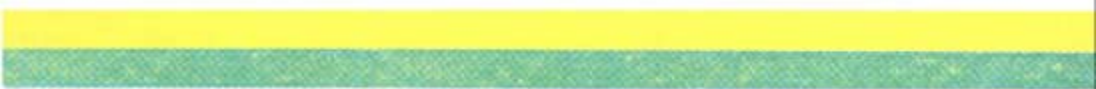




República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

**O CONSÓRCIO E A
GESTÃO MUNICIPAL
EM SAÚDE**



Ministério da Saúde

**O Consórcio e a
Gestão Municipal
em Saúde**

Brasília
1997

© 1997. Ministério da Saúde

1ª edição, outubro/1997

2ª edição, janeiro/1998

É permitida a reprodução total ou parcial desta publicação, desde que citada a fonte

Tiragem: 10.000 exemplares

Edição, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Políticas de Saúde e de Avaliação
Esplanada dos Ministérios, Bloco "G", 3º andar –
sala 352

Brasília-DF

CEP: 70.058-900

Fones: (061) 315-2224 e 315-2248

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Copidesque/Revisão

Napoleão Marcos de Aquino

Editoração eletrônica

Sergio Lima Ferreira

O consórcio e a gestão municipal em saúde.
Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
32p.

Sumário

Apresentação	5
Aspectos conceituais	7
Bases legais	13
Estruturação e financiamento	17
- Organização do consórcio	17
- Estrutura do consórcio	23
- Financiamento do consórcio	27
Bibliografia	29

Apresentação

O Ministério da Saúde, ao definir o Plano de ações e Metas Prioritárias para o período 1997/98, estabelece como uma das estratégias essenciais para a melhoria da qualidade dos serviços e estímulo à organização de consórcio, por considera-lo um importante instrumento de articulação entre os sistemas municipais.

O consórcio também constitui meio eficiente para o alcance de outra meta prioritária, que é a habilitação de municípios às condições de gestão descentralizada, especialmente a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Com isso, o Ministério da Saúde, junto com os gestores estaduais e municipais, soma esforços para vencer o desafio representado pela descentralização da gestão, o que certamente permitirá ao município oferecer ações dirigidas à promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

Essas peculiaridades ficam mais evidenciadas ao se verificar uma crescente demanda, especialmente dos municípios, por esclarecimentos e orientações quanto à organização, ao funcionamento e às situações em que está indicada a constituição do consórcio na área da saúde.

Com esta publicação o Ministério atende boa parte dessa demanda. O seu conteúdo é decorrente de experiências municipais já existentes e de recente oficina de trabalho promovida pela Secretaria de Políticas de Saúde e de Avaliação, realizada com a finalidade de reunir subsídios para a elaboração deste documento.

Destaco, no entanto, que essas orientações deverão ser objeto de contínuo processo de aperfeiçoamento, considerando que as diversificadas experiências em consórcio, aliadas às diferentes realidades no País, não permitem a apresentação de um modelo acabado dessa modalidade de associação no campo da Saúde.

Minha expectativa é a de que esta publicação seja um instrumento útil, sobretudo para os gestores municipais, na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).



*Carlos César de Albuquerque
Ministro da Saúde*

Aspectos conceituais

Os consórcios administrativos intermunicipais vêm sendo adotados há décadas, tendo a Constituição de 1937 (artigo 29) disposto sobre o agrupamento de municípios para administração de serviços públicos. Entretanto, somente a partir dos anos 80, com o início do processo de descentralização, essa forma de associação tomou vulto, especialmente na busca de soluções de problemas comuns para os municípios.

Consórcio significa, do ponto de vista jurídico e etimológico, a união ou associação de dois ou mais de dois entes da mesma natureza. O consórcio não é um fim em si mesmo; constitui, sim, um instrumento, um meio, uma forma para a resolução de problemas ou para alcançar objetivos comuns.

Ao expressar um acordo firmado entre municípios, possibilita aos prefeitos municipais assegurar ações e serviços mediante a utilização dos recursos materiais e humanos disponíveis. A união desses recursos produzirá os resultados desejados, o que não ocorreria se os municípios atuassem isoladamente.

