outro, porque se nós somos complementar no sistema, como nós queremos ser gestores? Gestor são os três entes, assim está a lei 8.080, essa realidade nós somos infelizmente, nós somos prestadores, baseado na 8.080, e na 8.142. Nós somos serviços complementares, como a OSCIP é, com o Hospital é, essa realidade está sendo mudada com outra concepção, então assim: eu ainda, a minha avaliação, é que o papel do consórcio ele está legalizado, mas não está legitimado. Então eu vejo assim que não tá claro no Brasil o papel dos consórcios, porque ele deve ser complementar e pelo espaço vago ele ocupou. Uma outra preocupação que eu tenho, e aí eu tenho colegas que tem consórcio, com muita coisa, e eu acho que os consórcios começaram fazer um papel que não é seu; eu tenho muita restrição quanto a isso, eu acho assim que se o consórcio o papel dele é atender a atenção secundária, nós temos que tomar um cuidado muito grande, porque vai ficar no nosso “lombo” e no “lombo” dos municípios o trabalho da atenção secundária. Então assim, essa é minha concepção, eu tenho muito cuidado, quando tu me falou do presente, eu analiso bem o presente, o pacote, e seu eu vou poder usar o sapato que eu ganhei de presente, porque depois esta conta ela vai para os municípios, o passivo vai ficar na conta dos municípios. Pra mim os papéis não estão definidos, até porque a lei não permitiu essa definição de papel. Aí veio lá em 2005 uma lei,

mas ela veio pra complementar um serviço que não se dava conta através da secundária.

C 4 – Não, ela veio pra resolver, a lei ela foi criada pra resolver, não tinha nada a ver com os consórcios de saúde, mas sim da área de saneamento. Por que? Porque ia começar vencer as questões da parte de água e esgoto dos municípios, praticamente era por 30, 40 anos que eles tinham, isso no Brasil inteiro. E ai houve uma pressão de todas empresas que queriam pegar essa fatia, que era uma fatia boa, e ai eles entraram, e foi dessa forma que se escreveu essa lei. Tanto é que mais, se você verificar aonde mais deram curso sobre consórcio sobre essas situações, é pela Funasa; se você ver a Funasa, ela tava sempre, apesar de fazer parte do Ministério, mas a parte dela de saneamento ela trabalhou muito isso em todo Brasil, fazendo treinamento e ensinando como montar consórcio, de que forma, por que? Porque tinha que a parte de água e esgoto, então a lei ela veio e ela tá sendo melhorada, os outros ministérios, porque eles tinham interesse, não é o da saúde; então nós vamos ter que começar escrever essa história, nós vamos ter que começar escrever isso ai, porque isso ai não tá escrito.

#### **MEDIADOR – E que percepção vocês tem do Comsus?**

C 4– A minha percepção, eu entendo que foi colocado um dinheiro, um recurso, e deu um nome de Comsus, então é uma estratégia; agora se você pensar em aporte financeiro, numa quantidade pra região que vai fazer diferença, não! Simplesmente se verificou que tinha um pessoal potencial trabalhador, que com pouca coisa que desse pra ele, eles trabalham feito condenado e faz a mais, deu agora um aumento de 30% mas deu mais um tanto de serviço, então se vai pagar água, luz e aluguel, e nós rimos assim, falamos, nossa, mas eu vou dizer uma coisa, eu tô fazendo um paralelo encima do que seria, agora, nós já tivemos vários anos que passaram e ninguém nunca deu nada. Então para nós quando dão um “pirulito” pra gente, quando a gente não ganhou nada durante ao longo do tempo, ninguém nunca nos chamou. Vamos pensar o seguinte: nos chamar junto lá da secretaria de estado e juntar o setor técnico, quem conversava com a gente as vezes era o secretário de estado e o diretor geral, alguma coisa assim; mas envolver a equipe técnica pra nos conhecer, pra conversar e pra fazer é a primeira vez. Então Comsus eu entendo que é um marco, então é um marco, é um marco, então a partir de agora nós temos que aproveitar, porque agora nós descobrimos que eles precisam de gente que trabalha, e nós trabalhamos e trabalhamos bem, pra ocupar esse espaço deixado. E pra ocupar esse espaço então nós vamos buscar de dinheiro, nós percebemos que se a gente falar assim vamos cruzar os braços, porque é a mesma coisa, se a gente levar pros municípios e falar assim: vocês querem fazer porque é vocês que vão pagar, é vocês isso, isso e isso. A gente tem essa questão de mobilizar secretário de saúde e nós temos formação, nós conseguimos quando nós queremos formar as pessoas e dar ideias pra elas de como é que deve ser. Então eu acho que agora nós temos aproveitar o momento pra gente escrever nosso futuro, a história. Então agora é o momento.

C 10 – Eu só tenho uma consideração no Comsus, à gente não ajudou escrever a história do Comsus, ela não veio ser discutida com nós no começo. Nos chamaram para conversar sobre Comsus. Uma outra coisa que me chama muito atenção nos consórcios é saber que os consórcios são dos municípios, são de prefeitos, a pouca força política que eles tem, é como se nós diretores, funcionários dos consórcios, não tivessem os mesmos papel de secretário dele. Ele cobra, escuta: “esse dinheiro ai, esse quarenta mil ai é muito pouco”, eu falei: mas é o teu governador, é o teu secretário, o que que você tá fazendo para ajudar os consórcios a mudar essa política da atenção secundária que vocês assumiram. Eles falam pra gente, mas eu não vi prefeito se reunir no Paraná inteiro numa conversa com governador, com secretário estadual de saúde, pra dizer gente se nós tamos assumindo a secundária que não é nossa essa dinheiro é pouco. Aquele projeto que foi apresentado semana passada aqui pra nós de Santo Antônio do Monte – Minas Gerais, é pago pelo Estado R\$300.000,00 por mês, então assim, mas eu acho muito interessante isso, os secretários eles vem junto, agora os consórcios como é a união de muitos, parece que eles não absorvem como seu, é uma percepção que eu tenho, de lutar, a gente tá lutando, e falando é de vocês, mas parece que eles não tomam o problema pra si. Eu falo vão lá, fala com o governador, fala com o secretário, que nós somos café pequeno gente, a gente é técnico, somos unidos até um pouco mais. Eu acho que a gente é bem unido, precisa melhorar, mas os consórcios aprenderam entre si; eu vou lá no Vilmar, um liga pro outro, outro liga pro outro, e a gente vai capengando.

C 7 – Eu acho assim, nós estamos unidos em função do curso, nós se aproximamos mais, porque nós nos obrigamos a vir, mas antes nós andamos meio espalhados, a gente tava assim cada um pra cada lado.

C 6 – Mas nós precisamos de um fórum não de discussão, mas um fórum de deliberação, onde nós possamos ser ouvidos, onde nossa voz tenha força, e seja oficial. E essa força é dada por prefeito.

C 8 – E as vezes um motivo né gente, olha um motivo de um mestrado, está trazendo reflexões importantes.

C 7 – Nós temos que ter um fórum de deliberações para nós definirmos as nossas estratégias, ai num segundo momento que entra as deliberações, mas primeiros temos que definir estratégias, e fechar o grupo naquelas estratégias. Sobre o Comsus, a minha percepção do Comsus é o seguinte: dizem que você conhece as coisas ou como elas são ditas, ou como elas são escritas; o Comsus a pesar dele ser feito um programa pros consórcios ele é escrito com “M”, de municípios, então já diz tudo;

C 6 – Isso foi dito pelo secretário de estado, Comsus é com “m” porque consórcio é município;

C 7- Num outro momento ele disse que é com ‘m’ porque é Com o SUS, não eu ouvi isso na CIB, então isso foi feito e foi escrito e você nota a percepção que eles tem da gente, porque se for feito com a nossa participação seria com “n”, como é Hospsus, Apsus, teria que ser Consus, com “n” de consórcio, tanto que se você falar pra qualquer pessoa assim: nós temos um programa voltado aos consórcios, escreva Comsus, ela vai escrever com “n”;

C 5 – Eu na verdade tenho uma grande preocupação com relação ao Comsus, porque na verdade eles estão jogando mais uma vez a responsabilidade que seria deles do estado, da Sesa, das regionais de saúde, em cima dos consórcios, então eu acho que existe uma grande preocupação com relação a isso.

**Moderador – XXX você que está começando nos consórcios, qual percepção que você tem?**

C 11 – A minha percepção é assim, na verdade Ponta Grossa, se tem um consórcio desde 2000, mas agora por força do chefe da regional de Ponta Grossa que o prefeito de Castro me tirou do gabinete dele, e me pôs no consórcio para ver se fazia andar o consórcio. Porque são 800.000 habitantes, e um consórcio que nunca funcionou, duas regionais, nunca pegou nada, nunca pegou programa nenhum, e agora eu tô tentando. Mas eu tenho muita dificuldade com a Sesa, e com a regional não, o chefe da regional tá quase todo dia no consórcio perguntando o que que você fez hoje?! Só que eu tenho apenas três funcionários na parte administrativa para mim, é muito difícil, por isso que na hora que foi receber os ônibus eu liguei para seis pessoas, dizendo gente me ajuda. O chefe da regional me levou para conhecer o consórcio de Medianeira pois era pequeno igual ao meu, então assim eu estou engatinhando, esta *super* difícil. Os municípios contribuem com R\$0,30 *per capita*, e Carambei R\$1,00 *per capita*.

C 10 – Eu queria acrescentar outra preocupação que eu tenho, é que os consórcios estão assumindo muita coisa, e tá tendo uma grande preocupação na minha região quanto a folha de pagamento na prefeitura ao percentual, na hora que eu crio um CAPS, que eu pego um laboratório, que eu pego Hospital, nós sabemos que a lei manda concursar, seja por emprego, como é que vai ficar essa estrutura, mas é obrigada. O tribunal essa semana já perguntou pra nós se nós tínhamos resolvido um probleminha lá, então assim, o concurso vai ter que existir, pode ter prestador pode, mas nós não podemos ficar pegando um monte de coisa que não seria da nossa competência e depois não ter como fazer concurso e nem tem como contratar. O Tribunal de Contas deixou claro um negócio, município pode fazer credenciamento para prestadores especialista, consórcio não. Sabe por que? Porque essa é nossa função, vão fazer concurso, brincando mais falaram. Se o município fizer credenciamento tudo bem, ele não é obrigado ter especialista, agora vocês são, a função de vocês é ter especialista, concurso, até pra médico.

**ANEXOS**



Comitê de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL  
REGIONAL DO NORTE DO



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Provisório: A ambiguidade dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

**Pesquisador:** Letícia Cristina Bento

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 31977414.7.0000.5231

**Instituição Proponente:** CESA/SERVIÇO SOCIAL/Prog. de Pós-Graduação em Serviço Social e Política

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 688.693

**Data da Relatoria:** 16/06/2014

#### **Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de pesquisa de Mestrado, onde buscará analisar os Consórcios Intermunicipais de Saúde e sua relação com a Política Pública de Saúde do Estado do Paraná, por meio de um estudo descritivo-exploratório dos CIS do Estado do Paraná (25 consórcios de saúde). Pesquisa de natureza qualitativa e quantitativa que se dará por meio de aplicação de questionário semi-estruturado (por via eletrônica) e pela utilização de um grupo focal que será filmado e após publicação dos dados as filmagens serão incineradas.

Serão incluídos o Coordenador/ Secretário Executivo/Diretor de um Consórcio Intermunicipal de Saúde participantes do Curso de Aperfeiçoamento em Gerenciamento de Consórcios (PUC – Pr, campus Curitiba) aos quais será aplicado TCLE.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Analisar os Consórcios Intermunicipais de Saúde e sua relação da Política Pública de Saúde do Estado do Paraná:

Mapear os CIS do Estado do Paraná na gestão da política de média complexidade do SUS;

Descrever a organização técnica, operacional e administrativa dos Consórcios; Contextualizar a criação e atuação dos CIS;

Averiguar a representação do mix publico privado na execução da política de média complexidade;

**Endereço:** Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445)

**Bairro:** Campus Universitário

**CEP:** 86.057-970

**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br



Comitê de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL  
REGIONAL DO NORTE DO



Continuação do Parecer: 688.693

Problematizar os Consórcios Intermunicipais de Saúde dentro dos princípios estruturais do SUS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não há riscos por se tratar de questionários e discussão em grupo.

Benefícios da produção do conhecimento.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Esta é uma resposta a pendências.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Das 2 pendências apresentadas, pesquisadora inclui custos no orçamento de maneira adequada e explica que grupo focal será realizado em Curitiba, possivelmente em 15/08/2014, durante a realização das aulas do curso de Aperfeiçoamento na PUC, portanto sem custos adicionais de transporte, hospedagem ou outros para os participantes da pesquisa.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pendências adequadamente esclarecidas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Parecer referendado.

LONDRINA, 16 de Junho de 2014

---

**Assinado por:**  
**Paula Mariza Zedu Alliprandini**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445)

**Bairro:** Campus Universitário

**CEP:** 86.057-970

**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br



## **TABELA GERAL DE VALORES - CIS-COMCAM**

Resolução n. 9/2012, publicada no Jornal Tribuna em 26/10/2012, edição n. 8.381

Resolução n. 9/2013, publicada no Jornal Tribuna em 07/12/2013, edição n. 8.381 - INPC/IBGE = 5,5836%

### **Alterações**

1ª Alteração - Portaria nº 15/2014, publicada em 30/05/2014, edição 8.832.

2ª Alteração - Portaria nº 22/2014, publicada em 12/07/2014, edição 8.868.

### **ANEXO I ÁREA MÉDICA**

<b>CODIFICAÇÃO</b>	<b>DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS - MEDICINA</b>	<b>VALORES</b>	
<b>Sintética /Analítica</b>			
<b>1</b>	<b>ANGIOLOGIA</b>		
<b>1.1</b>	<b>CONSULTAS</b>		
1.1.1	CONSULTAS NO CIS-COMCAM	R\$	17,94
1.1.2	CONSULTAS NAS CLÍNICAS	R\$	22,43
<b>1.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>		
<b>1.2.1</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CIS-COMCAM</b>		
1.2.1.1	CURATIVO GRAU II COM OU SEM DEBRIDAMENTO	R\$	36,33
1.2.1.2	DEBRIDAMENTO DE ÚLCERA/NECROSE	R\$	33,48
<b>1.2.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>	R\$	-

<b>2</b>	<b>CARDIOLOGIA</b>		
<b>2.1</b>	<b>CONSULTAS</b>		
2.1.1	CONSULTAS NO CIS-COMCAM	R\$	17,94
2.1.2	CONSULTAS NAS CLÍNICAS	R\$	22,43
<b>2.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>		
<b>2.2.1.</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CIS-COMCAM</b>		
2.2.1.1	LAUDO DE ELETROCARDIOGRAMA	R\$	17,94
2.2.1.2	ELETROCARDIOGRAMA	R\$	5,78
2.2.1.3	RISCO CIRURGICO COM LAUDO	R\$	25,79
<b>2.2.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>		
2.2.2.1	ECOCARDIOGRAFIA BI-DIMENSIONAL COM OU SEM DOPPLER	R\$	112,13
2.2.2.2	HOLTER 24 horas	R\$	89,70
2.2.2.3	MAPA 24 horas	R\$	89,70
2.2.2.4	TESTE DE ESFORCO OU TESTE ERGOMETRICO	R\$	89,70



<b>3</b>	<b>CIRURGIA DA CABECA E PESCOCO</b>		
<b>3.1</b>	<b>CONSULTAS</b>		
3.1.1	CONSULTAS NO CIS-COMCAM	R\$	17,94
3.1.2	CONSULTAS NAS CLÍNICAS	R\$	22,43
<b>3.2.</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>		
<b>3.2.1</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CIS-COMCAM</b>		
<b>3.2.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>		

<b>4</b>	<b>CIRURGIA GERAL</b>		
<b>4.1</b>	<b>CONSULTAS</b>		
4.1.1	CONSULTAS NO CIS-COMCAM	R\$	17,94
4.1.2	CONSULTAS NAS CLÍNICAS	R\$	22,43
<b>4.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>		
<b>4.2.1</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CIS-COMCAM</b>		
4.2.1.1	BIOPSIA DE BOCA/FARINGE	R\$	26,97
4.2.1.2	BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO	R\$	51,79
4.2.1.3	BIOPSIA DE LÁBIO	R\$	26,97
4.2.1.4	BIOPSIA DE LÍNGUA	R\$	26,97
4.2.1.5	BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLE	R\$	28,96
4.2.1.6	BIOPSIA DE PENIS	R\$	20,56
4.2.1.7	BIOPSIA DE PLEURA	R\$	16,44
4.2.1.8	DRENAGEM DE FURUNCULO	R\$	16,44
4.2.1.9	EXCISAO E SUTURA DE HEMANGIOMA	R\$	12,65
4.2.1.10	EXCISAO E SUTURA DE LESAO NA BOCA	R\$	12,65
4.2.1.11	EXCISAO E SUTURA DE TEGUMENTO NA FACE	R\$	12,65
4.2.1.12	EXCISAO E SUTURA DE TUMORES DA ORELHA	R\$	12,65
4.2.1.13	EXCISAO E SUTURA SIMPLES PEQ. LESOES DE PELE/MUCOSA	R\$	10,11
4.2.1.14	EXCISAO EM CUNHA DO LABIO	R\$	12,65
4.2.1.15	EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO	R\$	12,65
4.2.1.16	EXERESE DE CISTO SEBACEO	R\$	12,65
4.2.1.17	EXERESE DE LIPOMA	R\$	12,65
4.2.1.18	EXERESE DE TUMOR DE PELE	R\$	13,97



4.2.1.19	INCISAO E DRENAGEM DE ABCESSO DA BOCA E ANEXOS	R\$	13,27
4.2.1.20	INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	R\$	13,27
4.2.1.21	TORACOCENTESE	R\$	12,65
4.2.1.22	TRATAMENTO DE MIIASE FURUNCULOIDE	R\$	12,78
<b>4.2.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>		

<b>5</b>	<b>CIRURGIA PEDIÁTRICA</b>		
<b>5.1</b>	<b>CONSULTAS</b>		
5.1.1	CONSULTAS NO CIS-COMCAM	R\$	17,94
5.1.2	CONSULTAS NAS CLÍNICAS	R\$	22,43
<b>5.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>		
<b>5.2.1</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CIS-COMCAM</b>		
<b>5.2.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>		

<b>6</b>	<b>CIRURGIA VASCULAR</b>		
<b>6.1</b>	<b>CONSULTAS</b>		
6.1.1	CONSULTAS NO CIS-COMCAM	R\$	17,94
6.1.2	CONSULTAS NAS CLÍNICAS	R\$	22,43
<b>6.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>		
<b>6.2.1</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CIS-COMCAM</b>		
6.2.1.1	CURATIVO GRAU II COM OU SEM DEBRIDAMENTO	R\$	36,33
6.2.1.2	DEBRIDAMENTO DE ÚLCERA/NECROSE	R\$	33,48
<b>6.2.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>		

<b>7</b>	<b>DERMATOLOGIA</b>		
<b>7.1</b>	<b>CONSULTAS</b>		
7.1.1	CONSULTAS NO CIS-COMCAM	R\$	17,94
7.1.2	CONSULTAS NAS CLÍNICAS	R\$	22,43
<b>7.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>		
<b>7.2.1</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CIS-COMCAM</b>		
7.2.1.1	BIOPSIA DE LÁBIO	R\$	26,97
7.2.1.2	BIOPSIA DE LÍNGUA	R\$	26,97
7.2.1.3	BIOPSIA DE PELE	R\$	28,96



