



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Anamaria Carvalho Schneider

**Cooperação intermunicipal? Um estudo sobre o consórcio de
saúde da região do Médio Paraíba do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2005

Anamaria Carvalho Schneider

**Cooperação intermunicipal? Um estudo sobre o consórcio de saúde da região
do Médio Paraíba do Rio de Janeiro**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Rosângela Caetano.

Rio de Janeiro

2005

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

S358 Schneider, Anamaria Carvalho.

Cooperação intermunicipal? Um estudo sobre os consórcio de saúde da região do Médio Paraíba do Rio de Janeiro. – 2005.
186f.

Orientadora: Rosângela Caetano.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Serviços de saúde – Cooperação administrativa – Paraíba do Sul, Rio, Vale – Teses. 2. Saúde – Administração – Paraíba do Sul, Rio, Vale – Teses. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. I. Caetano, Rosângela. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2.009.11(815.3)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada da fonte.

Assinatura

Data

Anamaria Carvalho Schneider

**Cooperação intermunicipal? Um estudo sobre o consórcio de saúde da região
do Médio Paraíba do Rio de Janeiro**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 15 de maio de 2007.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Rosângela Caetano (Orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro
Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ

Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa
Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Sulamis Dain
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2005

DEDICATÓRIA

Às pessoas que diariamente enfrentam as dificuldades do Sistema único de Saúde e ainda acreditam que ele é uma realidade possível e necessária.

AGRADECIMENTO

O presente trabalho é resultado da colaboração de muitas pessoas que diariamente assentam os tijolinhos na construção do nosso sistema de saúde. São engenheiros, arquitetos e operários e, na maioria das vezes, operárias de construção civil encarregados dos ajustes, ampliações, adequações, acabamentos e melhorias, típicos de uma grande obra inacabada. Cada um com seu talento> uns formulam, projetam e criam. Outros são exímios calculadores e planejadores. Têm ainda aqueles que lidam diretamente com o cimento, a areia, o tijolo e todos os materiais da construção, fazendo a massa que sustentará todo o conjunto da obra.

Agradeço às pessoas com as quais tive a oportunidade de conviver, ouvir, aprender e admirar, porque são elas que constroem o SUS. Amigos do IMS, do MS, da SES/RJ, do CONASEMS, do COSEMS/RJ contribuíram muito para o estudo e aqueles do CISMEPA e da SMS Resende foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

Minha gratidão ao Maurício, Marina, Fernando e Victor, por acreditarem que as inúmeras horas que deixamos de estar juntos poderão ser compensadas.

Tudo começou porque Caraméz e Zezé me batizaram na saúde pública e Regazzi deu o maior apoio.

O estímulo recebido do professor Hésio Cordeiro, foi essencial para ter certeza que o SUS não é uma utopia e necessita ser aprimorado.

Ruben me recebeu com uma atenção de outro mundo. Ouviu-me, indicou-me os caminhos e me deu as dicas pra eu entrar nessa história. Depois, pacientemente leu tudo e fez importantes contribuições.

Num difícil momento de decisão, quando a corda esta quase arrebitando, Jane Sayd literalmente surgiu na minha frente. E, assim, tal qual uma grande engenheira, impediu que minha construção desabasse. Apresentou-me à Rsoângela Caetano, a Rose.

No primeiro encontro com minha orientadora tive a certeza de que o estudo seri possível. Sua sabedoria, sua presença firme e carinhosa e o seu permanente estímulo foram os ingredientes que moldaram meu trabalho. Ela á a engenheira responsável por esta pequena obra.

Gustavo Fichter, meu entrevistado, amigo e competente assessor em planejamento e programação do SUS, leu algumas coisas e contribuiu com importantes sugestões.

As mulheres apaixonadas pelo SUS, Cristina do Espírito Santo, Sueli Pinto, Rosa Lages e Conceição, me forneceram a energia necessária ao enfrentamento do cotidiano da gestão e ao estudo.

Da mesma forma, Marluce, Analice e Marta demonstraram, em seus depoimentos, que o caminho coletivo e associado pode e deve ser possível no desenvolvimento do SUS.

Meu apreço a Lucia, Marli e Ronaldo, que estiveram presentes em todos os momentos difíceis. Diária e pacientemente eles assentam tijolos.

Ângela e Carol, meus anjos da guarda, me apoiaram e me asseguraram a difícil retaguarda doméstica.

No momento em que necessitei, contei com o imediato e costumeiro auxílio de Regina Tinoco.

Ana Silvia, com sua paciência e competência realizou a revisão do texto.

RESUMO

SCHNEIDER, Anamaria Carvalho. *Cooperação intermunicipal?* Um estudo sobre o consórcio de saúde da região do Médio Paraíba do Rio de Janeiro. 2005. 186 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005.

O estudo aqui apresentado teve por temática os processos de cooperação intermunicipal possibilitados pela formação e atuação de consórcios municipais, tomando como caso as ações desenvolvidas pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Médio Paraíba do Rio de Janeiro – CISMEPA. Esses consórcio surgiu nos anos 90 a partir de uma discussão regional acerca da necessidade de realizar a programação e a pactuação da oferta de serviços entre os doze municípios que compõem essa região fluminense. Esta pesquisa se propôs analisar o processo evolutivo do CISMEPA, conhecendo sua organização técnica e administrativa, os principais projetos e serviços desenvolvidos e analisando o resultado das ações por ele implementadas. A partir da análise da articulação técnico-política regional no âmbito do SUS, espera-se agregar subsídios para o processo evolutivo da descentralização no SUS e da estratégia de regionalização. O caminho metodológico utilizado foi a análise qualitativa sobre o CISMEPA, que tomou por base a realização de pesquisa bibliográfica, estudo dos documentos oficiais do consórcio, análise da forma de execução dos projetos, entrevistas semi-estruturadas com participantes do processo de elaboração, execução e acompanhamento dos projetos e observação participantes das reuniões. Os projetos desenvolvidos pelo CISMEPA foram bem sucedidos e o consórcio desempenhou importante papel não só na gestão, como também na captação de recursos. O êxito é devido, sobretudo, à forma participativa com que os projetos foram elaborados e desenvolvidos pelo grupo de gestores e técnicos. Em que pese a região ter se organizado sua PPI, o CISMEPA não logrou organizar a oferta micro e macrorregional de serviços, um dos seus objetivos iniciais. No entanto, seu mérito foi configurar-se num importante fórum de debates e pactuação, mesmo contando com baixa adesão e presença do Estado. Tal característica o potencializa como estratégia de regionalização do SUS.

Palavras-chave: Regionalização. Cooperação. Descentralização. Pactuação.

ABSTRACT

SCHNEIDER, Anamaria Carvalho. *Intermunicipal cooperation? A study on the health consortium of Middle Paraíba region of Rio de Janeiro*. 2005. 186 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005.

This study discusses the process of intermunicipal co-operation created after the municipal consortiums, focusing on actions developed by the Health Intermunicipal Consortium of the Médio Paraíba Region, Rio de Janeiro (CISMEPA). This consortium appeared in the 90's, as a result of the regional discussion about the need for organization and adjustment of services offer among the twelve municipalities which form this region. This research proposes the analysis of the CISMEPA, its technical and administrative organization, main projects and services. It also assesses the results of the consortium's actions. Based on the analysis of the technical and political region articulation within the SUS, we intend to gather subsidies for the ongoing process of SUS decentralization and the regionalization strategy. The methodological course was the qualitative analysis, based on bibliographical research, analysis of the consortium's legal documents, analysis of projects' development, semi-structured interviews with those who helped elaborate, implement and follow all projects, and also participating observation in meetings. Projects developed by CISMEPA were successful, and the consortium played an important role not only in management but also in fund-raising. The success is mainly due to the participating way projects have been elaborated and developed by managers and technicians. Although the region has organized and elaborated its PPI, the CISMEPA did not organize the micro and macrorregional services offer, one of its first objectives. However, it became an important forum for debate and agreement, despite the low adherence and State participation. This characteristic reinforces the CISMEPA as a strategy for the SUS regionalization.

Keywords: Regionalization. Co-operation. Decentralization. Agreement.

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|-----------------|--|----|
| Figura 1 | Mapa do Estado do Rio de Janeiro | 63 |
| Figura 2 | Mapa ilustrativo da região do Médio Paraíba, segundo o plano diretor de regionalização da SES/RJ | 73 |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|------------------|---|----|
| Quadro 1 | Distribuição dos município consorciados segundo estado e população coberta, Brasil, 2000 | 55 |
| Quadro 2 | População da região do Médio Paraíba, segundo municípios em 2000 | 64 |
| Quadro 3 | População e crescimento populacional no período de 2000 2003, segundo municípios da região do Médio Paraíba | 65 |
| Quadro 4 | IDH região, estado e Brasil | 68 |
| Quadro 5 | Índice de desenvolvimento humano municipal, por dimensão, do Brasil, sudeste, Rio de Janeiro e da região do Médio Paraíba, 1991 e 2000 | 69 |
| Quadro 6 | Esperança de vida ao nascer, mortalidade até cinco anos de idade – Brasil, região sudeste, Estado do Rio de Janeiro e região do Médio Paraíba, em 1991 e 2000 | 72 |
| Quadro 7 | População, frequência e taxa bruta de óbitos, segundo localidade em 2002 | 75 |
| Quadro 8 | Óbitos por causa do CID 10 ^a , segundo localidade de residência em 2002 | 77 |
| Quadro 9 | Mortalidade infantil por componente, segundo localidade em 2002 | 79 |
| Quadro 10 | Óbitos em menores de um ano, por mil nascidos vivos, segundo local de residência da mãe, no período de 1997 a 2004 | 80 |
| Quadro 11 | Óbitos por residência e por ano do óbito, segundo faixa etária menor de um ano, no Médio Paraíba, no período de 1997 a 2002 | 81 |
| Quadro 12 | Hospitais por regime, segundo município da região do Médio Paraíba, 2003 | 82 |
| Quadro 13 | Leitos hospitalares por regime, segundo município da região do Médio Paraíba/RJ, em 2003 | 83 |
| Quadro 14 | Leitos de UTI por regime, segundo município da região do Médio Paraíba/RJ, julho de 2003 | 83 |
| Quadro 15 | Unidades ambulatoriais por tipo prestador, segundo município da região do Médio Paraíba/RJ, julho de 2003 | 84 |
| Quadro 16 | Unidades ambulatoriais por tipo de unidade detalhada, segundo municípios da região do Médio Paraíba, julho de 2003 | |

| | | |
|------------------|---|-----|
| | | 85 |
| Quadro 17 | Internações do SUS por municípios de internação por especialidade na região do Médio Paraíba/RJ, 2003 | 88 |
| Quadro 18 | Internações AIH1 e cinco por capítulo do CID10, segundo município de residência ocorridas na região do Médio Paraíba/RJ | 89 |
| Quadro 19 | Distribuição dos valores dos equipamentos segundo municípios d região do Médio Paraíba, 2002 | 99 |
| Quadro 20 | Casos de dengue segundo município da região do Médio Paraíba, 2001 a 2003 | 103 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------------|--|
| CONASEMS | Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde |
| COSEMS | Conselho de Secretários Municipais de Saúde |
| CIB | Comissão Intergestores Bipartite |
| CIDE | Centro de Informações e Dados Estatísticos do Rio de Janeiro |
| CIS | Consórcio Intermunicipal de Saúde |
| CIT | Comissão Intergestores Tripartite |
| CISMEPA | Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba |
| FAD | Febre Amarela e Dengue |
| FNS | Fundo Nacional de Saúde |
| FMS | Fundo Municipal de Saúde |
| FUNASA | Fundação Nacional de Saúde |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MS | Ministério da Saúde |
| NOAS | Norma Operacional da Assistência à Saúde |
| NOB | Norma Operacional Básica |
| PDR | Plano Diretor de Regionalização |
| PL | Projeto de Lei |
| PNS | Plano Nacional de Saúde |
| PPI | Programação Pactuada e Integrada |
| PAIMSCA | Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança |
| RIDES | Regiões Integradas de Desenvolvimento |
| SES | Secretaria Estadual de Saúde |
| SAI | Sistema de Informações Ambulatoriais |
| SIH | Sistema de Informações Hospitalares |
| SIM | Sistema de Informação de Mortalidade |

| | |
|--------------------|---|
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SINASC | Sistema de Informação de Nascidos Vivos |
| SISPRENATAL | Sistema de Informação Pré-natal |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |

SUMÁRIO

| | | |
|---------|--|----|
| 1 | APRESENTAÇÃO | 16 |
| 2 | OBJETIVOS | 22 |
| 2.1 | Objetivo geral | 22 |
| 2.2 | Objetivos específicos | 22 |
| 3 | METODOLOGIA | 23 |
| 4 | CONSOLIDANDO A DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS: OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE COMO UM DOS CAMINHOS | 25 |
| 5 | CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: SUPERANDO A SOLUÇÃO CRIATIVA DE GESTÃO E CONSOLIDANDO A ESTRATÉGIA DE REGIONALIZAÇÃO | 34 |
| 5.1 | Aspectos normativos dos CIS | 34 |
| 5.2 | Estrutura | 39 |
| 5.2.1 | <u>Forma jurídica</u> | 39 |
| 5.2.2 | <u>Estrutura administrativa</u> | 45 |
| 5.2.3 | <u>Financiamento</u> | 47 |
| 6 | O CISMEPA: GÊNESE, EVOLUÇÃO, AVANÇOS E DÚVIDAS. DECLÍNIO? | 62 |
| 6.1 | O contexto de atuação do CISMEPA | 62 |
| 6.1.1 | <u>A região do Médio Paraíba: aspectos gerais</u> | 62 |
| 6.1.2 | <u>Alguns indicadores sociais do Médio Paraíba</u> | 65 |
| 6.1.2.1 | Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios da região do Médio Paraíba (IDHM) | 66 |
| 6.1.2.2 | Indicadores de saúde da região do Médio Paraíba | 72 |
| 6.1.3 | <u>O sistema de saúde local</u> | 81 |
| 6.1.3.1 | Estrutura física da rede de serviços de saúde da região do Médio Paraíba | 81 |
| 6.1.3.2 | Produção ambulatorial e hospitalar do Médio Paraíba | 87 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 6.2 | O processo de constituição do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio paraíba/RJ – CISMEPA | 91 |
| 6.3 | Estrutura do CISMEPA | 96 |
| 6.4 | Projetos desenvolvidos pelo CISMEPA no período de 2000-2003 | 97 |
| 6.4.1 | <u>Projeto de Apoio aos Municípios</u> | 97 |
| 6.4.2 | <u>Projeto Materno-Infantil</u> | 98 |
| 6.4.3 | <u>Projeto de Controle da Dengue</u> | 101 |
| 6.5 | Análise dos resultados do CISMEPA | 106 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 118 |
| | REFERÊNCIAS | 125 |
| | ANEXO A – Relação de entrevistados | 130 |
| | ANEXO B – Entrevista semi-estruturada – roteiro | 131 |
| | ANEXO C – Termo de Consórcio de CISMEPA | 133 |
| | ANEXO D – Plano Intermunicipal de Saúde da região do Médio Paraíba: construindo parcerias | 134 |
| | ANEXO E – Proposta de estruturação do quadro de pessoal de controle de zoonoses e combate a vetores no nível municipal | 135 |
| | ANEXO F – Proposta de estruturação do laboratório de identificação de entomologia municipal | 136 |

1. APRESENTAÇÃO

Nos quase 20 anos do processo de implantação da reforma sanitária brasileira, o princípio da descentralização vem experimentando diversas formas de desdobramento nas três esferas de governo. Não raro, estados e municípios apresentam divergências e movimentos políticos e institucionais opostos; da mesma forma o governo federal não tem capacidade de gerenciar e administrar tais conflitos. Em um país de dimensões continentais, com diversidades sociais, econômicas, ambientais e culturais, e diferentes complexidades inter e intra-regionais, torna-se um grande desafio fazer chegar à população um serviço público de saúde de fácil acesso, eficiente, resolutivo e humanizado. Um sistema de saúde planejado e executado de forma regionalizada e hierarquizada pode ser um elemento fundamental para a superação dessas dificuldades, e os consórcios municipais de saúde, objeto do estudo proposto para esta tese, um caminho para a redução desses obstáculos e para a consecução dos objetivos acima mencionados.

Os consórcios intermunicipais de saúde, há cerca de 20 anos em funcionamento no país, têm-se caracterizado como instâncias regionais de planejamento e execução de serviços de saúde. A existência de diversas experiências de consórcios de saúde disseminadas em todo o país, associada à participação ativa de estados e governo federal no seu financiamento, leva-nos a refletir sobre a necessidade de conhecer os resultados das ações desenvolvidas pelos consórcios.

Atuando no serviço público de saúde desde 1986, desenvolvendo atividades de assistência e coordenação em programas de saúde coletiva desde 1990, e tendo exercido a função de secretária municipal de saúde de Resende de 1997 a 2004, sendo esse município membro do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba do RJ desde a sua implantação, as diversas dificuldades enfrentadas e indagações surgidas no cotidiano da gestão do SUS motivaram-nos a estudar o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba -CISMEPA.

Participamos das reuniões regionais que culminaram com a criação da Associação, desde 1997, e do Consórcio propriamente dito, desde 1998, o que nos

levou a fazer alguns questionamentos. Tais questões podem ser assim sintetizadas: é possível superar relações intermunicipais competitivas, inerentes ao federalismo brasileiro, quando se tem a atribuição e a competência de garantir o acesso universal ao sistema de saúde? A cooperação intermunicipal nos modelos propostos pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) é capaz de organizar e implementar um sistema de saúde no nível microrregional? Podem-se obter resultados positivos além da organização do sistema de saúde? Como?

Longe de serem esgotadas no presente estudo, as indagações fazem parte do cotidiano daqueles que atuam na gestão do sistema público de saúde brasileiro e que buscam aprimorá-lo.

Outra importante motivação para o tema é a possibilidade de retomar o estudo dos consórcios, tema que já foi objeto da dissertação de mestrado, defendida no Instituto de Medicina Social da UERJ, em 1998¹.

Naquela época, despertou-nos a curiosidade a relativa frequência com que os consórcios de saúde estavam presentes na imprensa escrita, através de artigos em jornais e revistas. Eram, e ainda são, unânimes as opiniões e declarações dos autores de que os CIS resolvem ou resolveriam a maioria dos problemas de saúde da população.

Os municípios brasileiros, sobretudo os menores, sempre enfrentaram dificuldades em oferecer serviços de saúde. Essas dificuldades se agravaram, particularmente, em virtude da proposta de descentralização dos serviços de saúde estabelecida pelo Sistema Único de Saúde, em 1990. A maioria dos Consórcios Intermunicipais de Saúde surgiu da necessidade de os municípios responderem a essa descentralização, dentro dos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

1 SCHNEIDER, A.C. *Consórcios Intermunicipais de Saúde: Instrumento de Organização do Sistema de Saúde*. Dissertação de mestrado defendida em dezembro de 1998, no Instituto de Medicina Social da UERJ.

A dissertação constituiu-se em um estudo exploratório, no qual foram analisados quatro Consórcios Intermunicipais de Saúde: Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis (CISA) – SP, Consórcio Intermunicipal de Saúde União da Mata (CISUM) – MG, Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba (CISMEP) — MG e Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba (CISMEPA) – RJ.

No referido trabalho, indagava-se acerca do papel dos CIS no Sistema Único de Saúde, analisando-se as motivações associadas ao surgimento dos consórcios; o modo de implantação dos mesmos e a participação dos municípios e das demais instâncias de governo no processo de discussão e elaboração dos consórcios. Apresentava-se a cooperação intermunicipal como uma união de esforços para a superação de dificuldades comuns aos municípios. Foram estudados ainda os aspectos legais e normativos, a estrutura, o financiamento, os objetivos e as finalidades dos consórcios, e as dificuldades para a implementação dos mesmos.

Para realizar a análise, visitamos as quatro regiões, aplicamos questionários e entrevistamos informantes-chaves. A dissertação apresenta o resultado do estudo de cada consórcio, com seus principais aspectos positivos e negativos. O estudo permitiu concluir que a descentralização e a municipalização da saúde, da mesma forma, ampliam o papel do município no planejamento e no controle das ações de saúde e o tornam executor dos serviços de saúde, aumentando cada vez mais a distância entre o Estado e os municípios.

Não basta, contudo, aos municípios a oferta de serviços básicos, que lhe cabem por dever. É necessário implementar a integralidade da atenção à saúde. Neste sentido, quanto menor o município, maior tende a ser a dificuldade em proporcionar atenção integral à saúde de sua população.

Tampouco os municípios de maior porte, com rede de saúde bem estruturada e organizada em todos os níveis de complexidade, conseguem oferecer um bom atendimento. Isto ocorre porque, não raramente, estes recebem um fluxo migratório de usuários desproporcional à sua capacidade instalada. Neste sentido, os consórcios revelam-se um importante instrumento de planejamento para organizar fluxos

migratórios em busca de serviços de saúde, racionalizando os recursos físicos, materiais e humanos e melhorando a utilização da rede de saúde. Vale ressaltar que os consórcios atendem tanto a dificuldades de municípios de pequeno como a problemas de municípios de grande porte.

No entanto, a despeito de identificar alguns aspectos positivos e importantes para a implantação do SUS, a referida dissertação não considerou que os consórcios representaram a solução para os problemas de saúde da população coberta pelos quatro casos estudados. Alguns elementos, que subsidiam essa afirmativa, são apresentados a seguir.

O primeiro elemento a ser destacado é que, para alcançarem resultados positivos, os consórcios precisam ser entendidos pelos partícipes como um instrumento de cooperação mútua, necessitando de solidariedade e amadurecimento político para que executivos e gestores abram mão dos interesses pessoais e locais em favor daqueles coletivos e regionais. Isso exige um comportamento político difícil de ser manifestado, especialmente em nosso país, onde as estruturas tendem a ser mantidas através da prática clientelista e assistencialista.

Um segundo ponto está relacionado à participação social no processo de discussão e decisão do consórcio. Para o CIS ser assimilado e defendido pela população, é necessário que esta compreenda sua importância no contexto do SUS e do direito à saúde do cidadão. Isso só será possível se o processo de discussão for amplo o suficiente para permitir a democratização deste conhecimento e sua compreensão.

O terceiro, semelhante ao anterior, é que os serviços de saúde, para serem *realmente* incorporados pela população, devem ter eficácia e eficiência, e nem sempre isso ocorre, mesmo com a presença dos consórcios.

O quarto motivo, que subsidia essas afirmações, refere-se à escassez de recursos destinados à área de saúde, agravada, em nosso país, pelos reflexos da

crise econômico-financeira mundial e pela política governamental de redução do papel do Estado no atendimento às demandas sociais.

A dissertação de 1998 considerou que, para ser instrumento de enfrentamento dos problemas de saúde da população, os consórcios devem estar inseridos no contexto da implantação e implementação do SUS, respeitando o papel de cada esfera governamental, e submetendo-se às normas e obrigações que regem os serviços públicos. Caso contrário, os consórcios se caracterizarão como uma quarta instância gestora de serviços de saúde, como um espaço no qual serviços públicos de saúde são regidos pelas normas e doutrinas do direito civil.

Tomando por base as considerações acima, a mencionada dissertação de mestrado originou algumas indagações adicionais, quais sejam: por que não existe critério de financiamento para os consórcios, uma vez que esse é um dos obstáculos ao seu funcionamento há mais de uma década? De que maneira o fato de estarem normatizados pelo governo federal e terem superado a denominação de “solução criativa” dos municípios, poderá ajudar a ampliar sua existência? Existem diferenças entre a articulação intermunicipal e a Programação Pactuada e Integrada no planejamento regional de saúde? Em municípios ou regiões onde exista rede de saúde regionalizada e hierarquizada é essencial a formação de consórcio? Qual é o papel dos estados nos consórcios?

A partir dessas questões e da participação cotidiana já mencionada no processo de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Resende, no período de janeiro de 1997 a dezembro de 2004, bem como a posição privilegiada de observador e participante junto ao CISMEPA, elegemos esse consórcio como o objeto da tese de doutorado ora apresentada. Mais do que o conhecimento do processo de criação, funcionamento e desenvolvimento do CISMEPA e seus principais projetos, esta tese permitiu, sobretudo, a análise das relações que envolvem gestores e técnicos de municípios de diferentes portes e diversificados graus de organização do SUS.

Esta tese está subdividida em sete capítulos. Além desta apresentação, onde se busca demonstrar a relevância e o interesse da pesquisadora pelo tema, segue-se,

nos capítulos 2 e 3, a descrição dos objetivos da tese e da metodologia utilizada. O quarto capítulo analisa o processo de descentralização do SUS à luz da regionalização dos serviços de saúde, apontando os CIS como uma das possibilidades para seu alcance. O capítulo subsequente analisa os aspectos gerais dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, seu desenvolvimento e suas interfaces com o Sistema Único de Saúde. O sexto capítulo é dedicado à análise do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba (CISMEPA), abordando o contexto onde o CISMEPA se formou e atua; a região em que está localizado e alguns indicadores regionais sociais e de saúde, a conformação do sistema de saúde local, o processo de constituição do consórcio, os principais projetos desenvolvidos, a análise da evolução e principais resultados, o papel da SES durante a constituição e consolidação do CISMEPA, as principais dificuldades e entraves, e, finalmente, as perspectivas para a associação. O último capítulo aponta as conclusões do estudo, onde são colocadas as análises do CISMEPA *vis-à-vis* ao processo de descentralização e regionalização do SUS.

2. OBJETIVOS

O projeto de tese aqui proposto tem por objeto o conhecimento dos processos de cooperação intermunicipal possibilitados pela formação e atuação de consórcios intermunicipais de saúde e, em especial, a análise do processo evolutivo e do resultado das ações desenvolvidas pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Médio Paraíba do Rio de Janeiro (CISMEPA).

2.1 Objetivo Geral

Discutir os processos de cooperação intermunicipal possibilitados pela formação e atuação de consórcios municipais, tomando como caso ações desenvolvidas pelo consórcio de saúde da Região do Médio Paraíba do Rio de Janeiro.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 - analisar o processo de regionalização do Médio Paraíba, a partir da possibilidade de articulação técnico-política intermunicipal;

2.2.2 - analisar o processo evolutivo do CISMEPA, de seu surgimento até dezembro de 2004;

2.2.3 - conhecer os projetos e serviços desenvolvidos por essa cooperação durante o período em estudo;

2.2.4 - conhecer a organização técnica e administrativa deste consórcio;

2.2.5 - agregar subsídios para o processo evolutivo da descentralização no SUS e da estratégia de regionalização.

3. METODOLOGIA

Para a consecução dos objetivos dispostos anteriormente, utilizamos como caminho metodológico uma análise qualitativa sobre o CISMEPA, tomando como horizonte temporal o período de janeiro de 1997 a dezembro de 2004, qual seja, da sua constituição até o final do período no qual participamos da associação como gestora municipal.

O ponto de partida deste trabalho compreendeu uma pesquisa bibliográfica centrada nas temáticas de consórcios de saúde, descentralização, regionalização, federalismo, reforma sanitária brasileira.

Adicionalmente, levantamos e examinamos os documentos oficiais do CISMEPA desenvolvidos pelos municípios participantes, a saber: Termo de Parceria do CISMEPA; Plano Intermunicipal de Saúde da Região do Médio Paraíba; Projeto de Apoio aos Municípios; Projeto Materno-Infantil; Plano Regional de Combate à Dengue; relatórios de prestação de contas do consórcio; relatórios de treinamento e capacitação do Projeto Materno-Infantil.

Procedemos também à análise dos subprojetos gerados a partir da experiência de planejamento conjunto dos municípios no que diz respeito à dengue, quais sejam: Implantação de Laboratórios Municipais de Entomologia e Recursos Humanos para o Combate à Dengue.