A relação de igualdade entre os municípios é a base do consórcio, preservando, assim, a decisão e a autonomia dos governos locais, não admitindo subordinação hierárquica a um dos parceiros ou à entidade administradora. Cada consórcio tem características próprias, decorrentes das peculiaridades e dificuldades, tanto da região quanto do município.

Nas áreas de saúde, educação, transporte, informática, meio ambiente, agricultura e outras, os problemas envolvem vários municípios e os seus governos podem usar o consórcio como instrumento operacional de grande valia para maior rendimento de seus esforços, evitando a dispersão de recursos financeiros, humanos e materiais e maximizando o aproveitamento dos recursos municipais.

O consórcio intermunicipal na área da saúde é vista como uma associação entre municípios para a realização de atividades conjuntas referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações. Como iniciativa eminentemente municipal, reforça o exercício da gestão conferida constitucionalmente aos municípios no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O consórcio está estreitamente relacionado a cada um dos sistemas a cada um dos sistemas municipais, na medida que se desenvolve ações destinadas a atender necessidades das populações destes sistemas. Não pode, portanto, configurar uma nova instância no âmbito do estado, intermediária ao município.

Utilizado como instrumento de estímulo ao planejamento local e regional em saúde, o consórcio possibilita, além disso, a viabilização financeira de investimentos e contribui para a superação de desafios locais no processo de implementação do Sistema.

Para o município de pequeno porte, representa a possibilidade de oferecer à sua população um atendimento de maior complexidade. A manutenção de um hospital, por mais básico que seja, requer equipamentos, um quadro permanente de profissionais e despesas de custeio que significam gastar, anualmente, o que foi investido na construção e em equipamentos.

A implantação e a operacionalização de serviços de saúde que contemplem integralmente as demandas de uma população representam, para a maioria dos municípios, encargos superiores à sua capacidade financeira. A necessidade de melhoria na infra-estrutura, a contratação de recursos humanos

Especializadas e a aquisição de equipamentos para oferecer serviços de saúde em todos os níveis de atenção implicam montante significativo de recursos que, quase sempre, não chegam a ser plenamente utilizados por apenas um município, gerando aumento de custos operacionais e impossibilitando o investimento em ações básicas de promoção e proteção. Assim, a prestação de serviços de forma regionalizada pelos consórcios evitará a sobrecarga do município na construção de novas unidades, na aquisição de equipamentos de custos elevados e na contratação de recursos humanos especializados.

Nas regiões metropolitanas, onde se concentram elevado contingente populacional e recursos mais complexos para diagnóstico e tratamento, o consórcio intermunicipal ser um instrumento de otimização da rede disponível, inclusive em relação à organização da referência, possibilitando melhor atendimento às necessidades de saúde das populações. Os resultados dessa associação vão gerar impacto relevante nas condições de saúde, tendo em vista o alcance social da medida, ou seja: melhor distribuição dos recursos; possibilidade de beneficiar maior número de pessoas; e, sobretudo, elevação do nível de satisfação do usuário.

Na prática, os consórcios têm sido utilizados para o enfrentamento de problemas de

diferentes naturezas, para gerenciar centro regional de especialidades, seja para viabilizar programa de sangue e hemoderivados; suprir necessidades de atendimento de urgência e emergência, atendimento em maternidades, saúde mental, entre outros; e, até mesmo, no campo do saneamento, para proteção de recursos hídricos e a solução de problemas relacionados à destinação de resíduos sólidos.

A prestação de serviços e a implementação de ações de forma consorciada configuram condições altamente favoráveis para que o município venha a assumir as responsabilidades pela gestão do seu sistema de saúde.

É importante observar que todas as ações, em princípio, são passíveis de implementação por consórcio; algumas, no entanto, não devem ser consorciadas, pela sua natureza e especificidade. Constitui exemplo evidente a organização da atenção básica, uma responsabilidade inerente ao poder municipal, que não deve ser consorciada. Ao município cabe prover esses serviços de forma exclusiva em seu território. Da mesma forma, o poder de polícia da atividade de vigilância sanitária não constitui objeto de consórcio.