7.2.1.4	EXCISAO E SUTURA SIMPLES PEQ. LESOES DE PELE/MUCOSA	R\$	10,11
7.2.1.5	EXERESE DE TUMOR DE PELE	R\$	13,97
<b>7.2.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>		

<b>8</b>	<b>ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA</b>		
<b>8.1</b>	<b>CONSULTAS</b>		
8.1.1	CONSULTAS NO CIS-COMCAM	R\$	17,94
8.1.2	CONSULTAS NAS CLÍNICAS	R\$	22,43
<b>8.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>		
<b>8.2.1</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CIS-COMCAM</b>		
<b>8.2.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>		
8.2.2.1	BIOPSIA DE TIREOIDE + PUNÇÃO DE TIREOIDE ( serviço médico)	R\$	41,43
8.2.2.2	DENSIOMETRIA OSSEA	R\$	66,60

<b>9</b>	<b>GASTROENTEROLOGIA</b>		
<b>9.1</b>	<b>CONSULTAS</b>		
9.1.1	CONSULTAS NO CIS-COMCAM	R\$	17,94
9.1.2	CONSULTAS NAS CLÍNICAS	R\$	22,43
<b>9.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>		
<b>9.2.1</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CIS-COMCAM</b>		
<b>9.2.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>		
9.2.2.1	BIOPSIA HEPÁTICA	R\$	63,83
9.2.2.2	BIOPSIA DE GASTRO	R\$	26,97
9.2.2.3	COLONOSCOPIA	R\$	280,31
9.2.2.4	DILATAÇÃO DE ESOFAGO	R\$	280,31
9.2.2.5	ESCLEROSE DE VARIZES ESOFAGIANAS	R\$	280,31
9.2.2.6	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (Endoscopia)	R\$	89,70
9.2.2.7	LIGADURA ELÁSTICA	R\$	336,38
9.2.2.8	POLIPECTOMIA / DUODENO / ESOFAGO / ESTOMAGO	R\$	112,13
9.2.2.9	RETIRADA CORPO ESTRANHO ESOFAGO,ESTOMAGO E DUODENO	R\$	280,31
9.2.2.10	RETOSIGMOIDOSCOPIA	R\$	112,13

<b>10</b>	<b>GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA</b>		
-----------	----------------------------------	--	--



<b>10.1</b>	<b>CONSULTAS</b>		
10.1.1	CONSULTAS NO CIS-COMCAM	R\$	17,94
10.1.2	CONSULTAS NAS CLÍNICAS	R\$	22,43
<b>10.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>		
<b>10.2.1</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CIS-COMCAM</b>		
10.2.1.1	BIOPSIA DE COLO UTERINO	R\$	20,56
10.2.1.2	BIOPSIA DA VULVA	R\$	20,56
10.2.1.3	BIOPSIA/PUNÇÃO DE MAMA	R\$	29,82
10.2.1.4	CAFF	R\$	50,72
10.2.1.5	CAUTERIZAÇÃO DE COLO DE UTERO	R\$	22,96
10.2.1.6	COLPOSCOPIA	R\$	3,79
10.2.1.7	DIU (colocação/retirada)	R\$	20,19
10.2.1.8	ESVAZIAMENTO PERCUTÂNIO DE CISTO MAMÁRIO	R\$	23,26
10.2.1.9	EXCISÃO DE POLIPO UTERINO	R\$	25,36
10.2.1.10	PAFF DE MAMA	R\$	29,82
10.2.1.14	QUIM. CAUTERIZAÇÃO	R\$	25,30
<b>10.2.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>		

<b>11</b>	<b>HEMATOLOGIA</b>		
<b>11.1</b>	<b>CONSULTAS</b>		
11.1.1	CONSULTAS NO CIS-COMCAM	R\$	17,94
11.1.2	CONSULTAS NAS CLÍNICAS	R\$	22,43
<b>11.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>		
<b>11.2.1</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CIS-COMCAM</b>		
<b>11.2.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>		

<b>12</b>	<b>INFECTOLOGIA</b>		
<b>12.1</b>	<b>CONSULTAS</b>		
12.1.1	CONSULTAS NO CIS-COMCAM	R\$	17,94
12.1.2	CONSULTAS NAS CLÍNICAS	R\$	22,43
<b>12.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>		
<b>12.2.1</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CIS-COMCAM</b>		
<b>12.2.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>		



<b>13.</b>	<b>MEDICINA NUCLEAR</b>		
<b>13.1</b>	<b>EXAMES EM MEDICINA NUCLEAR</b>		
13.1.1	CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE COM OU SEM CAPTACAO	R\$	112,13
13.1.2	CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE COM TESTE DE SUPRESSAO (T3 OU T4)	R\$	112,13
13.1.3	CINTILOGRAFIA DA TIREOIDE COM TESTE DE ESTIMULO (TSH)	R\$	112,13
13.1.4	CINTILOGRAFIA OSSEA COM OU SEM FLUXO SANGUINEO	R\$	224,26
13.1.5	CINTILOGRAFIA RENAL DMSA	R\$	201,83
13.1.6	DENSIOMETRIA OSSEA	R\$	66,60
13.1.7	CINTILOGRAFIA RENAL DTPA	R\$	201,83
13.1.8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	R\$	504,57
13.1.9	TOMOGRAFIA COMP. DE CRANEO	R\$	145,77
13.1.10	TOMOGRAFIA COMP. COLUNA CERVICAL , DORSAL, LOMBA	R\$	145,77
13.1.11	TOMOGRAFIA COMP. DAS ARTICULACOES COTOVELO	R\$	145,77
13.1.12	TOMOGRAFIA COMP. DAS ARTICULACOES COXO-FEMURAI	R\$	145,77
13.1.13	TOMOGRAFIA COMP. DAS ARTICULACOES EXTERNO-CLAVICUL	R\$	145,77
13.1.14	TOMOGRAFIA COMP. DAS ARTICULACOES JOELHOS	R\$	145,77
13.1.15	TOMOGRAFIA COMP. DAS ARTICULACOES OMBROS	R\$	145,77
13.1.16	TOMOGRAFIA COMP. DAS ARTICULACOES PUNHOS	R\$	145,77
13.1.17	TOMOGRAFIA COMP. DAS ARTICULACOES SACRO-ILIACO	R\$	145,77
13.1.18	TOMOGRAFIA COMP. DE FACE OU SEIOS DE FACE OU ARTIC	R\$	145,77
13.1.19	TOMOGRAFIA COMP. DE MASTOIDES OU OUVIDOS	R\$	145,77
13.1.20	TOMOGRAFIA COMP. DE PELVE OU BACIA	R\$	145,77
13.1.21	TOMOGRAFIA COMP. DE PESCOCO (PARTES MOLES, LARINGE)	R\$	145,77
13.1.22	TOMOGRAFIA COMP. DO ABDOMEN SUPERIOR	R\$	145,77
13.1.23	TOMOGRAFIA COMP. DO ABDOMEN TOTAL	R\$	291,53
13.1.24	TOMOGRAFIA COMP. DO TORAX	R\$	145,77
13.1.25	TOMOGRAFIA COMP. DOS SEGMENTOS APENDICULARES	R\$	145,77

<b>14</b>	<b>NEFROLOGIA</b>		
<b>14.1</b>	<b>CONSULTAS</b>		
14.1.1	CONSULTAS NO CIS-COMCAM	R\$	17,94
14.1.2	CONSULTAS NAS CLÍNICAS	R\$	22,43



14.2	<b>PROCEDIMENTOS</b>
14.2.1	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CIS-COMCAM</b>
14.2.2	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>

15	<b>NEUROCIRURGIA</b>		
15.1	<b>CONSULTAS</b>		
15.1.1	CONSULTAS NO CIS-COMCAM	R\$	17,94
15.1.2	CONSULTAS NAS CLÍNICAS	R\$	22,43
15.2	<b>PROCEDIMENTOS</b>		
15.2.1	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CIS-COMCAM</b>		
15.2.1.1	EEG COM SONO MEDICAMENTOSO COM FOTO ESTIMULO	R\$	28,03
15.2.1.2	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA COM FOTO ESTIMULO	R\$	28,03
15.2.2.	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>		
15.2.2.1	EEG COM SONO MEDICAMENTOSO COM FOTO ESTIMULO COM LAUDO	R\$	50,46
15.2.2.2	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA COM FOTO ESTIMULO COM LAUDO	R\$	50,46
15.2.2.3	ELETRONEUROMIOGRAFIA (por membro)	R\$	100,92

16	<b>NEUROLOGIA</b>		
16.1	<b>CONSULTAS</b>		
16.1.1	CONSULTAS NO CIS-COMCAM	R\$	17,94
16.1.2	CONSULTAS NAS CLÍNICAS	R\$	22,43
16.2	<b>PROCEDIMENTOS</b>		
16.2.1	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CIS-COMCAM</b>		
16.2.1.1	EEG COM SONO MEDICAMENTOSO COM FOTO ESTIMULO	R\$	28,03
16.2.1.2	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA COM FOTO ESTIMULO	R\$	28,03
16.2.2	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>		
16.2.2.1	EEG COM SONO MEDICAMENTOSO COM FOTO ESTIMULO COM LAUDO	R\$	50,46
16.2.2.2	ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGILIA COM FOTO ESTIMULO COM LAUDO	R\$	50,46
16.2.2.3	ELETRONEUROMIOGRAFIA (por membro)	R\$	100,92

17	<b>OFTALMOLOGIA</b>
17.1	<b>CONSULTAS</b>



17.1.1	CONSULTAS NO CIS-COMCAM	R\$	17,94
17.1.2	CONSULTAS NAS CLÍNICAS	R\$	22,43
<b>17.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>		
<b>17.2.1</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CIS-COMCAM</b>		
17.2.1.1	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA	R\$	28,03
<b>17.2.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>		
17.2.2.1	BIOMETRIA ULTRASSONICA	R\$	27,18
17.2.2.2	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	R\$	89,70
17.2.2.3	CIRURGIA DE PTERIGIO	R\$	156,64
17.2.2.4	CURVA TENSIONAL DIARIA	R\$	11,34
17.2.2.5	EPILAÇÃO DE CÍLIOS	R\$	25,71
17.2.2.6	EXERESE DE CALAZIO	R\$	21,46
17.2.2.7	EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	R\$	92,26
17.2.2.8	FACOEMUSIFICAÇÃO	R\$	720,98
17.2.2.9	FUNDOSCOPIA	R\$	3,78
17.2.2.10	GONIOSCOPIA	R\$	7,56
17.2.2.11	MAPEAMENTO DE RETINA	R\$	27,18
17.2.2.12	PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	R\$	72,88
17.2.2.13	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	R\$	3,78
17.2.2.14	POTENCIAL EVOCADO	R\$	27,18
17.2.2.15	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA	R\$	28,03
17.2.2.16	TONOMETRIA APLANACAO	R\$	3,78
17.2.2.17	TOPOGRAFIA OU CERATOSCOPIA COMPUTADORIZADA	R\$	89,70
17.2.2.18	TRANSPLANTE CONJUNTIVAL	R\$	179,74

<b>18</b>	<b>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>		
<b>18.1</b>	<b>CONSULTAS</b>		
18.1.1	CONSULTAS NO CIS-COMCAM	R\$	17,94
18.1.2	CONSULTAS NAS CLÍNICAS	R\$	22,43
<b>18.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>		
<b>18.2.1</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CIS-COMCAM</b>		
<b>18.2.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>		



19	<b>OTORRINOLARINGOLOGIA</b>			
19.1	<b>CONSULTAS</b>			
19.1.1	CONSULTAS NO CIS-COMCAM	R\$	17,94	
19.1.2	CONSULTAS NAS CLÍNICAS	R\$	22,43	
19.2	<b>PROCEDIMENTOS</b>			
19.2.1	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CIS-COMCAM</b>			
19.2.2	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>			
19.2.2.1	AUDIOMETRIA TIPO VAN BEKELY	R\$	23,55	
19.2.2.2	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR	R\$	23,55	
19.2.2.3	BIOPSIA DE BOCA/FARINGE	R\$	26,97	
19.2.2.4	DRENAGEM DE ABSCESSO FARINGEO	R\$	25,30	
19.2.2.5	DUCHA POLIZER	R\$	12,65	
19.2.2.6	ELETROCOAGULACAO	R\$	13,27	
19.2.2.7	FRENECTOMIA	R\$	10,11	
19.2.2.8	IMITANCIOMETRIA	R\$	54,12	
19.2.2.9	REMOÇÃO DE CERUMEM	R\$	6,31	
19.2.2.10	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO EM OUVIDO/FARINGE/LARINGE/NARIZ	R\$	29,63	
19.2.2.11	TAMPONAMENTO ANTERIOR (EPISTAXE)	R\$	12,65	
19.2.2.12	TAMPONAMENTO ANTERO-POSTERIOR	R\$	12,65	
19.2.2.13	TURBINOPLASTIA	R\$	43,01	
19.2.2.14	VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$	56,06	

20	<b>PATOLOGIA (ANATOMOPATOLOGIA E CITOPATOLOGIA)</b>			
20.1	<b>PROCEDIMENTO</b>			
20.1.1	<b>PROCEDIMENTO NA CLÍNICA / LABORATÓRIO</b>			
20.1.1.1	EXAME ANATOMO-PATOLOGICO POR ORGÃO. BIOPSIA ETC.	R\$	22,45	
20.1.1.2	RETIRADA DE MATERIAL PARA ANATOMO-PATOLOGICO EM GERAL	R\$	16,80	

21	<b>PATOLOGIA CLINICA</b>			
21.1	<b>EXAMES LABORATORIAIS</b>			
21.1.1	<b>EXAMES</b>			
21.1.1.1	17-ALFA-OH-PROGESTERONA	R\$	11,46	
21.1.1.2	ÁCIDO CÍTRICO EM URINA DE 24HS	R\$	16,82	



21.1.1.3	ÁCIDO FÓLICO	R\$	17,55
21.1.1.4	ÁCIDO OXÁLICO EM URINA DE 24HS	R\$	12,33
21.1.1.5	ÁCIDO ÚRICO (DOSAGEM DE ACIDO URICO)	R\$	2,07
21.1.1.6	ÁCIDO ÚRICO EM URINA 24 HS	R\$	2,07
21.1.1.7	ÁCIDO VALPRÓICO	R\$	17,55
21.1.1.8	ÁCIDO VANIL MANDÉLICO-URINA	R\$	14,58
21.1.1.9	ALDOLASE	R\$	7,36
21.1.1.10	ALDOSTERONA	R\$	25,79
21.1.1.11	ALFA 1 ANTRIPSINA FECAL	R\$	51,02
21.1.1.12	ALFA 1 ANTRIPSINA NO SORO	R\$	51,02
21.1.1.13	ALFA FETOPROTEÍNA	R\$	16,88
21.1.1.14	ALFA GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	R\$	7,84
21.1.1.15	AMILASE	R\$	2,52
21.1.1.16	ANDROSTENEDIONA	R\$	14,22
21.1.1.17	ANTI - CITRULINA (CCP)	R\$	145,77
21.1.1.18	ANTI HBc - IgM ( Anticorpos - IgM ANTI-CORE DO HBV)	R\$	20,80
21.1.1.19	ANTI HBc TOTAL ( ANTI HBc IgG/IgM ANTI-CORE DO HBV)	R\$	20,80
21.1.1.20	ANTI HBs (ANTICORPOS ANTI HBs DO HBV)	R\$	20,80
21.1.1.21	ANTI HCV (ANTICORPOS ANTI HCV)	R\$	20,80
21.1.1.22	ANTIBIOGRAMA	R\$	5,59
21.1.1.23	ANTIBIOGRAMA PARA BACTÉRIAS	R\$	5,90
21.1.1.24	ANTICARDIOLIPINA IGG	R\$	23,55
21.1.1.25	ANTICARDIOLIPINA IGM	R\$	23,55
21.1.1.26	ANTICORPOS ANTI-DNA	R\$	10,09
21.1.1.27	ANTICORPOS ANTI-LA	R\$	20,80
21.1.1.28	ANTICORPOS ANTI-LKM	R\$	18,50
21.1.1.29	ANTICORPOS ANTI-MITOCÔNDRIAS	R\$	19,20
21.1.1.30	ANTICORPOS ANTI-MÚSCULO LISO	R\$	19,20
21.1.1.31	ANTICORPOS ANTI-RO	R\$	20,80
21.1.1.32	ANTICORPOS ANTI-SM	R\$	19,24
21.1.1.33	ANTICORPOS ANTI-TIREOGLOBULINA	R\$	19,24
21.1.1.34	ANTICORPOS RNP	R\$	19,24
21.1.1.35	ANTI-ESTREPTOLISINA "O"	R\$	3,18



21.1.1.36	ANTI-GAD	R\$	47,09
21.1.1.37	ANTIGENO CARCINOEMBRIOGÊNICO (CEA)	R\$	14,97
21.1.1.38	ANTIGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO	R\$	18,41
21.1.1.39	ANTIGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO LIVRE	R\$	18,41
21.1.1.40	ANTIGENO PROSTÁTICO TOTAL + PSA LIVRE	R\$	20,19
21.1.1.41	ANTI-TPO TIREOPEROXIDASE	R\$	19,24
21.1.1.42	BACTERIOSCOPIA DA URINA	R\$	3,14
21.1.1.43	BACTERIOSCOPIA DAS FEZES	R\$	1,85
21.1.1.44	BETA-HCG - QUALITATIVO	R\$	8,81
21.1.1.45	BETA-HCG - QUANTITATIVO	R\$	8,81
21.1.1.46	BIG PROLACTINA	R\$	33,64
21.1.1.47	BILIRRUBINAS TOTAL E FRAÇÕES	R\$	2,25
21.1.1.48	BLASTOMICOSE - (Coletado no CIS e enviado p/ o Lacer)	R\$	-
21.1.1.49	BRUCELOSE - IgM	R\$	50,46
21.1.1.50	CA 15-3	R\$	22,43
21.1.1.51	CA 19-9	R\$	21,31
21.1.1.52	CA-125	R\$	19,06
21.1.1.53	CÁLCIO	R\$	2,07
21.1.1.54	CÁLCIO EM URINA 12 HS	R\$	2,07
21.1.1.55	CÁLCIO EM URINA 24 HS	R\$	2,07
21.1.1.56	CÁLCIO IÔNICO	R\$	3,94
21.1.1.57	CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	R\$	10,01
21.1.1.58	CARBAMAZEPINA	R\$	19,66
21.1.1.59	CÉLULAS LE	R\$	4,60
21.1.1.60	CITOMEGALOVÍRUS- IgG	R\$	12,33
21.1.1.61	CITOMEGALOVÍRUS- IgM	R\$	13,02
21.1.1.62	CK - CREATINAFOSFOQUINASE TOTAL	R\$	4,60
21.1.1.63	CLEARENCE DE CREATININA	R\$	3,94
21.1.1.64	COLORO	R\$	2,47
21.1.1.65	COAGULOGRAMA	R\$	6,49
21.1.1.66	COBRE	R\$	13,68
21.1.1.67	COLESTEROL (HDL)	R\$	3,94
21.1.1.68	COLESTEROL (LDL)	R\$	3,94