Analizamos a forma de execução dos três projetos acima mencionados, considerando a participação dos gestores e técnicos na sua elaboração, aceitação, a implementação e desenvolvimento no nível municipal, identificando ainda as dificuldades encontradas e as facilidades obtidas nos municípios do consórcio.

As entrevistas semi-estruturadas com atores, técnicos e gestores de municípios de pequeno, médio e grande portes, envolvidos no processo de elaboração, execução e acompanhamento dos projetos, foram realizadas e constituíram elemento fundamental para se obter as impressões dos participantes acerca da associação.

De acordo com Duarte (2002), em uma pesquisa qualitativa, a seleção dos sujeitos a serem entrevistados é algo primordial, uma vez que se trata da base sobre a qual grande parte do trabalho será assentada. Ainda segundo essa autora,

“[...] alguém do meio, a partir do próprio ponto de vista, tem, relativamente melhores condições de fornecer informações sobre esse meio do que alguém que observa, inicialmente de fora.”
(DUARTE, 2002, p. 143).

Nesse sentido, considerando nossa atuação no CISMEPA desde o seu nascedouro até dezembro de 2004, o conhecimento do campo de investigação e das regras que o regem, pudemos identificar sujeitos-chave para o fornecimento das informações. Realizamos essas entrevistas com atores que participaram das discussões iniciais do processo de formação do consórcio, pessoas que atuaram na sua implantação e na implementação dos projetos; técnicos que atuaram e participam da associação e, também, com gestores que tiveram a oportunidade de participar do processo inicial, assim como outros mais recentes no processo. A relação dos entrevistados encontra-se no Anexo I.

As entrevistas, gravadas e depois transcritas, foram realizadas entre agosto e outubro de 2004 e tiveram como estrutura básica um conjunto de questões dispostas no instrumento apresentado no Anexo II. Basicamente, interessava-nos conhecer as impressões de cada ator acerca da associação, seu funcionamento, seus projetos e seu futuro.

A partir das entrevistas dirigidas, obtivemos informações relativas ao processo de desenvolvimento e ao potencial do consórcio na Região do Médio Paraíba, podendo conhecer as relações de cooperação intermunicipal, a importância da associação, a frequência de conflitos, a existência de resultados positivos, a motivação para novos projetos, a capacidade de implementação das atividades estabelecidas pelo grupo, o interesse na participação das discussões, entre outros aspectos acrescentados pelos entrevistados.

Adicionalmente, realizamos observação participante em reuniões regulares e extraordinárias do Colegiado de Prefeitos, da Assembléia de Gestores, do Comitê Regional Materno-Infantil e do Comitê Regional da Dengue, onde identificamos aspectos relevantes como a participação nos debates; a capacidade de superação de conflitos; o potencial de articulação com os demais membros do grupo; o comprometimento com a assunção de novas atividades; a valorização do interesse comum (regional) sobre o individual (municipal), entre outros.

4. CONSOLIDANDO A DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS: OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE COMO UM DOS CAMINHOS

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde, vem-se desenvolvendo na tentativa de implementar e consolidar seus princípios básicos, dentre eles a *descentralização*, na qual a esfera municipal desempenha importante papel.

Iniciada com o movimento municipalista da década de 70, sobretudo em municípios governados por partidos políticos de oposição ao governo central autoritário, a descentralização no setor saúde caracterizou-se pelo fortalecimento dos municípios e seguiu caminhos predominantemente político-institucionais nos anos 80. Na década de 90, esteve sob a égide jurídico-legal iniciada com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, seguida de várias normas e portarias publicadas pelo Ministério da Saúde – as Normas Operacionais Básicas (NOB). A partir de 2000, mantém-se a tendência normativa dos anos anteriores, porém inserem-se a discussão e a proposta de regionalização do sistema de saúde, atribuindo maiores poderes às Secretarias Estaduais de Saúde.

Na década de 80, esforços coordenados entre as três esferas de governo sob a liderança da União proporcionaram o desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde (AIS), o que possibilitou a estados e municípios maior capacidade gerencial. Ainda no final dessa década, a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado

de Saúde (SUDS) transferiu atribuições e recursos financeiros a esses mesmos entes federativos, consolidando o processo anterior e estimulando-os a aderir ao ambicioso projeto do SUS (CORDEIRO, 2001).

O processo de descentralização político-administrativa das ações e serviços de saúde tem gerado, ao longo dos últimos anos, uma série de iniciativas institucionais orientadas para a organização e integração racional e sistêmica do sistema de saúde.

O caráter normativo desse sistema nos anos 90 pode ser identificado a partir das Normas Operacionais Básicas 91, 93 e 96, que, a despeito de momentos de maior tutela do nível federal, tiveram como eixo central a descentralização das ações e serviços, acompanhada da transferência de recursos financeiros a estados e municípios.

Além de definirem o desenho organizacional do Sistema Único de Saúde, as Normas Operacionais definem a forma de transferências de recursos interinstâncias de governo e as modalidades de pagamento dos serviços de saúde.

Habilitados nas modalidades de gestão estabelecidas pelas Normas Operacionais Básicas de 1991, 1993 e 1996, estados e municípios passaram a incorporar novos instrumentos gerenciais, técnicos e de democratização de gestão, constituindo o aporte de recursos financeiros em elemento fundamental para a legitimação de municípios, em especial aqueles de pequeno porte.

Segundo Dain (2000):

“[...] a partir de meados da década, os recursos transferidos aos municípios pelo Sistema Único de Saúde, sobretudo os repasses baseados em per capita, assumem crescente importância na sobrevivência dos pequenos municípios.” (DAIN, 2000, p. 104).

No entanto, a complexidade do sistema de saúde e as limitações dos municípios, particularmente aqueles de pequeno porte, remetem à necessidade do estabelecimento de relações entre as três esferas de governo, entre as diversas instituições e entre os diversos serviços que compõem o sistema.

Dado o intenso processo de descentralização ocorrido no país a partir do final da década de 80, acompanhado da distribuição de funções entre os três níveis de governo, os municípios tornaram-se atores essenciais na provisão dos serviços de saúde (ARRETCHE, 2003).

Porém, uma vez que o arcabouço organizativo do SUS pressupõe a oferta de ações e serviços de saúde em âmbito regional sedimentado a partir de pacto intergestores, as relações governamentais constituem elemento fundamental para o funcionamento do sistema.

As relações entre as esferas governamentais e, conseqüentemente, os pactos intergestores, caracterizam a interdependência dos níveis de governo no âmbito do SUS, estando inseridas na ordem federativa brasileira.

Conforme aponta Souza (1998), a existência de um sistema federal implica na cooperação política e financeira entre governo federal e as demais esferas da federação. No federalismo brasileiro, relações cooperativas políticas e financeiras pressupõem articulações apoiadas em propósitos e compromissos comuns e equalização fiscal direcionados à superação das enormes disparidades regionais e à acomodação das demandas das elites.

No caso do SUS, em que a necessidade de conformação de uma rede de referência territorial de oferta de serviços requer a superação dos limites de poder local em função de interesse regional (DAIN, 2000), está colocado um grande desafio para o pacto federativo.

Mendes (1998) denomina municipalização autárquica o amplo processo de descentralização do sistema público de saúde brasileiro ocorrido, sobretudo, na década de 90, no qual os municípios, além de assumirem competências e responsabilidades, antes inerentes a outras esferas governamentais, expandiram demasiadamente os serviços de saúde sob sua gestão, sem nenhuma articulação regional.

Ainda segundo o mesmo autor, um dos problemas decorrentes da municipalização autárquica, uma vez que conforma um sistema de saúde fechado dentro do município, é a fragmentação e a baixa qualidade dos serviços e da gestão do sistema de saúde.

De fato, apenas com o advento da NOAS, foi colocada na agenda do SUS a questão do território e suas implicações na conformação de rede regional de atenção à saúde.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/02) é o atual instrumento normatizador do SUS e tem como fator determinante a regionalização da assistência. Sob sua égide, há o estímulo ao fortalecimento do papel das Secretarias Estaduais de Saúde, na medida em que cabe aos estados a função de coordenar e monitorar a organização dos sistemas microrregionais de saúde.

A NOAS propõe o resgate dos princípios de regionalização e hierarquização, que permaneceram em segundo plano na implantação do SUS, em virtude do acelerado processo de municipalização ocorrido na década de 90. Ela visa a organizar o sistema a partir da conformação de redes microrregionais e regionais de atenção à saúde, na qual todos os municípios estejam aptos a garantir a atenção básica em seu território, independentemente do seu porte populacional².

A Norma aponta para a formação de módulos assistenciais resolutivos, formados por um ou mais municípios, em que o acesso a um conjunto de ações de saúde deverá ser assegurado aos usuários do SUS de forma complementar. O módulo assistencial preconizado é definido como um espaço territorial de oferta de serviços cuja resolubilidade corresponde ao primeiro nível de referência da média complexidade, com procedimentos de laboratório, radiologia simples, ultra-sonografia

² Compõem o elenco das ações da atenção básica a oferta de procedimentos relacionados à saúde da mulher, à saúde da criança, à saúde bucal, ao controle da hipertensão, do diabetes e da tuberculose, e à eliminação da hanseníase.

obstétrica, psicologia, fisioterapia, ações de odontologia especializada e leitos hospitalares.

As ações de média e alta complexidades deverão ser organizadas de acordo com a capacidade e disponibilidade de oferta microrregional e regional de serviços, que será pactuada pelos municípios integrantes dessa rede. Cabe à esfera estadual mediar o processo de pactuação intermunicipal e avaliar a capacidade municipal de assegurar o acesso dos usuários ao serviço.

Em 2003, o Ministério da Saúde, de forma inédita, elaborou o Plano Nacional de Saúde (BRASIL, 2003). O Plano fixa objetivos, diretrizes e metas relacionadas a cinco elementos: linhas de atenção à saúde; condições de saúde; gestão em saúde, setor saúde e investimentos em saúde.

No que diz respeito à gestão em saúde, o Plano Nacional de Saúde (PNS) aponta, entre outros objetivos, o aperfeiçoamento da gestão descentralizada e regionalizada do SUS, propondo medidas de apoio às esferas estadual e municipal, conforme destacado a seguir:

- i) redefinição e implementação de diretrizes de regionalização e a criação de instâncias de planejamento e co-gestão das ações regionalizadas do sistema;
- ii) formulação e implementação do processo de fortalecimento da gestão descentralizada do SUS;
- iii) implementação de uma rede de cooperação para a gestão descentralizada;
- iv) implementação da estratégia do apoio integrado à gestão descentralizada do SUS;
- v) criação e implementação de formas de repasse de recursos fundo-a-fundo de estados para municípios;

- vi) revisão e sistematização da regulamentação do SUS, com proposição de uma nova institucionalidade;
- vii) fortalecimento dos espaços colegiados de negociação e pactuação do sistema. (BRASIL, 2003, p. 48).

O mesmo Plano destaca que tais medidas são essenciais para o fortalecimento e a qualificação da gestão no SUS, que poderão ser alcançados com a efetiva regionalização e hierarquização das ações e serviços de saúde no país.

Ao definir diversas medidas direcionadas ao fortalecimento da gestão no SUS, o Ministério da Saúde reconhece a fragilidade dos mecanismos de relação entre as esferas de governo, elemento essencial para a concretização da regionalização da atenção à saúde.

Da mesma forma, a baixa adesão dos municípios à habilitação na NOAS 01/02 é um indicativo da dificuldade que estados e municípios enfrentam ao lidarem com as pactuações intermunicipais³. São relações que extrapolam o âmbito do aspecto técnico, sendo permanentemente permeadas por interesses políticos de cada esfera de governo envolvida. Não raro o grau de adesão à pactuação está diretamente relacionado à compreensão e concordância do prefeito municipal.

Segundo Pestana & Mendes, ao instituir territórios supramunicipais, a NOAS acenou com a possibilidade de ganhos de escala e melhoria da qualidade dos serviços. No entanto, nas suas palavras...

³ Do total de 92 municípios, até dezembro de 2004, o estado do Rio de Janeiro contava apenas com cinco habilitados na NOAS, a saber: Piraí e Resende, habilitados em 2003, e Barra Mansa, Itaperuna e Niterói, habilitados em 2004, todos em Gestão Plena do Sistema Municipal.

[...] Foi uma norma que não pegou, por várias razões: o foco da gestão na oferta, a concepção hierárquica do sistema, o mau uso dos fundamentos da regionalização, a extrema burocratização e a responsabilização difusa” (PESTANA & MENDES, 2004, p. 23)⁴.

Com vistas ao enfrentamento do problema, o Ministério da Saúde organizou, em agosto de 2004, uma oficina de trabalho denominada "Agenda para o Pacto de Gestão". O encontro teve a participação do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, e teve como objetivos discutir a revisão do processo normativo do SUS e estabelecer as diretrizes, eixos temáticos e metodologia de trabalho para a elaboração de propostas para a pactuação de questões fundamentais ao processo de gestão do SUS.

A oficina resultou na decisão de que a tarefa será realizada pelos grupos de trabalho temáticos da CIT, sob a coordenação de sua câmara técnica, a partir de documento oriundo daquele encontro, no qual ficaram definidas as diretrizes e princípios que nortearão o processo.

O grupo teve como consenso a necessidade de se construir uma agenda tripartite que permita realizar uma nova pactuação com vistas a reformar alguns processos de gestão do SUS, cuja finalidade principal é a qualificação da gestão pública do SUS, melhorando a efetividade, a eficiência e a qualidade de suas respostas. Desta forma, apontaram a necessidade de redefinir consensualmente os seguintes eixos temáticos, que deverão compor o novo o pacto de gestão: responsabilidade sanitária de governo, de gestão e de respostas dos sistemas e

⁴ Os autores alertam que, visando às habilitações municipais, a Norma estimula a implantação de novos serviços em território municipal, sobretudo ao exigir um elenco mínimo de procedimentos de apoio diagnóstico, o que leva à fragmentação dos serviços. Apontam ainda que a visão hierárquica de rede de saúde estabelecida pela norma é equivocada, uma vez que supõe uma estrutura piramidal na qual a atenção primária à saúde é menos complexa que os procedimentos definidos como de média e alta complexidades. Afirmam os autores que não são apenas os critérios geográficos que devem prevalecer na configuração das microrregiões de saúde, mas, sobretudo, a concepção de território político, cultural e epidemiológico, onde os entes se associem de forma cooperativa, amalgamados por um sentimento de pertencimento coletivo. Quanto ao excesso de burocracia, relatam a exigência de diversos instrumentos normativos e gerenciais, tais como PDR, PDI, PPI e Termo de Compromisso de Acesso. No que diz respeito à responsabilização difusa, argumentam que ainda não há consenso sobre as responsabilidades definidas para cada ente federado.

serviços de saúde e organização da atenção; regionalização; financiamento; planejamento, programação e avaliação; regulação e normalização do sistema; gestão do trabalho em saúde.

De fato, os participantes da oficina de trabalho indicaram como principais entraves para a consolidação e qualificação da descentralização do SUS, no campo da gestão, os seguintes problemas: escassez crônica de recursos, ausência de definição sobre responsabilidades sanitárias, persistência de iniquidades referentes ao acesso a serviços de saúde entre municípios, pequenas e grandes regiões e estados; inadequação dos instrumentos regulatórios existentes; condução normativa excessivamente rígida e burocrática; ordenação institucional compartimentalizada e fragmentada; debilidade e desintegração das práticas institucionais de planejamento, programação e avaliação; desintegração e fragmentação dos sistemas de informação em saúde; financiamento e organização enfocados excessivamente na oferta e na dimensão assistencial dos serviços; indefinição de meios e modos para a gestão da política de saúde em âmbito regional, entre outros.

Assim, as medidas propostas pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS são relevantes para a implementação da regionalização como condição essencial para a organização do SUS.

Nesse sentido, o Plano Nacional de Saúde propõe a articulação política entre diversos setores governamentais, visando à formulação de políticas intersetoriais de abordagem regional, onde se destacam as Regiões Integradas de Desenvolvimento (RIDES) e o Plano de Desenvolvimento Sustentável da Amazônia. Adicionalmente, aponta ainda a necessidade de identificar e implementar consórcios públicos como forma de organização, visando ao favorecimento da regionalização das ações e serviços de saúde:

“[...] Uma iniciativa relevante no âmbito interno do SUS para a identificação e implementação de mecanismos e processos que viabilizem o aprimoramento das instâncias de negociação e pactuação do Sistema, cujas marcas relevantes estarão representadas pela democratização, cooperação e solidariedade entre os parceiros. Além disso, deverão ser também identificadas e implementadas outras formas de organização que favoreçam a regionalização de ações e serviços, como os consórcios públicos”. (BRASIL, 2003, p. 48).

Como pode ser observado na NOAS, no PNS e, mais recentemente, no Pacto de Gestão cuja elaboração está em curso, há, nos últimos anos, uma busca institucionalizada pelo fortalecimento e consolidação da gestão descentralizada, na qual a regionalização se apresenta como protagonista.

No próximo capítulo serão discutidos, de forma mais detalhada, os consórcios intermunicipais de saúde, considerando seu potencial de superação de dificuldades comuns à grande parcela dos municípios brasileiros em promover ações e serviços de saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

5. CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: SUPERANDO A SOLUÇÃO CRIATIVA DE GESTÃO E CONSOLIDANDO A ESTRATÉGIA DE REGIONALIZAÇÃO

5.1 – Aspectos Normativos dos CIS:

Podemos definir consórcio como um acordo administrativo para realizar serviços de interesse recíproco de entidades públicas, sempre da mesma espécie, e organizações particulares, em mútua colaboração (Meirelles, 1996).

Ainda de acordo com esse jurista, o consórcio comumente estabelecido no país é o de municípios, que visa a realizar serviços de competência local mas de interesse comum a toda uma região. Graças à associação cooperativa das municipalidades, reúnem-se recursos técnicos, financeiros e administrativos.

“(...) Desse modo conseguem-se serviços de alto custo que jamais estariam ao alcance de uma administração menos abastada” (Meirelles, 1996).

Gasparini (1992) define consórcio como um ajuste administrativo celebrado por pessoas públicas da mesma espécie, para a consecução de objetivos de interesse comum aos partícipes. Assim, não poderia haver consórcio entre União, Estado Federado e Município, mas sim entre Estados Membros ou Municípios.

Medauar (1995) estende a conceituação de consórcios e os considera acordos entre entidades estatais da mesma espécie, ou do mesmo nível, destinados à realização de objetivos de interesse comum. A autora afirma haver na legislação poucas referências explícitas aos consórcios, *“talvez em virtude da pouca abrangência dos consórcios quanto aos seus componentes”*.

O tratamento legislativo dado aos convênios seria mais amplo, de maior abrangência:

“(...) Inclusive há possibilidade de convênios serem firmados com consórcios, como é o caso de convênios entre órgãos estaduais e consórcios de Municípios”.

Ainda segundo esta autora, o texto constitucional, em seu artigo 23, reza que

“(...) lei complementar fixará normas para a cooperação entre União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem estar em âmbito nacional”.

A emenda nº 1/69, em seu parágrafo 3º do artigo 13, diz:

“A União, os Estados e os Municípios poderão celebrar convênios para execução de suas lei, serviços ou decisões, por intermédio de funcionários federais, estaduais e municipais”.(idem, 1995)

Assim existe uma previsão genérica de celebração de convênios, atribuindo-se a cada ente a iniciativa de disciplinar a matéria no seu âmbito, de acordo com suas características e necessidades.

A base constitucional para a União firmar convênios, acordos, ajustes com Estados, Distrito Federal e Municípios se infere do inciso VI do artigo 71 da Carta Magna de 1988; esse inciso diz respeito à competência do Tribunal de Contas para fiscalizar recursos repassados pela União, a Estados, Distrito Federal e Municípios.

No caso dos convênios e consórcios há interesses semelhantes e recíprocos. Para Medauar são elementos característicos dos convênios e consórcios:

“(...) a) igualdade jurídica entre os signatários;

b) ausência de vinculação contratual, podendo qualquer partícipe denunciá-lo livremente, mantidas as vantagens e responsabilidades existentes até este momento;

c) há possibilidade de adesão de outros partícipes e de saída;

d) não há obrigações recíprocas, pois os interesses são coincidentes;

e) inexistem sanções pela inadimplência” (ibidem, 1995).

Tais elementos diferenciam as figuras do consórcio e convênio daquela do contrato. No contrato há interesses opostos ou divergentes, há partes: uma pretende o objeto, outra visa a contraprestação correspondente, ou seja, o preço. O contrato realiza a composição de interesses diferentes; nos convênios e consórcios os interesses se somam.

Ainda de acordo com Medauar, estamos na época da administração “concertada”, de práticas baseadas em concordância ou consenso entre entes administrativos, ou entre estes e particulares. Daí a disseminação de acordos de diversas modalidades, de “módulos contratuais ou convencionais”, que nem sempre cabem nos paradigmas clássicos dos contratos administrativos.

Desta forma,

consórcio intermunicipal tem sido um instrumento eficaz de atuação.

Apesar de não se constituir em diploma legal, a Norma Operacional Básica do SUS, NOB/SUS 01/96, aprovada em novembro de 1996, reforça a idéia de consórcio ao determinar que a

“(...) totalidade das ações e serviços de saúde deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos organizados em rede regionalizada e hierarquizada”,

As ações e os serviços não precisam ser, necessariamente, exclusivas de uma administração municipal. A composição desse sistema poderá dar-se em mais de um território municipal, sendo as ações e serviços oferecidos mediante acordo e senso comum entre os partícipes.

A NOB /96 recomenda, nesta forma associativa de esforços, a interveniência do gestor estadual; o papel de estado é organizar o SUS no seu âmbito, disciplinar o sistema de referência e contra-referência, levar a efeito a regionalização. Assim, o Consórcio Intermunicipal de Saúde deverá articular-se à esfera estadual, através da Programação Pactuada e Integrada (PPI) entre municípios, pequenas regiões e estados, sem se perder o pressuposto da direção única e da autonomia municipal.

A PPI é o instrumento que concretiza o pacto e as programações oriundas da relação entre os gestores do SUS, com vistas a reorganizar o modelo de atenção e de gestão do SUS, sempre mediada pelo Estado.

A existência dos diplomas legais anteriores, e da NOB/96, conferem, respectivamente, legalidade e sistematização aos consórcios intermunicipais de saúde.

Em 1997, o Ministério da Saúde publicou um documento *O Consórcio e a Gestão Municipal em Saúde*, em que se considera ser o consórcio um importante instrumento de articulação entre os sistemas municipais de saúde.

Essa publicação não só reforça a necessidade de descentralização da gestão, como fornece subsídios à implantação de consórcios, justifica sua necessidade, e apresenta sua estruturação e o financiamento. Esse documento é posterior a várias iniciativas de implantação de consórcios no país e se dirige, em particular, aos gestores municipais.

Alguns gestores estaduais já haviam publicado documentos que subsidiaram seus municípios a se consorciarem, como se deu no Rio de Janeiro e em São Paulo. A publicação Ministério da Saúde, todavia, além de conferir um caráter oficial ao consórcio, declara-o uma estratégia de descentralização das ações e serviços e saúde e de implementação do SUS. E ressalta que seu funcionamento deve nortear-se pela observância das diretrizes e princípios do SUS e pela preservação da autonomia municipal.

Os fundamentos legais, gerais e específicos e as normatizações da formação de consórcios se completam. E são unânimes em os considerar uma "saída" para a superação de dificuldades comuns na assistência à saúde da população..

5.2 – Estrutura

5.2.1 - Forma Jurídica

A estrutura jurídica da maioria dos consórcios existentes em nosso país é a figura da sociedade civil de direito privado, sem fins lucrativos. A atribuição de personalidade jurídica ao consórcio é justificada por alguns como necessária para “(...) *contrair direitos e deveres*” (IBAM, 1992).

Ou seja, essa entidade assumirá todas as ações necessárias à consecução dos objetivos para os quais foi instituída legalmente (controlar pessoas e serviços, participar de convênios, contrair financiamentos, etc.), e prestará contas, individualmente, ao Tribunal de Contas.

Para outros a sociedade civil pode

“(...) facilitar o recebimento e gerência dos recursos financeiros destinados à execução de seu trabalho e respectivos programas (...)”
(Junqueira, 1990).

Essa justificativa se sustenta na agilidade das entidades privadas em gerir seus recursos, enquanto a administração pública seria pesada, presa e morosa.

O IBAM / UNICEF (1992) vai mais além, pois afirma que as finalidades e vantagens do consórcio “(...) *só poderão concretizar-se caso ele venha assumir personalidade jurídica (...)*”.

O documento publicado pelo Ministério da Saúde (MS, 1997) recomenda que a conveniência do consórcio assumir personalidade jurídica deve ser discutida pelos municípios consorciados após a consolidação do acordo. E indica a necessidade de ter o

consórcio uma administradora; para esse fim, seria mais adequado instituir uma sociedade civil sem fins lucrativos. E esclarece que, mesmo sendo de direito privado, a entidade é instituída e mantida por entes públicos a fim de executar 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.” (MS, 1997).

No documento se recomenda também a conveniência /necessidade da autorização legislativa para os municípios participarem dessa pessoa jurídica e lhe destinarem recursos financeiros.

A Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro — SES/RJ elaborou um documento para subsidiar os gestores do SUS na celebração de consórcio, segundo o qual a maioria dos consórcios deveria constituir-se sob forma de sociedade civil, sobretudo pelas vantagens deste tipo de instituição, a saber: flexibilidade administrativa e financeira. No texto, no entanto, se esclarece que:

“(...) embora a associação civil sem fins lucrativos tenha personalidade de direito privativo, ela deverá ser regida pelas normas de direito público, uma vez que é mantida fundamentalmente com recursos públicos” (SES/RJ, 1995).

Assim, essas sociedades têm de se submeter à normas do direito público, tais como licitação, contratos administrativos, fiscalização pelo Tribunal de Contas, etc.

Também a SES/MG elaborou documento acerca dos consórcios (SES/MG, 1995), em que se afirma a necessidade dos consórcios atuarem no sentido trazer à prática o modelo assistencial do SUS. No texto vê-se o consórcio intermunicipal como:

“(...) um instrumento para o enfrentamento de problemas comuns e não como uma outra esfera governamental ou estrutura intermediária do SUS” (idem, 1995).

Por serem iniciativa eminentemente municipal, os consórcios reforçariam a gestão única e preservariam a decisão e a autonomia política dos governos locais. Por transferirem aos municípios responsabilidades no planejamento e na execução dos serviços, e no ordenamento e na utilização dos recursos, exaltariam o papel do município na elaboração e na gestão da política de saúde (idem, 1995). Apesar de defender a gestão única de saúde, a SES/MG sugere que a associação intermunicipal tenha personalidade jurídica, para assim poder gerir os recursos.

Citam-se, no documento, consórcios com diferentes modalidades de organização legal: um que funciona sob a forma de fundação privada e outro como sociedade de prestação de serviços mútuos. E também se salienta que, mesmo sendo uma associação civil de direito privado, sem fins lucrativos, o consórcio deverá reger-se pelas normas de direito público. Deve, assim, sujeitar-se a licitação, contratos administrativos e prestação de contas ao Tribunal de Contas. Quanto à contratação de recursos humanos, não há exigência de concurso público. O recrutamento e a seleção do pessoal serão regidos pela CLT, uma vez que não se trata de contratação para a administração direta e a indireta; nesse contexto a norma do direito público não vale.