O Ministro da Saúde considera o consórcio um importante instrumento para a consolidação do SUS, tanto no que diz respeito à gestão

quanto no tocante à reorientação do modelo da atenção à saúde prestada à população. Assim, mesmo ao buscar essa forma de associação para solucionar questões específicas, como urgências e emergências, os gestores municipais devem ter como perspectiva a integralidade das ações.

Bases legais

No entendimento do brilhante jurista Hely Lopes Meirelles, por meio dos consórcios *“as municipalidades reúnem recursos financeiros, técnicos e administrativos que uma só prefeitura não teria para executar o empreendimento desejado e de utilidade geral para todos”*. Ainda conforme esse jurista, os *“consórcios administrativos são acordos firmados entre entidades estatais, autárquicas ou paraestatais, sempre da mesma espécie, para realização de objetivos de interesse comum dos partícipes”*.

Como os municípios, de acordo com o artigo 18 da Constituição de 1988, fazem parte da Federação, gozando da mesma autonomia conferida à União e aos estados, nada poderia impedi-los de celebrar um consórcio, ainda que a lei orgânica municipal seja omissa sobre isso.

No âmbito da saúde, a legislação específica do Sistema Único de Saúde – SUS define que os consórcios intermunicipais podem integrar o Sistema. A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), ao dispor sobre a organização, direção e gestão do Sistema, trata dos consórcios municipais.

Assim é que em seu artigo 10 essa lei especifica: “os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhe correspondam”. No parágrafo 1º desse mesmo artigo, resguarda, no entanto, que “aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio de direção única e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância”. Já no seu artigo 18, inciso III, expressa ainda a competência municipal para “formar consórcios administrativos intermunicipais”.

A Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, explicita também a participação também a participação dos municípios em consórcios. Me seu artigo 3º, parágrafo 3º, define que “os municípios poderão estabelecer consórcios para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos...”

A Norma Operacional Básica do SUS-NOB-SUS 01/96, aprovada em novembro de 1996, mesmo não tratando especificamente de consórcio intermunicipal define em seu objetivo as bases para a adoção deste instrumento: “promover o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes”.

A idéia do consórcio é igualmente reforçada quando a NOB determina que a “totalidade das ações e serviços de atenção à saúde deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos organizados em rede regionalizada e hierarquizada” que não precisam, obrigatoriamente, ser de propriedade da prefeitura respectiva, nem ter sede no território do município. Os estabelecimentos referidos podem estar situados em outro município, mas agregados mediante acordo que pode, perfeitamente, ser realizado por meio de um consórcio.

Essa articulação intermunicipal tem relação direta como o papel do gestor estadual, definido na NOB 96, que é, substancialmente, organizar o Sistema de Saúde no seu âmbito e disciplinar a referência, a contra-referência e a regionalização. A mencionada competência tem visibilidade, principalmente, na Programação Pactuada e Integrada – PPI, discutida e aprovada na Comissão Intergestores Bipartite.

Por isso, ao decidirem-se pela formação de consórcio, os gestores municipais devem estabelecer a necessária articulação com o gestor estadual, de forma que as ações e serviços a serem consorciadas componham a PPI, o que não exclui, no entanto, o pressuposto básico desta forma de atuação: que é a preservação da autonomia de cada município. Essa

autonomia, na prática, é traduzida na sua condição de gestor do sistema municipal de saúde, da qual são inerentes as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

Com esse entendimento e no exercício dessas funções, o município está apto para lançar mão do consórcio como instrumento para a solução de problemas sanitários que, sozinho, não poderia resolver, e que são importantes para o alcance dos objetivos voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde de sua população.

Estruturação e financiamento

Organização do consórcio

A organização de um consórcio, entendida como um processo, não deve ser induzido, nem apressada; deve ser uma iniciativa dos municípios e preservar a decisão e a autonomia dos governos locais.