21.1.1.69	COLESTEROL (VLDL)	R\$	3,94
21.1.1.70	COLESTEROL TOTAL	R\$	2,07
21.1.1.71	COLINESTERASE	R\$	4,13
21.1.1.72	CONTAGEM DE PLAQUETAS	R\$	3,06
21.1.1.73	COOMBS DIRETO	R\$	3,06
21.1.1.74	COOMBS INDIRETO	R\$	3,06
21.1.1.75	COPROCULTURA	R\$	6,30
21.1.1.76	CORTISOL APÓS DEXAMETASONA	R\$	13,46
21.1.1.77	CORTISOL BASAL	R\$	16,82
21.1.1.78	CORTISOL LIVRE (URINA) -	R\$	16,82
21.1.1.79	CREATINAFOSFOQUINASE (CK-MB)	R\$	12,33
21.1.1.80	CREATININA	R\$	2,07
21.1.1.81	CREATININA EM URINA DE 24 HS	R\$	2,07
21.1.1.82	CREATININA EM URINA ISOLADA	R\$	2,13
21.1.1.83	CULTURA DE URINA	R\$	6,30
21.1.1.84	CULTURA PARA BAAR - (Coletado no CIS e enviado p/ o Lacen)	R\$	-
21.1.1.85	CULTURA PARA BACTÉRIAS	R\$	11,50
21.1.1.86	CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO	R\$	6,30
21.1.1.87	CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA	R\$	11,21
21.1.1.88	DESIDROGENASE LÁTICA	R\$	4,13
21.1.1.89	DHEA- DEHIDROEPIANDROSTERONA	R\$	14,70
21.1.1.90	DIHIDROTESTOSTERONA - DHT	R\$	17,94
21.1.1.91	DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA - HPLC	R\$	19,66
21.1.1.92	DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	R\$	15,70
21.1.1.93	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	R\$	19,24
21.1.1.94	DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	R\$	19,24
21.1.1.95	DOSAGEM DE COMPLEMENTO CH50	R\$	12,47
21.1.1.96	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINAS	R\$	12,47
21.1.1.97	ELETROFORESE DE PROTEINAS	R\$	6,12
21.1.1.98	ELETROFORESE DE PROTEINAS (URINA)	R\$	21,31
21.1.1.99	ENDOMÍCIO, ANTICORPOS IgA	R\$	39,25
21.1.1.100	ENDOMISÍO, ANTICORPOS IgG	R\$	40,36
21.1.1.101	ENDOMISÍO, ANTICORPOS IgM	R\$	39,25



21.1.1.102	EPSTEIN-BARR IgG	R\$	22,43
21.1.1.103	ERITROGRAMA - 02 a 06 ANOS	R\$	3,06
21.1.1.104	ERITROGRAMA - 06 a 13 ANOS	R\$	3,06
21.1.1.105	ERITROGRAMA - 06 MESES a 02 ANOS	R\$	3,06
21.1.1.106	ERITROGRAMA - 14 a 120 ANOS	R\$	3,06
21.1.1.107	ESTRADIOL - (E2)	R\$	11,38
21.1.1.108	EXAME À FRESCO	R\$	3,14
21.1.1.109	FALCIZAÇÃO	R\$	3,93
21.1.1.110	FAN ANTI NÚCLEO	R\$	19,24
21.1.1.111	FATOR REUMATÓIDE	R\$	6,73
21.1.1.112	FATOR REUMATÓIDE (Turbidimetria)	R\$	6,73
21.1.1.113	FATOR RH	R\$	1,54
21.1.1.114	FENITOÍNA	R\$	39,49
21.1.1.115	FENOBARBITAL	R\$	14,72
21.1.1.116	FERRITINA	R\$	17,48
21.1.1.117	FERRO SÉRICO	R\$	3,94
21.1.1.118	FOLICULO ESTIMULANTE-( FSH)	R\$	8,85
21.1.1.119	FOSFATASE ALCALINA	R\$	2,25
21.1.1.120	FÓSFORO	R\$	2,07
21.1.1.121	FÓSFORO EM URINA 24 HS	R\$	2,07
21.1.1.122	FTA- ABS- IgG	R\$	11,21
21.1.1.123	FTA- ABS- IgM	R\$	18,41
21.1.1.124	GAMA-GLUTAMILTRANSFERASE - GAMA GT	R\$	3,94
21.1.1.125	GLIADINA, ANTICORPOS IgG	R\$	35,88
21.1.1.126	GLIADINA, ANTICORPOS IgM	R\$	61,67
21.1.1.127	GLICOSE	R\$	2,07
21.1.1.128	GLICOSE 11:00 Horas	R\$	2,07
21.1.1.129	GLICOSE 16:00 Horas	R\$	2,07
21.1.1.130	GLICOSE APÓS DEXTROSOL	R\$	4,07
21.1.1.131	GLICOSE PÓS PRANDIAL	R\$	4,07
21.1.1.132	GRUPO ABO	R\$	1,54
21.1.1.133	HAV-IgM ( ANTICORPOS IgM ANTI-HAV)	R\$	20,80
21.1.1.134	HBeAg - (ANTIGENO HBe DO HBV) - (Coletado no CIS e enviado p/ o Lacen)	R\$	-



21.1.1.135	HBs Ag - (ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO HBV)	R\$	20,80
21.1.1.136	HELICOBACTER PYLORI	R\$	39,24
21.1.1.137	HEMATÓCRITO - ADULTO 13 ANOS A 120 ANOS	R\$	1,72
21.1.1.138	HEMATÓCRITO - CRIANÇA 06 MESES A 13 ANOS	R\$	1,72
21.1.1.139	HEMOGLOBINA - ADULTO 13 ANOS A 120 ANOS	R\$	1,72
21.1.1.140	HEMOGLOBINA - CRIANÇA 06 MESES A 13 ANOS	R\$	1,72
21.1.1.141	HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HB A1C)	R\$	8,81
21.1.1.142	HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HPLC)	R\$	8,81
21.1.1.143	HEMOGRAMA COMPLETO - 02 a 06 anos	R\$	4,61
21.1.1.144	HEMOGRAMA COMPLETO - 03 dias a 07 dias	R\$	4,61
21.1.1.145	HEMOGRAMA COMPLETO - 06 a 13 anos	R\$	4,61
21.1.1.146	HEMOGRAMA COMPLETO - 1 dia a 2 dias	R\$	4,61
21.1.1.147	HEMOGRAMA COMPLETO - 13 a 120 anos	R\$	4,61
21.1.1.148	HEMOGRAMA COMPLETO - 1semana a 3meses	R\$	4,61
21.1.1.149	HEMOGRAMA COMPLETO - 3 meses a 6 meses	R\$	4,61
21.1.1.150	HEMOGRAMA COMPLETO - 6 meses a 2 anos	R\$	4,61
21.1.1.151	HERPES - IgG	R\$	22,43
21.1.1.152	HERPES - IgM	R\$	28,03
21.1.1.153	HORMÔNIO DO CRESCIMENTO 120 MINUTOS PÓS ESTÍMULO	R\$	11,45
21.1.1.154	HORMÔNIO DO CRESCIMENTO 180 MINUTOS PÓS ESTÍMULO	R\$	11,45
21.1.1.155	HORMÔNIO DO CRESCIMENTO 30 MINUTOS PÓS ESTÍMULO	R\$	11,45
21.1.1.156	HORMÔNIO DO CRESCIMENTO 60 MINUTOS PÓS ESTÍMULO	R\$	11,45
21.1.1.157	HORMÔNIO DO CRESCIMENTO 90 MINUTOS PÓS ESTÍMULO	R\$	11,45
21.1.1.158	HORMONIO DO CRESCIMENTO APÓS ESTÍMULO	R\$	11,45
21.1.1.159	HORMÔNIO DO CRESCIMENTO(HGH)	R\$	11,45
21.1.1.160	HORMONIO LUTEINIZANTE - (L.H)	R\$	10,06
21.1.1.161	IMUNOGLOBULINA-A	R\$	19,24
21.1.1.162	IMUNOGLOBULINA-E	R\$	10,37
21.1.1.163	IMUNOGLOBULINA-G	R\$	10,37
21.1.1.164	IMUNOGLOBULINA-M	R\$	19,24
21.1.1.165	INSULINA	R\$	13,46
21.1.1.166	INSULINA 120 MINUTOS PÓS ESTÍMULO	R\$	13,46
21.1.1.167	INSULINA 180 MINUTOS PÓS ESTÍMULO	R\$	13,46



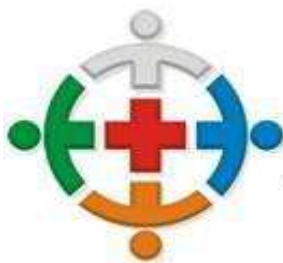
21.1.1.168	INSULINA 30 MINUTOS PÓS ESTÍMULO	R\$	13,46
21.1.1.169	INSULINA 60 MINUTOS PÓS ESTÍMULO	R\$	13,46
21.1.1.170	INSULINA 90 MINUTOS PÓS ESTÍMULO	R\$	13,46
21.1.1.171	KPTT - TEMPO DE TROMBOPLASTINA	R\$	6,47
21.1.1.172	LEPTOSPIROSE-IgM - (Coletado no CIS e enviado p/ o Lacen)	R\$	-
21.1.1.173	LIPASE	R\$	2,52
21.1.1.174	LÍTIO	R\$	2,55
21.1.1.175	MAGNÉSIO	R\$	2,25
21.1.1.176	MAGNÉSIO EM URINA 24HS	R\$	9,88
21.1.1.177	METANEFRIAS	R\$	47,09
21.1.1.178	MICOLOGICO DIRETO	R\$	3,14
21.1.1.179	MICROALBUMINÚRIA (AMOSTRA ISOLADA)	R\$	9,53
21.1.1.180	MICROALBUMINÚRIA (URINA 12H)	R\$	9,53
21.1.1.181	MICROALBUMINÚRIA (URINA 24H)	R\$	9,53
21.1.1.182	MONONUCLEOSE (Monoteste)	R\$	6,12
21.1.1.183	MUCOPROTEÍNAS	R\$	2,55
21.1.1.184	PARASITOLÓGICO DE FEZES	R\$	1,85
21.1.1.185	PARASITOLÓGICO DE FEZES 2ª AMOSTRA	R\$	1,85
21.1.1.186	PARASITOLÓGICO DE FEZES 3ª AMOSTRA	R\$	1,85
21.1.1.187	PARATORMÔNIO INTACTO (MOLÉCULA INTEIRA) - PTH	R\$	50,46
21.1.1.188	PARVÓVIRUS B19 - (Coletado no CIS e enviado p/ o Lacen)	R\$	-
21.1.1.189	PEPTÍDEO C	R\$	23,55
21.1.1.190	PERFIL LIPÍDICO	R\$	17,55
21.1.1.191	PESQUISA DE ANTÍGENO HLA-B27 (PCR)	R\$	78,49
21.1.1.192	PESQUISA DE BAAR	R\$	4,71
21.1.1.193	PESQUISA DE BAAR ESCARRO - CONTROLE	R\$	4,71
21.1.1.194	PESQUISA DE BAAR ESCARRO - DIAGNOSTICO	R\$	4,71
21.1.1.195	PESQUISA DE BK NA URINA	R\$	4,71
21.1.1.196	PESQUISA DE EOSINÓFILOS	R\$	1,85
21.1.1.197	PESQUISA DE FUNGOS	R\$	3,14
21.1.1.198	PESQUISA DE LEISHMANIA	R\$	3,14
21.1.1.199	PESQUISA DE M. leprae - DIAGNOSTICO	R\$	4,71
21.1.1.200	PESQUISA DE M. leprae - CONTROLE	R\$	4,71



21.1.1.201	PESQUISA DE PLASMODIUM	R\$	4,61
21.1.1.202	PESQUISA DE SANGUE OCULTO	R\$	1,85
21.1.1.203	POTÁSSIO	R\$	2,86
21.1.1.204	POTASSIO EM URINA DE 24 HS	R\$	3,14
21.1.1.205	PPD - PT - PROVA TUBERCULINICA - MANTOUX	R\$	4,61
21.1.1.206	PROGESTERONA	R\$	11,46
21.1.1.207	PROLACTINA - (PRL)	R\$	11,38
21.1.1.208	PROTEÍNA C REATIVA	R\$	10,37
21.1.1.209	PROTEÍNA C REATIVA - (ULTRA-SENSÍVEL)	R\$	10,37
21.1.1.210	PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	R\$	2,07
21.1.1.211	PROTEINÚRIA - URINA I	R\$	2,29
21.1.1.212	PROTEINÚRIA DE 24 HS	R\$	2,29
21.1.1.213	PROVA DO LAÇO	R\$	3,06
21.1.1.214	REAÇÃO DE MITSUDA	R\$	4,71
21.1.1.215	REAÇÃO DE MONTENEGRO	R\$	3,17
21.1.1.216	RELAÇÃO DE ALBUMINA / CREATININA	R\$	11,61
21.1.1.217	RETICULÓCITOS	R\$	3,06
21.1.1.218	ROTAVÍRUS	R\$	12,47
21.1.1.219	RUBEOLA IGG	R\$	19,24
21.1.1.220	RUBEOLA IGM	R\$	19,24
21.1.1.221	SARAMPO - (Coletado no CIS e enviado p/ o Lacen)	R\$	-
21.1.1.222	SECREÇÃO URETRAL	R\$	3,14
21.1.1.223	SECREÇÃO VAGINAL	R\$	3,14
21.1.1.224	SHBG - GLOBULINA TRANSP. HORMONIOS SEXUAIS	R\$	33,64
21.1.1.225	SÓDIO	R\$	2,86
21.1.1.226	SÓDIO EM URINA DE 24 HS	R\$	3,14
21.1.1.227	SOMATOMEDINA C	R\$	18,50
21.1.1.228	SOROLOGIA DENGUE IgM - (Coletado no CIS e enviado p/ o Lacen)	R\$	-
21.1.1.229	SOROLOGIA DE CHAGAS - (Coletado no CIS e enviado p/ o Lacen)	R\$	-
21.1.1.230	SOROLOGIA PARA HIV	R\$	11,21
21.1.1.231	SOROLOGIA PARA LEISHMANIA	R\$	22,43
21.1.1.232	SOROLOGIA PARA PARACOCCIDIOIDOMICOSE - (Coletado no CIS e enviado p/ o Lacen)	R\$	-
21.1.1.233	SULFATO DE DHEA	R\$	14,70



21.1.1.234	T3 - TRIIODOTIRONINA	R\$	9,77
21.1.1.235	T4 - TIROXINA	R\$	9,82
21.1.1.236	T4 - TIROXINA LIVRE	R\$	13,01
21.1.1.237	TAP - TEMPO DE PROTROMBINA	R\$	3,06
21.1.1.238	TBG GLOBULINA TRANSP. TIROXINA	R\$	37,00
21.1.1.239	TC - TEMPO DE COAGULAÇÃO	R\$	3,06
21.1.1.240	TESTE DE TOLERÂNCIA À LACTOSE	R\$	11,21
21.1.1.241	TESTE IMUNOLÓGICO GRAVIDEZ	R\$	8,80
21.1.1.242	TESTOSTERONA LIVRE	R\$	14,70
21.1.1.243	TESTOSTERONA TOTAL	R\$	11,69
21.1.1.244	TIREOGLOBULINA	R\$	17,21
21.1.1.245	TITULAÇÃO DE ANTICORPOS NEUTRALIZANTES PARA RAIVA - (Coletado no CIS e enviado p/ o Lacen)	R\$	-
21.1.1.246	TOXOPLASMOSE - IgG	R\$	19,03
21.1.1.247	TOXOPLASMOSE - IgM	R\$	20,80
21.1.1.248	TOXOPLASMOSE AVIDEZ P/ IgG - (Coletado no CIS e enviado p/ o Lacen)	R\$	-
21.1.1.249	TRAB - ANTI-RECEPTORES DE TSH	R\$	34,76
21.1.1.250	TRANSAMINASE OXALACÉTICA - TGO	R\$	2,25
21.1.1.251	TRANSAMINASE PIRÚVICA - TGP	R\$	2,25
21.1.1.252	TRANSFERRINA	R\$	7,05
21.1.1.253	TRANSGLUTAMINASE TECIDUAL - ANTICORPOS IgA (tTG)	R\$	39,24
21.1.1.254	TRIGLICERÍDEOS	R\$	3,94
21.1.1.255	TS - TEMPO DE SANGRAMENTO	R\$	3,06
21.1.1.256	TSH - HORM. TIREOESTIMULANTE	R\$	10,05
21.1.1.257	URÉIA	R\$	2,07
21.1.1.258	URÉIA EM URINA 24 HS	R\$	3,94
21.1.1.259	URINÁLISE	R\$	4,15
21.1.1.260	VDRL	R\$	3,17
21.1.1.261	VHS - VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTAÇÃO	R\$	3,06
21.1.1.262	VITAMINA A	R\$	32,52
21.1.1.263	VITAMINA B-12	R\$	17,09
21.1.1.264	VITAMINA D (25-HIDROXI)	R\$	67,28
21.1.1.265	WAALER ROSE	R\$	4,60
21.1.1.266	ZINCO	R\$	22,43



22	<b>PNEUMOLOGIA</b>		
22.1	<b>CONSULTAS</b>		
22.1.1	CONSULTAS NO CIS-COMCAM	R\$	17,94
22.1.2	CONSULTAS NAS CLÍNICAS	R\$	22,43
22.2	<b>PROCEDIMENTOS</b>		
22.2.1	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>		
22.2.1.1	ESPIROMETRIA	R\$	89,70

23	<b>PSIQUIATRIA</b>		
23.1	<b>CONSULTAS</b>		
23.1.1	CONSULTAS NO CIS-COMCAM	R\$	17,94
23.1.2	CONSULTAS NAS CLÍNICAS	R\$	22,43
23.2	<b>PROCEDIMENTOS</b>		
23.2.1	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CIS-COMCAM</b>		
23.2.2	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>		

24	<b>RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM</b>		
24.1	<b>RAIO X</b>		
24.1.1	<b>RAIO X NO CIS-COMCAM</b>		
24.1.1.1	ABDOMEM SIMPLES	R\$	8,03
24.1.1.2	ADBOMEM AGUDO 3 POSE	R\$	17,16
24.1.1.3	ADENOIDES LATERAL	R\$	7,72
24.1.1.4	ANTEBRACO	R\$	7,20
24.1.1.5	ARCADA ZINGOMATICA - MALAR AP+OBL	R\$	7,80
24.1.1.6	ART COXA FEMURAL CADA LADO	R\$	8,71
24.1.1.7	ARTICULAÇÃO ACROMIA CLAVICULAR	R\$	8,30
24.1.1.8	ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$	8,30
24.1.1.9	ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$	8,30
24.1.1.10	ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$	8,71
24.1.1.11	ATM. ART. TEMPORA MANDIBULAR BILATERAL	R\$	9,40
24.1.1.12	BACIA	R\$	8,71
24.1.1.13	BRACO AP + PER	R\$	8,71