Ubiratan Barros (1995), ao invés, apresenta o consórcio como um compromisso de mútua cooperação entre os consorciados, cuja administração não requer, necessariamente, a criação de um ente jurídico. E atribui essa opinião a favor de uma associação civil a uma indevida interpretação da orientação do jurista Hely Lopes Meirelles, para quem os consórcios:

“(...) como não são pessoas jurídicas, não têm capacidade para exercer direitos e assumir obrigações em nome próprio, pelo que é de toda conveniência a organização de uma entidade civil ou comercial, paralela, que administre seus interesses e realize seus objetivos, como desejado pelos consorciados” (Meirelles, 1993).

Barros lembra não ter o consórcio personalidade jurídica e não se poder fazer dele a própria pessoa jurídica, isto é, personalizá-lo. Esta é a prática comum na maioria dos consórcios implantados no país, que seguem orientação, inclusive, das instâncias estaduais e federal para se constituírem em sociedade civil.

Nos casos em que não se demanda a criação de uma personalidade jurídica, ou naqueles em que os entes associados se decidem por não a criarem, Barros sugere a utilização da personalidade jurídica do município sede, ou da personalidade judiciária da Secretaria Municipal de Saúde. Essa capacidade judiciária da SMS é comum a órgãos autônomos e vinculados ao Fundo Municipal de Saúde.

Ubiratan Barros utiliza-se novamente do jurista Hely L. Meirelles para afirmar a competência dos órgãos municipais de direção do Sistema Único de Saúde para assumir direitos e obrigações, dispensando-se, assim, a criação de uma pessoa jurídica paralela.

“(...) Os órgãos autônomos são os localizados na cúpula da administração, imediatamente subordinados a seus chefes.

(...) Têm ampla autonomia administrativa, financeira e técnica, caracterizando-se como órgãos diretivos, com funções precípua de planejamento, supervisão, coordenação e controle das atividades que constituem sua área de competência (...)” (Meirelles, 1993).

O Fundo Municipal de Saúde, por sua vez, subordina-se à Lei nº 8.666/93, que trata das licitações e contratos administrativos (Art. 1º, parágrafo único). Ao se subordinar a essa lei, como é o FMS, os fundos especiais são sujeitos ativos do contrato, ou seja, contratantes, podendo assumir direitos e obrigações.

Barros ressalta que a Lei nº 8.080, de 19/09/90, em seu art. 18, incisos VII e X, atribui competência às Secretarias Municipais de Saúde para formar consórcios administrativos intermunicipais e celebrar contratos e convênios. Portanto, o Secretário Municipal de Saúde, ordenador de despesas do Fundo Municipal de Saúde, tem competência para firmar consórcios, contratos e convênios.

Esse autor sugere a abertura de conta corrente, específica, para o consórcio, como nos convênios; essa conta seria movimentada pelo órgão gestor do SUS do município sede. E se estabeleceria mecanismos de prestação de contas aos demais consorciados, e a outros órgãos.

Barros desaconselha a criação de uma entidade privada para administrar o consórcio. Ele parte do princípio que a Administração Pública, na dependência da vontade política do administrador, pode ser viável, ágil e eficaz:

“(...) Será o setor público é um ninho do imprestável? Achamos que

não. Vemos nisso uma deturpação daqueles princípios por quem ainda não compreendeu o que é administrar coisa alheia, coisa pública.

Quer administrá-los como propriedade sua” (Barros, 1995).

Os princípios a que o autor se refere são o dever do estado de oferecer serviços de saúde a todos os cidadãos, e de controlar e gerenciar os serviços. Na sua opinião, a administração dos consórcios intermunicipais de saúde não deve ser realizada por sociedade civil por uma questão de princípios, sustentada na legislação. Pois mais relevante que as possibilidades legais das secretarias municipais de saúde celebrarem e administrarem consórcios, é a decisão pela gestão pública dos serviços de saúde.

Da mesma forma SANTOS (2000) admite a hipótese de criação de uma pessoa jurídica, civil ou comercial, vinculada às finalidades do consórcio para realizar os seus objetivos. E, muitas vezes, essa solução é recomendável, pois pode, realmente, auxiliar o desenvolvimento do consórcio, descentralizando ações e serviços públicos. No entanto a autora ressalta que essa não é única e nem sempre poderá ser a melhor forma de se organizar uma entidade afim.. É necessário analisar cada consórcio e buscar a melhor solução para cada situação.específica

A defesa da gestão pública está relacionada à manutenção de uma atribuição precípua do Estado: a garantia do direito à saúde do cidadão. Assim, é possível entender a gestão privada como se o Estado estivesse se eximindo de tal atribuição e repassando-a a um ente alheio à sua estrutura. Cabe ressaltar que, além de serem entidades de direito privado, os consórcios têm personalidade jurídica, e podem, por serem estruturas intermediárias ao SUS, competir com a esfera governamental municipal na gestão dos serviços de saúde.

O IBAM (1992) e o CEPAM (1997), órgãos assessores de planejamento e administração municipal, no Rio de Janeiro e em São Paulo, respectivamente, têm opiniões diferentes acerca da criação de sociedade civil de direito privado sem fins lucrativos. O primeiro a define como indispensável. E aponta como sua principal vantagem a flexibilidade administrativa e financeira. Já o CEPAM afirma:

“Como o consórcio intermunicipal deve ser um instrumento para a gestão municipal do SUS, a sua forma jurídica, seja sociedade sem fins lucrativos ou ‘pacto’, deve ser aquela que mais se enquadre na necessidades dos consorciados, que tem inteira autonomia na formação dos consórcios”
(Junqueira, 1997).

Instrumento recente de organização e gestão de serviços de saúde, os consórcios não devem seguir um padrão. Sua definição está inacabada e a forma jurídica não é suficiente para lhe definir o fracasso ou o sucesso.

5.2.2 - Estrutura Administrativa

De um modo geral, os consórcios intermunicipais de saúde se estruturam com base em três instâncias: uma deliberativa máxima, uma executora, e outra, de caráter fiscalizador ou de controle social.

O MS (MS, 1997) recomenda, para o consórcio, uma estrutura ágil, leve e desburocratizada, sobretudo por ser o mesmo um instrumento e não uma outra instância gestora: um Conselho de Municípios, instância deliberativa máxima, formado pelos Secretários Municipais de Saúde; um Conselho fiscal, responsável pelo controle financeiro, e uma Secretaria Executiva, com responsabilidade de implementar as ações do consórcio, sob a coordenação de um membro indicado pelo Conselho de Municípios.

Também o IBAM (IBAM / UNICEF, 1992) sugere uma estrutura simples, com apenas três instâncias: um Conselho de Prefeitos, como órgão máximo de deliberação, responsável pela condução político-administrativa do consórcio; um Conselho Intermunicipal de Saúde, a responder pelo controle social sobre as políticas e as ações prestadas pelo consórcio, inclusive pela fiscalização das contas; uma Secretaria Executiva, responsável pelas ações-objetivo do consórcio; e uma Coordenação, indicada pelo Conselho de Prefeitos.

Os consórcios vêm se estruturando de maneira semelhante, havendo um pouco mais de variação no seu órgão de controle fiscal e social. Em alguns casos esse conselho é formado por membros indicados pela Câmara Municipal de cada município partícipe, como em Penápolis-SP, ou pelos executivos municipais. O MS (idem, 1997) não recomenda essa prática, e segue o impositivo legal da independência dos poderes da União — os poderes Legislativo, Executivo e Judiciário.

O Conselho Fiscal fiscaliza internamente as contas do consórcio; não podem integrá-lo pessoas que autorizam o repasse e a utilização dos recursos e exercem sua fiscalização externa.

O MS não aconselha a formação de Conselhos Intermunicipais de Saúde, instâncias não previstas na legislação. A prestação de contas deve ser dirigida a cada um dos municípios e ao Tribunal de Contas, sendo a fiscalização competência do Conselho Municipal de Saúde de cada município consorciado.

O conselho fiscal também pode ser formado por membros de cada Conselho Municipal. No entanto, a garantia do controle social do consórcio é a fidelidade das suas

políticas e ações às reivindicações da sociedade civil, além da transparência na aplicação dos recursos financeiros.

O controle, a avaliação e a supervisão das ações do consórcio devem acontecer no âmbito de cada município, sob responsabilidade do gestor do SUS, de acordo com as normas estabelecidas pelo Sistema Nacional de Auditoria.

5.2.3 - Financiamento

Os recursos financeiros destinados ao consórcio poderão vir das esferas federal, estadual e municipal, conforme estabelece o artigo 195 da Carta Magna. E sua aplicação deve seguir as diretrizes definidas na Lei nº 8.142/90.

Como a maioria dos consórcios se constitui em associação civil de direito privado, sem fins lucrativos, estes podem receber recursos sob forma de doações, operações de crédito, convênios e acordos decorrentes de parcerias com instituições públicas e privadas.

As transferências realizadas pela União advêm da prestação de serviços ao SUS, de acordo com o Sistema de Informação Ambulatorial e o Sistema de Informação Hospitalar do SUS - SIA e SIH / SUS.

A participação estadual no financiamento dos consórcios tem pouca relevância. Na maioria das vezes ocorre sob forma de convênio, para investimento em algum projeto específico, ou de contratação de recursos humanos e fornecimento de recurso material (Junqueira, 1997).

A contribuição mensal dos municípios varia segundo o pacto entre os partícipes, e costuma constar do regimento interno do Consórcio.

Em São Paulo observam-se diversas maneiras de contribuição mensal: a) proporcional à utilização dos serviços; b) proporcional ao tamanho da população; c) as duas primeiras formas; d) correspondente a 3% do faturamento do SIA e SIH / SUS e e) correspondente a 50% do faturamento do município-sede e 10% dos demais municípios (Junqueira, 1997).

No Rio de Janeiro e em Minas Gerais dá-se o repasse financeiro de acordo com percentual do Fundo de Participação dos Municípios, destinado ao custeio das ações administrativas do Consórcio.

A dificuldade financeira enfrentada pelos consórcios é consequência do estrangulamento econômico e financeiro dos municípios, que, por vezes, não conseguem cumprir os acordos.

O estado de São Paulo, através da Resolução SS – 299, de 18/11/96, abriu uma linha de financiamento para consórcios, por vias de convênio a ser celebrado entre estado e CIS (idem, 1977).

O estado pode ter muita importância na organização e na orientação do consórcio, em grande parte através de convênio, com investimento financeiro. Essa iniciativa pode resultar na organização regional de um serviço antes custeado pelo próprio estado e, conseqüentemente, na redução do seu gasto. Assim, a participação financeira do estado pode estimular a organização e a regionalização de ações de saúde.

54.3 - Objetivos e Finalidades

É unânime a afirmativa de que o consórcio, iniciativa essencialmente municipal, visa reforçar o exercício da gestão única do Sistema Único de Saúde em nível local. O consórcio se sustenta em uma relação entre iguais, não-hierárquica, e isso preserva a decisão e a autonomia dos municípios.

O objetivo dos CIS é, de maneira geral, permitir que os municípios executem com maior eficiência e eficácia as ações e serviços necessários às suas populações, de acordo com os princípios do SUS.

Os problemas enfrentados pelos consórcios podem ser a falta e/ou o desperdício de recursos, a baixa utilização da capacidade instalada, a reduzida oferta de serviços, a demanda desorganizada, entre outros.

De acordo com SANTOS (2000), o Sistema Único de Saúde possui um arcabouço administrativo absolutamente suscetível à cooperação, à soma de esforços, ao agrupamento e à unicidade de meios para um mesmo fim. As ações e os serviços do SUS estão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente, constituindo uma rede de serviços interligados uns nos outros. Essa forma de organização do SUS pressupõe uma união de meios para a consecução de um fim comum.

Os consórcios seriam instrumentos de estímulo ao planejamento local e regional de saúde. Implantar e gerir serviços de saúde que atendem à integralidade das ações de saúde é tarefa difícil para a maioria dos municípios brasileiros. A união de esforços, no consórcio, é uma tentativa de enfrentar essa dificuldade.

Para o MS, algumas ações não devem ser consorciadas, como as da atenção básica, de responsabilidade do poder municipal, e as de vigilância sanitária com poder de polícia (MS, 1997).

Os consórcios são, em suma:

- um instrumento de reforço da gestão única da saúde;
- um instrumento para a solução de problemas comuns;
- um instrumento para o planejamento local e regional de saúde;
- um instrumento para a garantia de investimentos financeiros

Os municípios brasileiros, em particular os menores e do interior do país, têm enfrentado significativas dificuldades na implementação do Sistema Único de Saúde, regulamentado na Constituição de 1988. A falta de recursos humanos e financeiros, a dificuldade de acesso ao uso de tecnologias e a inexistência de estruturas físicas adequadas, além da distância, que dificulta o atendimento à saúde, são os entraves mais comuns, que têm levado os dirigentes municipais a procurar alternativas de gestão, das quais os Consórcios Intermunicipais de Saúde são uma de suas expressões.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) surgiram a partir do processo de descentralização do sistema de saúde, com a necessidade de os municípios ofertarem serviços de saúde, antes de responsabilidade das Secretarias Estaduais ou do Ministério da Saúde. Desta forma, foram motivados sobretudo pela necessidade de os municípios oferecerem, de forma adequada em quantidade e qualidade, as ações e serviços da sua competência; pela possibilidade de comporem uma rede de saúde planejada, organizada e desenvolvida de forma regional; pelo distanciamento da esfera estadual no planejamento da oferta de serviços, e, em alguns casos, pela ação propositiva de estados, visando a eliminar a competição entre municípios pela incorporação de tecnologias mais complexas e/ou de maior custo, sem racionalização de custos (SCHNEIDER, 1998).

A criação de consórcios intermunicipais de saúde no Brasil remonta ao início da década de 80. Com a Lei Orgânica da Saúde – Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 –, os consórcios intermunicipais constituíram elemento legal, particularmente em seu artigo 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”. (COSEMS/RJ, 2001, p. 405).

Outro fundamento legal para os consórcios encontra-se no artigo 18, inciso VII, da mesma lei:

“[...] Art. 18 - À direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS, compete:

VII - Formar consórcios administrativos intermunicipais”. (COSEMS/RJ, 2001, p. 409).

Por sua vez, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, em seu parágrafo 3º, do artigo 3º reza:

“Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de Saúde, remanejando entre si parcelas de recursos previstos no inciso IV do artigo 2º desta Lei”. (COSEMS/RJ, 2001, p. 417).

Primeiro como uma experiência isolada, sobretudo no estado de São Paulo, nos anos 90, os CIS passaram ser uma prática relativamente comum em todo o país. Apesar de caracterizarem uma estratégia de descentralização, de serem regulamentados pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) e de virem existindo há mais de dez anos, somente no final de 1997 o Ministério da Saúde apresentou a normatização dessa forma de gestão (BRASIL, 1997)⁵.

⁵ Em 1997, o Ministério da Saúde publicou o documento *O Consórcio e a Gestão Municipal em Saúde*, que considera os consórcios como importante instrumento de articulação entre os sistemas municipais de saúde. Essa publicação não só reforça a necessidade de descentralização da gestão, como fornece subsídios à implantação de consórcios, justifica sua necessidade e apresenta sua estruturação e o financiamento. Esse documento é posterior a várias iniciativas de implantação de consórcios no país e se dirige, em particular, aos gestores municipais.

Ainda mais recentemente, em 30 de junho de 2004, a Casa Civil da Presidência da República, através da Subchefia de Assuntos Parlamentares e Federativos, encaminhou ao Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3.884/04, que trata da instituição de regras para a formação de consórcios públicos. Esse Projeto de Lei regulamentará o art. 241 da Constituição Federal, introduzido pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998, que estabelece que:

"[...] a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão, por meio de consórcios públicos e convênios de cooperação entre 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, 2001, p. 131).

Um dos objetivos é viabilizar a gestão pública nos espaços metropolitanos, onde a solução de problemas em comum só pode se dar por meio de políticas e ações conjuntas. Para os pequenos municípios, o objetivo da parceria é proporcionar o ganho de escala e a melhoria da capacidade técnica, gerencial e financeira.

Segundo o ministro da Coordenação Política, Aldo Rebelo, com esse projeto o país poderá avançar na concretização do pacto federativo, através do regime de cooperação. Acrescenta:

"[...] o consórcio público está no campo oposto da guerra fiscal, ou seja, ao invés da competição e da disputa estabelecemos a cooperação e a colaboração entre os entes federados" (BRASIL, 2004)⁶.

Na esfera jurídica, consórcio pode ser definido como um acordo administrativo para realizar serviços de interesse recíproco de entidades públicas, sempre da mesma espécie, e organizações particulares, em mútua colaboração (MEIRELLES, 1996)⁷.

⁶ Declaração do Ministro da Coordenação Política, Aldo Rebelo, em 30/06/04, disponível na página eletrônica da Secretaria de Coordenação Política e Assuntos Constitucionais: <http://www.planalto.gov.br/scpai>, acessada em 13/07/04.

⁷ Em que pese a semelhança de objetivos, tais como a cooperação e a colaboração mútua entre os parceiros, diferentemente dos consórcios, caracterizados como acordos entre entes da mesma espécie, os convênios possibilitam a congregação de pessoas jurídicas de diferentes espécies.

Ainda de acordo com esse jurista, o consórcio mais comumente estabelecido no país é o de municípios, que visa a realizar serviços de competência local mas de interesse comum a toda uma região.

Torres (2001) define consórcio como uma organização de auxílio e de cooperação com as unidades que a integram, formulando políticas e diretrizes intermunicipais, gerenciando planos e programas e realizando obras e serviços de interesse intermunicipal, sem portanto, serem entidades supramunicipais dotadas de autonomia política. Nas palavras desse autor:

"[...] Consórcio, do latim consortiu, implica a idéia de associação, ligação, união e, no âmbito das relações intermunicipais, nada mais apropriado do que a formação de entidades visando ao estudo, acompanhamento, diagnóstico das soluções que, via de regra, envolvem municípios limítrofes e com problemas que se identificam numa ordem cada vez mais crescente em função de forte demanda dos administrados." (TORRES, 1995, p. 35).

A maioria dos consórcios de saúde hoje existentes no país se estrutura na forma de sociedade civil de direito privado sem fins lucrativos, contraindo direitos e deveres públicos e devendo, por este motivo, ser regidos pelas normas do direito público. Conforme assinala Moreira (2001), não há necessidade de criação de pessoa jurídica para que os consórcios atuem. Basta que um ente administrativo, através da sua personalidade jurídica, assumam os atos jurídicos, que são do interesse de todos os consorciados. Isso gera alguns incômodos⁸, motivo pelo qual a maioria dos consórcios opta por criar uma entidade civil, cujo objetivo é dar execução aos propósitos do consórcio.

A organização administrativa dos CIS costuma ser estabelecida em três instâncias, sendo uma de deliberação máxima, uma executora e outra de caráter fiscalizador.

⁸ Na administração pública, os atos do Executivo são revestidos de processos de trabalho que obedecem às normas e leis que regem o direito público. Isso faz com que as atividades-meio não somente tomem muito tempo do administrador, como também exijam pronunciamentos e pareceres de diversas áreas, como a jurídica, o controle interno, a financeira, a logística, dentre outras. Em que pesem os benefícios alcançarem todos os municípios consorciados, o aumento da carga burocrática provocada pelas atividades dos consórcios termina por sobrecarregar apenas um ente consorciado. Na medida em que a maioria dos municípios é de pequeno porte e não possui estrutura física e gerencial preparada para o aumento da demanda de trabalho, grande parte dos consórcios observados opta pela criação de uma entidade civil para executar as ações propostas pelo grupo de municípios.

Leite, Gomide e Silva (2001) afirmam que a estrutura administrativa é a base que permite que a organização atinja seus objetivos, devendo ser resultado de um processo de divisão do trabalho, em que os poderes verticais e horizontais dos consorciados estejam definidos, distribuídos e delimitados nos espaços de representação. A preocupação central deve ser a articulação da estrutura do consórcio com a estrutura dos municípios participantes, assim como seu controle, a fim de garantir a efetividade das decisões tomadas.

Os recursos financeiros destinados aos consórcios de saúde são oriundos das esferas federal, estadual e municipal, além de convênios específicos e parcerias com instituições públicas e privadas, incluindo as transferências do exterior; de doações, operações de crédito, e saldos dos exercícios anteriores. Sua aplicação deve seguir as diretrizes da Lei nº 8.142/90, que versa sobre a alocação de recursos financeiros nas ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal e União⁹.

O objetivo do CIS é, de maneira geral, permitir que os municípios executem com maior eficiência e eficácia as ações e serviços necessários às suas populações, de acordo com os princípios do SUS. Como se trata de uma iniciativa essencialmente municipal, o consórcio se sustenta em uma relação entre iguais, não hierárquica, e isso preserva a decisão e a autonomia dos municípios participantes.

Queiroz (2001) aponta estudo realizado em 2000 pela Organização Pan-Americana de Saúde, que indicou que a disponibilidade de serviços e as características prévias das articulações locais são fatores determinantes para a constituição de consórcios. O mesmo autor reproduz a seguinte distribuição dos consórcios existentes no Brasil na época do estudo mencionado:

⁹ O § 3º do Art 3º da Lei nº 8.142/90 reza: "*Os municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde remanejando, entre si, parcela de recursos previstos no inciso IV do artigo 2º desta Lei*". Tal inciso se refere à alocação de recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde com vistas à cobertura das ações e serviços de saúde pelas três esferas de governo e Distrito Federal.

Quadro 1: Distribuição dos municípios consorciados segundo estados e população coberta. Brasil, 2000

| Estados | População Total | Número de Municípios | Número de Consórcios | Número de Municípios Consorciados | População Coberta |
|--------------|--------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------------|-------------------|
| MG | 16.673.097 | 853 | 70 | 748 | 11.477.979 |
| PR | 9.003.804 | 399 | 18 | 289 | 4.657.779 |
| SC | 4.875.244 | 293 | 9 | 139 | 1.765.189 |
| RJ | 13.406.308 | 91 | 4 | 46 | 1.657.131 |
| ES | 2.802.707 | 77 | 10 | 69 | 1.385.360 |
| SP | 34.120.886 | 645 | 7 | 74 | 1.225.125 |
| RS | 9.637.682 | 467 | 3 | 89 | 1.123.303 |
| Estados | População Total | Número de Municípios | Número de Consórcios | Número de Municípios Consorciados | População Coberta |
| MT | 2.235.832 | 126 | 8 | 57 | 742.239 |
| PB | 3.305.616 | 223 | 7 | 60 | 580.600 |
| BA | 12.541.675 | 415 | 2 | 15 | 254.955 |
| PA | 5.510.849 | 143 | 1 | 8 | 245.088 |
| GO | 4.514.967 | 242 | 1 | 12 | 152.942 |
| RN | 2.558.660 | 166 | 1 | 12 | 109.139 |
| Total | 121.187.327 | 4.140 | 141 | 1.618 | 25.376.829 |

Fonte: Diagnóstico da situação atual de CIS no Brasil (MS/OPAS, 2000 *apud* QUEIROZ, 2001, p. 73).

Segundo Ribeiro & Costa (1999), como decorrência da implementação dos consórcios de saúde, os municípios experimentaram a ampliação da capacidade de gestão e de governo. Os autores fundamentam a afirmativa relacionando alguns fatores proporcionados pela parceria aos associados dos consórcios por eles estudados, a saber:

“[...]”

- ♦ *existência de coalizão partidária entre os participantes voltada à sustentação do consórcio;*
- ♦ *indução e eventual financiamento de governos estaduais a etapas da construção dos consórcios;*
- ♦ *distribuição homogênea dos benefícios da parceria entre os participantes;*
- ♦ *ampliação da oferta de serviços ambulatoriais entre os consorciados;*
- ♦ *financiamento solidário por sistema de cotas mensais entre os participantes, cuja sustentabilidade depende da percepção de ganhos coletivos entre os parceiros; e*
- ♦ *efeitos positivos decorrentes da durabilidade da parceria e da inexistência de ação predatória do município-sede perante os demais.[...].” (RIBEIRO e COSTA, 1999, p. 7).*

Sustentam ainda os mesmos autores que, como o componente básico dessa modalidade de relação é o da parceria, motivada pela busca por legitimação política local, a lógica da cooperação tende a superar a da competição por recursos de outras esferas de governo.

De fato, a competição por recursos financeiros entre estados e municípios, proporcionada, sobretudo, pelo ajuste fiscal, associada à imprecisão no texto constitucional acerca da indefinição de competências entre as três esferas governamentais, constituem elementos que caracterizam o federalismo brasileiro como predatório ou competitivo.

Sendo a equidade um princípio doutrinário e a descentralização definida como princípio organizativo do sistema de saúde brasileiro, a universalização do acesso aos serviços dependerá, em grande parte, da implementação de redes de referências territoriais estabelecidas através de pactuação entre municípios e estados.

No caso da saúde, Dain (2000) afirma que tal pacto federativo é a essência da solidariedade social, uma vez que, para ter êxito, deve basear-se na necessidade de superação dos limites do próprio poder local em nome do interesse geral.

A autora acredita ainda que o movimento dos municípios em direção dos consórcios se deva ao aumento da consciência das limitações do sistema de saúde, particularmente na dificuldade dos municípios em ampliar, individualmente, seu perfil de oferta de serviços.

Tal afirmação pode ser corroborada a partir da análise de Pestana & Mendes (2004), que afirmam que os consórcios de saúde não foram concebidos a partir de uma releitura crítica do

intenso processo de municipalização do SUS, mas sim pela necessidade de apontar soluções para os problemas de déficit na atenção secundária.

Cabe também ressaltar que, em que pese a existência de arcabouço jurídico e normativo para os consórcios de saúde pública, sua implantação não ocorreu a partir de uma política de organização de rede assistencial planejada e coordenada pelo governo central. Ao contrário: parece que foi a ausência de uma proposta formal de regionalização da atenção com a devida definição de critérios administrativos, gerenciais e financeiros, que estimulou municípios e estados a adotarem essa forma de gestão e pactuação assistencial, particularmente na década de 90.

Nesse sentido, diversos estudos apontam como principais motivações para a formação dos consórcios de saúde os seguintes aspectos: a necessidade de otimizar e racionalizar recursos tecnológicos e humanos, de ampliar a utilização da capacidade instalada, de aumentar a oferta de serviços e organizar a demanda e o fluxo migratório para o atendimento no SUS (SCHNEIDER, 1998; QUEIROZ, 2001; NEVES, 2001; LIMA, 2000; RIBEIRO & COSTA, 1999).

Em 2001, visando exatamente a dotar o SUS de uma racionalidade regional, o Ministério da Saúde iniciou a elaboração da NOAS, aprimorada e finalizada em 2002. Essa norma se caracteriza como sendo importante instrumento de ampliação da atenção básica nos municípios e de organização do acesso à média complexidade, prevendo uma rede regionalizada de atenção à saúde e a garantia do princípio da integralidade¹⁰.

O processo de elaboração e pactuação da NOAS foi marcado por conflitos na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). A referida Comissão se constitui numa arena de

10 A NOAS tem como macroestratégia a regionalização da assistência à saúde, definida a partir da conformação de sistemas sub-regionais denominados módulos assistenciais, que são redes programadas e articuladas, inseridas em territórios delimitados e contíguos, dotados de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantem o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde otimizando ainda os recursos disponíveis (BRASIL/MS, 2001 *apud* SOUZA, 2001).

representação federativa¹¹, com poder de deliberação sobre as normas relativas à pactuação de responsabilidades das esferas de governo, assim como acerca dos critérios de transferências de recursos federais para estados e municípios.

Os debates tiveram como questão central as dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços ao SUS e assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais, bem como da fragilidade para explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais (BRASIL, 2002).