Esse processo inicia-se com a articulação entre os gestores municipais, tendo por base o pacto e a negociação. Nessa fase, o momento marcante é representado pela elaboração e aprovação do instrumento consorcial, que expressa o compromisso dos municípios e independe de autorização legislativa. Esse acordo, como instrumento de formalização do consórcio, deve explicitar: o município-sede do consórcio; a criação de pessoa jurídica administradora do consórcio, se for o caso; e todos os aspectos e questões pactuadas pelos municípios que o integram.

Assim, o instrumento consorcial contará, entre outros, os seguintes elementos:

- objeto
- duração
- sede e foro

- obrigação dos consorciados
- atribuições e poder do consórcio
- admissão e exclusão de consorciados
- sanções por inadimplência
- alocação de recursos
- prestação de contas
- observância das normas do SUS
(municipal, estadual e federal)
- controle social
- definição da necessidade ou não de criação de pessoa jurídica de direito privado para gerenciar o consórcio
- submissão às normas de direito público (licitação, seleção pública, etc.), se houver pessoa jurídica

A partir da consolidação do acordo, verifica-se a necessidade ou não de criação de pessoa jurídica para administrar o consórcio. A escolha da pessoa jurídica depende da natureza dos serviços e ações objeto do consórcio, bem assim da necessidade de assumir obrigações, como compra de serviços, contratação de pessoal, etc. A pessoa jurídica, adotada pelo consórcio, pode assumir uma das formas previstas no Código Civil.

No caso do consórcio, o que se pretende é ter uma administradora, sendo mais adequado, então, instituir uma sociedade civil sem fins lucrativos. Na área da saúde, embora essa entidade seja de direito

privado, é instituída e mantida por entes públicos para a execução de serviços públicos. Por isso, é importante lembrar que, em determinados casos, as normas do direito público prevalecerão sobre as do direito privado. São exemplos: a prestação de contas; a realização de prova seletiva para admissão de pessoal (CLT); a licitação; a acumulação de cargos públicos, etc.

Na maioria das vezes, os consórcios em saúde têm sido constituídos sob a forma de sociedade civil sem fins lucrativos e, conseqüentemente, de interesse público. Nesse caso, faz-se necessário que cada município integrante do consórcio solicite, junto ao respectivo poder legislativo, autorização para participar de pessoa jurídica, que se expressa mediante lei específica, na qual deve estar explicitada, também, a destinação de recursos. Para o município-sede da pessoa jurídica, a lei autorizada deve, ainda, declarar que esta pessoa é de utilidade pública.

A partir dessa lei são providenciadas:

- a aprovação do estatuto do consórcio em assembléia geral dos municípios consorciados e o conseqüente registro no cartório competente, após o que a pessoa jurídica adquire personalidade jurídica, obtendo, assim, o seu registro de nascimento (encerrado o consórcio, dissolve-se a pessoa jurídica)

- a ata da assembléia de aprovação do estatuto, na qual devem constar os dirigentes escolhidos do consórcio e estar mencionada a lei autorizadora de cada município
- a publicação no Diário Oficial competente
- a inscrição no Cadastro Geral de Contribuintes (CGC) e
- a assinatura de decreto abrindo crédito especial para a destinação de recursos ao consórcio no exercício corrente, se for o caso (o que já deve estar, conforme referido anteriormente, previsto na lei autorizadora)

O estatuto é o documento que confere estrutura à pessoa jurídica, no qual deve estar explicitado, por exemplo:

- a forma da pessoa jurídica (associação ou sociedade civil)
- o objetivo
- a sede
- a duração (determinada ou indeterminada)
- o regime de pessoal (CLT)
- os órgãos de deliberação e gestão (Conselho de Municípios, Secretaria Executiva, etc.)