24.1.1.14	CALCANEIO	R\$	7,29
24.1.1.15	CAVUM LAT+HIRTZ	R\$	7,72
24.1.1.16	CLAVICULA	R\$	8,30
24.1.1.17	COL CERVICAL AP+LAT OU DINAMICA	R\$	11,54
24.1.1.18	COL CERVICAL AP+LAT+T.O. OU FLEXAO	R\$	10,26
24.1.1.19	COL CERVICAL AP+LAT+T.O.+OBL	R\$	9,34
24.1.1.20	COL DORSO-LOMBAR-DINAMICA	R\$	17,47
24.1.1.21	COL LOMBO-SACRA FUNCIONAL OU DINAMICA	R\$	18,93
24.1.1.22	COL TOTAL-P/ ESCOLIOSE PANORAMICA	R\$	10,91
24.1.1.23	COL. LOMBO SACRA OBLIQUAS	R\$	16,06
24.1.1.24	COLUNA DORSAL PA+LAT	R\$	17,80
24.1.1.25	COLUNA LOMBO-SACRA AP+PER.	R\$	12,29
24.1.1.26	COLUNA PARA ESCOLIOSE	R\$	10,91
24.1.1.27	CONDUTOS AUDITIVOS INTERNOS	R\$	9,40
24.1.1.28	CORACAO E VASOS DA BASE PA+LAT+OBL	R\$	16,06
24.1.1.29	COSTELAS-POR HEMITORAX	R\$	9,39
24.1.1.30	COTOVELO	R\$	6,62
24.1.1.31	CRANIO PA + LATERAL	R\$	8,44
24.1.1.32	CRANIO PA+LAT+OBL OU BRETTON+HIRTZ	R\$	10,26
24.1.1.33	EMIÇÃO DE LAUDO DE RAIOS X	R\$	3,93
24.1.1.34	ESTERNO	R\$	8,94
24.1.1.35	FEMUR	R\$	8,71
24.1.1.36	FEMUR AP+PERFIL	R\$	10,02
24.1.1.37	IDADE OSSEA	R\$	6,73
24.1.1.38	JOELHO AP+LAT	R\$	7,60
24.1.1.39	MÃO	R\$	7,06
24.1.1.40	MÃO DUAS INCIDENCIAS	R\$	7,06
24.1.1.41	MASTOIDES OU ROCHEDOS	R\$	10,13
24.1.1.42	MAXILAR INFERIOR PA+OBL	R\$	8,08
24.1.1.43	OMBRO	R\$	8,30
24.1.1.44	OMBRO OU OMOPLATA 3 POSICOES	R\$	8,94
24.1.1.45	ORBITAS PA+OBL+HIRTZ	R\$	9,40
24.1.1.46	OSSOS DA FACE M.N.+LAT+HIRTZ	R\$	9,40



24.1.1.47	PANORAMICO DE MEMBROS INFERIORES	R\$	10,42
24.1.1.48	PATELA	R\$	8,02
24.1.1.49	PE AP+PERFIL	R\$	7,60
24.1.1.50	PERNA	R\$	10,02
24.1.1.51	PUNHO AP+LAT+OBL	R\$	7,75
24.1.1.52	SACRO COCCIX PA+LAT	R\$	8,74
24.1.1.53	SEIOS DA FACE FN+MN+LAT	R\$	8,20
24.1.1.54	SELA TURSICA PA+LAT+BRETTON	R\$	8,08
24.1.1.55	TORAX APICO-LORDOTICO	R\$	6,23
24.1.1.56	TORAX PA	R\$	7,72
24.1.1.57	TORAX PA INPIRACAO+EXPIRACAO+LAT	R\$	16,06
24.1.1.58	TORNOZELO OU ART. TIBIO-TARSICA	R\$	7,29
24.1.1.59	TRANSICAO DORSO-LOMBAR	R\$	10,91
<b>24.1.2</b>	<b>RAIO X NAS CLÍNICAS COM LAUDO</b>		
24.1.2.1	ABDOMEM SIMPLES	R\$	8,03
24.1.2.2	ADBOMEM AGUDO 3 POSE	R\$	17,16
24.1.2.3	ADENOIDES LATERAL	R\$	7,72
24.1.2.4	ANTEBRACO	R\$	7,20
24.1.2.5	ARCADA ZINGOMATICA - MALAR AP+OBL	R\$	7,80
24.1.2.6	ART COXA FEMURAL CADA LADO	R\$	8,71
24.1.2.7	ARTICULAÇÃO ACROMA CLAVICULAR	R\$	8,30
24.1.2.8	ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	R\$	8,30
24.1.2.9	ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	R\$	8,30
24.1.2.10	ARTICULACAO SACRO-ILIACA	R\$	8,71
24.1.2.11	ATM. ART. TEMPORA MANDIBULAR BILATERAL	R\$	9,40
24.1.2.12	BACIA	R\$	8,71
24.1.2.13	BRACO AP + PER	R\$	8,71
24.1.2.14	CALCANEIO	R\$	7,29
24.1.2.15	CAVUM LAT+HIRTZ	R\$	7,72
24.1.2.16	CLAVICULA	R\$	8,30
24.1.2.17	COL CERVICAL AP+LAT OU DINAMICA	R\$	11,54
24.1.2.18	COL CERVICAL AP+LAT+T.O. OU FLEXAO	R\$	10,26
24.1.2.19	COL CERVICAL AP+LAT+T.O.+OBL	R\$	9,34



24.1.2.20	COL DORSO-LOMBAR	R\$	17,47
24.1.2.21	COL LOMBO-SACRA FUNCIONAL OU DINAMICA	R\$	18,93
24.1.2.22	COL TOTAL-P/ ESCOLIOSE PANORAMICA	R\$	18,93
24.1.2.23	COL. LOMBO SACRA OBLIQUAS	R\$	16,70
24.1.2.24	COLUNA DORSAL PA+LAT	R\$	17,80
24.1.2.25	COLUNA LOMBO-SACRA AP+PER.	R\$	12,29
24.1.2.26	COLUNA PARA ESCOLIOSE	R\$	10,91
24.1.2.27	CONDUTOS AUDITIVOS INTERNOS	R\$	9,40
24.1.2.28	CORACAO E VASOS DA BASE PA+LAT+OBL	R\$	16,06
24.1.2.29	COSTELAS-POR HEMITORAX	R\$	9,39
24.1.2.30	COTOVELO	R\$	6,62
24.1.2.31	CRANIO PA + LATERAL	R\$	8,44
24.1.2.32	CRANIO PA+LAT+OBL OU BRETTON+HIRTZ	R\$	10,26
24.1.2.33	EMISSÃO DE LAUDO DE RAIOS X	R\$	3,93
24.1.2.34	ESTERNO	R\$	8,94
24.1.2.35	FEMUR	R\$	8,71
24.1.2.36	FEMUR AP+PERFIL	R\$	10,02
24.1.2.37	IDADE OSSEA	R\$	6,73
24.1.2.38	JOELHO AP+LAT	R\$	7,60
24.1.2.39	MÃO	R\$	7,06
24.1.2.40	MÃO DUAS INCIDENCIAS	R\$	7,06
24.1.2.41	MASTOIDES OU ROCHEDOS	R\$	10,13
24.1.2.42	MAXILAR INFERIOR PA+OBL	R\$	8,08
24.1.2.43	OMBRO	R\$	8,30
24.1.2.44	OMBRO OU OMOPLATA 3 POSICOES	R\$	8,94
24.1.2.45	ORBITAS PA+OBL+HIRTZ	R\$	9,40
24.1.2.46	OSSOS DA FACE M.N.+LAT+HIRTZ	R\$	9,40
24.1.2.47	PANORAMICO DE MEMBROS INFERIORES	R\$	10,42
24.1.2.48	PATELA	R\$	8,02
24.1.2.49	PE AP+PERFIL	R\$	7,60
24.1.2.50	PERNA	R\$	10,02
24.1.2.51	PUNHO AP+LAT+OBL	R\$	7,75
24.1.2.52	SACRO COCCIX PA+LAT	R\$	8,74



24.1.2.53	SEIOS DA FACE FN+MN+LAT	R\$	8,20
24.1.2.54	SELA TURSICA PA+LAT+BRETTON	R\$	8,08
24.1.2.55	TORAX APICO-LORDOTICO	R\$	6,23
24.1.2.56	TORAX PERFIO	R\$	7,72
24.1.2.57	TORAX PA INPIRACAO+EXPIRACAO+LAT	R\$	16,06
24.1.2.58	TORNOZELO OU ART. TIBIO-TARSICA	R\$	7,29
24.1.2.59	TRANSICAO DORSO-LOMBAR	R\$	10,91
24.1.2.60	MAMOGRAFIA	R\$	45,50
<b>24.1.3</b>	<b>RAIO X CONTRASTADOS NAS CLÍNICAS COM LAUDO</b>		
24.1.3.1	RADIOGRAFIA ESOFAGO, HIATO, ESTOMOGO E DUODENO	R\$	39,49
24.1.3.2	RADIOGRAFIA ENEMA OPACO	R\$	53,55
24.1.3.3	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	R\$	21,57
24.1.3.4	URETROCISTOGRAFIA	R\$	58,43
24.1.3.5	TRANSITO DELGADO	R\$	53,36
24.1.3.6	UROGRAFIA VENOSA (UROGRAFIA EXCRETORA)	R\$	168,19
<b>24.2</b>	<b>ULTRASSONOGRRAFIA</b>		
<b>24.2.1</b>	<b>EXAMES ULTRASONOGRAFICOS REALIZADOS NO CIS-COMCAM</b>		
24.2.1.1	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL ( ABDOMEN SUP. RETROPERITONIO, RI	R\$	44,40
24.2.1.2	ECOGRAFIA DE ORGAO ABDOMINAL ISOLADO (MAXIMO 2)	R\$	27,13
24.2.1.3	ECOGRAFIA DE PROSTATA ( VIA ABDOMINAL )	R\$	27,13
24.2.1.4	ECOGRAFIA DE PROSTATA ( VIA RETAL )	R\$	27,13
24.2.1.5	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULACAO	R\$	27,13
24.2.1.6	ULTRA-SONOGRAFIA DO APARELHO URINARIO ( RINS , BEXIGA )	R\$	27,13
24.2.1.7	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$	27,13
24.2.1.8	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA ( GINECOLOGICA )	R\$	27,13
24.2.1.9	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R\$	27,13
<b>24.2.2</b>	<b>EXAMES ULTRASONOGRAFICOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>		
24.2.2.1	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL ( ABDOMEN SUP. RETROPERITONIO, RI	R\$	61,67
24.2.2.2	ECOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	R\$	39,25
24.2.2.3	ECOGRAFIA DE MAMAS - BILATERAL	R\$	39,25
24.2.2.4	ECOGRAFIA DE PROSTATA ( VIA ABDOMINAL )	R\$	39,25
24.2.2.5	ECOGRAFIA DE TIREOIDE ( órgãos superficiais)	R\$	39,25
24.2.2.6	ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULACAO	R\$	39,25



24.2.2.7	ULTRA-SONOGRAFIA DO APARELHO URINARIO ( RINS , BEXIGA )	R\$	39,25
24.2.2.8	ULTRA-SONOGRAFIA DO RETROPERITONIO	R\$	39,25
24.2.2.10	ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE UM VASO (POR MEMBROS)	R\$	97,53
24.2.2.11	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA: COM DOPPLER COLORIDO	R\$	61,67
24.2.2.12	ULTRA-SONOGRAFIA PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$	50,46
24.2.2.14	ULTRA-SONOGRAFIA CRANIANA	R\$	39,25
24.2.2.15	ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEM SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	R\$	39,25
24.2.2.16	ULTRA-SONOGRAFIA DO GLOBO OCULAR OU DE ORBITA	R\$	39,25
24.2.2.17	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA	R\$	39,25
24.2.2.18	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA (MORFOLOGICO)	R\$	95,03
24.2.2.19	ULTRA-SONOGRAFIA PELVICA ( GINECOLOGICA )	R\$	39,25
24.2.2.20	ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL	R\$	39,25
24.2.2.21	ULTRA-SONOGRAFIA OBSTÉTRICA ECOCARDIOGRAMA FETAL	R\$	150,00

<b>25</b>	<b>REUMATOLOGIA</b>		
<b>25.1</b>	<b>CONSULTAS</b>		
25.1.1.	CONSULTAS NO CIS-COMCAM	R\$	17,94
25.1.2.	CONSULTAS NAS CLÍNICAS	R\$	22,43
<b>25.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>		
<b>25.2.1</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CIS-COMCAM</b>		
<b>25.2.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>		

<b>26</b>	<b>UROLOGIA</b>		
<b>26.1</b>	<b>CONSULTAS</b>		
26.1.1	CONSULTAS NO CIS-COMCAM	R\$	17,94
26.1.2	CONSULTAS NAS CLÍNICAS	R\$	22,43
<b>26.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>		
<b>26.2.1</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CIS-COMCAM</b>		
<b>26.2.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>		
26.2.2.1	BIOPSIA DE PENIS	R\$	12,65
26.2.2.2	BIOPSIA DE PROSTATA	R\$	134,68
26.2.2.3	CATETERISMO VESICAL	R\$	33,64
26.2.2.4	CISTOSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	R\$	168,19



26.2.2.5	LITOTRIPSIA EXTRA-CORPÓREA (LECO)	R\$	578,58
26.2.2.6	MEATOTOMIA ENDOSCÓPICA	R\$	168,19
26.2.2.7	MEATOTOMIA SIMPLES	R\$	168,19
26.2.2.8	ORQUIECTOMIA UNILATERAL	R\$	504,57
26.2.2.9	POSTECTOMIA - FIMOSE	R\$	245,69
26.2.2.10	RETIRADA DE PARAFIMOSE	R\$	33,64
26.2.2.11	TORACOCENTESE	R\$	12,65
26.2.2.12	URODINÂMICA COMPLETA	R\$	168,19
26.2.2.13	UROFLUXOMETRIA	R\$	56,06
26.2.2.14	VASECTOMIA	R\$	392,44

**OBS.: O CONSÓRCIO OFERECE AOS SEUS USUÁRIOS OS SERVIÇOS MÉDICOS DENTRE 26 ESPECIALIDADES, ALÉM DOS SERVIÇOS EM: FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL, ORTESES E PROTESES E DEMAIS SERVIÇOS**



## TABELA GERAL DE VALORES - CIS-COMCAM

Resolução n. 9/2012, publicada no Jornal Tribuna em 26/10/2012, edição n. 8.381

Resolução n. 9/2013, publicada no Jornal Tribuna em 07/12/2013, edição n. 8.381 - INPC/IBGE = 5,5836%

### Alterações

1ª Alteração - Portaria nº 15/2014, publicada em 30/05/2014, edição 8.832.

2ª Alteração - Portaria nº 22/2014, publicada em 12/07/2014, edição 8.868.

## ANEXO II ÁREA DE ENFERMAGEM

CODIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS - ENFERMAGEM	VALORES
Sintética / Analítica		
1	<b>ENFERMAGEM</b>	
1.1	<b>SERVIÇO EM ENFERMAGEM</b>	
1.1.1	<b>PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM</b>	
1.1.1.1	CURATIVO	R\$ 0,57
1.1.1.2	RETIRADA DE PONTO	R\$ 0,57
1.1.1.3	SONDA VESICAL DE ALÍVIO	R\$ 0,57
1.1.1.4	SONDA VESICAL FOLEY ( DEMORA)	R\$ 0,57

OBS.: O CONSÓRCIO OFERECE AOS SEUS USUÁRIOS OS SERVIÇOS MÉDICOS DENTRE 26 ESPECIALIDADES, ALÉM DOS SERVIÇOS EM: FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL, ORTESES E PROTESES E DEMAIS SERVIÇOS



## TABELA GERAL DE VALORES - CIS-COMCAM

Resolução n. 9/2012, publicada no Jornal Tribuna em 26/10/2012, edição n. 8.381

Resolução n. 9/2013, publicada no Jornal Tribuna em 07/12/2013, edição n. 8.381 - INPC/IBGE = 5,5836%

### Alterações

1ª Alteração - Portaria nº 15/2014, publicada em 30/05/2014, edição 8.832.

2ª Alteração - Portaria nº 22/2014, publicada em 12/07/2014, edição 8.868.

### ANEXO III ÁREA DE FISIOTERAPIA

CODIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS - FISIOTERAPIA	VALORES
Sintética / Analítica		
1	<b>FISIOTERAPIA</b>	
1.1	<b>PROCEDIMENTO</b>	
1.1.1	<b>PROCEDIMENTO NA CLÍNICA</b>	
1.1.1.1	ATENDIMENTO EM RPG	R\$ 28,03
1.1.1.2	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO POR SESSÃO	R\$ 7,12

OBS.: O CONSÓRCIO OFERECE AOS SEUS USUARIOS OS SERVIÇOS MÉDICOS DENTRE 26 ESPECIALIDADES, ALÉM DOS SERVIÇOS EM: FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL, ORTESES E PROTESES E DEMAIS SERVIÇOS



## TABELA GERAL DE VALORES - CIS-COMCAM

Resolução n. 9/2012, publicada no Jornal Tribuna em 26/10/2012, edição n. 8.381

Resolução n. 9/2013, publicada no Jornal Tribuna em 07/12/2013, edição n. 8.381 - INPC/IBGE = 5,5836%

### Alterações

1ª Alteração - Portaria nº 15/2014, publicada em 30/05/2014, edição 8.832.

2ª Alteração - Portaria nº 22/2014, publicada em 12/07/2014, edição 8.868.

### ANEXO IV

### ÁREA DE FONOAUDIOLOGIA

CODIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS - FONOAUDIOLOGIA	VALORES
Sintética / Analítica		
1	<b>FONOAUDIOLOGIA</b>	
1.1	<b>CONSULTAS</b>	
1.1.1	CONSULTAS NO CIS-COMCAM	R\$ 17,94
1.1.2	CONSULTAS NAS CLÍNICAS	R\$ 22,43
1.2	<b>PROCEDIMENTOS</b>	
1.2.1	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CIS-COMCAM</b>	
1.2.2	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>	
1.2.2.1	AUDIOMETRIA TONAL LIMEAR	R\$ 23,55
1.2.2.2	IMITANCIOMETRIA	R\$ 54,12
1.2.2.3	EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVODADAS (TESTE DA ORELHINHA)	R\$ 13,51

OBS.: O CONSÓRCIO OFERECE AOS SEUS USUÁRIOS OS SERVIÇOS MÉDICOS DENTRE 26 ESPECIALIDADES, ALÉM DOS SERVIÇOS EM: FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL, ORTESES E PROTESES E DEMAIS SERVIÇOS



## TABELA GERAL DE VALORES - CIS-COMCAM

Resolução n. 9/2012, publicada no Jornal Tribuna em 26/10/2012, edição n. 8.381

Resolução n. 9/2013, publicada no Jornal Tribuna em 07/12/2013, edição n. 8.381 - INPC/IBGE = 5,5836%

### Alterações

1ª Alteração - Portaria nº 15/2014, publicada em 30/05/2014, edição 8.832.

2ª Alteração - Portaria nº 22/2014, publicada em 12/07/2014, edição 8.868.

### ANEXO V

### ÁREA DE PSICOLOGIA

CODIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS - PSICOLOGIA	VALORES
Sintética / Analítica		
1	<b>PSICOLOGIA</b>	
1.1	<b>CONSULTAS</b>	
1.1.1	CONSULTAS NO CIS-COMCAM	R\$ 17,94
1.1.2	CONSULTAS NAS CLÍNICAS	R\$ 22,43
1.2	<b>PROCEDIMENTOS</b>	
1.2.1	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CIS-COMCAM</b>	
1.2.1.1	WISKI	R\$ 22,43
1.2.2	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>	

OBS.: O CONSÓRCIO OFERECE AOS SEUS USUÁRIOS OS SERVIÇOS MÉDICOS DENTRE 26 ESPECIALIDADES, ALÉM DOS SERVIÇOS EM: FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL, ORTESES E PROTESES E DEMAIS SERVIÇOS



## TABELA GERAL DE VALORES - CIS-COMCAM

Resolução n. 9/2012, publicada no Jornal Tribuna em 26/10/2012, edição n. 8.381

Resolução n. 9/2013, publicada no Jornal Tribuna em 07/12/2013, edição n. 8.381 - INPC/IBGE = 5,5836%

### Alterações

1º Alteração - Portaria nº 15/2014, publicada em 30/05/2014, edição 8.832.

2º Alteração - Portaria nº 22/2014, publicada em 12/07/2014, edição 8.868.