Em que pese ter sido publicada inicialmente em 26/01/01, não houve consenso sobre a Norma e novas negociações foram reabertas na CIT, com o processo de discussão permanecendo aberto no decorrer de todo o ano de 2001. Finalmente, em reunião realizada em 22 de novembro de 2001, firmou-se acordo contemplando propostas referentes ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidades e o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais (BRASIL, 2002).

Um Grupo de Trabalho, com representação tripartite, incorporou à NOAS os pontos acordados, mantendo a coerência do texto. Em 7 de dezembro de 2001 foi feito um relato, por representantes do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, aos membros do Conselho Nacional de Saúde, acerca da negociação realizada na CIT e das alterações que dela resultaram (BRASIL, 2002).

A Norma definiu as atribuições da esfera estadual, dentre as quais destacamos:

1. exercer a função de gestor do SUS no âmbito estadual;
2. promover as condições e incentivar o poder municipal para que assumam a gestão da atenção à saúde de seus municípios, sempre na perspectiva da atenção integral;

¹¹ A CIT é integrada por cinco representantes do Ministério da Saúde, cinco do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e cinco do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

3. assumir, em caráter transitório, a gestão da atenção à saúde das populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si a responsabilidade;
4. Ser promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo assim o SUS no âmbito do estado;
5. participar do financiamento do SUS, juntamente com as demais esferas de governo (BRASIL, 2002).

Com esse instrumento, o processo de discussão da organização da assistência amadureceu e se consolidou, na medida em que um conjunto de redes territoriais e de fluxos migratórios é previamente definido através de pactuação entre os gestores municipais, sob a regulação estadual. Nesse sentido, a dinâmica da descentralização tende a seguir uma lógica de programação e planejamento, reduzindo assim a vulnerabilidade do processo de implantação do SUS nos estados e municípios, que se encontram em diferentes estágios nos diversos estados e municípios do país¹².

Entretanto, em que pese o amplo processo de discussão e pactuação entre as três esferas de governo que antecederam a publicação da NOAS, em setembro de 2004, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Ministerial do Gabinete do Ministro de nº 2.023, que cessa a habilitação de municípios em Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB), conforme a NOB/96, e em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), segundo a NOAS 01/02.

Essa Portaria ministerial estabelece como única modalidade de habilitação de municípios a Gestão Plena do Sistema Municipal, e define que os municípios e o Distrito federal são responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução da atenção básica. Revoga ainda a exigência de habilitação dos municípios em qualquer modalidade de gestão como condição para o recebimento de recursos do Piso de Atenção

¹² Apesar de um tanto rigorosa na definição e estabelecimento de critérios de acesso aos serviços, a NOAS não aponta parâmetros normativos para os demais setores da saúde, tais como a vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental, o controle e a avaliação dos serviços, a educação em saúde, entre outros, restringindo-se a área assistencial. Nesse sentido, a NOB 96 é um instrumento mais abrangente, dado que define os elementos de normatização para os demais setores supracitados.

Básica Variável, com exceção daqueles municípios que ainda não recebem recursos fundo-a-fundo para a atenção básica.

O documento normativo aponta um prazo de noventa dias para a definição de um instrumento de responsabilização dos gestores na gestão e execução da atenção básica, que contenha mecanismos de monitoramento e avaliação dos elementos pactuados. Propõe sua elaboração e pactuação pela Comissão Intergestores Tripartite, a partir de metas definidas por municípios e estados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite.

A Portaria pode representar o início de um processo de mudanças no pacto de gestão do SUS e sugere a facilitação para a habilitação de municípios e estados, apontada por muitos como um processo cartorial e de difícil alcance pelos municípios e estados de menos capacidade técnica.

Da mesma forma, tais mudanças são apontadas por Pestana & Mendes (2004) como fundamentais para o avanço e a consolidação do SUS. Os autores afirmam que uma reforma conseqüente deve superar o paradigma da municipalização autárquica e instituir o paradigma da regionalização cooperativa.

Ainda segundo os mesmos, a regionalização cooperativa é uma associação entre municípios que conformam um espaço privilegiado, que é a microrregião de saúde, tendo como parceiros os estados e a União. Nesses espaços devem estar assentados os princípios da cooperação e da gestão solidária, e superada a visão restrita do recorte territorial e da imposição de uma autoridade sanitária regional. O poder político e gerencial deve ser compartilhado por todos os entes associados.

O principal aspecto positivo da regionalização solidária é a criação de territórios sanitários em espaços mesorregionais de saúde, nos quais, através de economia de escala adequada, os serviços ofertados, além de terem melhor qualidade, terão o menor custo social, econômico e sanitário¹³.

¹³ A regionalização solidária proposta pelos autores propõe a definição de territórios macro e microrregionais. No território macrorregional serão exercitadas, de forma auto-suficiente, as ações de atenção terciária (alta

Os autores propõem como modelo institucional da regionalização cooperativa a criação de Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais, constituídas pelas representações regionais das Secretarias Estaduais de Saúde e dos municípios que compõem as microrregiões. Caberá à CIB Microrregional pactuar as ações de atenção secundária. No entanto, para a gestão de tais ações, propõem a criação de Consórcios Públicos Microrregionais, nos termos do Projeto de Lei nº 3.884/04, que deverão ser constituídos exclusivamente pelos municípios da microrregião, sem a participação da União e dos estados.

Observamos hoje, então, no cenário da organização da atenção microrregional, regional e até mesmo inter-regional, a configuração de redes definidas a partir de diversos instrumentos formais de planejamento e de garantia da assistência à saúde, tais como: a celebração de consórcios intermunicipais, a programação e pactuação integrada, o termo de compromisso de garantia de acesso da NOAS e o convênio intergestores municipais. Com exceção deste último, a esfera estadual de saúde desempenha importante papel como mediador e regulador do processo.

Na medida em que a NOAS ainda não é uma realidade no Sistema Único de Saúde, as redes regionais de serviços de saúde são, em sua grande parte, informais. Situam-se no cenário da regionalização as Programações Pactuadas e Integradas e os Consórcios Intermunicipais de Saúde como instrumentos direcionados a suprimir essa lacuna no sistema de saúde brasileiro.

complexidade); no território microrregional serão ofertadas, também de forma auto-suficiente, as ações de atenção secundária (média complexidade); no território municipal, serão desenvolvidas, no mínimo, as ações de atenção primária à saúde. Toda essa estrutura deverá estar definida num Plano Diretor de Regionalização, o qual será elaborado considerando, de forma equilibrada, critérios técnicos, políticos e culturais.

6. O CISMEPA: GÊNESE, EVOLUÇÃO, AVANÇOS E DÚVIDAS. DECLÍNIO?

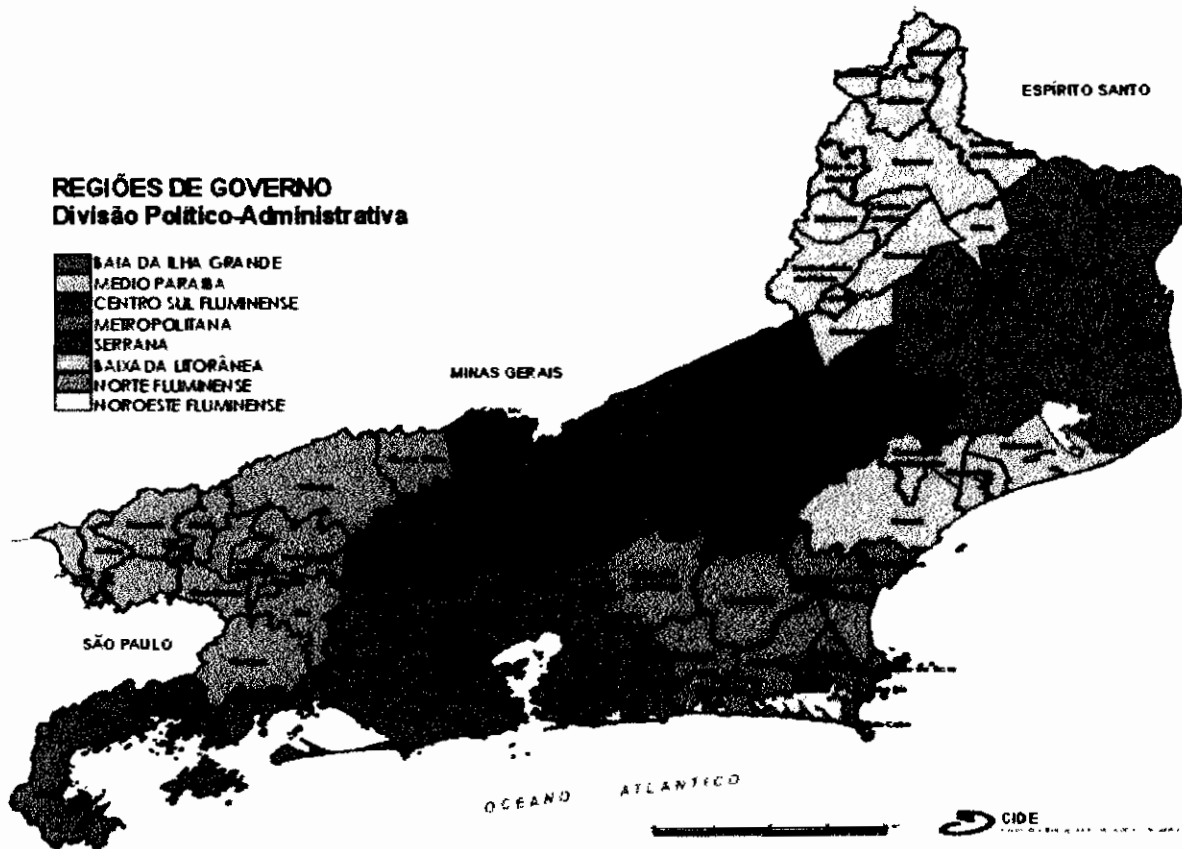
6.1. O contexto de atuação do CISMEPA

6.1.1. A região do Médio Paraíba: aspectos gerais

Seguindo a tendência observada no país nos anos 90, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Médio Paraíba (CISMEPA) foi celebrado no dia 1º de julho de 1998, por onze municípios: Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda. O município de Barra do Piraí, apesar de inicialmente não ter participado do processo de discussão e de não ter assinado o Termo do Consórcio, em agosto manifestou interesse em conformar a associação, e participou da segunda assembléia de gestores, realizada no dia 4 de agosto de 1998, incorporando-se à associação.

A Região do Médio Paraíba é composta por doze municípios, a saber: Barra Mansa, Barra do Piraí; Itatiaia; Pinheiral; Piraí; Porto Real; Quatis; Resende; Rio Claro; Rio das Flores, Valença e Volta Redonda, totalizando 786.470 habitantes em 2000, segundo censo do IBGE. A região compreende uma área territorial de 6.205,1 Km² e estabelece, a oeste, divisa com o estado de Minas Gerais e ao sul com o estado de São Paulo. O mapa a seguir permite visualizar melhor sua localização dentro do estado.

Figura 1: Mapa do Estado do Rio de Janeiro



Fonte: CIDE - Centro de Informação e Dados do Rio de Janeiro, 2004.

Integra a referida região um conjunto de núcleos urbanos de médio e grande portes, cuja base produtiva está relacionada a atividades diversas apoiadas, principalmente, em um parque industrial, o que a coloca na segunda posição em termos de desenvolvimento econômico no estado. Esse desenvolvimento se beneficiou da localização estratégica da região entre o Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais, que lhe confere ainda condições para a modernização das atividades e ampliação de mercados (CIDE, 2004¹⁴).

A região apresenta vários setores de atividade econômica – indústria, turismo, pecuária, comércio e serviços – mas, em contrapartida, possui graves problemas decorrentes do crescimento industrial desordenado e conflitos no uso da terra. Tais fatores foram ainda agravados por falhas nas políticas de controle da poluição, embora diversos programas de investimento venham sendo conduzidos para atenuar os níveis de comprometimento ambiental.

Dos municípios que compõem a região, Volta Redonda e Barra Mansa são os mais populosos e, somados, concentram quase a metade da população da área, conforme pode ser visto no quadro abaixo.

Quadro 2: População da região do Médio Paraíba, segundo municípios, em 2000

| Município | População |
|------------------|------------------|
| Barra do Pirai | 88.475 |
| Barra Mansa | 170.593 |
| Itatiaia | 24.729 |
| Pinheiral | 19.481 |
| Pirai | 22.079 |
| Porto Real | 12.092 |
| Quatis | 10.699 |
| Resende | 105.770 |
| Rio Claro | 15.808 |
| Rio das Flores | 7.615 |
| Valença | 66.290 |
| Volta Redonda | 242.839 |
| TOTAL | 786.470 |

Fonte: Censo do IBGE (2000).

¹⁴ Consultar <http://www.cide.gov.br> (2004).

Observa-se, no quadro a seguir, o crescimento populacional da região do Médio Paraíba no período de 2000 a 2003. Destacam-se Porto Real, município de maior crescimento, proporcionado pelo desenvolvimento do pólo metal-mecânico instalado em seu território industrial e adjacências no final da década de 90, e Barra Mansa, o de menor crescimento, com percentuais de 10,69% e 1,31% nos três anos, respectivamente.

Quadro 3: População e crescimento populacional no período de 2000 a 2003, segundo municípios da região do Médio Paraíba

| Município | Pop. 2000 | Crescimento % 2000-2001 | Pop. 2001 | Crescimento % 2001-2002 | Pop. 2002 | Crescimento % 2002-2003 | Pop. 2003 |
|----------------|-----------|-------------------------|-----------|-------------------------|-----------|-------------------------|-----------|
| Barra do Piraí | 88503 | 1,25 | 89611 | 0,95 | 90460 | 1,01 | 91370 |
| Barra Mansa | 170753 | 0,42 | 171468 | 0,48 | 172293 | 0,41 | 173003 |
| Itatiaia | 24739 | 4,26 | 25792 | 2,98 | 26561 | 3,19 | 27409 |
| Pinheiral | 19481 | 3,02 | 20069 | 2,09 | 20488 | 2,29 | 20957 |
| Piraí | 22118 | 1,48 | 22446 | 1,39 | 22757 | 1,32 | 23057 |
| Porto Real | 12095 | 4,41 | 12628 | 3,03 | 13011 | 3,25 | 13434 |
| Quatis | 10730 | 1,93 | 10937 | 1,87 | 11142 | 1,75 | 11337 |
| Resende | 104549 | 2,34 | 106994 | 1,75 | 108870 | 1,84 | 110875 |
| Rio Claro | 16228 | 1,97 | 16547 | 1,31 | 16763 | 1,53 | 17019 |
| Rio das Flores | 7625 | 1,72 | 7756 | 1,50 | 7872 | 1,47 | 7988 |
| Valença | 66308 | 0,99 | 66965 | 0,75 | 67464 | 0,79 | 68000 |
| Volta Redonda | 242063 | 1,10 | 244715 | 0,79 | 246642 | 0,86 | 248765 |
| Total | 785192 | 2,07 | 795928 | 1,57 | 804323 | 1,64 | 813214 |

Fonte: Censo 2000 e estimativas de crescimento do IBGE: <http://www.ibge.gov.br>

6.1.2. Alguns indicadores sociais do Médio Paraíba

Visando tão somente a ajudar a melhor conhecer a região de atuação do CISMEPA, são apresentados a seguir alguns indicadores sociais dos municípios que compõem o Médio Paraíba.

Sem pretensão de realizar uma análise crítica acerca da sua fidedignidade e dos aspectos que envolvem o processo de construção dos indicadores, tais como seus objetivos, metodologia e finalidades, optamos por utilizar o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)¹⁵. Esse indicador foi eleito, sobretudo, por estar internacionalmente disponível, por utilizar a mesma base de fonte de coleta de dados no âmbito nacional e por permitir comparações entre municípios, estados e regiões no mesmo período de tempo.

Acreditamos que o conhecimento da situação de desenvolvimento humano dos municípios da região permite uma melhor análise acerca das particularidades que envolvem o sistema de saúde, em especial o processo de regionalização do SUS e o desenvolvimento do consórcio de saúde que é objeto desta tese.

I – Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios da região do Médio Paraíba (IDHM)

Em que pesem as diferentes variações do IDHM entre os doze municípios da região, caracterizando desta forma uma desigualdade intra-regional, como se pode observar no **quadro 4**, a seguir, a maioria dos municípios da região do Médio Paraíba apresenta Índice de Desenvolvimento Humano Municipal médio (IDHM).

¹⁵ Criado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Índice de Desenvolvimento Humano foi formulado originalmente para medir o nível de desenvolvimento humano dos países a partir de indicadores de **educação** (alfabetização e taxa de matrícula), **longevidade** (esperança de vida ao nascer) e **renda** (PIB *per capita*). O índice varia de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total), os valores mais altos indicando níveis superiores de desenvolvimento humano. Para referência, segundo classificação do PNUD, os valores distribuem-se em 3 categorias: a) baixo desenvolvimento humano, quando o IDHM for menor que 0,500; b) médio desenvolvimento humano, para valores entre 0,500 e 0,800; e c) alto desenvolvimento humano, quando o índice for superior a 0,800. Para aferir o nível de desenvolvimento humano de municípios, as dimensões são as mesmas: educação, longevidade e renda, mas alguns dos indicadores utilizados são diferentes. Embora mensurem os mesmos fenômenos, os indicadores levados em conta no IDH municipal (IDHM) são mais adequados para avaliar as condições de núcleos sociais menores. Citamos como exemplo a taxa de matrícula no ensino médio, inexistente em alguns municípios de pequeno porte e tendo como consequência a migração dos alunos para outro município e a ausência de matriculados no município de origem.

O quadro apresenta o IDHM do Brasil, da macrorregião Sudeste, do estado do Rio de Janeiro e dos municípios da região do Médio Paraíba/RJ. Em todas as localidades citadas observa-se o aumento do IDHM no período de 1991 a 2000.

No Brasil, o crescimento do IDHM observado em 2000, comparativo a 1991, foi no percentual de 10%. O crescimento da Região Sudeste e do estado do Rio de Janeiro ficou abaixo da média de crescimento nacional – em torno de 8% e 7%, respectivamente. Na região do Médio Paraíba, Quatis foi o município com maior crescimento, encontrando-se acima da média nacional, e Volta Redonda, o de mais baixo crescimento, situando-se abaixo da média do estado no período, correspondendo a 13% e 6%, respectivamente.

Assim como o nível médio de IDHM do Brasil, da Região Sudeste e do estado do Rio de Janeiro, o quadro demonstra que, em 1991, a totalidade dos municípios da região possuía IDHM médio.

Adicionalmente, o quadro é indicativo da mudança da situação em 2000, demonstrada pelo IDHM alto do estado do Rio de Janeiro, que, apesar de ter apresentado o mais baixo crescimento, alcançou o índice de 0,807. Os municípios de Volta Redonda, Resende, Barra Mansa e Itatiaia também encontram-se com IDHM alto, estando os dois primeiros com índice acima da média do estado do RJ – representados por 0,815; 0,809; e os dois últimos, com índice abaixo da média do estado, representados por 0,806 e 0,800, respectivamente.

Quadro 4: IDH região, estado e Brasil

| Localidade | IDH 1991 | IDH 2000 |
|-----------------------------|----------|----------|
| Brasil | 0,696 | 0,766 |
| Região Sudeste | 0,729 | 0,791 |
| Estado do Rio de Janeiro | 0,753 | 0,807 |
| Região Médio Paraíba | | |
| Barra do Pirai | 0,724 | 0,781 |
| Barra Mansa | 0,739 | 0,806 |
| Itatiaia | 0,749 | 0,800 |
| Pinheiral | 0,727 | 0,796 |
| Pirai | 0,710 | 0,776 |
| Porto Real | 0,677 | 0,743 |
| Quatis | 0,700 | 0,791 |
| Resende | 0,753 | 0,809 |
| Rio Claro | 0,671 | 0,737 |
| Rio das Flores | 0,678 | 0,739 |
| Valença | 0,723 | 0,760 |
| Volta Redonda | 0,769 | 0,815 |

Fonte: Atlas do PNUD no Brasil: <http://www.pnud.org.br>

O quadro 5 é demonstrativo do IDHM segundo as três dimensões que compõem o indicador. Na dimensão renda¹⁶, a média de crescimento brasileira representou cerca de 6%, a da Região Sudeste aproximadamente 7% e a do estado do Rio de Janeiro em torno de 6%. Na região, o município de Porto Real foi o que apresentou a maior variação, com 12%, representando o dobro da média de crescimento do Rio de Janeiro e do Brasil e Rio das Flores a menor variação, com 2%.

Quanto à longevidade¹⁷, a média de crescimento do país foi em torno de 10%; a da Região Sudeste cerca de 8% e a do estado do Rio de Janeiro 7%. Nessa dimensão,

¹⁶ Na avaliação da renda dos habitantes de um município, o uso do PIB *per capita* torna-se inadequado, sobretudo porque nem toda a renda produzida dentro da área do município é apropriada pela população residente. Utiliza-se então o cálculo da renda municipal *per capita*. A renda média municipal *per capita* indica a renda média dos indivíduos residentes no município expressa em reais, pela cotação do dia 1º agosto de 2000. Os valores foram extraídos do questionário da amostra do Censo. A partir da pesquisa do IBGE, soma-se todo tipo de renda obtida pelos moradores daquele município (inclusive salários, pensões, aposentadorias e transferências governamentais, entre outros) e o somatório é dividido pelo número total de habitantes do município. O resultado é a renda municipal *per capita*.

¹⁷ Para avaliar o desenvolvimento humano no que diz respeito à longevidade, o IDH nacional e o IDH municipal utilizam a esperança de vida ao nascer. Esse indicador mostra qual a média de anos que a população nascida naquela localidade no ano de referência deve viver, desde que as condições de mortalidade existentes se mantenham constantes. Todas as causas de morte são contempladas para chegar ao indicador, tanto as ocorridas em função de doenças quanto as provocadas por causas externas (violências e acidentes). Para

observa-se um maior crescimento para Quatis, com 16,7% e um menor para Itatiaia, representado por 3,7%.

A dimensão educação¹⁸ foi a que apresentou maior percentual de crescimento no IHDM Brasil, com média de crescimento de 14%. Na Região Sudeste esse crescimento foi de 10% e no Estado do Rio de Janeiro cerca de 7%. No Médio Paraíba, a maior variação ocorreu em Rio das Flores e a menor em Volta Redonda, com os respectivos percentuais de 16,9% e 5,4% .

Quadro 5: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, por dimensão, do Brasil, Sudeste, Rio de Janeiro e da região do Médio Paraíba, 1991 e 2000

| Localidade | IDHM Renda 1991 | IDHM Renda 2000 | IDHM Longevidade 1991 | IDHM Longevidade 2000 | IDHM Educação 1991 | IDHM Educação 2000 |
|----------------|-----------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|
| Brasil | 0,681 | 0,723 | 0,662 | 0,727 | 0,745 | 0,849 |
| Sudeste | 0,700 | 0,749 | 0,690 | 0,747 | 0,797 | 0,877 |
| Rio de Janeiro | 0,731 | 0,779 | 0,690 | 0,740 | 0,837 | 0,902 |
| Médio Paraíba | | | | | | |
| Barra do Piraí | 0,662 | 0,710 | 0,686 | 0,727 | 0,823 | 0,906 |
| Barra Mansa | 0,659 | 0,717 | 0,721 | 0,787 | 0,837 | 0,913 |
| Itatiaia | 0,688 | 0,723 | 0,755 | 0,783 | 0,805 | 0,895 |

transformar esse número de anos em um índice, usa-se como parâmetro máximo de longevidade, 85 anos e, como parâmetro mínimo, 25 anos. Assim, se o município em questão tem uma esperança de vida ao nascer de 70 anos, seu IDHM-L será: $(70 - 25) / (85 - 25) \Rightarrow 45 / 60 \Rightarrow \text{IDHM-L} = 0,750$. Logo, o IDHM-L do município será 0,750.

¹⁸ Para medir o acesso à educação da população de uma localidade, o IDH municipal considera dois indicadores: a porcentagem de pessoas alfabetizadas entre os moradores com mais de 15 anos de idade daquele lugar (com peso dois no cálculo final) e a taxa de frequência bruta a salas de aula (peso um). Na taxa bruta de frequência em sala de aula, o que se pretende aferir é a parcela da população daquela cidade que vai à escola, em comparação à população municipal em idade escolar. O outro critério para a avaliação da educação de uma população é o percentual de alfabetizados maiores de 15 anos. Ele se baseia no direito constitucional de todos os brasileiros de terem acesso às oito séries do ensino fundamental. Ao final desse período, que pelo calendário normal se encerraria aos 14 anos de idade, espera-se que o indivíduo seja capaz de ler e escrever um bilhete simples. Daí a opção por se medir essa capacidade na população com 15 anos de idade ou mais. A taxa de alfabetização é obtida pela divisão do total de alfabetizados maiores de 15 anos pela população total de mais de 15 anos de idade do município pesquisado.

| Localidade | IDHM Renda 1991 | IDHM Renda 2000 | IDHM Longevidade 1991 | IDHM Longevidade 2000 | IDHM Educação 1991 | IDHM Educação 2000 |
|----------------|-----------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|
| Pinheiral | 0,633 | 0,688 | 0,730 | 0,789 | 0,817 | 0,910 |
| Piraí | 0,650 | 0,704 | 0,715 | 0,750 | 0,764 | 0,875 |
| Porto Real | 0,595 | 0,667 | 0,662 | 0,692 | 0,775 | 0,871 |
| Quatis | 0,649 | 0,686 | 0,701 | 0,818 | 0,750 | 0,868 |
| Resende | 0,693 | 0,758 | 0,721 | 0,750 | 0,844 | 0,918 |
| Rio Claro | 0,602 | 0,660 | 0,706 | 0,750 | 0,705 | 0,802 |
| Rio das Flores | 0,633 | 0,646 | 0,678 | 0,726 | 0,723 | 0,845 |
| Valença | 0,659 | 0,706 | 0,688 | 0,726 | 0,822 | 0,895 |
| Volta Redonda | 0,691 | 0,750 | 0,734 | 0,763 | 0,883 | 0,931 |

Fonte: Atlas do PNUD no Brasil: <http://www.pnud.org.br>

Os dois últimos quadros (4 e 5) são demonstrativos do crescimento do IDHM dos municípios da região do Médio Paraíba, com destaque para o nível de renda *per capita*, única dimensão analisada que ultrapassou a média de crescimento do Brasil. Tal fato aponta para o crescimento e desenvolvimento econômico regional, em que pese a grande variação de crescimento dessa dimensão entre os municípios da região.

O quadro 6 é indicativo da evolução dos indicadores de esperança de vida ao nascer, mortalidade até um ano de idade e mortalidade até cinco anos de idade¹⁹ no Brasil, Sudeste, estado do Rio de Janeiro e entre os municípios do Médio Paraíba, no período de 1991 a 2000. Permite avaliar os níveis de saúde dessa população, além de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde voltadas para o grupo materno-infantil

¹⁹ Segundo informações do Departamento de Dados Vitais da SES/RJ, as taxas de mortalidade até um ano de idade e até cinco anos de idade representam a distribuição percentual dos óbitos de menores de um ano e de menores de cinco anos, nas referidas faixas etárias.

O aumento da esperança de vida ao nascer pode ser observado em todas as localidades estudadas, com crescimento de 6% no Brasil, de 5% no Sudeste e 4% no Rio de Janeiro.

No período de 1991 a 2000, a totalidade dos municípios do Médio Paraíba apresentou aumento da esperança de vida ao nascer, sendo a maior variação de aumento de 6,98 anos de vida para o município de Quatis, representando 10%, e a menor para o município de Itatiaia, com acréscimo 1,64 anos de vida, representando 2%.