- o órgão fiscal (Conselho Fiscal)
- os municípios consorciados
- a admissão e a exclusão de municípios
- o patrimônio e as rendas
- a extinção do consórcio e a repartição do patrimônio

Não cabe à pessoa jurídica administradora do consórcio decidir sobre questões de referência e contra-referência. Essa negociação é sempre feita entre gestores municipais na Comissão Intergestores Bipartite. Tampouco cabe a essa pessoa jurídica negociar diretamente a prestação de serviços a terceiros.

É importante destacar que, desde o início do processo de organização do consórcio até sua formalização e implementação de ações, deve ser estabelecida e observada uma perfeita consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Com relação às diretrizes, é preciso garantir:

- a “descentralização com direção única em cada esfera de governo”
- o “atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” e
- a “participação da comunidade”

Vinculados às diretrizes, integram-se os princípios do SUS que configuram o direito da

população à saúde: acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A observância às diretrizes e aos princípios do SUS e a preservação da autonomia municipal permitem a identificação das características básicas que devem nortear o funcionamento do consórcio em saúde, quais sejam:

- é um dos instrumentos de descentralizações de políticas, visto que viabiliza a operacionalização das ações decorrentes destas políticas, por parte do gestor municipal
- é um dos instrumentos de articulação das políticas loco-regionais:
 - ao promover a integração de diferentes municípios com realidades semelhantes, mas que têm, sem dúvida, as suas peculiaridades
 - ao mobilizar outros municípios que não integram o consórcio, mas que são influenciados na busca de soluções para problemas da mesma natureza
- é uma associação de caráter suprapartidário, congregando pessoas de diferentes ideologias e partidos em torno de interesses comuns em saúde

- é uma forma de organização sem fins lucrativos, cujos objetivos são de interesse e benefício públicos
- é um estimulador permanente da organização das ações e serviços de saúde de responsabilidade dos municípios, por congregar gestores de vários municípios
- é uma iniciativa que visa ao interesse coletivo e que, por consequência, supera o individual

Considerando essas características, é importante frisar, por outro lado, o que não constitui atributos do consórcio:

- não é gestor de nenhum Sistema Municipal de Saúde
- não um centralizador de recursos
- não interfere na autonomia municipal
- não substitui as responsabilidades e competências do gestor estadual

Estrutura do consórcio

A estrutura de um consórcio deve ser ágil e, portanto, montada de forma simplificada, leve e desburocratizada, principalmente por se tratar de um instrumento, e não de uma nova instância. A administração de um consórcio deve observar a

condição de igualdade entre os parceiros.

A partir das experiências de consórcios em saúde, pode ser caracterizada, de maneira geral, a seguinte estrutura administrativa:

- com um Conselho de Municípios – em geral composto pelos Secretários de Saúde, representando os municípios – que é o nível máximo de deliberação, responsável pela condução da política do consórcio
- com um Conselho Fiscal, responsável pelo controle da gestão financeira do consórcio e
- com uma Secretaria Executiva ou de Coordenação, responsável pela implementação das ações, cujo coordenador é indicado pelo Conselho de Municípios

Para desenvolver suas funções, o consórcio necessita de equipes técnicas e administrativa, compostas por recursos humanos oriundos dos municípios integrantes ou contratados mediante seleção pública, sob o regime da CLT.

A participação da comunidade, seja na formulação de propostas e apresentação de reivindicações seja no exercício do controle social, deve ser exercida por intermédio dos próprios Conselhos

de Saúde dos municípios integrantes do consórcio.

Além dessa forma institucionalizada de participação social, é importante dar ampla divulgação das ações e atos realizados pelos consórcios: a população deve ser permanentemente informada, até porque o seu objeto é o interesse público. Além da comunicação legalmente requerida, realizada por intermédio dos veículos oficiais, devem ser utilizados os diferentes e diversificados meios acessíveis às comunidades.

Em relação ao consórcio, os Conselhos de Saúde cumprirão o seu papel de agente fiscalizador da execução das ações e serviços de saúde contidos no Plano Municipal de Saúde, inclusive os realizados mediante consórcio. Caso o Plano não explicitar as ações e serviços consorciados, é necessário providenciar um adendo que permita aos Conselhos exercerem o papel que lhes é próprio. Por outro lado, para viabilizar o acompanhamento e avaliação, os resultados alcançados pelas ações e serviços consorciados devem figurar no respectivo Relatório de Gestão dos municípios participantes.