### ANEXO VI

### ÁREA DE ORTESE E PROTESE

CODIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS - ORTESE E PROTESE	VALORES
Sintética / Analítica		
1	<b>ORTESE/PROTESE</b>	
1.1	SERVIÇOS EM ORTESE/PROTESE	
1.1.1	MATERIAL/PRODUTO	

OBS.: O CONSÓRCIO OFERECE AOS SEUS USUÁRIOS OS SERVIÇOS MÉDICOS DENTRE 26 ESPECIALIDADES, ALÉM DOS SERVIÇOS EM: FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL, ORTESES E PROTESES E DEMAIS SERVIÇOS



## TABELA GERAL DE VALORES - CIS-COMCAM

Resolução n. 9/2012, publicada no Jornal Tribuna em 26/10/2012, edição n. 8.381

Resolução n. 9/2013, publicada no Jornal Tribuna em 07/12/2013, edição n. 8.381 - INPC/IBGE = 5,5836%

### Alterações

1ª Alteração - Portaria nº 15/2014, publicada em 30/05/2014, edição 8.832.

2ª Alteração - Portaria nº 22/2014, publicada em 12/07/2014, edição 8.868.

### ANEXO VII

## ÁREA DE SERVIÇOS DE TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILO

<b>CODIFICAÇÃO</b> Sintética / Analítica	<b>DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS -TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILO - ODONTOLOGIA</b>	<b>VALORES</b>
<b>1</b>	<b>TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILO FACIAL</b>	
<b>1.1</b>	<b>CONSULTAS</b>	
1.1.1	CONSULTAS NO CIS-COMCAM	R\$ 17,94
1.1.2	CONSULTAS NAS CLÍNICAS	R\$ 22,43
<b>1.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS</b>	
<b>1.2.1</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO CIS-COMCAM</b>	
<b>1.2.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS NAS CLÍNICAS</b>	

OBS.: O CONSÓRCIO OFERECE AOS SEUS USUÁRIOS OS SERVIÇOS MÉDICOS DENTRE 26 ESPECIALIDADES, ALÉM DOS SERVIÇOS EM: FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL, ORTESES E PROTESES E DEMAIS SERVIÇOS



## TABELA GERAL DE VALORES - CIS-COMCAM

Resolução n. 9/2012, publicada no Jornal Tribuna em 26/10/2012, edição n. 8.381

Resolução n. 9/2013, publicada no Jornal Tribuna em 07/12/2013, edição n. 8.381 - INPC/IBGE = 5,5836%

### Alterações

1ª Alteração - Portaria nº 15/2014, publicada em 30/05/2014, edição 8.832.

2ª Alteração - Portaria nº 22/2014, publicada em 12/07/2014, edição 8.868.

### ANEXO VIII

## OUTROS SERVIÇOS DISPONIBILIZADOS PELO CIS-COMCAM

CODIFICAÇÃO	<b>OUTROS SERVIÇOS DISPONIBILIZADOS PELO CIS-COMCAM</b>	VALORES
Sintética / Analítica		
1	<b>OUTROS</b>	
1.1	<b>SERVIÇOS I</b>	
1.1.1	<b>SERVIÇOS I</b>	
1.1.1.1	AGULHA PARA BIOPSIA	R\$ 145,77
1.1.1.2	MATERIAL PARA RTU (ALÇA E TAXA DE VÍDEO)	R\$ 560,64
1.1.1.3	MATERIAL PARA VIDEOARTROSCOPIA I ( joelho, tornozelo, cotovelo)	R\$ 616,70
1.1.1.4	MATERIAL PARA VIDEOARTROSCOPIA II ( reconstituição LCA joelho+ ombro)	R\$ 672,76

OBS.: O CONSÓRCIO OFERECE AOS SEUS USUÁRIOS OS SERVIÇOS MÉDICOS DENTRE 26 ESPECIALIDADES, ALÉM DOS SERVIÇOS EM: FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, PSICOLOGIA, CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL, ORTESES E PROTESES E DEMAIS SERVIÇOS

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU**
**TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015**
**Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014**

<b>CÓDIGO</b>	<b>CBO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
<b>ANESTESIOLOGIA</b>			<b>RS</b>
00.00.00.032-0		ANESTESIA PARA ENDOSCOPIA, RETIRADA DE CORPO ESTRANHO - anestesiolegista	100,00
00.00.00.033-0		ANESTESIA PARA COLONOSCOPIA, TOMOGRAFIA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - anestesiolegista	124,00
03.01.01.007-2	225151	CONSULTA PRÉ – ANESTÉSICA - anestesiolegista	35,00
04.17.01.004-4		ANESTESIA PARA CIRURGIAS - anestesiolegista	155,00
<b>CARDIOLOGIA</b>			
02.05.01.001-6		ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	247,00
02.05.01.002-4		ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFÁGICA	247,00
02.05.01.003-2		ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	108,00
02.11.02.001-0		CATETERISMO CARDÍACO	1.106,00
02.11.02.003-6		ELETROCARDIOGRAMA (COM LAUDO)	21,00
02.11.02.004-4		MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	90,00
02.11.02.005-2		MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSÃO ARTERIAL (MAPA)	76,00
02.11.02.006-0		TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO	90,00
03.01.01.007-2	225120	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA	35,00
<b>DERMATOLOGIA</b>			
02.01.01.037-2		BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	39,00
03.01.01.007-2	225135	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA (EXCETO PROCEDIMENTOS PARA FINS ESTÉTICOS)	35,00
04.01.01.001-5		CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (POR PACIENTE)	65,00
04.01.01.004-0		ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTANEA (CAUTERIZAÇÃO) até 5 lesões	35,00
04.01.01.005-8		EXCISÃO DE LESÃO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSAS (complexo)	53,00
04.01.01.007-4		EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS/CISTO SEBACEO/LIPOMA/névus até 10 lesões	80,00
04.01.01.009-0		FULGURAÇÃO / CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE LESÕES CUTÂNEAS (CRIOTERAPIA) até 30 lesões	36,00
04.01.01.010-4		INCISÃO E DRENAGEM DE ABCESSO (simples)	35,00
04.01.01.012-0		RETIRADA DE LESÃO POR SHAVING – até 5 lesões	40,00
04.05.01.017-6		SUTURA DE PÁLPEBRAS E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS	135,00
<b>GASTROENTEROLOGIA E APARELHO DIGESTIVO</b>			
00.00.00.004-0		ELETROMANOMETRIA ESOFÁGICA	250,00
00.00.00.009-0		MANOMETRIA ANORRETAL	250,00
00.00.00.012-0		PHMETRIA ESOFÁGICA	280,00
02.09.01.002-9		COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA) diagnóstica + RETIRADA DE POLIPOS	230,00
02.09.01.003-7		ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (endoscopia digestiva alta – EDA) COM SEDAÇÃO + RETIRADA DE POLIPOS	135,00
02.09.01.005-3		RETOSSIGMOIDOSCOPIA COM SEDAÇÃO	80,00

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU**
**TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015**
**Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014**

<b>CÓDIGO</b>	<b>CBO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
02.09.04.001-7		BRONCOSCOPIA (BRONCOFIBROSCOPIA) COM SEDAÇÃO/MONITORIZAÇÃO/LAVADO BRÔNQUICO E/OU BIÓPSIA TRANSBRONQUICA	72,00
03.01.01.007-2	225165	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM GASTROENTEROLOGIA	35,00
03.01.01.007-2	225125	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	35,00
04.07.01.024-6		RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	100,00
04.07.02.013-6		DRENAGEM DE ABCESSO ANU – RETAL	50,00
04.07.02.014-4		DRENAGEM DE ABCESSO ISQUIORRETAL	50,00
04.07.02.039-0		RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	100,00
<b>GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA</b>			
02.11.04.002-9		COLPOSCOPIA	34,00
03.01.01.007-2	225250	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	35,00
<b>NEUROLOGIA / NEUROCIRURGIA</b>			
00.00.00.030-0	225112	CONSULTA ESPECIALIZADA EM NEUROPEDIATRIA, INCLUSO ELETROENCEFALOGRAMA, SEDAÇÃO E ENCAMINHAMENTOS (QUANDO NECESSÁRIO)	153,00
02.11.05.004-0		ELETROENCEFALOGRAMA – EEG (todos os tipos)	82,00
02.11.05.008-3		ELETRONEUROMIOGRAFIA (ENMG)	216,00
02.11.05.015-6		VIDEO-ELETROENCEFALOGRAMA C/ REGISTRO PROLONGADO	108,00
03.01.01.007-2	225260	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM NEUROCIRURGIA	35,00
03.01.01.007-2	225112	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM NEUROLOGIA	35,00
<b>OFTALMOLOGIA</b>			<b>R\$</b>
00.00.00.005-0		ENXERTO DE MEMBRANA AMIÓTICA	350,00
00.00.00.018-0		TOMOGRAFIA DE COERENCIA ÓTICA – OCT	150,00
02.05.02.002-0		PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	25,00
02.05.02.008-9		ULTRASSONOGRAMA DE GLOBO OCULAR / ORBITA	40,00
02.05.02.008-9		ULTRASSONOGRAMA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA	41,00
02.11.06.001-1		BIOMETRIA ULTRASSONICA	25,00
02.11.06.002-0		BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	20,00
02.11.06.003-8		CAMPIMETRIA COMPUT. OU MANUAL COM GRÁFICO	48,00
02.11.06.006-2		CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	20,00
02.11.06.008-9		ELETRORETINOGRAMA	110,00
02.11.06.010-0		FUNDOSCOPIA (BINOCULAR)	10,00
02.11.06.011-9		GONIOSCOPIA	25,00
02.11.06.012-7		MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	25,00
02.11.06.013-5		MEDIDA DE OFUSCAMENTO E CONTRASTE (SENSIBILIDADE AO CONTRASTE)	10,00
02.11.06.014-3		MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	55,00

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU**
**TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015**
**Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014**

<b>CÓDIGO</b>	<b>CBO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
02.11.06.015-1		POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL (PAM)	10,00
02.11.06.017-8		RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR	80,00
02.11.06.018-6		RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR (ANGIOFLUORESCINOGRAMIA)	150,00
02.11.06.020-8		TESTE DE PROVOCAÇÃO DE GLAUCOMA (BINOCULAR) e sensibilidade ao contraste	20,00
02.11.06.021-6		TESTE DE SCHIRMER (AVALIAÇÃO DAS VIAS LACRIMAIS)	15,00
02.11.06.023-2		TESTE ORTOPTICO (BINOCULAR)	24,00
02.11.06.026-7		TOPOGRAFIA COMPUT. DE CORNEA (CERATOSCOPIA COMPUT.)	50,00
03.01.01.007-2	225265	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA	35,00
04.05.01.005-2		EPILAÇÃO A LASER	90,00
04.05.01.006-0		EPILAÇÃO DE CÍLIOS	45,00
04.05.01.007-9		EXERESE DE CALAZIO	225,00
04.05.01.010-9		OCLUSÃO DE PONTO LACRIMAL	170,00
04.05.01.015-0		SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL	650,00
04.05.01.017-6		SUTURA DE PÁLPEBRAS E OUTRAS PEQUENAS LESÕES DA PÁLPEBRA E SUPERCÍLIOS	130,00
04.05.03.004-5		FOTOCOAGULAÇÃO A LASER (POR SESSÃO)	100,00
04.05.03.005-3		INJEÇÃO INTRA-VITREO	325,00
04.05.03.009-6		SUTURA DE ESCLERA	500,00
04.05.03.011-8		TRAT. CIRURG. DE MIIASE PALPEBRAL	60,00
04.05.03.019-3		PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER	230,00
04.05.05.002-0		CAPSULOTOMIA A YANG LASER	110,00
04.05.05.008-9		EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	195,00
04.05.05.011-9		FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RÍGIDA COM ANESTESIA	760,00
04.05.05.012-7		FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER	90,00
04.05.05.016-0		INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL / SUBTENONIANA (TRIAACINOLONA/FORTASMA + VANCOMISINA)	50,00
04.05.05.021-6		RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL AUTO TRANSPLANTE	245,00
04.05.05.025-9		RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA	35,00
04.05.05.029-1		SUTURA DE CONJUNTIVA	200,00
04.05.05.030-5		SUTURA DE CORNEA	520,00
04.05.05.036-4		PTERÍGIO (EXERESE) (procedimento+ taxa de sala - centro cirúrgico)	350,00
<b>ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA</b>			
03.01.01.007-2	225270	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	35,00
03.03.09.001-4		ARTROCENTESE DE GRANDES ARTICULAÇÕES	61,00
03.03.09.003-0		INFILTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS EM CAVIDADE SINOVIAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA TENDINOSA)	11,00

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU**
**TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015**
**Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014**

<b>CÓDIGO</b>	<b>CBO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
03.03.09.012-0		TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA NA CINTURA ESCAPULAR (C/ IMOBILIZACAO)	73,00
03.03.09.014-6		TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE COSTELAS	30,00
03.03.09.015-4		TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE PUNHO COM LUVA GESSADA	81,00
03.03.09.016-2		TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE OSSO METACARPICO	36,00
03.03.09.018-9		TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DO ESTERNO	32,00
03.03.09.020-0		TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO INFERIOR C/ IMOBILIZACAO	84,00
03.03.09.021-9		TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO DA COLUNA CERVICAL C/ IMOBILIZACAO	95,00
03.03.09.022-7		TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR C/ IMOBILIZACAO	83,00
03.03.09.023-5		TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO DA COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA C/ ORTESE	78,00
03.03.09.026-0		TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS	36,00
03.03.09.028-6		TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO LIGAMENTAR EM MEMBRO C/ IMOBILIZACAO	70,00
04.08.01.012-6		REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA E FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DA CINTURA ESCAPULAR/umeral	89,00
04.08.02.016-4		REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LESAO FISARIA DO EXTREMO PROXIMAL DO UMERO	82,00
04.08.02.017-2		REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LESAO FISARIA NO PUNHO	77,00
04.08.02.018-0		REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LUXACAO DE MONTEGGIA OU DE GALEAZZI	75,00
04.08.02.020-2		REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRACO	76,00
04.08.02.022-9		REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO COTOVELO	75,00
04.08.02.024-5		REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO NO PUNHO	77,00
04.08.02.030-0		TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR	57,00
04.08.02.035-1		TRATAMENTO DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL C/ IMOBILIZACAO GESSADA	70,00
04.08.05.019-5		REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FALANGIANA / INTERFALANGIANA DO PE	70,00
04.08.05.021-7		REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO TORNOZELO	70,00
04.08.05.022-5		REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA DISTAL DA TIBIA C/ OU S/ FRATURA DA FIBULA	89,00
04.08.05.024-1		REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DOS OSSOS DO TARSO	70,00
04.08.05.025-0		REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA OU LESAO FISARIA DO JOELHO	89,00
04.08.05.027-6		REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO FEMURO-PATELAR	84,00
04.08.05.028-4		REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO SUBTALAR E INTRATARSICA	70,00
04.08.05.029-2		REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO OU FRATURA / LUXACAO TARSO-METATARSICA	70,00
04.08.06.004-2		AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE DEDO	57,00
04.08.06.008-5		BURSECTOMIA	57,00
04.08.06.015-8		MANIPULACAO ARTICULAR	57,00
04.08.06.021-2		RESSECCAO DE CISTO SINOVIAL	57,00
04.08.06.022-0		RESSECCAO DE EXOSTOSE	57,00

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU**
**TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015**
**Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014**

<b>CÓDIGO</b>	<b>CBO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
04.08.06.030-1		RESSECCAO MUSCULAR	57,00
04.08.06.035-2		RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO	57,00
04.08.06.040-9		RETIRADA DE TRACAO TRANS-ESQUELETICA	57,00
04.08.06.045-0		TENOMIORRAFIA	57,00
04.08.06.065-4		TRATAMENTO CIRURGICO DE POLIDACTILIA NAO ARTICULADA	57,00
04.08.06.068-9		TRATAMENTO CIRURGICO DE RUTURA DO APARELHO EXTENSOR DO DEDO	57,00
		<b>OTORRINOLARINGOLOGIA</b>	
00.00.00.010-0		NASOFIBROENDOSCOPIA	66,00
02.01.01.008-9		BIOPSIA DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO	29,00
02.01.01.019-4		BIOPSIA DE FARINGE	29,00
02.01.01.052-6		BIOPSIA DE TECIDOS MOLES DA BOCA	32,00
02.09.04.002-5		LARINGOSCOPIA	57,00
02.09.04.004-1		VIDEOLARINGOSCOPIA	64,00
02.11.07.004-1		AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA / ÓSSEA) com (LDV- IRF – LRF)	42,00
02.11.07.014-9		EMISSÕES OTOACUSTICAS EVOCADAS P/ TRAIGEM AUDITIVA (teste da orelhinha)	27,00
02.11.07.020-3		IMITANCIOMETRIA	34,00
02.11.07.026-2		POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURVA MÉDIA E LONGA LATENCIA com limiares (bera)	117,00
03.01.01.007-2	225275	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	35,00
04.04.01.001-6		ADENOIDECTOMIA (honorário médico – taxa de sala) exceto anestesia	522,00
04.04.01.002-4		AMIGDALECTOMIA (honorário médico – taxa de sala)	460,00
04.04.01.003-2		AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA (honorário médico – taxa de sala)	536,00
04.04.01.021-0		MASTOIDECTOMIA RADICAL (honorário médico – taxa de sala)	1136,00
04.04.01.022-9		MASTOIDECTOMIA SUBTOTAL (honorário médico – taxa de sala)	725,00
04.04.01.027-0		REMOÇÃO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNILATERAL	10,00
04.04.01.031-8		RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ	35,00
04.04.01.032-6		SINUSOTOMIA BILATERAL (honorário médico – taxa de sala)	524,00
04.04.01.033-4		SINUSOTIMIA ESFENOIDAL (honorário médico – taxa de sala)	568,00
04.04.01.034-2		TAMPONAMENTO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR (CAUTERIZAÇÃO)	26,00
04.04.01.035-0		TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL) (honorário médico – taxa de sala)	927,00
04.04.01.041-5		TURBINECTOMIA (honorário médico – taxa de sala)	474,00
04.04.01.048-2		SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO (honorário médico – taxa de sala)	370,00
		<b>PNEUMOLOGISTA</b>	
02.11.08.001-2		ESPIROGRAFIA C/ DETERMINAÇÃO DO VOLUME RESIDUAL (espirometria)	25,00



**ANEXO I**  
**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU**  
**TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015**  
**Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014**