Novamente, em todas as localidades analisadas, verifica-se significativa redução na mortalidade infantil em menores de um ano. No Brasil, Sudeste e Rio de Janeiro esta redução esteve na ordem de 31%, 29% e 30%, respectivamente.

No entanto, a redução da mortalidade proporcional em menores de cinco anos de idade é maior do que a verificada na faixa etária de um ano, indicando melhorias nas condições de vida e de saúde da população. Nesse indicador, a Região Sudeste apresenta o maior percentual de redução, representado por 37%, seguida pelo Brasil e estado do Rio de Janeiro com 34% e 33%.

Da mesma forma, são demonstradas reduções nas taxas de mortalidade em menores de um ano e em menores de cinco anos em todos os municípios da região. O município que apresentou a maior redução nas taxas de mortalidade em ambas as faixas etárias foi Quatis, nos percentuais de 61% em ambas as faixas etárias, percentual bastante acima da média nacional, estadual, macrorregional. Itatiaia apresentou o menor percentual de redução de mortalidade infantil proporcional em ambas as faixas etárias, abaixo das médias do Brasil, Sudeste, estado do Rio de Janeiro e Médio Paraíba, sendo 27% em menores de 1 ano e 28% em menores de cinco anos.

Em que pese a evolução dos indicadores dos municípios da região acompanhar a média do país, da macrorregião e do estado, novamente pode ser observada grande variação entre os municípios do Médio Paraíba, indicando os diferentes níveis locais de condições de vida e de saúde.

Quadro 6: Esperança de vida ao nascer, mortalidade até um ano e mortalidade até cinco anos de idade — Brasil, Região Sudeste, estado do Rio de Janeiro e região do Médio Paraíba, em 1991 e 2000

| Localidade | Esperança de vida ao nascer, 1991 | Esperança de vida ao nascer, 2000 | Mortalidade até um ano de idade, 1991 | Mortalidade até um ano de idade, 2000 | Mortalidade até 5 anos de idade, 1991 | Mortalidade até 5 anos de idade, 2000 |
|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Médio Paraíba | | | | | | |
| Barra do Pirai | 66,15 | 68,63 | 30,97 | 21,25 | 35,42 | 24,06 |
| Barra Mansa | 68,27 | 72,2 | 25,21 | 14,15 | 28,86 | 16,04 |
| Itatiaia | 70,32 | 71,96 | 20,26 | 14,59 | 23,22 | 16,54 |
| Pinheiral | 68,81 | 72,34 | 23,84 | 13,91 | 27,3 | 15,77 |
| Pirai | 67,9 | 70 | 26,15 | 18,33 | 29,93 | 20,77 |
| Porto Real | 64,69 | 66,49 | 35,35 | 26,31 | 40,41 | 29,78 |
| Quatis | 67,09 | 74,07 | 28,33 | 11,04 | 32,42 | 12,52 |
| Resende | 68,27 | 70 | 25,2 | 18,33 | 28,86 | 20,77 |
| Rio Claro | 67,34 | 70 | 27,64 | 18,33 | 31,63 | 20,77 |
| Rio das Flores | 65,66 | 68,54 | 32,39 | 21,44 | 37,04 | 24,29 |
| Valença | 66,26 | 68,54 | 30,65 | 21,44 | 35,06 | 24,29 |
| Volta Redonda | 69,05 | 70,8 | 23,25 | 16,74 | 26,63 | 18,97 |
| Est. do Rio de Janeiro | 66,41 | 69,42 | 29,93 | 21,20 | 34,36 | 23,0 |
| Sudeste | 66,44 | 69,85 | 33,67 | 23,90 | 42,36 | 26,78 |
| Brasil | 64,73 | 68,61 | 44,68 | 30,57 | 59,47 | 39,31 |

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil – PNUD: <http://www.pnud.org.br>

II - Indicadores de Saúde da Região do Médio Paraíba

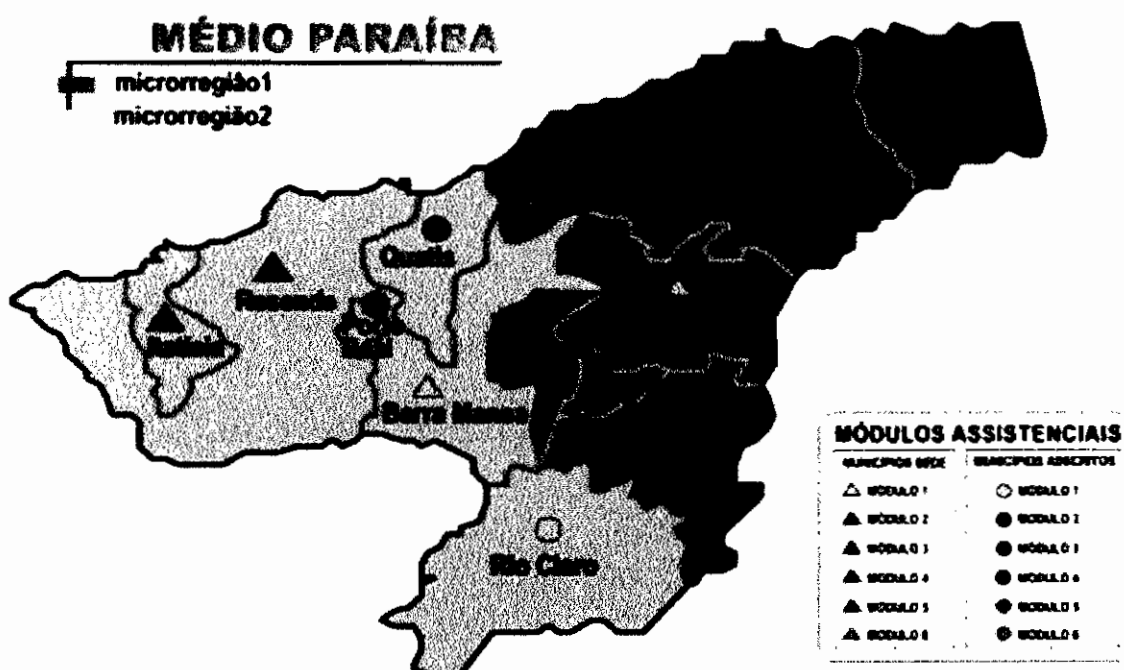
A figura 2, a seguir, foi extraída do Plano Diretor de Regionalização da SES/RJ (PDR/RJ) e apresenta o mapa da região do Médio Paraíba, segundo a proposta de divisões de microrregiões e módulos assistenciais estabelecidos pela Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/02. O PDR foi elaborado em 2002, utilizando a estratégia de escuta de demandas dos municípios em encontros regionais coordenados pela SES.

complementar. Após pactuação, os municípios que compõem o módulo são signatários de um termo de garantia de acesso aos serviços de saúde.

Na região, a maioria dos municípios apresenta-se como módulo assistencial individual. Apenas os módulos propostos para Resende, Barra Mansa e Valença são indicativos de estabelecimento de municípios satélites ou adscritos aos municípios-sede, conforme apontados a seguir e indicados na legenda da figura 2:

Rio Claro é adscrito ao município de Barra Mansa e estes, juntos, conformam um módulo assistencial. Resende é município-sede no módulo em que Quatis e Porto Real são satélites e, da mesma forma, Rio das Flores está adscrito à Valença, conformando outro módulo assistencial.

Figura 2: Mapa ilustrativo da região do Médio Paraíba, segundo o Plano Diretor de Regionalização da SES/RJ



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do RJ — Plano Diretor de Regionalização (In: <http://www.saude.rj.gov.br>)

Tendo em vista aprofundar o conhecimento da situação de saúde da região e, de forma sintética, analisá-los comparativamente, são apresentados a seguir alguns indicadores de saúde do Brasil, do Sudeste, do estado do Rio de Janeiro e da região do Médio Paraíba do Rio de Janeiro.

Tendo em vista aprofundar o conhecimento da situação de saúde da região e, de forma sintética, analisá-los comparativamente, são apresentados a seguir alguns indicadores de saúde do Brasil, do Sudeste, do estado do Rio de Janeiro e da região do Médio Paraíba do Rio de Janeiro.

O **quadro 7** demonstra os óbitos, a população e a taxa bruta de mortalidade, segundo o município de residência no ano de 2003.

A taxa bruta de óbitos²⁰ expressa a intensidade da ocorrência anual de mortes em determinada população, sendo aqui apresentada por contribuir para estimar o componente migratório da variação demográfica e para subsidiar ações de planejamento em saúde.

Para esta análise, foi utilizada a população do ano de 2002 para todas as localidades, por não haver dado mais recente disponibilizado pelo Ministério da Saúde para consulta.

Como pode ser verificado, a taxa bruta de óbitos da região do Médio Paraíba é de 6,43 óbitos por mil habitantes, assemelhando-se aos 6,23 da macrorregião Sudeste. Ambas as localidades possuem taxas inferiores à do país e à do estado do Rio de Janeiro, que representam, respectivamente, 9,82 e 7,86.

No Médio Paraíba, a maior taxa bruta de mortalidade é apresentada pelo município de Barra do Piraí, com 8,22 óbitos por mil habitantes, seguido por Valença com 8,92 por mil habitantes. Adicionalmente, Barra Mansa, Piraí e Volta Redonda apresentam taxas superiores à média da região, todavia inferiores à média do estado e do Brasil.

A menor taxa pertence a Porto Real, representada por 4,53 óbitos por mil habitantes, que significa pouco menos da metade da média nacional.

²⁰ A taxa bruta de mortalidade é representada pelo número de óbitos, expresso por mil habitantes, ocorridos na população geral, em determinado período. É influenciada pela estrutura da população, por sexo e idade, por sua vez, condicionada a fatores sociais e econômicos. Para se comparar populações, que não é o caso deste estudo, torna-se necessária a padronização das taxas brutas de mortalidade. Utilizamos como fonte o Departamento de Dados Vitais da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro / SPD / CISA / DDV, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e o IBGE – População Residente – Estimativas.

Quadro 7: População, frequência e taxa bruta de óbitos, segundo localidade em 2002

| Localidade | Óbitos | População | Taxa Bruta |
|---------------------------------|----------------|--------------------|-------------------|
| Brasil | 982.807 | 176.876.251 | 9,82 |
| Sudeste | 470.221 | 75.392.023 | 6,23 |
| Estado do Rio de Janeiro | 117.018 | 14.879.144 | 7,86 |
| Médio Paraíba | 5.594 | 804.323 | 6,43 |
| Barra do Pirai | 744 | 90.460 | 8,22 |
| Barra Mansa | 1.227 | 172.293 | 7,12 |
| Itatiaia | 152 | 26.561 | 5,72 |
| Pinheiral | 95 | 20.488 | 4,64 |
| Pirai | 151 | 22.757 | 6,64 |
| Porto Real | 59 | 13.011 | 4,53 |
| Quatis | 70 | 11.142 | 6,28 |
| Resende | 678 | 108.870 | 6,23 |
| Rio Claro | 103 | 16.763 | 6,14 |
| Rio das Flores | 47 | 7.872 | 5,97 |
| Valença | 602 | 67.464 | 8,92 |
| Volta Redonda | 1.666 | 246.642 | 6,75 |

Fonte: Ministério da Saúde /DATASUS / Sistema de Informação de Mortalidade: <http://www.datasus.gov.br>

O **quadro 8** apresenta os óbitos não-fetais por Capítulo do Código Internacional de Doenças – CID 10ª revisão, segundo localidade e município de residência, no ano de 2002.

Observa-se que a maior frequência de óbitos no Brasil, na macrorregião Sudeste, no estado do Rio de Janeiro e no Médio Paraíba, foi devido a Doenças do Aparelho Circulatório, representadas por 27% para o Brasil, 29% para a Região Sudeste e estado do Rio de Janeiro e 35% para o Médio Paraíba, índice superior às demais localidades.

As quatro primeiras causas de óbitos na macro-região Sudeste e no Médio Paraíba são idênticas: Doenças do Aparelho Circulatório, Neoplasias, Causas Externas e Doenças do Aparelho Respiratório, respectivamente.

Da mesma forma, as cinco primeiras causas de óbitos da região do Médio Paraíba são as mesmas ocorridas no estado do Rio de Janeiro; no entanto, somente as Doenças do Aparelho Circulatório ocupam igual posição em ambas as localidades. As demais distribuem-se de forma variada entre as situações de ocorrência.

O quadro aponta ainda que, diferentemente do Sudeste, Rio de Janeiro e Médio Paraíba, no Brasil, as Doenças Endócrinas e Metabólicas não ocupam os seis primeiros grupos de causas de mortalidade, onde se observam as Doenças Infecciosas e Parasitárias na sexta posição. Este último grupo de causas ocupa a sexta posição no Brasil, a sétima no Rio de Janeiro e a oitava no Sudeste e Médio Paraíba, representado igualmente por 5% nas três primeiras localidades e 5% na última, respectivamente.

O primeiro grupo de causa de óbitos na região do Médio Paraíba foi por Doenças do Aparelho Circulatório, com 1.932 eventos e 35% dos óbitos. A segunda causa de óbitos foram as Neoplasias, totalizando 798 ocorrências e 14% dos óbitos, seguidas pelas Causas Externas e 644 eventos, representados por 12% da mortalidade por essa causa. As Doenças do Aparelho Respiratório representaram a quarta causa por grupo de óbitos na região, com 557 mortes representando 10% dos óbitos.

Quadro 8: Óbitos por causa do CID 10^a, segundo localidade de residência em 2002

| Localidade | Brasil | % | Sudeste | % | Rio de Janeiro | % | Médio Paraíba | % |
|---|----------------|-----------|----------------|-----------|-----------------------|-----------|----------------------|-----------|
| I. Algumas doenças infec. e parasitárias | 45.175 | 5 | 21.314 | 5 | 5509 | 5 | 187 | 3 |
| II. Neoplasias (tumores) | 129.923 | 13 | 68.222 | 15 | 15915 | 14 | 798 | 14 |
| III. D. sangue órgãos hemat e transt imunit. | 5.217 | 1 | 2.361 | 1 | 675 | 1 | 38 | 1 |
| IV. Doenças end. nutricionais e metabólicas | 49.222 | 5 | 23.367 | 5 | 7216 | 6 | 380 | 7 |
| V. Transtornos mentais e comportamentais | 7.011 | 1 | 3.603 | 1 | 595 | 1 | 42 | 1 |
| VI. Doenças do sistema nervoso | 12.857 | 1 | 6.837 | 0 | 1468 | 1 | 68 | 1 |
| VII. Doenças do olho e anexos | 11 | 0 | 10 | 0 | 22 | 0 | 0 | 0 |
| VIII. Doenças do ouvido e da apóf. mastóide | 115 | 0 | 52 | 0 | 18 | 0 | 0 | 0 |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 267.496 | 27 | 138.267 | 29 | 33901 | 29 | 1932 | 35 |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 94.754 | 10 | 50.887 | 11 | 12104 | 10 | 557 | 10 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 45.797 | 5 | 23.309 | 5 | 4739 | 4 | 290 | 5 |
| XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 1.932 | 0 | 1.029 | 0 | 221 | 0 | 16 | 0 |
| XIII. Doenças sist. osteom. e tec conjuntivo | 2.885 | 0 | 1.413 | 0 | 295 | 0 | 22 | 0 |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 15.167 | 2 | 8.401 | 2 | 2183 | 2 | 123 | 2 |
| XV. Gravidez parto e puerpério | 1.650 | 0 | 531 | 0 | 176 | 0 | 11 | 0 |
| XVI. Algumas afec originadas no per. perinatal | 33.136 | 3 | 11.753 | 2 | 2507 | 2 | 157 | 3 |
| XVII. Malf cong deformid e anom. cromossômicas | 9.733 | 1 | 3.984 | 1 | 821 | 1 | 42 | 1 |
| XVIII. Sint sinais e achad anom ex clín e laborat | 134.176 | 14 | 43.019 | 9 | 12595 | 11 | 287 | 5 |
| XX. Causas externas de morb. e mortalidade | 126.550 | 13 | 61.862 | 13 | 16078 | 14 | 644 | 12 |
| TOTAL | 982.807 | 10 | 470.221 | 10 | 117.018 | 10 | 5.594 | 10 |

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/ Sistema de Informação de Mortalidade: <http://www.datasus.gov.br>

A mortalidade infantil representa o número de óbitos de menores de um ano de idade, expresso por mil nascidos vivos, em determinado local e período. Estima o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida. Altas taxas de mortalidade infantil refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida de uma população. Geralmente são classificadas em alta (50 ou mais), média (20 a 50) e baixa (inferior a 20).

Já a distribuição percentual de óbitos de menores de um ano indica o peso relativo dos óbitos em cada faixa etária da população com menos de um ano de idade. Estima a composição da mortalidade infantil em relação aos fatores ligados à gestação e ao parto (óbitos de 0 a 6 dias e de 7 a 27 dias) e aos ligados ao meio ambiente (óbitos de 28 dias e mais). Percentuais elevados de óbitos pós-neonatais estão associados a precárias condições de vida e de saúde.

O **quadro 9** apresenta o coeficiente de mortalidade infantil, segundo seus componentes no Brasil, na macro-região Sudeste, no Rio de Janeiro. Optou-se pelo ano de 2002, por serem os dados mais recentes disponíveis pelo Ministério da Saúde para todas as localidades estudadas.

Como pode ser observado, nesse ano o coeficiente de mortalidade infantil de cinco municípios da região do Médio Paraíba (a saber: Barra do Piraí, Barra Mansa, Quatis, Rio das Flores e Valença) era superior ao do Brasil (19,26), ao do Sudeste (16,48) e ao do estado do Rio de Janeiro (17,94), o que indica a necessidade de melhorar as condições de vida e de acesso com qualidade aos serviços de saúde na região, em especial na área materno-infantil.

A análise dos componentes permite afirmar que, com exceção de Pinheiral, Piraí e Porto Real, todas as demais localidades apresentam maior concentração de óbitos na faixa etária de zero a seis dias de vida. Adicionalmente, no período analisado os coeficientes de mortalidade infantil dos três municípios apresentaram-se abaixo da média do Sudeste, do estado e do Brasil, com valores de 13,89%, 16,17% e 15,56%.

Os três municípios são de pequeno porte e apenas Piraí possui maternidade em sua rede de saúde. A elevada concentração de óbitos nessa faixa etária é indicativa da

necessidade de implementar melhorias na assistência ao pré-natal e ao parto, bem como ao recém-nascido. Nesse período, o CISMEPA, através do Projeto Materno-Infantil, adquiria os equipamentos para assistência ao recém-nascido, que foram posteriormente alocados em UTIs, UIs e salas de parto de hospitais da região. No Brasil, essa faixa representa 50% dos óbitos, na macrorregião Sudeste equivale a 53% e no estado do Rio de Janeiro apresenta-se como 54%.

No entanto, os óbitos na faixa etária de 28 dias a 11 meses representam, na média brasileira, cerca de 33%, superada apenas por Itatiaia e Porto Real, que apresentaram 66,67% e 50%, respectivamente. Para essa faixa etária, os percentuais do Sudeste e do Rio de Janeiro são, respectivamente, 30 e 29%. Apenas Valença apresentou percentuais acima destes, representado por 32,14%.

Quadro 9: Mortalidade infantil por componente, segundo localidade no ano de 2002

| Localidade | 0 a 6 dias | 7 a 27 dias | 1 a 11 meses | > 11 meses e ign | TOTAL | CMI |
|-----------------------|-------------------|--------------------|---------------------|----------------------------|---------------|--------------|
| Brasil | 29.950 | 8.729 | 20.011 | 226 | 58.916 | 19,26 |
| Sudeste | 10.486 | 3.293 | 5.837 | 84 | 19.700 | 16,48 |
| Rio de Janeiro | 2.256 | 683 | 1.216 | 12 | 4.167 | 17,94 |
| Médio Paraíba | | | | | | |
| Barra do Piraí | 33 | 4 | 6 | 0 | 43 | 31,62 |
| Barra Mansa | 29 | 12 | 10 | 0 | 51 | 20,29 |
| Itatiaia | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 | 6,59 |
| Pinheiral | 1 | 2 | 1 | 0 | 4 | 13,89 |
| Piraí | 3 | 3 | 0 | 0 | 6 | 16,17 |
| Porto Real | 1 | 1 | 2 | 0 | 4 | 15,56 |
| Quatis | 5 | 1 | 0 | 0 | 6 | 36,36 |
| Resende | 19 | 5 | 9 | 0 | 33 | 18,12 |
| Rio Claro | 2 | 0 | 2 | 0 | 4 | 15,04 |
| Rio das Flores | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 19,80 |
| Valença | 16 | 3 | 9 | 0 | 28 | 25,02 |
| Volta Redonda | 30 | 12 | 16 | 1 | 59 | 17,09 |

Fonte: Ministério da Saúde: DATASUS: SIM e SINASC.

O **quadro 10** é demonstrativo da evolução dos óbitos infantis ocorridos no período de 1997 a 2002 nas mesmas localidades analisadas no quadro anterior. Em que pese os dados disponíveis de óbitos e nascidos vivos do Estado do Rio de Janeiro serem referentes até 2003, novamente optamos por utilizar como último período o ano de 2002, por ser o dado mais recente para o Brasil, possibilitando, assim, uma análise comparativa entre as localidades.

Como pode ser observado, há uma tendência de declínio no coeficiente de mortalidade infantil nos seis anos analisados, na grande maioria das localidades analisadas. No Brasil e na região do Médio Paraíba, essa redução representou 18%, índice bastante inferior ao do Sudeste, representado por 33%. O percentual de redução do estado do Rio de Janeiro como um todo foi de 25%.

Quadro 10: Óbitos em menores de um ano, por mil nascidos vivos, segundo local de residência da mãe, no período de 1997 a 2002

| Localidade | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Brasil | 23,59 | 22,77 | 21,29 | 21,26 | 19,88 | 19,25 |
| Sudeste | 24,63 | 21,11 | 19,3 | 18,67 | 17,45 | 16,48 |
| Rio de Janeiro | 24,04 | 22,56 | 21,28 | 19,73 | 18,24 | 17,94 |
| Médio Paraíba | 23,49 | 23,68 | 20,75 | 24,87 | 19,49 | 19,97 |
| Barra do Pirai | 31,07 | 27,52 | 28,81 | 31,93 | 29,35 | 31,61 |
| Barra Mansa | 21,74 | 25,91 | 19,51 | 24,42 | 19,65 | 20,29 |
| Itatiaia | 27,03 | 28,38 | 17,09 | 35,05 | 19,23 | 6,59 |
| Pinheiral | 36,07 | 27,90 | 40,74 | 17,54 | 17,60 | 13,88 |
| Pirai | 13,28 | 20,76 | 14,55 | 18,90 | 16,31 | 16,17 |
| Porto Real | 12,35 | 25,64 | 33,75 | 48,24 | 26,31 | 15,56 |
| Quatis | 0 | 33,33 | 9,52 | 30,76 | 42,10 | 36,36 |
| Resende | 25,67 | 21,68 | 20,84 | 24,55 | 19,10 | 18,12 |
| Rio Claro | 20,71 | 24,64 | 21,53 | 20,61 | 10,10 | 15,03 |
| Rio das Flores | 55,17 | 25,42 | 33,33 | 30,76 | 9,52 | 19,80 |
| Valença | 27,90 | 2,26 | 21,14 | 27,25 | 17,09 | 25,24 |
| Volta Redonda | 20,13 | 19,46 | 17,10 | 20,56 | 16,62 | 17,09 |

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SINASC e SIM

O **quadro 11** é demonstrativo dos óbitos de menores de um ano, segundo faixa etária, ocorridos na região do Médio Paraíba no período de 1997 a 2002. Apesar da tendência de declínio da ocorrência de óbitos infantis na região, permanece a elevada concentração de óbitos nos primeiros 27 dias de vida, os quais, em 1999 e em 2002, alcançaram o percentual de 78% e 76% dos óbitos infantis, respectivamente. Tais indicadores refletem a necessidade de melhorar a qualidade dos serviços de pré-natal e assistência ao parto e aos recém-nascidos nos municípios do Médio Paraíba.

Quadro 11: Óbitos por residência e por ano do óbito, segundo faixa etária menor de 1 ano, no Médio Paraíba, no período de 1997 a 2002

| Faixa Etária | 1997 | % | 1998 | % | 1999 | % | 2000 | % | 2001 | % | 2002 | % |
|--------------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| 0 a 6 dias | 214 | 61,0 | 193 | 57,4 | 190 | 62,1 | 195 | 57,7 | 136 | 55,3 | 142 | 58,4 |
| 7 a 27 dias | 41 | 11,7 | 48 | 14,3 | 51 | 16,7 | 51 | 15,1 | 44 | 17,9 | 43 | 17,7 |
| 1 a 11 meses | 95 | 27,1 | 95 | 28,3 | 65 | 21,2 | 92 | 27,2 | 66 | 26,8 | 57 | 23,5 |
| < 1 ano e ign. | 1 | 0,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,4 |
| TOTAL | 351 | 100,0 | 336 | 100,0 | 306 | 100,0 | 338 | 100,0 | 246 | 100,0 | 243 | 100,0 |

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

6.1.3. O Sistema de Saúde Local

Visando a melhor caracterizar a rede de saúde e a produção de serviços da região do Médio Paraíba, apresentamos a seguir o quantitativo de unidades de saúde ambulatoriais e hospitalares, assim como o de procedimentos constantes da tabela do SIA e do SIH/SUS informados pelos municípios no ano de 2003. Utilizamos esse período por ser o dado mais recente disponível para consulta.

I - Estrutura Física da rede de serviços de saúde da região do Médio Paraíba

Quadro 122: Hospitais por regime, segundo município da região do Médio Paraíba, 2003

| Município | Público | Privado | Universitário | TOTAL |
|------------------|----------------|----------------|----------------------|--------------|
| Barra do Pirai | 0 | 3 | 0 | 3 |
| Barra Mansa | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Itatiaia | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Pirai | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Quatis | 0 | 2 | 0 | 2 |
| Resende | 1 | 2 | 0 | 3 |
| Rio Claro | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Rio das Flores | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Valença | 0 | 4 | 1 | 5 |
| Volta Redonda | 3 | 4 | 0 | 7 |
| TOTAL | 5 | 19 | 1 | 25 |

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

O quadro 12 apresenta o número de Unidades Hospitalares na região, de acordo com seu regime no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas. Observa-se que, dos 25 hospitais existentes, apenas cinco são públicos e um é universitário, e que a grande maioria dessas unidades é privada.

Entretanto, ao analisarmos o quadro 13, verificamos que a oferta de leitos no Médio Paraíba está representada por cerca de 2,72 leitos por mil habitantes. Não há uma distribuição homogênea de leitos pelos municípios. Além disso, embora alguns municípios apresentem taxas elevadas, como é o caso de Quatis, isto decorre do fato de compor a rede de saúde do município um hospital psiquiátrico, com 287 leitos cadastrados ao SUS (na realidade, a totalidade de leitos deste município).

O mesmo quadro é indicativo dos leitos hospitalares da região, segundo regime jurídico e aponta que, do total de leitos, 76,28% são privados, 14,69% são públicos e apenas 9% são universitários.