As atividades desenvolvidas pelo consórcio devem compor um plano de trabalho específico que, da mesma forma, integrará a Programação Pactuada e Integrada – PPI do estado e, em consequência, ser objeto de apreciação no âmbito da Comissão

Intergestores Bipartite. Essa dinâmica, indispensável à harmonização, integração e modernização do SUS, favorece não só a potencialização dos recursos disponíveis como também dá cumprimento ao modelo de gestão adotado para o Sistema.

Na prática, vários consórcios em saúde vêm organizando o Conselho Fiscal com membros oriundos das Câmaras de Vereadores ou dos Conselhos de Saúde dos municípios respectivos. Essa medida é considerada imprópria, do ponto de vista jurídico, podendo, inclusive, vir a ser impugnada.

O Conselho Fiscal, além fiscal além de fazer parte das exigências decorrentes da criação da pessoa jurídica, é o órgão que fiscaliza internamente o consórcio e, portanto, não pode ser integrado pelas mesmas pessoas que autorizam o repasse e a utilização de recursos e exercem a fiscalização externa à pessoa jurídica. Assim, o Conselho Fiscal não deve ser integrado por pessoas que pertençam ao Poder Legislativo ou ao Poder Judiciário, tendo em vista a independência dos poderes. Conforme está previsto no artigo 2º da Constituição Federal “são poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário”.

O mesmo entendimento, ou seja, a impropriedade, aplica-se ao estabelecimento de conferências e conselhos intermunicipais de saúde,

porque essas iniciativas configuram a criação de novas instâncias não previstas na legislação.

O consórcio deve prestar contas de sua gestão financeira a cada um dos municípios e, se a legislação estadual assim o exigir, ao respectivo Tribunal de Contas. Quanto ao controle e avaliação, aplicam-se aos consórcios intermunicipais de saúde as normas do Sistema Nacional de Auditoria previstas em legislação específica.

Financiamento do consórcio

No tocante aos recursos federais, o financiamento das ações e serviços objeto do acordo deve ser orientado pelas diretrizes definidas na Lei nº 8.142/90, na qual não está prevista a transferência direta (Fundo-a-Fundo) para consórcio, mas sim aos municípios, estados e Distrito Federal (artigo 3º, parágrafo 3º).

Em relação ao Fundo Nacional de Saúde, essa mesma lei estabelece que os recursos serão alocados como "cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal" (artigo 2º, inciso IV). Quando o próprio consórcio for gerente de um estabelecimento de saúde, receberá recursos na qualidade de prestador. Em nenhuma hipótese pode ocorrer duplo pagamento

de um serviço prestado, no caso, para a prefeitura municipal e para o consórcio. O Ministério da Saúde, mediante convênio, poderá repassar recursos para investimento em bens administrados pelo consórcio.

Em linhas gerais, os recursos para o financiamento das atividades do consórcio, da mesma forma que ocorre em relação às demais ações de saúde, devem ser, conforme estabelece o artigo 195 da Constituição, oriundos da seguridade social “financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios...”. Assim, esse financiamento é originado:

- do Tesouro municipal
- da Secretaria de Saúde do Estado
- do Ministério da Saúde
- de doações, aplicações, convênios e acordos decorrentes de parcerias com instituições públicas e privadas

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. 1997: ano da saúde no Brasil: ações e metas prioritárias. Brasília. 1997. 16 p.

CONSELHO de Saúde: guia de referência para a sua criação e organização. Brasília, Ministério da Saúde, 1993. 55p.

CONSÓRCIO intermunicipal de saúde: estudos, pesquisas e legislação básica. Informativo Jurídico do CEPAM, São Paulo, ano 10, n. 11, nov. 1995.

CONSÓRCIO intermunicipal de saúde: documento de orientação para gestores (versão preliminar). Brasília, Ministério da Saúde, 1994, 1 v.