<b>CÓDIGO</b>	<b>CBO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
02.11.08.005-5		PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA C/ BRONCODILATADOR	61,00
03.01.01.007-2	225127	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM PNEUMOLOGIA	35,00
		<b>UROLOGIA</b>	
02.09.02.001-6		CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	36,00
02.11.09.001-8		AVALIAÇÃO URODINAMICA COMPLETA	274,00
03.01.01.007-2	225285	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM UROLOGIA	35,00
03.09.03.010-2		LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE)	1.150,00
		<b>VASCULAR</b>	
00.00.00.028-0		TRATAMENTO DE VARIZES COM POLIDOCANOL (POR MEMBRO - Inclui todos os materiais, exceto taxa de sala e anestésico)	600,00
00.00.00.029-0		BOTA DE UNNA PARA TRATAMENTO DE VARIZES (Completa)	50,00
02.10.01.007-0		ARTERIOGRAFIA DE MEMBRO (QUALQUER REGIÃO)	987,00
03.01.01.007-2	225203	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM CIRURGIA VASCULAR	35,00
04.15.04.004-3		DEBRIDAMENTO DE ULCERA / NECROSE COM ANESTESIA	100,00
		<b>DEMAIS ESPECIALIDADES</b>	
03.01.01.007-2	225110	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM ALERGIA E IMUNOLOGIA	35,00
03.01.01.007-2	225115	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM ANGIOLOGIA	35,00
03.01.01.007-2	225125	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM CLÍNICA MÉDICA	36,00
03.01.01.007-2	225155	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGIA	53,00
03.01.01.007-2	225175	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM GENETICISTA	35,00
03.01.01.007-2	225180	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM GERIATRIA	35,00
03.01.01.007-2	225185	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM HEMATOLOGIA	35,00
03.01.01.007-2	225103	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM INFECTOLOGIA	35,00
03.01.01.007-2	225109	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM NEFROLOGIA	35,00
03.01.01.007-2	225124	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM PEDIATRIA	35,00
03.01.01.007-2	225133	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM PSIQUIATRIA	35,00
03.01.01.007-2	225136	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA	35,00
03.03.01.011-8		TRATAMENTO EM HEPATITES VIRAIS (AMBULATORIAL) - PROGRAMA ESPECIAL	53,00
		<b>CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA - EXCETO MÉDICO</b>	
03.01.01.004-8	223710	CONSULTA DE PROFISSIONAIS NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (Nutricionista)	18,00
03.01.01.004-8	223905	CONSULTA DE PROFISSIONAIS NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (Terapeuta Ocupacional)	18,00
03.01.01.004-8	251510	CONSULTA DE PROFISSIONAIS NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (Psicólogo Clínico)	18,00
03.01.01.004-8	223810	CONSULTA DE PROFISSIONAIS NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (Fonoaudiólogo)	18,00
03.01.01.004-8	223268	CONSULTA DE PROFISSIONAIS NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (Cirurgião dentista traumatologista bucomaxilofacial)	35,00

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU**
**TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015**
**Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014**

<b>CÓDIGO</b>	<b>CBO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
		<b>BIÓPSIAS</b>	
02.01.01.002-0		BIOPSIA/PUNÇÃO DE TUMOR SUPERFICIAL DA PELE	21,00
02.01.01.003-8		BIOPSIA/PUNÇÃO ASPIRATIVA P/ AGULHA FINA DE TIREÓIDE ORIENT. P/ULTRASSONOGRRAFIA E PRÓSTATA	301,00
02.01.01.039-9		BIOPSIA DE PIRAMIDE NASAL	27,00
02.01.01.041-0		BIOPSIA DE PRÓSTATA TRANSRETAL	130,00
02.01.01.047-0		BIOPSIA DE TIREÓIDE OU PARATIREÓIDE	26,00
02.01.01.056-9		BIOPSIA/EXERESE DE NÓDULOS DE MAMA	52,00
		<b>EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS</b>	
02.03.02.001-4		DETERMINAÇÃO DE RECEPTORES LUMORAIS HORMONAIS	98,00
02.03.02.002-2		EXAME ANATOMO – PATOLOGICO DO COLO UTERINO – PRÉ-OPERATÓRIO-CONGELAÇÃO (PEÇA CIRÚRGICA) OU CONVENCIONAL	65,00
02.03.02.003-0		EXAME ANATOMO-PATOLOGICO P/BIÓPSIA OU BIÓPSIA ASPIRATIVA - GERAL	48,00
02.03.02.004-9		IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR/ <u>POR PEDAÇO – MÁXIMO DE 06</u> )	138,00
02.03.02.008-1		EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA	48,00
		<b>EXAMES CITOPATOLÓGICOS</b>	
02.03.01.001-9		EXAME CITOPATOLÓGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA	20,00
02.03.01.002-7		EXAME CITOPATOLÓGICO HORMONAL SERIADO (MÍNIMO 3 COLETAS)	32,00
02.03.01.003-5		EXAME DE CITOPATOLOGIA ONCÓTICA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	32,00
02.03.01.004-3		EXAME CITOPATOLÓGICO DE MAMA	38,00
		<b>EXAMES LABORATORIAIS</b>	
		<b>EXAMES BIOQUÍMICOS</b>	
02.02.01.001-5		CLEARANCE OSMOLAR	5,00
02.02.01.002-3		DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	3,00
02.02.01.003-1		DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRAFIA DE AMINOACIDOS	23,00
02.02.01.004-0		DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS)	5,00
02.02.01.005-8		DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICAC/ INDUÇÃO POR CORTISONA (5 DOSAGENS)	10,00
02.02.01.006-6		DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICAC/ INDUÇÃO POR CORTISONA (4 DOSAGENS)	6,00
02.02.01.007-4		DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICACLÁSSICA (5 DOSAGENS)	15,00
02.02.01.008-2		DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE	5,00
02.02.01.009-0		DOSAGEM DE 5-NUCLEOTIDASE	5,00
02.02.01.010-4		DOSAGEM DE ACETONA	3,00
02.02.01.011-2		DOSAGEM DE ACIDO ASCORBICO	3,00
02.02.01.012-0		DOSAGEM DE ACIDO URICO	3,00
02.02.01.013-9		DOSAGEM DE ACIDO VANILMANDELICO	13,00

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU**
**TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015**
**Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014**

<b>CÓDIGO</b>	<b>CBO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
02.02.01.014-7		DOSAGEM DE ALDOLASE	6,00
02.02.01.015-5		DOSAGEM DE ALFA – 1 – ANTITRIPSINA	6,00
02.02.01.016-3		DOSAGEM DE ALFA – 1 – GLICOPROTEINA ACIDA	6,00
02.02.01.017-1		DOSAGEM DE ALFA – 2 – MACROGLOBULINA	6,00
02.02.01.018-0		DOSAGEM DE AMILASE	3,00
02.02.01.019-8		DOSAGEM DE AMONIA	5,00
02.02.01.020-1		DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	3,00
02.02.01.021-0		DOSAGEM DE CÁLCIO	3,00
02.02.01.022-8		DOSAGEM DE CALCIO IONIZANTE	5,00
02.02.01.023-6		DOSAGEM DE CAROTENO	3,00
02.02.01.025-2		DOSAGEM DE CERULOPLASMINA	6,00
02.02.01.026-0		DOSAGEM DE CLORETO	3,00
02.02.01.027-9		DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	5,00
02.02.01.028-7		DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	5,00
02.02.01.029-5		DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	3,00
02.02.01.030-9		DOSAGEM DE COLINESTERASE	6,00
02.02.01.031-7		DOSAGEM DE CREATININA	3,00
02.02.01.032-5		DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	5,00
02.02.01.033-3		DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO MB	6,00
02.02.01.034-1		DOSAGEM DE DESIDROGENASE ALFA – HIDROXIBUTRICA	5,00
02.02.01.035-0		DOSAGEM DE DESIDROGENASE GLUTAMICA	5,00
02.02.01.036-8		DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	6,00
02.02.01.037-6		DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA (ISOENZIMAS FRACIONADAS)	6,00
02.02.01.038-4		DOSAGEM DE FERRITINA	23,00
02.02.01.039-2		DOSAGEM DE FERRO SERICO	5,00
02.02.01.040-6		DOSAGEM DE FOLATO	23,00
02.02.01.041-4		DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA TOTAL	3,00
02.02.01.042-2		DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	3,00
02.02.01.043-0		DOSAGEM DE FOSFORO	3,00
02.02.01.044-9		DOSAGEM DE FRACAO PROSTATICA DA FOSFATASE ACIDA	3,00
02.02.01.045-7		DOSAGEM DE GALACTOSE	5,00
02.02.01.046-5		DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	5,00
02.02.01.047-3		DOSAGEM DE GLICOSE	3,00

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU

TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015

Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014

CÓDIGO	CBO	DESCRIÇÃO	VALOR
02.02.01.048-1		DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE	6,00
02.02.01.049-0		DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	6,00
02.02.01.050-3		DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	12,00
02.02.01.051-1		DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA	6,00
02.02.01.052-0		DOSAGEM DE ISOMERASE-FOSFOHEXOSE	5,00
02.02.01.053-8		DOSAGEM DE LACTATO	6,00
02.02.01.054-6		DOSAGEM DE LEUCINO-AMINOPEPTIDASE	5,00
02.02.01.055-4		DOSAGEM DE LIPASE	3,00
02.02.01.056-2		DOSAGEM DE MAGNESIO	3,00
02.02.01.057-0		DOSAGEM DE MUÇO-PROTEINAS	3,00
02.02.01.058-9		DOSAGEM DE PIRUVATO	6,00
02.02.01.059-7		DOSAGEM DE PORFIRINAS	5,00
02.02.01.060-0		DOSAGEM DE POTASSIO	3,00
02.02.01.061-9		DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	2,00
02.02.01.062-7		DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES	3,00
02.02.01.063-5		DOSAGEM DE SODIO	3,00
02.02.01.064-3		DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	3,00
02.02.01.065-1		DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	3,00
02.02.01.066-0		DOSAGEM DE TRANSFERRINA	6,00
02.02.01.067-8		DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	5,00
02.02.01.068-6		DOSAGEM DE TRIPTOFANO	5,00
02.02.01.069-4		DOSAGEM DE UREIA	3,00
02.02.01.070-8		DOSAGEM DE VITAMINA B12 e outras vitaminas	23,00
02.02.01.071-6		ELETROFORESE DE LIPOPROTEINAS	6,00
02.02.01.072-4		ELETROFORESE DE PROTEINAS	7,00
02.02.01.073-2		GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE )	23,00
02.02.01.074-0		PROVA DA D-XILOSE	6,00
02.02.01.075-9		TESTE DE TOLERANCIA A INSULINA / HIPOGLICEMIANTES ORAIS	10,00
02.02.01.076-7		DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	23,00
		<b>EXAMES HEMATOLÓGICOS E HEMOSTASIA</b>	
02.02.02.001-0		CITOQUIMICA HEMATOLOGICA	10,00
02.02.02.002-9		CONTAGEM DE PLAQUETAS	4,00
02.02.02.003-7		CONTAGEM DE RETICULOCITOS	4,00

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU**
**TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015**
**Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014**

<b>CÓDIGO</b>	<b>CBO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
02.02.02.004-5		DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR	4,00
02.02.02.005-3		DETERMINAÇÃO DE ENZIMAS ERITROCITARIAS (CADA)	4,00
02.02.02.006-1		DETERMINAÇÃO DE SULFO-HEMOGLOBINA	4,00
02.02.02.007-0		DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	4,00
02.02.02.008-8		DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE LISE DA EUGLOBULINA	4,00
02.02.02.009-6		DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE	4,00
02.02.02.010-0		DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	14,00
02.02.02.011-8		DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SOBREVIVÊNCIA DE HEMÁCIAS	9,00
02.02.02.012-6		DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA	4,00
02.02.02.013-4		DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	9,00
02.02.02.014-2		DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	4,00
02.02.02.015-0		DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSÉDIMENTAÇÃO (VHS)	4,00
02.02.02.016-9		DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE	6,00
02.02.02.017-7		DOSAGEM DE ANTITROMBINA III	10,00
02.02.02.018-5		DOSAGEM DE FATOR II	8,00
02.02.02.019-3		DOSAGEM DE FATOR IX	11,00
02.02.02.020-7		DOSAGEM DE FATOR V	7,00
02.02.02.021-5		DOSAGEM DE FATOR VII	12,00
02.02.02.022-3		DOSAGEM DE FATOR VIII	10,00
02.02.02.023-1		DOSAGEM DE FATOR VIII (INIBIDOR)	22,00
02.02.02.024-0		DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTIGENO)	28,00
02.02.02.025-8		DOSAGEM DE FATOR X	10,00
02.02.02.026-6		DOSAGEM DE FATOR XI	14,00
02.02.02.027-4		DOSAGEM DE FATOR XII	16,00
02.02.02.028-2		DOSAGEM DE FATOR XIII	10,00
02.02.02.029-0		DOSAGEM DE FIBRINOGENIO	7,00
02.02.02.030-4		DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	2,00
02.02.02.031-2		DOSAGEM DE HEMOGLOBINA - INSTABILIDADE A 37°C	4,00
02.02.02.032-0		DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL	4,00
02.02.02.033-9		DOSAGEM DE HEMOSSIDERINA	4,00
02.02.02.034-7		DOSAGEM DE PLASMINOGENIO	6,00
02.02.02.035-5		ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	8,00
02.02.02.036-3		ERITROGRAMA (ERITROCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO)	4,00

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU

TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015

Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014

CÓDIGO	CBO	DESCRIÇÃO	VALOR
02.02.02.037-1		HEMATOCRITO	2,00
02.02.02.038-0		HEMOGRAMA COMPLETO	6,00
02.02.02.039-8		LEUCOGRAMA	4,00
02.02.02.040-1		PESQUISA DE ATIVIDADE DO COFATOR DE RISTOCETINA	37,00
02.02.02.041-0		PESQUISA DE CELULAS LE	6,00
02.02.02.042-8		PESQUISA DE CORPUSCULOS DE HEINZ	4,00
02.02.02.043-6		PESQUISA DE FILARIA	4,00
02.02.02.044-4		PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	4,00
02.02.02.046-0		PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	4,00
02.02.02.048-7		PROVA DE CONSUMO DE PROTROMBINA	6,00
02.02.02.049-5		PROVA DE RETRACAO DO COAGULO	4,00
02.02.02.050-9		PROVA DO LACO	4,00
02.02.02.051-7		RASTREIO P/ DEFICIENCIA DE ENZIMAS ERITROCITARIAS	4,00
02.02.02.052-5		TESTE DE AGREGACAO DE PLAQUETAS	18,00
02.02.02.053-3		TESTE DE HAM (HEMOLISE ACIDA)	4,00
02.02.02.054-1		TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA - Coombs direto e/ou indireto	4,00
		<b>EXAMES SOROLÓGICOS E IMUNOLÓGICOS</b>	
00.00.00.011-0		PESQUISA DE ANTICORPOS – ANTI –GAD	50,00
02.02.03.001-6		CONTAGEM DE LINFOCITOS B	2,00
02.02.03.002-4		CONTAGEM DE LINFOCITOS CD4/CD8	22,00
02.02.03.003-2		CONTAGEM DE LINFOCITOS T TOTAIS	22,00
02.02.03.004-0		DETECCAO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO)	98,00
02.02.03.005-9		DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)	126,00
02.02.03.006-7		DETERMINACAO DE COMPLEMENTO (CH50)	14,00
02.02.03.007-5		DETERMINACAO DE FATOR REUMATOIDE	4,00
02.02.03.008-3		DETERMINACAO QUANTITATIVA DE PROTEINA C REATIVA	14,00
02.02.03.009-1		DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	23,00
02.02.03.010-5		DOSAGEM DE ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO (PSA)	25,00
02.02.03.011-3		DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	20,00
02.02.03.012-1		DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	26,00
02.02.03.013-0		DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	26,00
02.02.03.014-8		DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA	4,00
02.02.03.015-6		DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA)	26,00

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU**
**TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015**
**Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014**

<b>CÓDIGO</b>	<b>CBO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
02.02.03.016-4		DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	14,00
02.02.03.018-0		DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM)	26,00
02.02.03.019-9		DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE	14,00
02.02.03.020-2		DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA	4,00
02.02.03.021-0		GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C	388,00
02.02.03.022-9		IMUNOELETROFORESE DE PROTEINAS (inclusive Troponina)	26,00
02.02.03.023-7		IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)	104,00
02.02.03.025-3		PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	15,00
02.02.03.026-1		PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	15,00
02.02.03.027-0		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA	13,00
02.02.03.028-8		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	26,00
02.02.03.029-6		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)	110,00
02.02.03.030-0		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	15,00
02.02.03.031-8		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV-1 + HTLV-2	28,00
02.02.03.032-6		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP)	26,00
02.02.03.033-4		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS	9,00
02.02.03.034-2		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	26,00
02.02.03.035-0		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	28,00
02.02.03.036-9		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	28,00
02.02.03.037-7		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIADENOVIRUS	14,00
02.02.03.038-5		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIAMEBAS	15,00
02.02.03.039-3		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS	14,00
02.02.03.040-7		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS	6,00
02.02.03.041-5		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICISTICERCO	9,00
02.02.03.042-3		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMIDIA (POR IMUNOFLOURESCENCIA)	15,00
02.02.03.043-1		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICORTEX SUPRARENAL	26,00
02.02.03.044-0		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIEQUINOCOCOS	14,00
02.02.03.045-8		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	15,00
02.02.03.046-6		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES	15,00
02.02.03.047-4		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	4,00
02.02.03.048-2		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFIGADO	15,00
02.02.03.050-4		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIGLOMERULO	15,00
02.02.03.051-2		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIILHOTA DE LANGERHANS	15,00

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU**
**TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015**
**Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014**

<b>CÓDIGO</b>	<b>CBO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
02.02.03.052-0		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIINSULINA	26,00
02.02.03.053-9		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS	6,00
02.02.03.054-7		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA	8,00
02.02.03.055-5		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	26,00
02.02.03.056-3		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA	26,00
02.02.03.057-1		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO ESTRIADO	26,00
02.02.03.058-0		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMUSCULO LISO	26,00
02.02.03.059-8		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	26,00
02.02.03.060-1		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS	26,00
02.02.03.061-0		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPLASMODIOS	15,00
02.02.03.062-8		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	26,00
02.02.03.063-6		PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	28,00
02.02.03.064-4		PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)	28,00
02.02.03.065-2		PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA	12,00
02.02.03.066-0		PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O SPOROTRIX SCHENKII	15,00
02.02.03.067-9		PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	28,00
02.02.03.068-7		PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV)	28,00
02.02.03.069-5		PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DO SARAMPO	14,00
02.02.03.070-9		PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS	6,00
02.02.03.071-7		PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTIGENO DO VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO	28,00
02.02.03.072-5		PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA	26,00
02.02.03.073-3		PESQUISA DE ANTICORPOS HETEROFILOS CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	4,00
02.02.03.074-1		PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	16,00
02.02.03.075-0		PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTILEISHMANIAS	14,00
02.02.03.076-8		PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	25,00
02.02.03.077-6		PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI	14,00
02.02.03.078-4		PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)	28,00
02.02.03.079-2		PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	45,00
02.02.03.080-6		PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	28,00
02.02.03.081-4		PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	26,00
02.02.03.082-2		PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	26,00
02.02.03.083-0		PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	26,00
02.02.03.084-9		PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS	26,00



## ANEXO I

## CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU

## TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015

Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014

CÓDIGO	CBO	DESCRIÇÃO	VALOR
02.02.03.085-7		PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS	17,00
02.02.03.086-5		PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	15,00
02.02.03.087-3		PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	28,00
02.02.03.088-1		PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITRYPANOSOMA CRUZI	14,00
02.02.03.089-0		PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)	28,00
02.02.03.090-3		PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA)	30,00
02.02.03.091-1		PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	28,00
02.02.03.092-0		PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA RUBEOLA	26,00
02.02.03.093-8		PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER	26,00
02.02.03.094-6		PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS EPSTEIN-BARR	26,00
02.02.03.095-4		PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLIS	26,00
02.02.03.096-2		PESQUISA DE ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	20,00
02.02.03.097-0		PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	28,00
02.02.03.098-9		PESQUISA DE ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	28,00
02.02.03.099-7		PESQUISA DE CLAMIDIA (POR CAPTURA HIBRIDA)	90,00
02.02.03.100-4		PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS	4,00
02.02.03.101-2		PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER-ROSE)	6,00
02.02.03.102-0		PESQUISA DE HIV-1 POR IMUNOFLORESCENCIA	15,00
02.02.03.103-9		PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) ALERGENO-ESPECIFICA	14,00
02.02.03.104-7		PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLORESCENCIA)	15,00
02.02.03.105-5		PROVAS DE PRAUSNITZ-KUSTNER (PK)	3,00
02.02.03.106-3		PROVAS IMUNO-ALERGICAS BACTERIANAS	3,00
02.02.03.107-1		QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1	28,00
02.02.03.108-0		QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C	253,00
02.02.03.109-8		REACAO DE HEMAGLUTINACAO (TPHA) P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	6,00
02.02.03.110-1		REACAO DE MONTENEGRO ID	4,00
02.02.03.111-0		TESTE DE VDRL P/ DETECÇÃO DE SIFILIS	4,00
02.02.03.112-8		TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	15,00
02.02.03.113-6		TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	15,00
02.02.03.114-4		TESTES ALERGICOS DE CONTATO (ATÉ 15 SUBSTÂNCIAS)	55,00
02.02.03.115-2		TESTES CUTANEOS DE LEITURA IMEDIATA	55,00
02.02.03.117-9		VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	4,00
02.02.03.118-7		DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTITRANSGLUTAMINAISE RECOMBINANTE HUMANO IGA	28,00