Quadro 13: Leitos hospitalares por regime, segundo município da região do Médio Paraíba/RJ, em 2003

| Município | Público | Privado | Universitário | TOTAL | Leitos/mil hab. |
|----------------|---------|---------|---------------|-------|-----------------|
| Barra do Pirai | 0 | 264 | 0 | 264 | 2,88 |
| Barra Mansa | 0 | 267 | 0 | 267 | 1,54 |
| Itatiaia | 43 | 0 | 0 | 43 | 1,56 |
| Pirai | 0 | 86 | 0 | 86 | 3,7 |
| Quatis | 0 | 287 | 0 | 287 | 25,31 |
| Resende | 47 | 136 | 0 | 183 | 1,6 |
| Rio Claro | 0 | 47 | 0 | 47 | 2,76 |
| Rio das Flores | 0 | 32 | 0 | 32 | 4,0 |
| Valença | 0 | 287 | 200 | 487 | 7,16 |
| Volta Redonda | 236 | 286 | 0 | 522 | 2,09 |
| TOTAL | 326 | 1692 | 200 | 2218 | 2,72 |

Fonte: DATASUS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS): <http://www.datasus.gov.br> e IBGE, estimativa da população de 2003 <http://www.ibge.gov.br>

O **quadro 14** apresenta a oferta de leitos de Unidade de Terapia Intensiva na região, em julho de 2003. Existiam apenas 0,07 leitos de UTI por mil habitantes na região, sendo cerca de 66% deles privados e apenas 34% públicos.

Quadro 14: Leitos de UTI por Regime, segundo Município da Região do Médio Paraíba/RJ em julho de 2003

| Município | Público | Privado | TOTAL |
|----------------|---------|---------|-------|
| Barra do Pirai | 0 | 7 | 7 |
| Barra Mansa | 0 | 8 | 8 |
| Resende | 5 | 14 | 19 |
| Valença | 0 | 6 | 6 |
| Volta Redonda | 16 | 6 | 22 |
| TOTAL | 21 | 41 | 62 |

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

O **quadro 15** apresenta as Unidades de Saúde Ambulatoriais de cada município do Médio Paraíba, de acordo com o tipo de prestador de serviços. Dessas unidades, cerca de

86% são públicas – 96% pertencem à esfera municipal e apenas 0,25 à esfera estadual – o que demonstra a descentralização da oferta e gestão dos serviços de saúde na região.

Quadro 15: Unidades ambulatoriais por tipo prestador, segundo município da região do Médio Paraíba/RJ, em julho de 2003

| Município | Público Federal | Público Estadual | Público Municipal | Privado c/ fins lucrativos | Privado f/ simples | Filantropico CNAS válido | Sindicato | TOTAL |
|------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------------|------------------|--------------|
| Barra do Pirai | 2 | 0 | 27 | 0 | 0 | 5 | 1 | 35 |
| Barra Mansa | 1 | 0 | 66 | 10 | 0 | 3 | 1 | 81 |
| Itatiaia | 2 | 0 | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 17 |
| Pirai | 1 | 0 | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 |
| Pinheiral | 0 | 1 | 17 | 0 | 0 | 1 | 0 | 19 |
| Porto Real | 0 | 0 | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 |
| Quatis | 1 | 0 | 13 | 0 | 0 | 1 | 0 | 15 |
| Resende | 1 | 0 | 53 | 0 | 0 | 2 | 0 | 56 |
| Rio Claro | 0 | 0 | 20 | 0 | 0 | 1 | 1 | 22 |
| Rio das Flores | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 | 1 | 0 | 11 |
| Valença | 2 | 0 | 37 | 0 | 0 | 7 | 1 | 47 |
| Volta Redonda | 4 | 0 | 98 | 13 | 14 | 1 | 1 | 131 |
| TOTAL | 14 | 1 | 379 | 23 | 14 | 22 | 5 | 458 |

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Quadro 16: Unidades Ambulatoriais por tipo de unidade detalhada, segundo município da região do Médio Paraíba, em julho de 2003

| Tipo de Unidade | Barra do Piraí | Barra Mansa | Itaiaia | Pinheiral | Piraí | Porto Real | Quatis | Resende | Rio Claro | Rio das Flores | Valença | Volta Redonda | TOTAL |
|--------------------------|----------------|-------------|---------|-----------|-------|------------|--------|---------|-----------|----------------|---------|---------------|-------|
| Posto de Saúde | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| Centro de Saúde | 24 | 33 | 4 | 0 | 0 | 3 | 2 | 6 | 12 | 7 | 28 | 27 | 146 |
| Policlínica | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 8 | 15 |
| Amb.Hosp. Geral | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 4 | 13 |
| Amb. Hosp. Especializado | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 6 |
| Unidade Mista | 3 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 9 |
| P. S. Geral | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| P. S. Especializado | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Consultório | 0 | 9 | 4 | 0 | | 2 | 3 | 13 | 5 | 1 | 4 | 37 | 81 |
| Cl. Especializada | 4 | 12 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 5 | 14 | 41 |
| CAPEs/NAPEs* | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 6 | 13 |
| Centro de Reabilitação | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 4 |
| SADT ** | 2 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 5 | 1 | 0 | 2 | 12 | 29 |
| U.MóvelTerrestre | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Dispens. Medicamentos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |

(continua)

Quadro 16: Unidades Ambulatoriais por tipo de unidade detalhada, segundo município da região do Médio Paraíba, em julho de 2003 (continuação)

| Tipo de Unidade | Barra do Pirai | Barra Mansa | Itaitala | Pinhelral | Pirai | Porto Real | Quatis | Resende | Rio Claro | Rio das Flores | Valença | Volta Redonda | TOTAL |
|-------------------------|-----------------------|--------------------|-----------------|------------------|--------------|-------------------|---------------|----------------|------------------|-----------------------|----------------|----------------------|--------------|
| U. Saúde da Família | 0 | 15 | 1 | 7 | 12 | 5 | 2 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | 62 |
| U. Vigilância Sanitária | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 9 |
| Não Especificadas | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 1 | 5 | 15 |
| TOTAL | 35 | 81 | 17 | 12 | 18 | 13 | 15 | 56 | 22 | 11 | 47 | 131 | 458 |

Obs.: * = CAPES/NAPES: Centro e Núcleo de Atenção Psicossocial; ** = SADI: Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico;

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

O **quadro 16** detalha as Unidades de Saúde existentes na região. As unidades foram especificadas de acordo com nomenclatura do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde. Observa-se que Centros de Saúde, Consultórios e Unidades de Saúde da Família compreendem 63% da rede ambulatorial total, e apenas 4% são ambulatorios vinculados a hospitais. Somente 3% da oferta ambulatorial são Centros ou Núcleos de Atenção Psicossocial.

II - Produção Ambulatorial e Hospitalar do Médio Paraíba

O **quadro 17** ilustra as internações do SUS segundo município de internação na região e especialidade, no ano de 2003. Observa-se que o total de internações ocorridas na região no período foi de 54.227, incluídos residentes de outros município de fora da região do Médio Paraíba. As internações em Clínica Médica representam 40,43% do total de internações, seguida pelas internações em Clínica Cirúrgica e Obstetrícia, que apresentam um percentual de 27,73% e 18,22%, respectivamente. Pediatria, Psiquiatria e Tisiologia apresentam 8,32%, 5,20% e 0,06%, respectivamente.

O **quadro 18** é demonstrativo das internações de pacientes dos doze municípios do Médio Paraíba, ocorridas dentro da mesma região, em 2003. Os dados foram obtidos no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do DATASUS e são originados a partir da emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)²¹. Segundo o IBGE, em 2003 a população total da região era de 813.214 habitantes. Foram realizadas 55.534 internações pelo SUS de municípios do Médio Paraíba na região – portanto, uma média de 68,28 internações por mil habitantes no período. O quadro não ilustra as internações de residentes do Médio Paraíba que ocorreram fora da região.

²¹ A Autorização para Internação Hospitalar (AIH) é um documento individual emitido pela unidade hospitalar ou ambulatorial e solicitado pelo médico assistencial. Com exceção das internações de urgência e emergência, prescindem de autorização prévia do gestor municipal para que o procedimento seja executado pelo hospital. A AIH1 é aquela em que o tratamento se inicia, podendo ter procedimentos suficientes para a totalidade da assistência necessária, caso contrário, a mesma internação poderá gerar a AIH5, complementar à primeira. As AIHs, quando processadas no Sistema de Informações Hospitalares, permitem conhecer não só o quantitativo de internações de uma Unidade Hospitalar, um município ou uma região como também diversas variáveis relacionadas às morbidades.

A maior frequência dessas internações na região foi por Gravidez, Parto e Puerpério, seguida pelas internações por Doenças do Aparelho Circulatório; a terceira causa foi por Doenças do Aparelho Respiratório. As internações por Gravidez, Parto e Puerpério foram a primeira causa de internações em seis municípios, sendo estes Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Resende e Volta Redonda. Em Barra do Piraí, Porto Real, Rio Claro, Rio das Flores e Valença predominaram as internações por Doenças do Aparelho Circulatório. Os Transtornos Mentais e Comportamentais, Capítulo V, foram a sétima causa de internações na região; no entanto, representaram a primeira causa de internações em Quatis e a segunda em Porto Real. Cumpre ressaltar que esses municípios são contíguos e que a totalidade dos leitos existentes em Quatis são de Psiquiatria. As Doenças Infecciosas e Parasitárias representaram a oitava causa de internações na região nesse período; entretanto, representaram a quarta causa de internações em Barra do Piraí.

Quadro 17: Internações do SUS por município de internação por especialidade na Região do Médio Paraíba/RJ em 2003

| Município | Clínica cirúrgica | Obstetrícia | Clínica médica | Psiquiatria | Fisiologia | Pediatria | Total |
|----------------|-------------------|-------------|----------------|-------------|------------|-------------|--------------|
| Barrado Piraí | 1876 | 870 | 3274 | 11 | 0 | 1128 | 7159 |
| Barra Mansa | 2193 | 1780 | 3598 | 298 | 0 | 683 | 8552 |
| Itatiaia | 211 | 347 | 577 | 0 | 0 | 126 | 1261 |
| Piraí | 414 | 427 | 792 | 0 | 0 | 131 | 1764 |
| Quatis | 0 | 6 | 506 | 1915 | 0 | 60 | 2487 |
| Resende | 279 | 1884 | 3157 | 3 | 13 | 711 | 8047 |
| Rio Claro | 935 | 177 | 462 | 0 | 0 | 0 | 1574 |
| Rio das Flores | 0 | 27 | 363 | 0 | 0 | 0 | 390 |
| Valença | 2164 | 883 | 3901 | 0 | 0 | 347 | 7295 |
| Volta Redonda | 4968 | 3483 | 5297 | 597 | 22 | 1331 | 15698 |
| Total | 15040 | 9884 | 21927 | 2824 | 35 | 4517 | 54227 |

Fonte: MS/DATASUS/Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS.

Quadro 18: Internações AIH1 e 5 por Capítulo do CID10, segundo município de residência, ocorridas na região do Médio Paraíba/RJ em 2003

| Capítulo CID-10 | Barra do Piraj | Barra Mansa | Itatiaia | Pinheiral | Piraj | Porto Real | Quatis | Resende | Rio Claro | Rio das Flores | Valença | Volta Redonda | Total |
|---|----------------|-------------|----------|-----------|-------|------------|--------|---------|-----------|----------------|---------|---------------|-------|
| XV. Gravidez ,parto e puerpério | 1018 | 2031 | 428 | 177 | 354 | 15 | 142 | 1855 | 205 | 89 | 822 | 2943 | 9879 |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 1742 | 1710 | 207 | 85 | 265 | 95 | 115 | 1162 | 217 | 164 | 1212 | 1997 | 8971 |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 904 | 914 | 199 | 74 | 166 | 77 | 152 | 824 | 119 | 126 | 1002 | 1516 | 6073 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 698 | 1008 | 161 | 105 | 162 | 71 | 89 | 666 | 132 | 63 | 654 | 1462 | 5271 |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 545 | 810 | 117 | 80 | 184 | 44 | 54 | 513 | 128 | 52 | 649 | 1348 | 4524 |
| XIX. Lesões enven e alg out conseq caus externas | 405 | 749 | 141 | 57 | 97 | 35 | 42 | 514 | 15 | 41 | 465 | 1038 | 3599 |
| V. Transtornos mentais e comportamentais | 247 | 1160 | 92 | 27 | 68 | 83 | 169 | 659 | 34 | 24 | 65 | 580 | 3208 |
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 758 | 554 | 48 | 29 | 59 | 15 | 70 | 166 | 62 | 28 | 407 | 657 | 2853 |
| II. Neoplasias (tumores) | 373 | 630 | 78 | 51 | 72 | 26 | 34 | 320 | 120 | 14 | 217 | 464 | 2399 |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 453 | 411 | 52 | 19 | 100 | 17 | 56 | 242 | 58 | 64 | 259 | 486 | 2217 |
| XIII. Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo | 224 | 241 | 38 | 11 | 44 | 9 | 14 | 109 | 49 | 9 | 129 | 236 | 1113 |
| XXI. Contatos com serviços de saúde | 41 | 58 | 12 | 12 | 130 | 29 | 5 | 233 | 2 | 0 | 3 | 586 | 1111 |
| XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 44 | 250 | 76 | 12 | 29 | 17 | 18 | 187 | 19 | 8 | 140 | 178 | 978 |

(continua)

Quadro 18: Internações AIH1 e 5 por Capítulo do CID10, segundo município de residência, ocorridas na região do Médio Paraíba/RJ em 2003 (continuação)

| Capítulo CID-10 | Barra do Piraí | Barra Mansa | Itatiaia | Pinheiral | Piraí | Porto Real | Quatis | Resende | Rio Claro | Rio das Flores | Valença | Volta Redonda | Total |
|--|----------------|--------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|----------------|-------------|---------------|--------------|
| VI. Doenças do sistema nervoso | 201 | 139 | 14 | 6 | 15 | 5 | 6 | 81 | 26 | 10 | 98 | 228 | 829 |
| III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár | 113 | 87 | 22 | 8 | 21 | 7 | 19 | 74 | 4 | 22 | 107 | 200 | 684 |
| XVI. Algumas afec originadas no período perinatal | 38 | 77 | 15 | 8 | 13 | 11 | 9 | 138 | 2 | 0 | 35 | 195 | 541 |
| XVIII. Sint sinais e achad anom ex clín e laborat | 143 | 113 | 31 | 5 | 11 | 12 | 1 | 62 | 8 | 2 | 41 | 78 | 507 |
| XVII. Malf cong deform e anomalias cromossômicas | 50 | 120 | 11 | 14 | 17 | 2 | 4 | 47 | 10 | 5 | 66 | 111 | 457 |
| VII. Doenças do olho e anexos | 21 | 51 | 8 | 1 | 15 | 1 | 7 | 115 | 5 | 0 | 22 | 12 | 258 |
| VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide | 3 | 10 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 22 | 2 | 0 | 7 | 15 | 61 |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 8021 | 11123 | 1750 | 781 | 1824 | 571 | 1006 | 7790 | 1217 | 721 | 6400 | 14330 | 55534 |

Fonte: MS/DATASUS/Sistema de Informações Hospitalares do SUS-SIH/SUS

6.2. O processo de constituição do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba/RJ - CISMEPA

Apesar de terem se iniciado em todo o país na década de 80, no estado do Rio de Janeiro, os consórcios de saúde foram implantados apenas no final dos anos 90. A exceção é o HEMOLAGOS, celebrado em 1988²².

O processo de discussão do CISMEPA teve origem em fevereiro de 1997, quando se identificou a necessidade de realizar a Programação Pactuada e Integrada (PPI), prevista pela Norma Operacional Básica (NOB/96). A PPI é a forma de planejar e programar a oferta de serviços de saúde em uma região, na qual gestores pactuam necessidades e ofertas de ações e serviços de saúde, com a coordenação da Secretaria Estadual de Saúde.

Liderados por Volta Redonda, que detém maior quantidade de serviços na região e as unidades de maior complexidade, alguns municípios desencadearam o processo de discussão da situação de saúde da região, através de um levantamento de informações acerca da capacidade instalada em saúde, dos recursos humanos e do perfil epidemiológico. As reuniões iniciaram-se em março de 1997, convocadas pela vice-presidência regional do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), representada pela Secretária Municipal de Saúde de Volta Redonda. As reuniões eram itinerantes, com a finalidade de sensibilizar os gestores de cada município e facilitar a participação de todos, tendo ocorrido em Itatiaia, Resende, Barra Mansa e Volta Redonda. Para garantir maior assiduidade e dar legitimidade às discussões, decidiu-se que os Secretários Municipais de Saúde enviariam às reuniões um representante do quadro técnico, quando estes não pudessem comparecer.

Na primeira etapa foram elaboradas planilhas para recolher o maior número possível de informações sobre a rede de saúde de cada município, e enviadas a todos os

²² O HEMOLAGOS/RJ foi implantado em 1988, em virtude do fechamento do único banco de sangue da Região dos Lagos, em Cabo Frio, o que punha em risco a saúde da população. Com a finalidade de superar esse problema, a SES elaborou um Plano Emergencial de Sangue e Hemoderivados para a Baixada Litorânea e iniciou um processo de articulação com alguns municípios da região (a saber: Araruama, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, São Pedro da Aldeia e Saquarema), totalizando seis municípios com 347.704 habitantes, correspondendo a 2,51% da população do estado. Esse consórcio obteve grande parcela de apoio da SES/RJ, que identificou o problema da necessidade de melhoria da qualidade do sangue e hemoderivados e articulou os municípios na região, participando ativamente da elaboração do projeto intermunicipal e inserindo-o em projetos de investimentos regionais, como o REFORSUS estadual, em 1996.

secretários municipais de Saúde. As informações colhidas eram relativas aos indicadores de mortalidade e morbidade de cada município, além daquelas relativas à capacidade instalada, tais como número de leitos, de consultórios médicos, entre outros.

A segunda etapa, de tabulação dos dados, foi muito longa, pois a ausência de vários representantes municipais impossibilitava o esclarecimento de dúvidas surgidas a partir das informações das planilhas.

Diante do elevado número de informações incorretas, da dificuldade de obter melhores dados nos municípios, da ausência de recursos humanos disponíveis para o levantamento dos dados e, sobretudo, da constatação de que as dificuldades eram comuns à maioria dos municípios, decidiu-se contratar uma assessoria exclusiva para implantar o consórcio regional. Essa contratação ocorreu em julho de 1997, por intermédio do COSEMS/RJ, que realizou arrecadação entre os municípios e a repassou à assessoria técnica regional.

Vale ressaltar que o COSEMS desempenhou importante papel na articulação entre os municípios e no apoio à proposta de contratação de assessoria, ao se prontificar a servir como intermediário no acordo e ao viabilizar o prosseguimento das discussões da proposta de CIS regional.

A assessoria iniciou seu trabalho visitando as secretarias de Saúde e logo identificou uma série de problemas nos municípios, sobretudo naqueles de menor porte e recentemente emancipados (três novos municípios: Porto Real, Pinheiral e Quatis, emancipados respectivamente em 1995, 1994 e 1991)²³. Essas dificuldades traduziam-se em desinformação e desorganização das atividades-meio das secretarias municipais de Saúde, o que por vezes inviabilizava as atividades-fim. Isso se agravou em 1996 com a mudança dos secretários municipais de Saúde, nos municípios em que o prefeito não elegeu seu sucessor.

A elaboração do diagnóstico de saúde regional foi dificultada pela necessidade de dedicação dos municípios em iniciar o pleito de habilitação à NOB/96, uma vez que tal

²³ O levantamento das informações com vistas à elaboração do diagnóstico permitiu conhecer alguns problemas enfrentados pelo nível central das secretarias municipais de Saúde, a saber: insuficiência de recursos humanos; inadequada estrutura administrativa; ausência de relatórios gerenciais; baixo grau de capacitação e qualificação profissional; desconhecimento dos indicadores epidemiológicos locais, entre outros.

procedimento requeria o atendimento a uma série de exigências técnicas, administrativas e jurídicas, difíceis de serem cumpridas a curto prazo, tais como aprovação de Lei Municipal criando o Fundo Municipal de Saúde; criação e comprovação do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde; elaboração do Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão; comprovação da garantia da oferta de procedimentos da atenção básica e da existência de equipe mínima em vigilância sanitária e epidemiológica, entre outras.

Vale lembrar que alguns municípios nunca haviam realizado Conferência Municipal de Saúde, não possuíam Conselho Municipal nem Fundo Municipal de Saúde, nem tampouco dispunham de informações suficientes para subsidiarem o Plano Municipal de Saúde e os Relatórios de Gestão.

Visando a superar esse problema, decidiu-se que a assessoria priorizasse os municípios recém-emancipados, mesmo porque o resultado de seu trabalho subsidiaria a execução do Plano Intermunicipal de Saúde, através do levantamento de dados e informações locais.

Tão logo o processo de habilitação dos municípios terminou²⁴, estava pronto o Termo de Consórcio da Região do Médio Paraíba, que é bastante detalhado e serviu como estatuto do consórcio (**Anexo II**).

Nesse estatuto estão definidos os **objetivos básicos da associação**, a saber:

- I. manutenção e aquisição de insumos, materiais de consumo e equipamentos destinados a ações e serviços de saúde, com prioridade para internações hospitalares nas clínicas básicas e serviço de apoio diagnóstico e terapia nas áreas de imagenologia, traçados gráficos, patologia clínica de maior complexidade, anatomopatologia, medicina nuclear, endoscopia, fisioterapia, assistência ambulatorial especializada, hemoderivados, vigilância à saúde, além de outras ações, a serem definidas no Plano Intermunicipal;
- II. redução das taxas de mortalidade materno-infantil;
- III. organização da demanda e aumento da oferta de leitos de UTI neonatal e pediátrico;

²⁴ Em julho de 1998, apenas Porto Real ainda não estava habilitado em nenhuma forma de gestão. Nesse período estava realizando sua primeira Conferência Municipal de Saúde.

IV. implantação de sistemas de agendamento de consultas e exames especializados em uma Central de Internações Hospitalares, entre outros.

As reuniões da PPI, as visitas *in loco* aos municípios e os debates no processo de discussão do consórcio, que duraram pouco mais de um ano, subsidiaram a definição das prioridades e das metas, a destinação dos investimentos e a elaboração do Plano Intermunicipal de Saúde (PIS). A elaboração desse plano coube a um grupo técnico de três profissionais, funcionários das Secretarias de Saúde de Volta Redonda e Barra Mansa.

No período inicial, ou seja, no decorrer do ano de 1997, apenas os técnicos, assessores e secretários de Saúde participavam dos encontros. Quando ficou pronto o projeto da parceria, o mesmo grupo decidiu apresentá-lo aos prefeitos e formalizar a proposta da celebração do consórcio. A primeira reunião com os prefeitos ocorreu no início de 1998, no gabinete do prefeito de Volta Redonda, quando todos os presentes selaram o acordo.²⁵

Apesar do longo processo de discussão, levantamento de dados e análise da situação de saúde na região, redigir o Plano Intermunicipal de Saúde (PIS) foi rápido: a assinatura do Termo de Consórcio ocorreu no dia primeiro de julho e o prazo legal para empenho de recursos orçamentários em ano eleitoral não podia ultrapassar 90 dias antes do dia da eleição. Ou seja, para garantir o repasse dos recursos financeiros de investimento ao consórcio, na ordem de R\$ 2.000.000,00, era necessário elaborar o PIS, realizar abertura de CNPJ e registrar em cartório toda a documentação, até o dia 3 de julho de 1998.

A agilidade requerida pelo exíguo espaço de tempo para a elaboração do Plano Intermunicipal de Saúde resultou num plano pouco representativo. Esse prejuízo pôde ser reparado nas assembléias de gestores que se seguiram, quando foram discutidos, detalhadamente, todos os projetos de intervenção que se incluem no plano, a saber:

- ♦ Projeto I - Assistência Materno-Infantil;
- ♦ Projeto II - Apoio aos Municípios do CISMEPA;

²⁵ Não há registro documental dessa reunião. Como a associação ainda não havia sido estabelecida, o encontro foi informal.

- ◆ Projeto III - Sangue e Hemoderivados;
- ◆ Projeto IV - Sistema Intermunicipal de Informação em Saúde;
- ◆ Projeto V - Sistema de Referência e Contra-referência Intermunicipal
- ◆ Projeto VI – Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada;
- ◆ Projeto VII - Diagnóstico e Terapia;
- ◆ Projeto VIII - Prevenção e Controle de Doenças Cardiovasculares e Diabetes;
- ◆ Projeto IX - Valorizando a vida: estratégia para a redução de ocorrências externas.²⁶

No que dizia respeito à estrutura jurídico-administrativa, a SES exigiu que se formasse uma associação civil de direito privado, sem fins lucrativos. A proposta inicial dos gestores era utilizar o CNPJ do município-sede para dar à associação identidade e contabilidade próprias. Essa proposta não mereceu a aceitação da SES, interveniente do CISMEPA, sob o argumento de ser impossível a transferência de recursos em tais condições.

Na verdade, o modelo não aprovado que havia sido proposto pelo grupo da região era diferente da grande maioria dos consórcios de saúde existentes no país. A proposta foi realizada após visita de uma secretária e dois técnicos à Betim/MG e Penápolis/SP, com a finalidade de conhecer o funcionamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba (CISMEP) e o Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis (CISA), respectivamente.

A opção pelo modelo do CISMEP de Betim deveu-se, sobretudo, ao receio de se criar uma quarta estrutura de gestão do SUS, que pudesse gerar mais conflitos nas relações federativas, tradicionalmente já bastantes difíceis no Brasil.

Os consórcios intermunicipais de saúde são sociedades civis de direito privado, sem fins lucrativos, que podem assumir direitos e obrigações, podendo, entre outras medidas, contratar profissionais e adquirir equipamentos, obedecendo à legislação pública, considerando se tratar de recursos públicos.

²⁶ Para uma análise mais detalhada acerca dos projetos, sugerimos a leitura do Plano, que se encontra no Anexo III.

Ao não aprovar a proposta da região, a SES/RJ alegava ainda a existência do documento oficial do Ministério da Saúde que recomenda a formação de sociedade civil de direito privado sem fins lucrativos (BRASIL, 1997) e um documento da mesma SES (RIO DE JANEIRO, 1995), segundo o qual os consórcios deveriam constituir-se sob a mesma modalidade.

6.3. Estrutura do CISMEPA

O referido consórcio é formado por um Colegiado de Prefeitos, uma Assembléia de Gestores e um Comitê de Administração. O primeiro é o órgão de deliberação máxima e também aprecia a prestação de contas, sendo presidido por um membro eleito por 2/3 do colegiado; o segundo é formado pelos titulares das secretarias municipais de Saúde e delibera sobre as ações destinadas a cumprir as finalidades do consórcio; por fim, o Comitê de Administração é constituído por equipes técnicas compostas por servidores das secretarias consorciadas.

A participação financeira dos municípios no custeio das atividades administrativas ocorre de forma automática e regular, através de dispositivo mensal de quota, estabelecida de acordo com o Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Volta Redonda foi eleito município executor e sua Secretária de Saúde a Secretária-Executiva do CISMEPA.

Definiu-se um critério homogêneo, conhecido e assimilado pela maioria dos municípios, uma vez que o cálculo é de base *per capita*. Todavia, há previsão de revisão dos valores estabelecidos em caso de aumento ou redução dos custos administrativos, assim como proposta de custeio adicional para oferta e utilização de serviços, se os associados assim decidirem.

Em que pese a existência de cláusula indicativa da obrigatoriedade do repasse financeiro de custeio, não há, no instrumento jurídico, previsão de penalidade para os associados que não obedecerem ao disposto no estatuto.

No período decorrido entre a demonstração de compromisso com repasse de recursos pela SES, através da emissão de nota de empenho em favor do consórcio, e o final do primeiro ano de gestão do novo governo estadual, as reuniões regulares das assembléias de gestores não alcançaram a presença de todos os municípios consorciados.

A baixa freqüência pode ser atribuída primordialmente à ausência de repasse dos recursos financeiros pela SES, que acarretou a inexistência de resultados concretos da associação.