CONSÓRCIOS intermunicipais: documento orientador | S.I. s.n. | . 1991 (versão preliminar).

JUNQUEIRA, Ana Thereza Machado. Consórcio intermunicipal: um instrumento de ação. Revista CEPAM, São Paulo, ano I, n. 2, p.29-36. abr./ jun. 1990.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde.
Consórcio intermunicipal de saúde: orientação
para a instalação e a manutenção. Belo
Horizonte, |199 - |. 1 v.

NORMA operacional básica do SUS. Brasília,
Ministério da Saúde, |1996 ?|. 1 v. (Portaria
MS 2203 de 1996, publicada no DOU de
06/11/96).

OFICINA DE TRABALHO SOBRE CONSÓRCIOS
EM SAÚDE, 1997. Brasília. Relatório da
Oficina ... Brasília, Ministério da Saúde.
|1997?|. 1 v.

OFICINA DE TRABALHOS |SOBRE| NOB/96:
VIGILÂNCIA SANITÁRIA: CONSÓRCIO IN-
TERMUNICIPAL DE SAÚDE: RE-CURSOS
HUMANOS PARA A SAÚDE, 1996. Ouro
Preto. Relatório final da Oficina ... Brasília,
CONASS. 1996. 71 P.

QUEIROZ, Luisa Guimarães. Consórcios/asso-
ciações intermunicipais de saúde: notas para
discussão. Brasília, Ministério da Saúde.
1996. 1 v.

SANTOS, Lenir. Comentários à lei orgânica da
saúde. 2. Ed. Rio de Janeiro, HUCITEC, 1994.
1 v.

Participantes da Oficina de Trabalho – “*Consórcio: diretrizes gerais para operacionalização*”, realizada nos dias 10 e 11 de julho de 1997, em Brasília/DF, promovida pela Secretaria de Políticas de Saúde e de Avaliação (SPSA), do Ministério da Saúde:

Álvaro Antonio Melo Machado – SPSA/MS
Ana Tânia Sampaio – SES/RN
Ana Thereza Machado Junqueira – CEPAM/SP
Anita Marli dos Santos Sousa – CJ/MS
Antonio Cezário – SAS/MS
Áquilas Nogueira Mendes – CEPAM/SP
Aristel Gomes Bordini Fagundes – SPSA/MS
Benedito Scarani Fernandes – SES/CONASS
Carlos Alberto Trindade (colaborador)
Cristina Maria Vieira da Rocha – SPSA/MS
Edna Mariza Nunes Guimarães – SAS/MS
Emerson Brandão dos Santos – SCI/MS
Fued Dib – TCE/MG
Johnson Andrade Araújo – SPSA/MS
José Airton Brandão – TCE/MG
José Carlos Valença – SVS/MS
Josimar Barros Carneiro – SEMS
Lenir Santos – Procurador UNICAMP
Leonardo Canabrava Turra – SES/MG – CONASS
Lourdes Lemos Almeida – SPSA/MS
Luísa Guimarães Queiroz – SPSA/MS
Maria Camila Borges Faccenda – CNS
Maria das Graças Lopes dos S. Junqueira – SAS/MS
Maria Eunice H. Giacomoni – SPSA/MS
Maria Helena Carvalho Brandão – SAS/MS
Nilo Bretãs Junior – SMS/Belém – CONASEMS
Orlando Gerola Junior – SE/MS
Regina Coeli Pimenta Mello – FNS
Rui Pereira dos Santos – Prefeitura Municipal de Serra Negra do Norte/RN
Thereza Cristina Lins Amaral – SAS/MS
Ubiratan Laranjeiras Barros – SMS de Betim/MG
Virgílio Pinto e Silva – SAS/MS

Impressão / Acabamento
Área de Produção Gráfico-Editorial
Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde
SIA Trecho 4 lotes 540-610
Fones: (061) 233-2020 / 233-9558
Cep: 71.200-040 – Brasília - DF

Ministério
da
Saúde



Brasil
EM AÇÃO