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU**
**TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015**
**Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014**

<b>CÓDIGO</b>	<b>CBO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
02.02.03.119-5		DOSAGEM DA FRAÇÃO CIQ DO COMPLEMENTO	26,00
		<b>EXAMES CORPROLÓGICOS</b>	
02.02.04.001-1		DOSAGEM DE ESTERCOBILINOGENIO FECAL	2,00
02.02.04.002-0		DOSAGEM DE GORDURA FECAL	5,00
02.02.04.003-8		EXAME COPROLÓGICO FUNCIONAL	5,00
02.02.04.004-6		IDENTIFICAÇÃO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS	2,00
02.02.04.005-4		PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA)	2,00
02.02.04.006-2		PESQUISA DE EOSINOFILOS	2,00
02.02.04.007-0		PESQUISA DE GORDURA FECAL	2,00
02.02.04.008-9		PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES	2,00
02.02.04.009-7		PESQUISA DE LEUCOCITOS NAS FEZES	2,00
02.02.04.010-0		PESQUISA DE LEVEDURA NAS FEZES	2,00
02.02.04.011-9		PESQUISA DE OVOS DE SCHISTOSOMAS (EM FRAGMENTO DE MUCOSA)	2,00
02.02.04.012-7		PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	2,00
02.02.04.013-5		PESQUISA DE ROTAVIRUS NAS FEZES	15,00
02.02.04.014-3		PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	2,00
02.02.04.015-1		PESQUISA DE SUBSTÂNCIAS REDUTORAS NAS FEZES	2,00
02.02.04.016-0		PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES	2,00
02.02.04.017-8		PESQUISA DE TROFOZOITAS NAS FEZES	2,00
		<b>EXAME UROANÁLISE</b>	
00.00.00.017-0		TESTE DE ABSORÇÃO DE LACTOSE COM 4 TEMPOS OU TESTE ORAL DE GLICOSE COM 2 TEMPOS	30,00
02.02.05.001-7		ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	6,00
02.02.05.002-5		CLEARANCE DE CREATININA	5,00
02.02.05.003-3		CLEARANCE DE FOSFATO	5,00
02.02.05.004-1		CLEARANCE DE UREIA	5,00
02.02.05.005-0		CONTAGEM DE ADDIS	3,00
02.02.05.006-8		DETERMINACAO DE OSMOLALIDADE	6,00
02.02.05.007-6		DOSAGEM DE ACUCARES (POR CROMATOGRÁFIA)	6,00
02.02.05.008-4		DOSAGEM DE CITRATO	3,00
02.02.05.009-2		DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	12,00
02.02.05.010-6		DOSAGEM DE OXALATO	6,00
02.02.05.011-4		DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	3,00
02.02.05.012-2		DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ACIDOS ORGANICOS	5,00

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU**  
**TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015**  
**Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014**

<b>CÓDIGO</b>	<b>CBO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
02.02.05.013-0		EXAME QUALITATIVO DE CALCULOS URINARIOS	6,00
02.02.05.014-9		PESQUISA / DOSAGEM DE AMINOACIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	6,00
02.02.05.015-7		PESQUISA DE ALCAPTONA NA URINA	3,00
02.02.05.016-5		PESQUISA DE AMINOACIDOS NA URINA	6,00
02.02.05.018-1		PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA	4,00
02.02.05.019-0		PESQUISA DE CISTINA NA URINA	3,00
02.02.05.020-3		PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA	3,00
02.02.05.021-1		PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA	6,00
02.02.05.022-0		PESQUISA DE FENIL-CETONA NA URINA	3,00
02.02.05.023-8		PESQUISA DE FRUTOSE NA URINA	3,00
02.02.05.024-6		PESQUISA DE GALACTOSE NA URINA	5,00
02.02.05.026-2		PESQUISA DE HOMOCISTINA NA URINA	3,00
02.02.05.027-0		PESQUISA DE LACTOSE NA URINA	3,00
02.02.05.028-9		PESQUISA DE MUCOPOLISSACARIDEOS NA URINA	6,00
02.02.05.029-7		PESQUISA DE PORFOBILINOGENIO NA URINA	3,00
02.02.05.030-0		PESQUISA DE PROTEINAS URINARIAS (POR ELETROFORESE)	7,00
02.02.05.031-9		PESQUISA DE TIROSINA NA URINA	3,00
02.02.05.032-7		PROVA DE DILUICAO (URINA)	3,00
02.02.5.017-3		PESQUISA DE BETA-MERCAPTO-LACTATO-DISSULFIDURIA	3,00
		<b>EXAME HORMONAIS</b>	
02.02.06.001-2		DETERMINACAO DE INDICE DE TIROXINA LIVRE	19,00
02.02.06.002-0		DETERMINACAO DE RETENCAO DE T3	19,00
02.02.06.003-9		DETERMINACAO DE T3 REVERSO	22,00
02.02.06.004-7		DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA	15,00
02.02.06.005-5		DOSAGEM DE 17-CETOSTEROIDES TOTAIS	10,00
02.02.06.006-3		DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTEROIDES	10,00
02.02.06.007-1		DOSAGEM DE ACIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACETICO (SEROTONINA)	10,00
02.02.06.008-0		DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTROFICO (ACTH)	21,00
02.02.06.009-8		DOSAGEM DE ALDOSTERONA	18,00
02.02.06.010-1		DOSAGEM DE AMP CICLICO	18,00
02.02.06.011-0		DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	17,00
02.02.06.012-8		DOSAGEM DE CALCITONINA	22,00
02.02.06.013-6		DOSAGEM DE CORTISOL	15,00

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU**
**TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015**
**Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014**

<b>CÓDIGO</b>	<b>CBO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
02.02.06.014-4		DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA)	17,00
02.02.06.015-2		DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT)	18,00
02.02.06.016-0		DOSAGEM DE ESTRADIOL	15,00
02.02.06.017-9		DOSAGEM DE ESTRIOL	17,00
02.02.06.018-7		DOSAGEM DE ESTRONA	17,00
02.02.06.019-5		DOSAGEM DE GASTRINA	21,00
02.02.06.020-9		DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	23,00
02.02.06.021-7		DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)	12,00
02.02.06.022-5		DOSAGEM DE HORMONIO DE CRESCIMENTO (HGH)	15,00
02.02.06.023-3		DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	12,00
02.02.06.024-1		DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	13,00
02.02.06.025-0		DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	13,00
02.02.06.026-8		DOSAGEM DE INSULINA	15,00
02.02.06.027-6		DOSAGEM DE PARATORMONIO	65,00
02.02.06.028-4		DOSAGEM DE PEPTIDEO C	23,00
02.02.06.029-2		DOSAGEM DE PROGESTERONA	15,00
02.02.06.030-6		DOSAGEM DE PROLACTINA	15,00
02.02.06.031-4		DOSAGEM DE RENINA	20,00
02.02.06.032-2		DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	23,00
02.02.06.033-0		DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS)	20,00
02.02.06.034-9		DOSAGEM DE TESTOSTERONA	16,00
02.02.06.035-7		DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	20,00
02.02.06.036-5		DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA	23,00
02.02.06.037-3		DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	13,00
02.02.06.038-1		DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	17,00
02.02.06.039-0		DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	13,00
02.02.06.040-3		TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA / TSH APOS TRH	18,00
02.02.06.041-1		TESTE DE ESTIMULO DA PROLACTINA APOS CLORPROMAZINA	18,00
02.02.06.042-0		TESTE DE ESTIMULO DE LH E FSH APOS GONADORRELINA	18,00
02.02.06.043-8		TESTE DE ESTIMULO DO HGH APOS GLUCAGON	18,00
02.02.06.044-6		TESTE DE SUPRESSAO DO CORTISOL APOS DEXAMETASONA	18,00
02.02.06.045-4		TESTE DE SUPRESSAO DO HGH APOS GLICOSE	18,00
02.02.06.046-2		TESTE P/ INVESTIGACAO DO DIABETES INSIPIDUS	13,00

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU

TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015

Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014

CÓDIGO	CBO	DESCRIÇÃO	VALOR
02.02.06.047-0		PESQUISA DE MACROPROLACTINA	18,00
		<b>EXAME TOXICOLÓGICOS E/OU MONITORAÇÃO TERAPÊUTICA</b>	
02.02.07.001-8		DOSAGEM DE ACIDO DELTA-AMINOLEVULINICO	3,00
02.02.07.002-6		DOSAGEM DE ACIDO HIPURICO	3,00
02.02.07.003-4		DOSAGEM DE ACIDO MANDELICO	6,00
02.02.07.004-2		DOSAGEM DE ACIDO METIL-HIPURICO	3,00
02.02.07.005-0		DOSAGEM DE ACIDO VALPROICO	23,00
02.02.07.006-9		DOSAGEM DE ALA-DESIDRATASE	5,00
02.02.07.007-7		DOSAGEM DE ALCOOL ETILICO	3,00
02.02.07.008-5		DOSAGEM DE ALUMINIO	41,00
02.02.07.009-3		DOSAGEM DE AMINOGLICOSIDEOS	15,00
02.02.07.010-7		DOSAGEM DE ANFETAMINAS	15,00
02.02.07.011-5		DOSAGEM DE ANTIDEPRESSIVOS TRICICLICOS	15,00
02.02.07.012-3		DOSAGEM DE BARBITURATOS	20,00
02.02.07.013-1		DOSAGEM DE BENZODIAZEPINICOS	20,00
02.02.07.014-0		DOSAGEM DE CADMIO	10,00
02.02.07.015-8		DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	26,00
02.02.07.016-6		DOSAGEM DE CARBOXI-HEMOGLOBINA	6,00
02.02.07.017-4		DOSAGEM DE CHUMBO	13,00
02.02.07.018-2		DOSAGEM DE CICLOSPORINA	88,00
02.02.07.019-0		DOSAGEM DE COBRE	5,00
02.02.07.020-4		DOSAGEM DE DIGITALICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA)	13,00
02.02.07.021-2		DOSAGEM DE ETOSSUXIMIDA	23,00
02.02.07.022-0		DOSAGEM DE FENITOINA	53,00
02.02.07.023-9		DOSAGEM DE FENOL	3,00
02.02.07.024-7		DOSAGEM DE FORMALDEIDO	5,00
02.02.07.025-5		DOSAGEM DE LITIO	3,00
02.02.07.026-3		DOSAGEM DE MERCURIO	3,00
02.02.07.027-1		DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA	6,00
02.02.07.028-0		DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAINA	15,00
02.02.07.029-8		DOSAGEM DE METOTREXATO	15,00
02.02.07.030-1		DOSAGEM DE QUINIDINA	15,00
02.02.07.031-0		DOSAGEM DE SALICILATOS	3,00



**ANEXO I**  
**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU**  
**TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015**  
**Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014**

<b>CÓDIGO</b>	<b>CBO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
02.02.07.032-8		DOSAGEM DE SULFATOS	5,00
02.02.07.033-6		DOSAGEM DE TEOFILINA	23,00
02.02.07.034-4		DOSAGEM DE TIOCIANATO	6,00
02.02.07.035-2		DOSAGEM DE ZINCO	23,00
		<b>EXAME MICROBIOLÓGICOS</b>	
02.02.08.002-1		ANTIBIOGRAMA C/ CONCENTRAÇÃO INIBITORIA MINIMA	20,00
02.02.08.003-0		ANTIBIOGRAMA P/ MICROBACTERIAS	20,00
02.02.08.004-8		BACILOSCOPIA DIREITA P/ BAAR TUBERCULOSE (DIAGNÓSTICA)	6,00
02.02.08.005-6		BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR (HANSENIASE)	6,00
02.02.08.006-4		BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOS (CONTROLE)	6,00
02.02.08.007-2		BACTEROSCOPIA (GRAM)	4,00
02.02.08.008-0		CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO sem identificação e autoclave	8,00
02.02.08.009-9		CULTURA DO LEITE HUMANO (MATERNO) (POS-PASTEURIZACAO)	8,00
02.02.08.010-2		CULTURA P/ HERPESVIRUS	6,00
02.02.08.011-0		CULTURA PARA BAAR	8,00
02.02.08.012-9		CULTURA PARA BACTERIAS ANAEROBICAS	15,00
02.02.08.013-7		CULTURA PARA IDENTIFICACAO DE FUNGOS	6,00
02.02.08.014-5		EXAME MICROBIOLOGICO A FRESCO (DIRETO)	4,00
02.02.08.015-3		HEMOCULTURA	17,00
02.02.08.016-1		IDENTIFICACAO AUTOMATIZADA DE MICROORGANISMOS	8,00
02.02.08.017-0		PESQUISA DE PNEUMOCYSTI CARINI	6,00
02.02.08.018-8		PESQUISA DE BACILO DIFTERICO	4,00
02.02.08.019-6		PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETA-HEMOLITICOS DO GRUPO A	6,00
02.02.08.020-0		PESQUISA DE HAEMOPHILUS DUCREY	4,00
02.02.08.021-8		PESQUISA DE HELICOBACTER PYLORI	6,00
02.02.08.022-6		PESQUISA DE LEPTOSPIRAS	4,00
02.02.08.023-4		PESQUISA DE TREPONEMA PALLIDUM	8,00
		<b>EXAMES EM OUTROS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS</b>	
02.02.09.001-9		ACIDO URICO LIQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES	3,00
02.02.06.005-1		CONTAGEM ESPECIFICA DE CELULAS NO LIQUOR	3,00
02.02.09.002-7		ADENOGRAMA	9,00
02.02.09.003-5		CITOLOGIA P/ CLAMIDIA	6,00
02.02.09.004-3		CITOLOGIA P/ HERPESVIRUS	6,00

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU**
**TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015**
**Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014**

<b>CÓDIGO</b>	<b>CBO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
02.02.09.006-0		CONTAGEM GLOBAL DE CELULAS NO LIQUOR	3,00
02.02.09.007-8		DETERMINACAO DE FOSFOLIPIDIOS RELACAO LECITINA – ESFINGOMIELINA NO LIQUIDO AMNIOTICO	10,00
02.02.09.008-6		DOSAGEM DE CREATININA NO LIQUIDO AMNIOTICO	3,00
02.02.09.009-4		DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA NO ESPERMA	3,00
02.02.09.010-8		DOSAGEM DE FRUTOSE	3,00
02.02.09.011-6		DOSAGEM DE FRUTOSE NO ESPERMA	3,00
02.02.09.012-4		DOSAGEM DE GLICOSE NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	3,00
02.02.09.013-2		DOSAGEM DE PROTEINAS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	3,00
02.02.09.015-9		ELETROFORESE DE PROTEINAS C/ CONCENTRACAO NO LIQUOR	8,00
02.02.09.016-7		ESPECTROFOTOMETRIA NO LIQUIDO AMNIOTICO	10,00
02.02.09.017-5		ESPLENOGRAMA	9,00
02.02.09.018-3		EXAME DE CARACTERES FISICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECIFICA DE CELULAS	3,00
02.02.09.019-1		MIELOGRAMA	9,00
02.02.09.021-3		PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESPERMATOZOIDES (ELISA)	15,00
02.02.09.022-1		DOSAGEM DE FOSFATASE ACIDA NO ESPERMA	3,00
02.02.09.023-0		PESQUISA DE CARACTERES FISICOS NO LIQUOR (Liquido Cefalo Raquidiano)	3,00
02.02.09.024-8		PESQUISA DE CELULAS ORANGIOFILAS	3,00
02.02.09.025-6		PESQUISA DE CRISTAIS C/ LUZ POLARIZADA	3,00
02.02.09.026-4		PESQUISA DE ESPERMATOZOIDES (APÓS VASECTOMIA)	7,00
02.02.09.027-2		PESQUISA DE RAGÓCITOS NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	3,00
02.02.09.028-0		PROVA DE PROGRESSAO ESPERMATICA (CADA)	15,00
02.02.09.029-9		PROVA DO LATEX P/ HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C)	3,00
02.02.09.030-2		PROVA DO LATEX P/ PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	3,00
02.02.09.031-0		REACAO DE PANDY	3,00
02.02.09.032-9		REACAO DE RIVALTA NO LIQUIDO SINOVIAL E DERRAMES	3,00
02.02.09.033-7		TESTE DE CLEMENTS	3,00
02.02.09.034-5		TESTE DE GASTROACIDOGRAMA – SECRECAO BASAL POR 60 EM 4 AMOSTRAS	7,00
02.02.09.035-3		TESTE DE HOLLANDER NO SUCO GASTRICO	7,00
		<b>EXAMES DE GENÉTICA</b>	
02.02.10.001-4		DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM CULTURA DE LONGA DURACAO (C/ TECNICA DE BANDAS)	215,00
02.02.10.002-2		DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM MEDULA OSSEA E VILOSIDADES CARIONICAS (C/ TECNICA DE BANDAS)	215,00
02.02.10.003-0		DETERMINACAO DE CARIOTIPO EM SANGUE PERIFERICO (C/ TECNICA DE BANDAS)	241,00
		<b>EXAMES PARA TRIAGEM NEONATAL</b>	

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU**
**TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015**
**Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014**

<b>CÓDIGO</b>	<b>CBO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
02.02.11.001-0		DETECCAO DE VARIANTES DA HEMOGLOBINA (DIAGNOSTICO TARDIO)	13,00
02.02.11.002-8		DETECCAO MOLECULAR DE MUTACAO EM HEMOGLOBINOPATIAS (CONFIRMATORIO)	99,00
02.02.11.003-6		DETECCAO MOLECULAR EM FIBROSE CISTICA (CONFIRMATORIO)	99,00
02.02.11.004-4		DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	8,00
02.02.11.005-2		DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4	18,00
02.02.11.006-0		DOSAGEM DE FENILALANINA TSH OU T4 E DETECCAO DA VARIANTE DE HEMOGLOBINA	31,00
02.02.11.007-9		DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA	8,00
02.02.11.008-7		DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)	20,00
		<b>EXAMES IMUNOHEMATOLÓGICOS</b>	
02.02.12.001-5		DETERMINACAO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETARIOS	16,00
02.02.12.002-3		DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	2,00
02.02.12.003-1		FENOTIPAGEM DE SISTEMA RH-HR	16,00
02.02.12.004-0		IDENTIFICACAO DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES C/ PAINEL DE HEMACIAS	16,00
02.02.12.006-6		PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES 37OC	9,00
02.02.12.007-4		PESQUISA DE ANTICORPOS SERICOS IRREGULARES A FRIO	9,00
02.02.12.008-2		PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	2,00
02.02.12.009-0		TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	4,00
02.02.12.010-4		TITULACAO DE ANTICORPOS ANTI A E/OU ANTI B	9,00
02.02.2.005-8		PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES PELO METODO DA ELUICAO	9,00
		<b>EXAMES RADIOLÓGICOS</b>	
		<b>EXAMES RADIOLÓGICOS DA CABEÇA E PESCOÇO</b>	
02.04.01.001-2		DACRIOCISTOGRAFIA	195,00
02.04.01.003-9		RADIOGRAFIA BILATERAL DE ORBITAS (PA + OBLIQUAS + HIRTZ)	17,00
02.04.01.004-7		RADIOGRAFIA DE ARCADA ZIGOMATICO-MALAR (AP+ OBLIQUAS)	15,00
02.04.01.005-5		RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL/mandíbula	20,00
02.04.01.006-3		RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	21,00
02.04.01.007-1		RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	20,00
02.04.01.008-0		RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	20,00
02.04.01.009-8		RADIOGRAFIA DE LARINGE	16,00
02.04.01.010-1		RADIOGRAFIA DE MASTOIDE / ROCHEDOS (BILATERAL)	18,00
02.04.01.011-0		RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA)	14,00
02.04.01.012-8		RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	17,00
02.04.01.013-6		RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	16,00