Não obstante, o longo período de discussão sobre as necessidades de saúde regionais e de levantamento da capacidade instalada em cada município serviu para aproximar, sobremaneira, os gestores municipais. As dificuldades de cada município são, hoje, mais bem compreendidas por todos e há maior disposição para a pactuação. Existe, assim, um grau de solidariedade maior do que antes do processo inicial de discussão do consórcio.

Ao final de 1999, o secretário estadual de Saúde, em seu primeiro ano de gestão, participou de assembléia de gestores e reunião de prefeitos, convocada extraordinariamente para discussão do financiamento e das prioridades regionais. A partir daí, houve o compromisso, por parte da SES, de repassar R\$ 1.000.000,00 para o consórcio, o que ocorreu no ano de 2000.

Com a redução do montante de recursos financeiros do Plano Intermunicipal de Saúde em um milhão de reais, priorizou-se a execução dos projetos de Assistência Materno-Infantil e de Apoio aos Municípios, nos valores aproximados de R\$ 950.000,00 e R\$ 50.000,00, respectivamente.

6.4. Projetos Desenvolvidos pelo CISMEPA no período 2000-2003

6.4.1. Projeto de Apoio aos Municípios

O Projeto de Apoio aos Municípios visou a dotar de estrutura mínima gerencial, prioritariamente, municípios recém-emancipados ou de pequeno porte. Com ele foi prevista a aquisição de microcomputadores, impressoras e similares.

A existência do recurso financeiro finalmente motivou a estruturação da equipe técnica de assessoramento do consórcio, que passou a contar com a coordenação da vice-prefeita de Volta Redonda e de mais três profissionais da área de Planejamento e Saúde Coletiva. Simultaneamente, a área física do gabinete da vice-prefeitura de Volta Redonda também abrigou o CISMEPA, dotando-o de infra-estrutura de funcionamento, o que facilitou a comunicação e a integração entre os municípios.

6.4.2. Projeto Materno-Infantil

Sob a gerência do novo grupo assessor em 2001, iniciou-se o processo de discussão e levantamento das necessidades de cada município, com vistas a atualizar as informações para o novo Plano de Trabalho do Projeto Materno-Infantil. As reuniões de trabalho eram compostas de gestores e técnicos de alguns municípios e pela assessoria técnica do consórcio. Vale ressaltar que o Plano Intermunicipal de Saúde – que, entre outros projetos, contemplava o Projeto Materno-Infantil – havia sido elaborado em 1998. Assim, em 2001 este se encontrava desatualizado, particularmente acerca do diagnóstico dos municípios.²⁷.

Apreciado e aprovado em março de 2001 pelo Colegiado de Prefeitos e pela Assembléia de Gestores, o Projeto Materno-Infantil apresenta o seguinte escopo:

1. incorporação tecnológica nos ambulatórios de pré-natal, maternidade, Unidade de Tratamento Intensivo neonatal e de adulto;
2. incorporação tecnológica na área de informática;
3. capacitação dos médicos e enfermeiros nas áreas de pré-natal de baixo risco, pré-natal de alto risco e neonatologia (reanimação neonatal e assistência ventilatória neonatal);
4. capacitação dos técnicos de enfermagem em neonatologia para técnicos de enfermagem e em assistência ventilatória para técnicos de enfermagem na sala de parto;
5. supervisão do pré-natal de baixo risco;
6. supervisão em assistência ao parto;
7. supervisão em prevenção e controle de infecções hospitalares em neonatologia (UTI Neonatal).

²⁷ Nesse período tentou-se formar o Grupo Técnico Regional Materno-Infantil. Em que pese a proposta ter sido debatida em duas assembleias de gestores e tido consenso para sua aprovação, os secretários não encaminharam os representantes dos municípios conforme solicitado e insistido pela secretaria executiva. A resistência foi entendida como uma negação à criação do Comitê Materno-Infantil.

Apesar de o projeto ter sido executado na íntegra, sua prestação de contas apontou um saldo de cerca de R\$ 45.000,00. Após decisão em Assembléia de Gestores, nova rodada de levantamento de necessidades de equipamentos para as maternidades foi realizada e o saldo restante foi destinado à aquisição de novos equipamentos para as UTI neonatais e à ampliação do período de supervisão na assistência ao parto. Os critérios utilizados visaram a atender a todos os municípios, usuários em potencial das Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal e das maternidades da região.

O quadro 19 mostra a distribuição dos equipamentos e seu valor financeiro, segundo o município beneficiado pelos projetos, para o ano de 2002.

Quadro19: Distribuição dos valores dos equipamentos segundo municípios da região do Médio Paraíba em 2002

| Valor Municípios | Projeto Materno-Infantil | Projeto de Apoio aos Municípios | Valor Total em Reais |
|-------------------------|---------------------------------|--|-----------------------------|
| Barra do Pirai | 49.767,00 | 2.744,00 | 52.511,00 |
| Barra Mansa | 169.257,00 | 2.744,00 | 172.00,00 |
| Itatiaia | 80.412,00 | 2.744,00 | 83.156,00 |
| Pinheiral | 33.775,00 | 2.744,00 | 36.519,00 |
| Pirai | 70.584,00 | 2.744,00 | 73.328,00 |
| Quatis | 28.002,00 | 2.744,00 | 30.746,00 |
| Resende | 134.460,00 | 2.744,00 | 137.204,00 |
| Rio das Flores | 28.002,00 | 2.744,00 | 30.746,00 |
| Rio Claro | 50.283,00 | 2.744,00 | 53.027,00 |
| Valença | 128.443,00 | 2.744,00 | 131.187,00 |
| Volta Redonda | 82.320,00 | 12.914,00 | 95.234,00 |
| TOTAL | 883.307,00 | 43.098,00 | 926.405,00 |

Fonte: Relatório de Prestação de Contas do CISMEPA/ 2001 a 2003 (sem indicação de página).

Observa-se que, do total de R\$ 926.405,00, 95% dos recursos foram direcionados para o Projeto Materno-infantil, uma prioridade e uma grande carência naquele momento. Dentro desse projeto foram selecionados para receber maiores investimentos em equipamentos os municípios que possuíam leitos de obstetrícia e UTI neonatal. Como

pode ser analisado, Barra Mansa, Resende, Valença e Volta Redonda receberam maior aporte de recursos em equipamentos.

Em 2001, Barra Mansa realizou a construção do Hospital da Mulher, dotado de UTI Neonatal, mas sem a previsão de aquisição de equipamentos. Tal situação motivou a definição pelo elevado aporte dos recursos tecnológicos, correspondente a perto de 20% do total investido no Projeto Materno-Infantil.

Resende possui uma maternidade de referência regional e uma UTI Neonatal com quatro leitos, com necessidade de ampliá-los para oito, o que da mesma forma a levou a receber o benefício (15,2% do total).

Valença apresentava necessidade de reestruturação de sua maternidade e Volta Redonda, que possuía UTI e UI neonatais com dez leitos, adquiriu novos equipamentos para ampliar sua capacidade de atendimento.

A fim de complementar os investimentos e promover a melhoria da qualidade da atenção na área materno-infantil, foram realizados ainda cursos de capacitações e supervisões oferecidos a todos os municípios do consórcio. Os cursos foram direcionados aos obstetras, neonatologistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem nas áreas de pré-natal, assistência ao parto, puerpério e UTI neonatal. Foram capacitados 192 médicos, 53 enfermeiros e 63 auxiliares e técnicos de enfermagem, totalizando 307 profissionais. Abaixo estão relacionados os cursos, seu público e período de realização:

1. Capacitações:

1.1 *Pré-Natal de Baixo Risco*: curso para enfermeiros, realizado no período de agosto a novembro de 2001;

1.2 *Reanimação Neonatal*: curso para neonatologistas e enfermeiros de unidades hospitalares, realizado nos meses de março e maio de 2001;

1.3 *Neonatologia*: curso voltado para pediatras e enfermeiros de unidades hospitalares, realizado no período de novembro à dezembro de 2001;

1.4 *Assistência Ventilatória em Neonatologia*: curso direcionado a técnicos e auxiliares de enfermagem de unidades hospitalares, em maio de 2002;

1.5 *Assistência Ventilatória ao Recém-Nascido na Sala de Parto para técnicos de enfermagem*: realizado nos meses de julho e dezembro de 2002.

1.6 *Pré-Natal de Baixo Risco para Obstetras*: realizado em abril de 2002;

1.7 *Pré-Natal de Alto Risco*: direcionado a obstetras, foi realizado no período de novembro de 2002 a janeiro de 2003.

Visando ao acompanhamento *in loco* das atividades propostas nos cursos oferecidos, foram realizadas supervisões desempenhadas por enfermeira e médicos, conforme abaixo descrito:

2 Supervisões:

2.1 *Pré -Natal de Baixo Risco*: foram contemplados os ambulatórios de pré-natal de todos os municípios;

2.2 *Assistência ao Parto*: foram realizadas supervisões nas seguintes unidades de saúde: Hospital Flávio Leal, localizado em Piraí, Hospital José Fonseca, em Valença, Maternidade de Porto Real, Hospital e Maternidade de Itatiaia e Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Resende (APMIR);

2.3 *Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares em Neonatologia*: supervisões ocorridas nas Unidades de Terapia Intensiva da APMIR e do Hospital São João Batista, de Volta Redonda.

Os resultados alcançados após os investimentos estaduais na área materno-infantil da região do Médio Paraíba, através do CISMEPA, são analisados no próximo item deste capítulo.

6.4.3. Projeto de Controle da Dengue

Dispondo de assessoramento permanente e contando com a boa experiência de funcionamento do grupo técnico materno-infantil, os municípios passaram a identificar a sede do consórcio como um espaço permanente de discussão dos problemas e demandas regionais, motivo pelo qual, a partir de 2001, as reuniões periódicas regionais do Conselho

de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro (COSEMS/RJ) passaram a ocorrer no mesmo local²⁸.

Por conseguinte, as dificuldades diárias que afligiam os gestores e técnicos dos municípios tornaram-se também ponto de pauta das Assembléias de Gestores, somando-se aos assuntos dos projetos do consórcio. Desta forma, a epidemia de dengue ocorrida em 2002 no estado do Rio de Janeiro e na região do Médio Paraíba tornou-se o centro das atenções das autoridades sanitárias da região, que encontraram no CISMEPA o fórum ideal para o enfrentamento conjunto do grave problema.

Após a reintrodução do vetor em 1976, a primeira epidemia de dengue ocorreu em 1986 na região metropolitana e daí se propagou para outras regiões. Como cada região possui seu pólo atrator – ou seja, cidade com população suficiente para manter a transmissão, com importante dinâmica de deslocamento das populações (comércio, escola, atividades industriais) –, o vírus, seguindo esse movimento, foi sendo introduzido em outras localidades de populações menores.

Com circulação de dois tipos de vírus, DEN-1 e DEN-2, introduzidos, respectivamente, em 1986 e 1990, grande parcela da população havia adquirido imunidade para os dois tipos de vírus na maioria das regiões do estado, e existia a receptividade para o DEN-3 e DEN-4.

A introdução de um novo tipo de vírus da Dengue (DEN-3) no estado do Rio de Janeiro aumentou a possibilidade de casos com manifestações hemorrágicas que poderiam necessitar de internações hospitalares. Através de seu *Boletim Epidemiológico*²⁹, a assessoria técnica da SES alertava que a letalidade para os casos de Febre Hemorrágica da Dengue não tratados ou tratados erroneamente variava entre 40 e 50%. O quadro 20 é demonstrativo da situação da Dengue na região no período de 2001 a 2003.

28 O COSEMS/RJ é um órgão colegiado composto pelos secretários municipais de Saúde do estado do RJ, que visa a apoiar e consolidar o processo de construção do SUS nos municípios. Além de dispor de sede na capital do estado, onde periodicamente se reúnem seus membros, é composto por uma diretoria executiva estadual e vice-presidências regionais. Na região do Médio Paraíba as reuniões são mensais, nas quais os doze secretários têm oportunidade de discutir e deliberar sobre os assuntos de seu interesse.

²⁹Informações disponíveis no *Boletim Informativo da Saúde Coletiva* – SES-RJ / FUNASA-RJ - ano 2, nº 1, novembro / dezembro/2001.

Quadro 20: Casos de dengue segundo município da região do Médio Paraíba, 2001 a 2003

| Municípios | 2001 | 2002 | 2003 |
|-------------------|--------------|---------------|-------------|
| Barra do Pirai | 567 | 3176 | 579 |
| Barra Mansa | 550 | 3759 | 295 |
| Itatiaia | 8 | 308 | 8 |
| Pinheiral | 51 | 431 | 63 |
| Pirai | 64 | 16 | 30 |
| Porto Real | 10 | 97 | 16 |
| Quatis | 1 | 55 | 2 |
| Resende | 108 | 3158 | 171 |
| Rio das Flores | 3 | 33 | 4 |
| Rio Claro | 5 | 79 | 6 |
| Valença | 55 | 1101 | 46 |
| Volta Redonda | 409 | 5081 | 916 |
| TOTAL | 1.831 | 17.294 | 916 |

Fonte: SES/RJ, Departamento de Dados Vitais, SINAN.

Diante da grave situação, os gestores e técnicos da região decidiram enfrentar o problema de forma conjunta. Durante reunião da Assembléia de Gestores, decidiu-se que os secretários de Saúde nomeariam seus representantes para a criação do Comitê Técnico Regional da Dengue, que, junto à assessoria técnica do consórcio, passaria a elaborar as diretrizes de controle e combate à dengue na região. Desse modo, a partir de abril de 2002, o tema tornou-se importante pauta das reuniões regionais do COSEMS e do CISMIPA. Ainda naquele mês, iniciou-se um planejamento estratégico situacional, a partir do qual foi elaborado o Plano Regional de Combate à Dengue.

As oficinas de trabalho que culminaram com a elaboração do plano contaram com a participação de técnicos, representantes da SES e gestores municipais, tendo sido o mesmo apresentado ao secretário de estado de Saúde no mês de julho seguinte, após aprovação pela Assembléia de Gestores.

Os encontros iniciais, em sua maioria, contaram com a presença de um representante da Secretaria de Estado de Saúde, nos quais foram priorizadas a realização do diagnóstico da situação na região, a partir da busca de informações e consolidação dos dados regionais, assim como um estudo apontando as necessidades dos municípios. Nessa planilha regional foram demonstradas a estrutura ideal para o combate à dengue e a situação em cada município, por tipo de recurso, a saber: agentes de saúde; veículos; microscópios; computadores e equipamentos nebulizadores portáteis e motorizados. A base de cálculo para a situação ideal foi realizada a partir do levantamento do número de imóveis registrados nos Programas Municipais de Combate à Dengue.

Criou-se um fluxo (informal, via contatos telefônicos, e mais formal, via participação do CISMEPA nas reuniões sobre a dengue) através do qual, além do encaminhamento do Plano Regional, as informações regionais passaram a ser enviadas à SES e ao COSEMS e, por conseguinte, a subsidiar os debates e as pactuações na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), particularmente visando a obter recursos materiais e financeiros adicionais para os municípios do Médio Paraíba.

O Plano Regional de Combate à Dengue no Médio Paraíba apresentou, de modo inovador (até onde é de nosso conhecimento), entre diversas medidas de prevenção e controle da doença, a proposta de trabalho regional em forma de barreira sanitária, na qual municípios contíguos obedeceriam a uma programação seqüencial de operações de campo³⁰, sem sofrer descontinuidade geográfica, a fim de se assegurar o trabalho em cada território municipal. Assim, o trabalho de campo nos bairros ou distritos limítrofes iniciava-se concomitantemente, a partir de programação conjunta dos serviços municipais de zoonoses dos municípios envolvidos.

A estratégia iniciou-se pelo município de Volta Redonda, Barra do Pirai e Barra Mansa, pelo fato de serem contíguos e, juntos, representarem a maioria da população da região. Posteriormente a estratégia estendeu-se para Resende, Porto Real, Quatis e

30 Na área da Vigilância Sanitária, particularmente nas atividades relativas à prevenção e ao controle de zoonoses, operação de campo significa as ações executadas pelos agentes de saúde e supervisores em sua área de zoneamento. No caso da dengue, as atividades referem-se à busca ativa de focos de mosquito *Aedes aegypti*, sua destruição e a prevenção da formação de novos criadouros, além da orientação à comunidade, através de ações educativas.

Itatiaia, visando, sobretudo a não deixar extensas áreas do pólo industrial dessa área desprovidos de continuidade nas ações de combate ao vetor.

Concomitantemente ao planejamento das operações de campo relativas ao controle da dengue, a equipe de assessoramento e o Comitê Técnico regional indicaram a necessidade de estruturação de uma rede assistencial à população, com a criação de ambulatórios de pronto-atendimento específicos para os casos suspeitos de dengue, assim como uma adequação da oferta de exames laboratoriais e leitos hospitalares. Foram realizados levantamentos da situação em todos os municípios e elaborado um plano de trabalho na área assistencial, denominado Plano Regional de Contingenciamento para a assistência ao indivíduo com suspeita de dengue. Além da previsão de aporte de recursos financeiros, o plano priorizou as ações de treinamento e capacitação para médicos assistentes nas unidades de saúde.

Em que pese a ausência de novas fontes de recursos financeiros específicos da SES para o projeto da dengue, todos os municípios consorciados foram contemplados com recursos materiais e equipamentos adicionais oriundos da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e da SES. Parece que tais benefícios foram obtidos a partir da capacidade de organização e mobilização dos técnicos e gestores em torno do plano.

Todavia, cumpre ressaltar que em 2000 a SES abriu o debate junto aos municípios sobre a pactuação de novo recurso financeiro, que passaria a ser transferido pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios. Esse recurso, denominado "Incentivo Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças", constitui parcela do Piso de Atenção Básica variável e teve sua programação realizada de forma conjunta entre os municípios e a SES.

Com a nova modalidade de financiamento das ações de epidemiologia e controle de doenças, extinguia-se a captação de recursos de forma negociada através da celebração do convênio do Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAae) e iniciava-se um novo mecanismo de repasse de recursos financeiros aos estados e municípios.

Não há dúvida de que a emergência da doença, associada à existência prévia da arena de discussão que o consórcio representa, permitiu que o debate aglutinasse gestores, gerentes e técnicos e extrapolasse os limites municipais. Estabeleceram-se

ações, atribuições e pactos à luz do pensamento regional, embora com a clareza de que os resultados seriam, acima de tudo, alcançados pelos próprios municípios e dentro deles.

Até dezembro de 2004, o Comitê Técnico Regional da Dengue se reuniu na sede do CISMEPA, com periodicidade mensal; encontra-se bastante fortalecido e estimulado, em especial porque tem tido a oportunidade de apresentar o Plano Regional de Combate a Dengue em diversos fóruns, seminários e congressos estaduais e nacionais.

Entre todos os assuntos inerentes à prevenção, combate e tratamento da dengue debatidos nesse grupo, as questões relativas a recursos humanos e laboratórios de entomologia têm sido as mais freqüentes e de mais difícil enfrentamento, motivo pelo qual o grupo está elaborando subprojetos específicos sobre esses temas, para padronizar modelos de contratação de pessoal, assessorar na adequação à legislação sanitária e implantar laboratório regional de entomologia.

6.5. Análise dos resultados do CISMEPA

Diferentemente dos demais consórcios estudados³¹ na dissertação de mestrado mencionada na apresentação desta tese e da maioria dos conhecidos, o CISMEPA apresenta uma singularidade que reside no fato de não ser uma associação voltada para a prestação de serviços. Até o presente momento, o consórcio tem atuado como uma arena de debate e pactuação de acordos de interesse dos municípios da região, assim como um instrumento de captação de recursos financeiros e materiais da SES/RJ e FUNASA.

Os entrevistados para este estudo foram unânimes ao apontar como principal elemento motivador para a formação do CISMEPA a necessidade de implantar a regionalização do SUS como possibilidade de garantia da integralidade da atenção à saúde.

³¹ Para leitura detalhada sugerimos SCHNEIDER (1998). Nessa dissertação foram realizados estudos de caso de três consórcios de saúde: o CISMEPA; o Consórcio Intermunicipal de Saúde de Penápolis (CISA/SP) e o Consórcio Intermunicipal de Saúde União da Mata (CISUM/MG).

Conforme relatado por Santo (2004)³², sua participação no CIS iniciou-se quando ocupava o cargo de secretário municipal de Saúde de Bananal, município localizado no Vale do Paraíba paulista, e buscou o espaço de discussão e de pactuação dos gestores do Médio Paraíba que naquela época era o CISMEPA. Seu interesse era pactuar com Volta Redonda, Barra Mansa e Resende os atendimentos de média e alta complexidades utilizados pelos usuários de Bananal como fluxo migratório. A proximidade geográfica e a relação política e pessoal com os gestores desses municípios naquele período possibilitaram pactuar os atendimentos e organizar um fluxo formal de referência. Com o aval dos secretários de Saúde desses municípios, a proposta foi encaminhada para as CIBs do Rio de Janeiro e São Paulo, com aprovação. Segundo a entrevistada, foi formatada então a primeira pactuação inter-estadual do país. Antes do acordo não havia garantia da realização dos atendimentos e o pacto vigora até os dias atuais.

O contexto social e político em que se organizou o consórcio parece também ter desempenhado importante papel no seu nascedouro. Os anos de 1997 e 1998 foram de intenso processo normativo do SUS e havia uma convergência de interesses em prol da necessidade de se organizá-lo nos municípios.

Não por acaso os indivíduos apontados como principais atores no processo de formação do CIS eram membros das equipes técnicas ou gestores das secretarias de Saúde dos municípios de maior porte, a saber: Rosa Lages e Paula Hérica, da SMS de Volta Redonda; Sueli Batista e Marluce Crispim, da SMS de Barra Mansa; e Anamaria Schneider e Gustavo Fichter, da SMS de Resende. E mais: esses municípios e outros da região, como Quatis, Rio Claro e Pirai, também eram governados por partidos políticos de semelhante perfil ideológico e que haviam realizado alianças eleitorais. Desta forma, a capacidade técnica e o contexto social e político se apresentam como relevantes no processo de criação do CISMEPA.

³² Entrevista concedida por Dr^a Maria Cristina C. do Espírito Santo, que era Secretária Municipal de Saúde de Bananal/SP na época da formação do CISMEPA e tornou-se assessora técnica do referido consórcio a partir de 2000.

Outros fatores que corroboram esta afirmativa são as declarações de quatro entrevistados: Santo (2004), Lages (2004)³³, Fichter (2004)³⁴ e Magalhães (2004)³⁵. Todos acreditam que a existência de diferenças intra-regionais era um elemento que deixava a região muito vulnerável à desorganização e à não-consolidação do SUS. Segundo os mesmos, havia diferentes graus de organização do SUS entre os municípios. Daí ser fundamental a atuação dos gestores dos municípios de maior porte e maior capacidade técnica, no sentido de motivar e alavancar o desenvolvimento do sistema de saúde na região. Nas palavras de Santo (2004):

"[...] secretários e técnicos dos municípios de maior porte abraçaram o projeto do consórcio e envolveram municípios de menor porte. Foi um sentimento de solidariedade muito importante para o fortalecimento do grupo. Municípios maiores lideraram o consórcio até mesmo para terem maior conhecimento e comprometimento com os resultados."

Magalhães (2004) complementa, afirmando:

"[...] municípios que detêm maior capacidade decisória, tecnológica e cognitiva naturalmente têm mais vocação para liderança, porque além das diferenças no âmbito organizacional, a associação lida com as diferenças pessoais, políticas e ideológicas".

Em sua entrevista, Fichter (2004) aponta que os municípios tinham distintos graus de organização gerencial e, portanto, havia grandes diferenças intra-regionais no desenvolvimento do SUS, afirmando que *"[...] havia um desejo de aproximação e uma política de colaboração, além de uma necessidade de troca de experiências"*.

Lages (2004) acrescenta que os municípios maiores têm vocação para a liderança e podem atrair os municípios menores, utilizando para isso sua capacidade técnica e sua experiência. Segundo seu relato, para modificar a heterogênea realidade da região teve que haver um desejo do conjunto dos secretários e técnicos, mas sobretudo ocorreu que *"o projeto do CISMEPA se sobrepôs aos projetos individuais e políticos dos municípios"*.

³³ Entrevista concedida por Rosa Lages Dias, Gerente de Integração com o SUS da Agência Nacional de Saúde e Coordenadora do Departamento de Informação e Planejamento da SMS de Volta Redonda à época da criação do consórcio.

³⁴ Entrevista concedida por Gustavo Adolf Fichter, Coordenador do Serviço de Auditoria, Avaliação e Controle da SMS Resende, assessor técnico desse setor quando da celebração do CISMEPA.

³⁵ Entrevista concedida por Marta Gama de Magalhães, assessora técnica do Consórcio desde 2001.

O longo processo de discussão que antecedeu a celebração do consórcio – ou seja, quase dois anos – parece ter desempenhado importante papel para aumentar o compromisso acerca dos pactos e consolidar a rede de cooperação mútua. Com exceção de Marta Magalhães, que não participou do processo desde o início, os demais entrevistados unanimemente apontaram como determinante para o sucesso da parceria o processo participativo que se deu nas discussões e debates, que se estenderam o suficiente para que não houvesse dúvidas sobre a necessidade do acordo e que culminaram com a efetivação da associação.

Conforme afirma Chispim (2004)³⁶, que participou da associação desde o seu nascedouro: “[...] o elemento fundamental da parceria foi a identificação da necessidade da região trabalhar de forma conjunta a implementação do SUS”.

No entendimento de Martins (2004)³⁷, o período mais rico da parceria foi aquele que antecedeu a celebração do termo de consórcio. Ela cita:

“[...] havia muita participação e discussão em torno da situação do SUS na região. Os encontros eram intensos, empolgantes e motivadores da própria parceria e, por si só, já eram uma paixão”.

A mesma crença pode ser atribuída a Santo (2004), que relatou na sua entrevista que as discussões iniciais foram fundamentais para a consolidação do consórcio. Segundo seu relato:

“[...] os debates eram muito participativos e havia um nível elevado de discussão política sobre o SUS. Havia também um “clima” entre os gestores e técnicos de pensarem de forma conjunta o planejamento da região”.

Cumpre ressaltar que todos os entrevistados, com exceção da própria, citaram Rosa Lages como protagonista do processo de discussão, formulação e articulação do

³⁶ Entrevista concedida por Marluce Chispim, assessora técnica do Departamento de Desenvolvimento de Programas da SMS de Volta Redonda, secretária municipal de Saúde de Barra do Pirai, no período de 2001 a 2003, e diretora de Departamento de Atenção Referenciada da SMS Barra Mansa, no período de 1997 a 2000.

³⁷ Entrevista concedida por Analice Silva Martins, secretária municipal de Saúde de Volta Redonda desde 1998, secretária-executiva do CISMEPA, chefe de gabinete da SMS de Volta Redonda, em 1998, e secretária municipal de Saúde de Rio Claro, em 1997.

CISMEPA. Fichter (2004) e Rocha (2004)³⁸ chamam a atenção para a mudança na dinâmica de funcionamento do CIS, antes e após a saída de Rosa Lages de sua coordenação. Há consenso em indicar que, no início, havia grande participação de todos os gestores em virtude da capacidade de Rosa mobilizar e aglutinar os municípios. Da mesma forma, quase todos acreditam que atualmente a baixa participação de secretários nas assembleias de gestores seja motivada pela ausência de Rosa Lages. Nas palavras de Fichter (2004):

"[...] Rosa Lages foi provocadora e aglutinadora de todas as discussões iniciais. Com ela O CISMEPA era um espaço participativo e, após sua saída, há um esvaziamento na participação dos municípios".