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU

TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015

Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014

CÓDIGO	CBO	DESCRIÇÃO	VALOR
02.04.01.014-4		RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	22,00
02.04.01.015-2		RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	18,00
02.04.01.017-9		RADIOGRAFIA PANORAMICA	20,00
<b>EXAMES RADIOLÓGICOS DA COLUNA VERTEBRAL</b>			
02.04.02.003-4		RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	22,00
02.04.02.004-2		RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	22,00
02.04.02.005-0		RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	23,00
02.04.02.006-9		RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	23,00
02.04.02.007-7		RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	30,00
02.04.02.008-5		RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	34,00
02.04.02.009-3		RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	22,00
02.04.02.010-7		RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	23,00
02.04.02.011-5		RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	31,00
02.04.02.012-3		RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	22,00
<b>EXAMES RADIOLÓGICOS DO TÓRAX E DO MEDIASTINO</b>			
02.04.03.005-6		RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL + OBLIQUA)	29,00
02.04.03.006-4		RADIOGRAFIA DE CORACAO E VASOS DA BASE (PA + LATERAL)	18,00
02.04.03.007-2		RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	18,00
02.04.03.008-0		RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	38,00
02.04.03.009-9		RADIOGRAFIA DE ESTERNO	16,00
02.04.03.010-2		RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	17,00
02.04.03.012-9		RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA)	14,00
02.04.03.014-5		RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	30,00
02.04.03.015-3		RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	23,00
02.04.03.016-1		RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	13,00
02.04.03.017-0		RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	21,00
<b>EXAMES RADIOLÓGICOS DA CINTURA ESCAPULAR E DOS MEMBROS SUPERIORES</b>			
02.04.04.001-9		RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	15,00
02.04.04.002-7		RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	15,00
02.04.04.003-5		RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	15,00
02.04.04.004-3		RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	15,00
02.04.04.005-1		RADIOGRAFIA DE BRACO	18,00
02.04.04.006-0		RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	17,00

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU**
**TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015**
**Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014**

<b>CÓDIGO</b>	<b>CBO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
02.04.04.007-8		RADIOGRAFIA DE COTOVELO	17,00
02.04.04.008-6		RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	14,00
02.04.04.009-4		RADIOGRAFIA DE MAO	16,00
02.04.04.010-8		RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	15,00
02.04.04.011-6		RADIOGRAFIA DE OMOPLATA / OMBRO (TRES POSICOES)	22,00
02.04.04.012-4		RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	17,00
		<b>EXAMES RADIOLÓGICOS DO ABDOMEN E PELVE</b>	
02.04.05.001-4		CLISTER OPACO C/ DUPLO CONTRASTE	191,00
02.04.05.003-0		COLANGIOGRAFIA POS-OPERATORIA	65,00
02.04.05.005-7		FISTULOGRAFIA	95,00
02.04.05.006-5		HISTEROSSALPINGOGRAFIA	100,00
02.04.05.011-1		RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	21,00
02.04.05.012-0		RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	31,00
02.04.05.013-8		RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	14,00
02.04.05.014-6		RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO (ESÓFAGO)com contraste	106,00
02.04.05.015-4		RADIOGRAFIA DE INTESTINO DELGADO (TRANSITO) com contraste	109,00
02.04.05.016-2		RADIOGRAFIA P/ ESTUDO DO DELGADO C/ DUPLO CONTRASTE (ENTEROCLISE)	111,00
02.04.05.017-0		URETROCISTOGRAFIA com contraste	172,00
02.04.05.018-9		UROGRAFIA VENOSA (EXCRETORA) com contraste	189,00
		<b>EXAMES RADIOLÓGICOS CINTURA PÉLVICA E DOS MEMBROS INFERIORES</b>	
02.04.06.001-0		ARTROGRAFIA	91,00
02.04.06.002-8		DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E FÊMUR) bilateral	99,00
02.04.06.003-6		ESCANOMETRIA	23,00
02.04.06.006-0		RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	23,00
02.04.06.007-9		RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	23,00
02.04.06.008-7		RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	19,00
02.04.06.009-5		RADIOGRAFIA DE BACIA	23,00
02.04.06.010-9		RADIOGRAFIA DE CALCANEO	19,00
02.04.06.011-7		RADIOGRAFIA DE COXA	22,00
02.04.06.012-5		RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	17,00
02.04.06.013-3		RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	18,00
02.04.06.014-1		RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	23,00
02.04.06.015-0		RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	17,00

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU**
**TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015**
**Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014**

<b>CÓDIGO</b>	<b>CBO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
02.04.06.016-8		RADIOGRAFIA DE PERNA OU TORNOZELO	22,00
02.04.06.017-6		RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	21,00
		<b>FISIOTERAPIA</b>	
03.02.01.001-7		ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS CIRURGIAS UROGINECOLÓGICAS	12,00
03.02.01.002-5		ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISFUNÇÕES UROGINECOLÓGICAS	7,00
03.02.02.001-2		ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS	9,00
03.02.02.002-0		ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO	7,00
03.02.02.003-9		ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ E PÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA	12,00
03.02.03.001-8		ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	9,00
03.02.03.002-6		ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	7,00
03.02.04.001-3		ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	9,00
03.02.04.002-1		ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO S/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	7,00
03.02.04.003-0		ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	7,00
03.02.04.004-8		ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	12,00
03.02.04.005-6		ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	7,00
03.02.05.001-9		ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	12,00
03.02.05.002-7		ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	7,00
03.02.06.001-4		ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS S/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	7,00
03.02.06.002-2		ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS C/COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	12,00
03.02.06.003-0		ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	7,00
		<b>MEDICINA NUCLEAR</b>	
		<b>MEDICINA NUCLEAR DO APARELHO CARDIOVASCULAR</b>	
02.08.01.001-7		CINTILOGRAFIA DE CORACAO C/ GALIO 67	458,00
02.08.01.002-5		CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJECÕES)	409,00
02.08.01.003-3		CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIACAO DA PERFUSAO EM SITUACAO DE REPOUSO (MÍNIMO 3 PROJECÕES)	383,00
02.08.01.004-1		CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ LOCALIZACAO DE NECROSE (MÍNIMO 3 PROJECÕES )	166,00
02.08.01.005-0		CINTILOGRAFIA P/ AVALIACAO DE FLUXO SANGUINEO DE EXTREMIDADES	114,00
02.08.01.006-8		CINTILOGRAFIA P/ QUANTIFICACAO DE SHUNT EXTRACARDIACO	143,00
02.08.01.007-6		CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE ESFORCO	215,00
02.08.01.008-4		CINTILOGRAFIA SINCRONIZADA DE CAMARAS CARDIACAS EM SITUACAO DE REPOUSO (VENTRICULOGRAFIA)	177,00
02.08.01.009-2		DETERMINACAO DE FLUXO SANGUINEO REGIONAL	124,00
		<b>MEDICINA NUCLEAR DO APARELHO DIGESTIVO</b>	
02.08.02.001-2		CINTILOGRAFIA DE FIGADO E BACO (MÍNIMO 5 IMAGENS)	133,00

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU**
**TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015**
**Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014**

<b>CÓDIGO</b>	<b>CBO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
02.08.02.002-0		CINTILOGRAFIA DE FIGADO E VIAS BILIARES	188,00
02.08.02.003-9		CINTILOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTIMULO	88,00
02.08.02.005-5		CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (LIQUIDO)	135,00
02.08.02.006-3		CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO ESOFAGICO (SEMI-SOLIDO)	135,00
02.08.02.007-1		CINTILOGRAFIA P/ ESTUDO DE TRANSITO GASTRICO	144,00
02.08.02.008-0		CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE DIVERTICULOSE DE MECKEL	115,00
02.08.02.009-8		CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ATIVA	157,00
02.08.02.010-1		CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA NAO ATIVA	311,00
02.08.02.011-0		CINTILOGRAFIA P/ PESQUISA DE REFLUXO GASTRO-ESOFAGICO	335,00
02.08.02.012-8		IMUNO-CINTILOGRAFIA (ANTICORPO MONOCLONAL)	1.103,00
		<b>MEDICINA NUCLEAR DO APARELHO DIGESTIVO</b>	
02.08.03.001-8		CINTILOGRAFIA DE PARATIREOIDES	325,00
02.08.03.002-6		CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ OU S/ CAPTACAO	77,00
02.08.03.003-4		CINTILOGRAFIA DE TIREOIDE C/ TESTE DE SUPRESSAO / ESTIMULO	107,00
02.08.03.005-0		TESTE DO PERCLORATO C/ RADIOISOTOPO	107,00
		<b>MEDICINA NUCLEAR DO APARELHO GENITURINÁRIO</b>	
02.08.04.002-1		CINTILOGRAFIA DE RIM C/ GALIO 67	458,00
02.08.04.003-0		CINTILOGRAFIA DE TESTICULO E BOLSA ESCROTAL	109,00
02.08.04.005-6		CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	133,00
02.08.04.006-4		CISTOCINTILOGRAFIA DIRETA	123,00
02.08.04.007-2		CISTOCINTILOGRAFIA INDIRETA	144,00
02.08.04.008-0		DETERMINACAO DE FILTRACAO GLOMERULAR (COM RADIOISOTOPOS)	63,00
02.08.04.009-9		DETERMINACAO DE FLUXO PLASMATICO RENAL (COM RADIOISOTOPOS)	63,00
02.08.04.010-2		ESTUDO RENAL DINAMICO C/ OU S/ DIURETICO	165,00
		<b>MEDICINA NUCLEAR DO APARELHO ESQUELÉTICO</b>	
02.08.05.003-5		CINTILOGRAFIA DE OSSOS C/ OU S/ FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)	191,00
02.08.05.004-3		CINTILOGRAFIA DE SEGMENTO OSSEO C/ GALIO 67	458,00
		<b>MEDICINA NUCLEAR DO APARELHO NERVOSO</b>	
02.08.06.001-4		CINTILOGRAFIA DE PERFUSAO CEREBRAL C/ GALIO (SPCTO)	438,00
02.08.06.002-2		CISTERNOCINTILOGRAFIA (INCLUINDO PESQUISA E/OU AVALIACAO DO TRANSITO LIQUORICO)	205,00
02.08.06.003-0		ESTUDO DE FLUXO SANGUINEO CEREBRAL	119,00
		<b>MEDICINA NUCLEAR APARELHO RESPIRATÓRIO</b>	
02.08.07.001-0		CINTILOGRAFIA DE PULMAO C/ GALIO 67	458,00

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU**
**TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015**
**Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014**

<b>CÓDIGO</b>	<b>CBO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
02.08.07.002-8		CINTILOGRAFIA DE PULMAO P/ PESQUISA DE ASPIRACAO	128,00
02.08.07.003-6		CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR INALACAO (MINIMO 2 PROJECOES)	128,00
02.08.07.004-4		CINTILOGRAFIA DE PULMAO POR PERFUSAO (MINIMO 4 PROJECOES)	131,00
		<b>MEDICINA NUCLEAR APARELHO HEMATOLÓGICO</b>	
02.08.08.001-5		CINTILOGRAFIA DE SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL (MEDULA OSSEA)	113,00
02.08.08.002-3		DEMONSTRACAO DE SEQUESTRO DE HEMACIAS PELO BACO (C/ RADIOSOTOPOS)	97,00
02.08.08.003-1		DETERMINACAO DE SOBREVIDA DE HEMACIAS (C/ RADIOSOTOPOS)	55,00
		<b>MEDICINA NUCLEAR EM OUTROS MÉTODOS</b>	
02.08.09.001-0		CINTILOGRAFIA DE CORPO INTEIRO C/ GALIO 67 P/ PESQUISA DE NEOPLASIAS	907,00
02.08.09.002-9		CINTILOGRAFIA DE GLANDULA LACRIMAL (DACRIOCINTILOGRAFIA)	66,00
		<b>RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS</b>	
		<b>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL</b>	
00.00.00.001-0		ANGIORESSONÂNCIA DE PESCOÇO, PELVE E ABDOMEM COM BOMBA INJETORA E CONTRASTE	700,00
00.00.00.006-0		ESPECTROSCOPIA DE CRÂNIO	110,00
02.07.01.001-3		ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL (CRÂNIO)	440,00
02.07.01.002-1		RM DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR/FACE/ORBITA/OUVIDO ATM (BILATERAL)	440,00
02.07.01.003-0		RM DE COLUNA CERVICAL	440,00
02.07.01.004-8		RM DE COLUNA LOMBO-SACRA	440,00
02.07.01.005-6		RM DE COLUNA TORACICA	440,00
02.07.01.006-4		RM DE CRANIO	440,00
02.07.01.007-2		RM DE SELA TURCICA (GLÂNDULA)	440,00
		<b>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TÓRAX E MEMBROS SUPERIORES</b>	
02.07.02.002-7		RM DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	440,00
02.07.02.003-5		RM DE TORAX/MEDIASTINO	440,00
		<b>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN, PELVE E MEMBROS INFERIORES</b>	
00.00.00.013-0		RM DE ABDOMEM TOTAL	680,00
00.00.00.014-0		RM DE SEGMENTO APENDICULARES (QUADRIL/COXA FEMURAL/SACRO-ILÍACO ETC)	440,00
02.07.03.001-4		RM DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO/PANCREA/RIM/VIAS BILIARES,ETC)	440,00
02.07.03.002-2		RM DE BACIA / PELVE (PROSTATA/BEXIGA/UMBIGO/SACRO-ILÍACO)	440,00
02.07.03.003-0		RM DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) E DE MEMBRO INFERIOR COXA FEMURAL BILATERAL OU RM DE SEGMENTO APENDICULARES (QUADRIL/COXA FEMURAL/SACRO-	440,00
		<b>TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS</b>	
00.00.00.002-0		ANGIOTOMOGRAFIA COM BOMBA INJETORA E CONTRASTE	440,00
		<b>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL</b>	

**CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU**
**TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015**
**Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014**

<b>CÓDIGO</b>	<b>CBO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>VALOR</b>
00.00.00.016-0		TC DE COLUNAS (SEGMENTO ADICIONAL)	75,00
02.06.01.001-0		TC DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE (até 3 segmentos)	195,00
02.06.01.002-8		TC DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE (até 3 segmentos)	195,00
02.06.01.003-6		TC DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE (até 3 segmentos)	195,00
02.06.01.004-4		TC DE FACE/SEIOS DA FACE/ÓRBITA/ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES/MAXILAR E MANDÍBULA	195,00
02.06.01.005-2		TC DE PESCOCO	200,00
02.06.01.006-0		TC DE SELA TURCICA/HIPÓFISE	195,00
02.06.01.007-9		TC DO CRANIO/ENCÉFALO	235,00
		<b>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX E MEMBROS SUPERIORES</b>	
02.06.02.001-5		TC DE ARTICULACOES DE MEMBRO SUPERIOR	200,00
02.06.02.002-3		TC DE SEGMENTOS APENDICULARES (QUADRIL/COXA FEMURAL/COXA/SACRO-ILÍACO)	200,00
02.06.02.003-1		TC DE TORAX	235,00
02.06.02.004-0		TC DE HEMITORAX / MEDIASTINO (POR PLANO)	195,00
		<b>TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN, PELVE E MEMBROS INFERIORES</b>	
00.00.00.015-0		TC DE ABDOMEM TOTAL	350,00
02.06.03.001-0		TC DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO/PANCREA/BAÇO/RIM/VIAS BILIARES/VEÍCULA BILIAR)	200,00
02.06.03.002-9		TC DE ARTICULACOES DE MEMBRO INFERIOR	200,00
02.06.03.003-7		TC DE PELVE / BACIA (PROSTAT/BEXIGA/ÚTERO/OVÁRIO)	235,00
		<b>TRATAMENTOS POR MEDICINA NUCLEAR IN VIVO</b>	
03.03.12.006-1		TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER – ATE 30 MCI) (iodoterapia)	450,00
03.03.12.007-0		TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVES (iodoterapia)	450,00
		<b>ULTRASSONOGRAFIAS</b>	
00.00.00.003-0		ECODOPPLER DE CARÓTIDA E VERTEBRAIS 5 VASOS e AORTICA ABDOMINAL	158,00
00.00.00.007-0		ESTUDO DE VASCULARIZAÇÃO DO ÓRGÃO – DOPPLER E ESTRUTURA – (TIREÓIDE, BOLSA ESCROTAL, ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFÍCIAIS, MÚSCULOS, TENDÕES, GLÂNDULAS,	108,00
00.00.00.019-0		ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO (gemelar)	130,00
00.00.00.020-0		ULTRASSONOGRAFIA DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS SUPERFÍCIAIS (cervicais, músculos, tendões, glândulas) OU ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÕES, JOELHO E TORNOZELO	41,00
00.00.00.021-0		ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA gemelar	65,00
00.00.00.024-0		ULTRASSONOGRAFIA REALIZADA NA ESTRUTURA DO CISI: DOPPLER, TRANSLUCENCIA NUCAL, TRANSVAGINAL, TRANSRETAL, ABDOMEM TOTAL	48,00
00.00.00.025-0		ULTRASSONOGRAFIA SEM DOPPLER – (disponível e realizada na estrutura física do CISI)	31,00
00.00.00.026-0		ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL GEMELAR	130,00
00.00.00.027-0		ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA NA ESTRUTURA DO CISI	65,00
02.05.01.004-0		ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS SUPERFICIAL E PROFUNDO (POR MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES)	170,00

CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE IGUAÇU

TABELA DE PREÇO PÚBLICO - CISI/2015

Anexada a Resolução nº 034/2014 de 27 de novembro de 2014

CÓDIGO	CBO	DESCRIÇÃO	VALOR
02.05.01.005-9		ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE FLUXO OBSTETRICO / ECOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA – TRANSLUCENCIA NUCAL	108,00
02.05.02.003-8		ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	41,00
02.05.02.004-6		ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	65,00
02.05.02.005-4		ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	41,00
02.05.02.006-2		ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO	41,00
02.05.02.007-0		ULTRASSONOGRADIA DE BOLSA ESCROTAL	41,00
02.05.02.009-7		ULTRASSONOGRRAFIA MAMÁRIA BILATERAL	41,00
02.05.02.010-0		ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	41,00
02.05.02.011-9		ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	65,00
02.05.02.012-7		ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE	41,00
02.05.02.013-5		ULTRASSONOGRRAFIA DE TÓRAX (EXTRACARDIACA)	41,00
02.05.02.014-3		ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA	41,00
02.05.02.015-1		ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO	108,00
02.05.02.016-0		ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA TRANSABDOMINAL – ginecológica	41,00
02.05.02.017-8		ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	41,00
02.05.02.018-6		ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL PÉLVICA	65,00