De forma semelhante, Rocha (2004) afirma:

"[...] Rosa Lages trabalhou muito bem com o conjunto dos municípios para a formação do consórcio. Hoje, o CISMEPA está desmobilizado, com baixa participação de gestores; isso acontece, sobretudo, pela sua saída do processo".

Verdadeira ou não, essa hipótese é influenciada pela seguinte variável: o período em que Rosa esteve na coordenação do projeto foi marcado pela elaboração do Plano Intermunicipal de Saúde, pela formulação dos projetos que o integravam e pela intensa participação dos gestores e técnicos do Médio Paraíba nas reuniões e assembleias do COSEMS e na CIB, caracterizando um período de mobilização geral em instâncias diversificadas do SUS. Logo após o recebimento do recurso financeiro da SES, Rosa desligou-se da SMS de Volta Redonda e, por conseguinte, do consórcio.

Outra variável não menos importante para a parcial desmobilização dos gestores foi a mudança na condução da SES, que em 2000 já se encontrava sob a gestão do Dr. Gilson Cantarino. Militante do partido sanitário, precursor da reforma sanitária brasileira, ex-secretário municipal de Saúde de Niterói/RJ e ex-presidente do CONASEMS, Gilson Cantarino representava os interesses da maioria dos integrantes do SUS, podendo tornar menos conflituosa a relação da região com a SES. A perspectiva de conjugação de esforços e de interesses comuns na relação dos municípios com a SES superava a

³⁸ Entrevista concedida por Maria da Conceição de Souza Rocha, secretária municipal de Saúde de Pirai e vice-presidente regional do COSEMS. Assessora técnica de Pirai à época da formação do CISMEPA.

possibilidade de manutenção do permanente tensionamento existente até então. Havia grande expectativa na sua gestão e o cenário prospectivo era promissor para o avanço do SUS no Rio de Janeiro.

Não por acaso, em dezembro de 1999 houve a visita do secretário estadual de Saúde à região, e posteriormente ocorreu o repasse do montante financeiro para o consórcio. Adicionalmente, a maior parcela dos municípios da região estava alinhada com o governador em alianças eleitorais e políticas, o que representou um elemento facilitador do processo.

Todavia, entre 1998 e 2001 – ou seja, entre a formulação e o desenvolvimento dos projetos – o CISMEPA sofreu mudanças no seu quadro de assessoramento técnico e na composição da assembléia de gestores. Metade dos municípios não elegeu sucessores, havendo descontinuidade de prefeitos e secretários.

Desta forma, fez-se necessário convidar todos os gestores e técnicos a participar da atualização dos projetos, considerando que alguns municípios realizaram investimentos e melhorias nos sistemas locais de saúde. Tais investimentos foram viabilizados sobretudo a partir das habilitações ocorridas nos anos anteriores, o que ampliou a capacidade dos municípios para receber recursos de transferência regular e automática fundo-a-fundo.

A reformulação dos projetos e a (re)definição de prioridades em função de o montante de recurso financeiro ser a metade do que havia sido previsto novamente atraíram os gestores e técnicos para as discussões. No entanto, como não houve dissenso acerca dos critérios de alocação, que foram fundamentados em base técnica, o processo, além de ter sido participativo, como indicado na entrevista de Magalhães (2004), transcorreu sem conflitos, no seu relato:

“[...] O que houve de mais rico no Projeto Materno-Infantil foi o planejamento participativo, que contou com a presença de todos os municípios da região. O Projeto foi totalmente reformulado pelos maiores interessados em seu desenvolvimento”.

Ao serem questionados acerca dos fatores agregadores dos municípios em torno dos projetos, a maioria dos entrevistados informou que a crença no processo de construção coletiva pelos integrantes do grupo foi determinante para a intensa mobilização inicial em torno da proposta do consórcio. Martins (2004) acrescenta ainda que, ao iniciarem o

levantamento dos dados visando à elaboração do diagnóstico de saúde na região, os municípios expuseram suas deficiências e fragilidades no setor saúde, de forma que muitos se identificaram, trocaram experiências e entenderam que a união poderia fortalecê-los.

Dos sete entrevistados, há unanimidade acerca da importância do recurso financeiro para o desenvolvimento dos Projetos. No entanto, apenas Fichter (2004) e Magalhães (2004) não apontaram o financiamento externo como fator importante para o sucesso da Associação. Ambos apontaram como relevante o debate democrático e o planejamento participativo. Os outros cinco afirmaram que o investimento financeiro tem importância tanto para os projetos como para o consórcio, sobretudo pela possibilidade de aglutinar gestores em torno da discussão de sua utilização e, a partir de debates mais participativos, inserir outros assuntos na agenda regional do SUS.

Rocha (2004) relatou ainda que, apesar da importância do financiamento, o sucesso dos projetos depende muito mais do monitoramento e avaliação das ações implantadas do que do recurso financeiro isoladamente. Analice acredita que o projeto da dengue seria mais bem-sucedido se, seguindo o modelo do PMI, houvesse o repasse de recurso financeiro para o CIS, que poderia gerir o montante. Ambas as secretárias de Saúde apontam a gestão dos projetos e dos recursos pelo consórcio como condições determinantes para se lograr êxito em seus resultados.

Entretanto, os demais entrevistados, assessores técnicos de SMS e do CIS atribuem os bons resultados, além à gestão pelo CIS, à maneira participativa como se deu a elaboração e o desenvolvimento dos projetos. Não há, portanto, divergências entre a percepção dos técnicos do CIS, das SMS e dos gestores. Ao contrário, as opiniões convergem para a crença do papel do consórcio como importante espaço de aglutinação e de debate de questões de interesse dos municípios.

Dias (2004) enfatiza que os resultados positivos da associação são determinados pela disposição dos gestores em superar divergências pessoais e políticas em prol de um projeto regional e Martins (2004) reforça essa análise, ao afirmar que o CIS é uma mesa permanente de negociação, na qual os interesses comuns à maioria devem prevalecer sobre os individuais. Segundo Dias (2004):

"[...] a construção coletiva dos projetos estimulou o grupo a repensar a gestão local, de forma que os municípios pudessem realmente estar inseridos na organização regional do SUS".

A afirmativa pode ser corroborada por Martins (2004), uma vez que, nas suas palavras

"[...] para nós estava muito claro que queríamos um espaço de fortalecimento do SUS na região. O CIS se constituiu a partir da necessidade dos municípios terem força nos diálogos com o Estado e funcionou muito bem com esse propósito".

Ao serem perguntados acerca da diferença entre os resultados dos projetos e os resultados do CIS, todos os entrevistados informaram ter dificuldade em separar um do outro, relatando que ambos se confundem. Informaram não identificar a linha divisória pelo fato de todos os projetos terem sido previamente debatidos nas reuniões do consórcio, as quais definiam todas as suas diretrizes operacionais. Em que pese relatar a dificuldade em separá-los, Santo (2004) analisou-os como complementares, mas arriscou a seguinte opinião:

"[...] As duas coisas se confundem porque caminham juntas permanentemente. Acredito que a estruturação e a melhoria dos serviços seja resultado dos Projetos e a mobilização dos gestores e técnicos das SMS seja consequência da existência do Consórcio".

O fato de todos apresentarem a mesma dificuldade em apontar diferenças entre projetos e consórcio é explicativo da característica singular do CISMEDPA, qual seja, apresentar-se não apenas como instrumento de captação de recursos externos, mas como um fórum privilegiado de debates de questões de interesse regional.

Todavia, tal fórum parece estar comprometido, considerando que, dos sete, cinco entrevistados relataram o esvaziamento de gestores e a baixa capacidade mobilizatória como o maior problema atual do consórcio. A descontinuidade nas gestões municipais e o excesso de poder do município sede também foram citados como o maior entrave ao bom funcionamento do CIS.

Como desafio para futuro do consórcio, todos apontaram a necessidade de retomar o debate sobre a regionalização do SUS e realizar os pactos necessários à sua implementação.

A análise dos projetos desenvolvidos pelo CISMEPA associada às entrevistas nos leva a concluir que ambos foram bem-sucedidos e que o consórcio desempenhou importante papel não só na gestão como também na captação de recursos.

O CIS permitiu que a construção dos projetos fosse realizada pelo conjunto dos gestores e técnicos, e que a identificação das necessidades e a alocação dos recursos pudessem ser apontadas pelos mesmos de forma que gestores, mas sobretudo técnicos, se apropriassem dos projetos.

O Projeto Materno-Infantil proporcionou aos municípios diversos resultados positivos, apresentados a seguir:

- ◆ incorporação tecnológica na área de pré-natal, parto e assistência ao recém-nascido;
- ◆ realização de capacitação de profissionais de níveis médio e superior;
- ◆ implantação de processos de trabalho na assistência ao pré-natal de baixo e alto riscos, na assistência ao parto e ao recém-nascido de risco;
- ◆ supervisão de atividades de assistência ao pré-natal e ao parto;
- ◆ relação mais solidária na rede de serviços de referência, facilitada pelos encontros que envolveram técnicos de todos os municípios, portanto, de diferentes serviços.

A incorporação tecnológica dotou a rede de maior capacidade de oferta de leitos de UTI e UI em Barra Mansa, Resende e Valença, e de melhores condições de assistenciais, ao equipar unidades de saúde hospitalares e ambulatoriais em todos os municípios.

As capacitações desencadearam novos treinamentos em alguns municípios, como Resende e Pirai, e estimularam o debate sobre a importância de se estruturarem Comissões de Controle da Mortalidade Materna e Infantil.

Em Pirai, Rocha (2004) relatou que o desenvolvimento das ações municipais na área materno-infantil é conduzido pelas diretrizes oriundas do Projeto Materno-Infantil do CISMEPA, inclusive a realização de treinamentos em pré-natal. Da mesma forma, em Resende, uma parceria da SMS com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro possibilitou a realização, em 2004, de curso de capacitação em pré-natal de baixo risco

para todos os enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde.

No que diz respeito ao Projeto da Dengue desenvolvido pelos municípios do Médio Paraíba através do consórcio, o estudo permite concluir que não somente seus resultados são positivos como também o CISMEPA inaugurou um novo modelo de planejamento de ações na área de controle da dengue.

De acordo com Santo (2004), o Plano Regional de Combate à Dengue inaugurou uma nova forma de planejar e programar as ações nessa área. A participação de todos os municípios no processo de planejamento e discussão das estratégias locais de enfrentamento da doença permitiu maior aproximação com os municípios de menor porte, que antes se encontravam afastados desse debate. Por não fazerem parte do grupo de municípios considerados pelo Ministério da Saúde como prioritários para as ações de combate à dengue³⁹, tais municípios não estavam aptos a receber recursos financeiros adicionais e, portanto, estavam pouco mobilizados a participar de reuniões. A entrevistadora acrescentou que trazê-los para o debate e incorporá-los ao processo de construção do plano foi fundamental para o sucesso da parceria.

A epidemia de dengue ocorrida no Rio de Janeiro, em 2002, e a existência de um fórum permanente de debates de assuntos de interesse da região motivaram a incorporação do tema da dengue como prioridade a ser enfrentada pelo grupo de gestores.

Como resultados das reuniões do CIS, realizaram-se três oficinas de planejamento estratégico regional, que culminaram com a elaboração de um Plano Regional de Combate à Dengue e a criação do Comitê Técnico Regional de Combate à Dengue. Os seguintes desdobramentos positivos dessa iniciativa podem ser apontados:

- ♦ o processo de construção do plano foi participativo e recebeu grande adesão dos técnicos da área de combate ao vetor;
- ♦ o grupo de técnicos e gestores se qualificou com a democratização do conhecimento;

³⁹ De acordo com a Portaria Ministerial nº 1.350, de 2002, são considerados municípios prioritários para o recebimento de recursos financeiros e materiais para o combate à dengue aqueles que preencherem critérios de risco entomológico, epidemiológico e forem pólos atratores regionais. No Médio Paraíba, apenas Volta Redonda, Barra Mansa e Resende eram considerados prioritários.

- ♦ a região se fortaleceu na relação com a SES e a FUNASA, na medida em que seus pleitos não eram individuais, mas bloco de municípios;
- ♦ a região trabalhou com barreira sanitária intermunicipal na operacionalização das ações de combate ao vetor;
- ♦ os técnicos passaram a ter conhecimento da aplicação do incentivo financeiro da PPI/ECD nos seus municípios e, com isso, identificaram problemas e propuseram soluções;
- ♦ a elaboração, pelos técnicos dos municípios, de proposta de padronização de estruturação de laboratório de entomologia, assim como de proposta de padronização de quadro de pessoal para o controle de zoonoses no âmbito dos municípios;
- ♦ a valorização de experiências na área de educação em saúde e mobilização comunitária;
- ♦ a implantação de protocolos para a assistência ao paciente com suspeita de dengue;
- ♦ a convite do Ministério da Saúde, a experiência do CISMEPA tem sido apresentada a outros estados como modelo de planejamento regional de combate a dengue.

A assessoria técnica do CIS teve importante papel na mobilização dos profissionais dos municípios e, de forma recorrente, o fórum do CIS se apresentou como uma arena de debates e de pactuação de assuntos de interesse da região.

No que diz respeito aos objetivos básicos previstos no Termo de Consórcio do CISMEPA anteriormente citados, podemos apontar o alcance parcial da redução das taxas de mortalidade materno-infantil, conforme apresentado no item 6.1.2. Da mesma forma, o alcance parcial do terceiro objetivo, qual seja, a organização da demanda e aumento da oferta de leitos de UTI neonatal e pediátrico. A ampliação dos leitos tomou-se realidade; no entanto, a regulação de leitos de UTI neonatal vem sendo desempenhada pela SES através da Central de Regulação de leitos de UTI Neonatal.

O primeiro objetivo proposto pela parceria não se concretizou, sobretudo por não ter sido priorizado pelos associados. Isso decorreu do fato de não ter sido desenvolvido projeto específico para sua execução – a saber: manutenção e aquisição de insumos,

materiais de consumo e equipamentos destinados a ações e serviços de saúde, com prioridade para internações hospitalares nas clínicas básicas e serviço de apoio diagnóstico e terapia nas áreas de imagenologia, traçados gráficos, patologia clínica de maior complexidade, anatomopatologia, medicina nuclear, endoscopia, fisioterapia, assistência ambulatorial especializada, hemoderivados, vigilância à saúde, além de outras ações, a serem definidas no Plano Intermunicipal.

O quarto objetivo citado – a saber, implantar sistemas de agendamento de consultas e exames especializados em uma Central de Internações Hospitalares – constitui iniciativa da SES em todas as macrorregiões do estado, encontrando-se ainda em desenvolvimento inicial na região.

Em que pesem o parcial cumprimento e a ausência de realização de alguns objetivos, a associação apresentou movimento dinâmico e foi capaz de inserir novos projetos conforme as necessidades que se colocaram para os municípios.

7. Considerações Finais

Os municípios brasileiros, sobretudo os menores, sempre enfrentaram dificuldades para oferecer serviços de saúde. Essas dificuldades se agravaram, particularmente, em virtude da ocorrência simultânea do aumento do número de municípios de pequeno porte, como consequência da Carta Magna de 1988 e da descentralização dos serviços de saúde estabelecida pelo Sistema Único de Saúde, em 1990.

A maioria dos Consórcios Intermunicipais de Saúde surgiu da necessidade de os municípios, sobretudo os de menor porte, responderem a essa descentralização, dentro dos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

O alto grau de autonomia municipal, característica do federalismo brasileiro e do processo de implantação do SUS, associado à necessidade de assumir plenamente sua função executora nas ações e serviços de saúde, contribuíram para que os municípios se unissem para enfrentar carências e dificuldades comuns, amiúde sem a participação dos estados.

A descentralização e a municipalização da saúde ampliaram o papel dos municípios no planejamento e no controle das ações de saúde e os tomaram executores dos serviços de saúde. No entanto, não basta aos municípios a oferta de serviços básicos, que lhe cabem por dever. É necessário implementar a integralidade da atenção à saúde e buscar permanentemente o desafio de alcançar a equidade. Neste sentido, quanto menor o município, maior tende a ser a dificuldade em proporcionar atenção integral à saúde de sua população.

Tampouco os municípios de maior porte, com rede de saúde bem estruturada e organizada em todos os níveis de complexidade, conseguem oferecer um bom atendimento. Isto ocorre porque, não raramente, estes recebem um fluxo migratório de usuários desproporcional à sua capacidade instalada. Outro importante fator que agrava a situação é a instabilidade financeira do sistema de saúde, em especial a ausência de regulamentação da Emenda Constitucional 29. Neste sentido, os consórcios se revelam importante instrumento de planejamento para organizar fluxos migratórios em busca de serviços de saúde, que, ao operarem na lógica da economia de escala, logram racionalizar os recursos físicos, materiais e humanos e melhorar a utilização da rede de saúde. Vale

ressaltar que os consórcios atendem tanto a dificuldades de municípios de pequeno como a problemas de municípios de grande porte.

Como gestora da SMS Resende, tive a oportunidade de participar, desde o início de 1997, das reuniões regionais que culminaram com a celebração do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba. Se, por um lado, essa vivência possa ter facilitado o entendimento do processo histórico de sua formação e o seu desenvolvimento, por outro, seguramente ela influenciou na análise sobre seu funcionamento.

O CISMEPA nasceu de um longo processo de sucessivos encontros de gestores e técnicos do SUS na região, a partir de 1997. No entanto, em 1996, o município de Volta Redonda havia iniciado um debate interno acerca da necessidade de organizar o sistema de saúde na região. Desde aquela época, o município era dotado de grande capacidade técnica e acúmulo político sobre o SUS, além de possuir a maior incorporação tecnológica da região. Como não raro ocorre nos municípios-pólo regionais, sua rede de serviços de saúde recebia grande fluxo migratório de usuários residentes em outras cidades próximas.

Diversos estudos citados anteriormente apontam esse fator como importante motivador de criação de consórcios. Na região, ele foi associado ao curso da descentralização do SUS, a autonomia municipal conferida a partir da Constituição Federal e ao alinhamento político partidário existente entre os três maiores municípios (Volta Redonda, Barra Mansa e Resende) e outros quatro menores (Quatis, Pirai, Rio Claro e Pinheiral).

O estabelecimento de confiança mútua entre os participantes pode ter ocorrido em função de o processo ter sido bastante participativo no seu nascedouro. Isso mereceu citação de todos os entrevistados, além da presença das assessoras do CIS nos pequenos municípios, independentemente de sua linha política partidária, auxiliando-os no processo de habilitação na NOB/96.

Após a celebração do CIS, ainda que sem o repasse do recurso financeiro pela SES, os gestores e técnicos continuaram a freqüentar as assembléias, que muitas vezes, como ocorreu até o final deste estudo, eram simultâneas às reuniões do COSEMS regional. Em virtude do público e dos assuntos serem os mesmos, a estratégia era agregar o maior número de gestores possíveis para uma agenda comum, de interesse regional. Nas pautas havia sempre um assunto relativo ao consórcio, mas o debate que prevalecia era relativo

às demandas da SES, tais como habilitações, pleitos de convênios de municípios, credenciamento de serviços, entraves operacionais do sistema de saúde, projetos do REFORSUS, entre outros.

Nos encontros havia presença de técnicos e de secretários, as discussões eram proveitosas e havia um sentimento de grupo em defesa do SUS. Isso qualificou gestores e técnicos, que se tomaram mais fortalecidos para enfrentar os freqüentes embates na CIB, sobretudo nas discussões sobre os tetos financeiros municipais e a Programação Pactuada e Integrada, que teve início em 1999 no Rio de Janeiro.

Os municípios do Médio Paraíba foram pioneiros na elaboração da PPI. A partir de um formulário próprio, gestores e técnicos de todos os municípios informavam, de acordo com a tabela de procedimentos do SIA/SUS, o elenco de serviços que seu município estava apto a realizar e aqueles procedimentos que não podiam ser realizados em seu território.

A pactuação no CISMEPA foi prévia ao encaminhamento da PPI pelo Médio Paraíba. Isso reforça a conclusão de que o CISMEPA funcionou como importante fórum de discussão e pactuação de assuntos de interesse dos municípios, configurando como instância decisória da região.

Não obstante as dificuldades impostas à implantação do SUS na região, o CISMEPA desempenhou importante papel na organização do Sistema Único de Saúde, tendo funcionado como instrumento de planejamento regional em saúde, levando em consideração a necessidade e a capacidade instalada. A hierarquização e regionalização da rede de serviços, princípios organizativos para se alcançar a integralidade e a equidade preconizadas pelo SUS, foram definidas pelos gestores e técnicos locais, de acordo com as possibilidades da região. Adicionalmente, proporcionou a democratização do conhecimento, através dos encontros e discussões políticas e técnicas acerca das necessidades de saúde regionais.

Todavia, o espaço de funcionamento do CIS é o mesmo do fórum de discussão do COSEMS regional, uma vez que ambos visam ao debate e à pactuação de assuntos de interesse do conjunto dos municípios. Tal característica nos leva a concluir que a mobilização não é consequência da existência do consórcio isoladamente, mas do conjunto de fatores que atrai gestores e técnicos, tais como dificuldades operacionais no

sistema regional de referência e contra-referência, credenciamentos, implantação de novos serviços, adesão a programas dos governos estadual e federal, ajuste de teto financeiro municipal, entre outros.

Entretanto, é provável que se tais debates fossem liderados pelo COSEMS regional, da mesma forma poder-se-iam ter alcançado a mobilização e o fortalecimento da região. Afinal, agregar gestores municipais e fortalecer o papel dos municípios é um dos objetivos principais do conselho.

Em que pese não ter participado das discussões e do seu acompanhamento, o estado desempenhou papel indutor de melhorias, ao financiar o projeto. Todavia, o CIS não teve seu pleito atendido ao solicitar recursos adicionais para a supervisão e o acompanhamento das ações implantadas.

A despeito da existência de mecanismo legal de aplicação de recursos financeiros nos consórcios – rubricas orçamentárias –, a resistência pela esfera federal em regulamentar valores e critérios de transferências financeiras aos consórcios parece indicar sua não-priorização com vistas a subsidiar os pactos de gestão e regionalização, os quais têm sido apontados pelos três entes federados como instrumentos necessários à consolidação do SUS.

Da mesma forma, o assunto do financiamento não está detalhado no Projeto de Lei nº 3.884, que está em tramitação na Câmara dos Deputados e dispõe sobre consórcio público. A ausência de definição de fontes, critérios e mecanismos de financiamento para os consórcios pode indicar que os conflitos nas relações federativas perdurarão, dificultando o processo de cooperação no qual o SUS deve estar assentado.

Conforme observado na dissertação de mestrado já referida (SCHNEIDER, 1998), acreditamos que a regulamentação do financiamento é relevante, ainda que em alguns casos de consórcios estudados, como o CISMEPA e seu Projeto da Dengue, não tenham mostrado ser o financiamento um fator decisivo para o bom desempenho dos consórcios.

Os diversos resultados positivos apresentados remetem à conclusão de que os consórcios, por si só, não solucionam os problemas inerentes à regionalização do SUS. Ao contrário: o caso estudado indica a permanente crise na relação entre os vários níveis de governo, sobretudo entre as esferas municipal e estadual.

A autonomia dos municípios e a ausência de hierarquia são singularidades do federalismo brasileiro, que é um caso particular de algo complicado: o esvaziamento do papel do estado no SUS, num momento em que a regionalização é peça-chave para o alcance da equidade e da integralidade no sistema de saúde.

O fortalecimento dos municípios do Médio Paraíba nos embates na CIB deveu-se à existência prévia e à construção de uma série de fatores já relatados e não propriamente à entidade jurídica denominada Consórcio.

Foi nas discussões sobre PPI e dengue que a região apresentou grande mobilização, conhecimento e disposição para a pactuação com a SES. Esses são exatamente os temas que não foram objeto de investimentos financeiros ao CIS. Ou seja, independentemente de estarem consorciados, poderiam ter alcançado resultados positivos nas negociações com a SES, seja utilizando o fórum de debates do COSEMS regional ou uma CIB regional.

Para ser um instrumento de cooperação mútua e solidariedade, os integrantes do consórcio devem ter amadurecimento político para que abram mão dos interesses pessoais e locais, em favor daqueles coletivos e regionais. Isso exige um comportamento político difícil de ser manifestado, especialmente em nosso país, onde as estruturas de governo tendem a ser mantidas através da prática política clientelista e assistencialista.

O que observamos no cotidiano dos fóruns de pactuação do CISMÉPA é a união do grupo visando ao enfrentamento com a SES. Não raro, nas disputas regionais, municípios de menor porte costumam se alinhar quando há necessidade de pressionar municípios pólo ou maiores. Esse arranjo, além de ser incompatível com o significado de cooperação e solidariedade, está tanto mais presente quanto maior a ausência do estado como mediador.

A competição de prefeitos e secretários por recursos materiais e financeiros é um elemento que dificilmente será solucionado com a implantação de consórcios. Estes podem, sim, racionalizá-los, através da definição adequada de sua alocação e utilização pela população. Entretanto, a tarefa de planejamento e gestão dos recursos pode ser realizada pelo grupo de interessados sem necessariamente estarem juntos, formal e juridicamente, através de uma associação.

Cuidado deve ser tomado para que, ao serem instrumento de enfrentamento dos problemas de saúde da população, os consórcios estejam inseridos no contexto da implantação e implementação do SUS, respeitando o papel de cada esfera governamental e submetendo-se às normas e obrigações que regem os serviços públicos. Devem ter como premissas a universalidade, a equidade, a integralidade e o controle social, conjugando esforços com vistas à formação de uma rede microrregional e regional de atenção à saúde. Caso contrário, os consórcios se caracterizarão como uma quarta instância gestora de serviços de saúde, na qual serviços públicos de saúde estão sob a égide das normas e doutrinas do direito civil, que é a forma como hoje se estabelece a maioria dos consórcios de saúde brasileiros.

Em que pese a NOAS ter inserido, na agenda do SUS, o debate sobre território e sistema de saúde com base em referências territoriais, a Norma não logrou êxito na adesão de estados e municípios, que seguem oferecendo serviços de saúde de forma fragmentada, com baixo grau de planejamento, pactuação e organização.

Para que a proposta de construção de redes regionais em curso logre sucesso, deve ser acompanhada de pactos de gestão, de financiamento solidário entre as três esferas de governo e de monitoramento e avaliação permanente pelas secretarias estaduais de Saúde.

Para além da existência de uma norma que define regras de acesso e utilização de serviços de saúde, o enfrentamento do problema exige uma mobilização estratégica, com agenda comum e prioritária entre as esferas de governo, na qual a solidariedade e a cooperação mútua sejam os alicerces da pactuação.

Sabemos que a formação de consórcios de saúde no país deveu-se, além da descentralização e municipalização do sistema, ao longo período de indefinição de modelos microrregionais e regionais de atenção, associado à necessidade de garantir o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema.

A possibilidade de superação desse problema através da implementação da NOAS ou do Pacto de Gestão, cuja elaboração tripartite encontra-se em curso, poderá reduzir as iniciativas de criação de consórcios, os quais, segundo estudos apontados anteriormente, foram na sua grande maioria motivados pelo intenso processo de descentralização do SUS

e a conseqüente necessidade de municípios de pequeno porte garantirem o acesso da população aos serviços de saúde.

Se é verdadeiro que os consórcios intermunicipais de saúde se constituíram motivados pela inexistência de proposta e de estrutura organizativa regional para garantir os princípios da eqüidade e da integralidade do SUS, a NOAS e, posteriormente, o Pacto de Gestão, são tentativas de preencher o vazio da regionalização do SUS existente até então. Todavia, no estado do Rio de Janeiro, o processo de regionalização caminha a passos curtos, comprometendo a consolidação do sistema público de saúde.

8. REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de Coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 455-479, 2003.

ARRETCHE, M. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v.14, n. 40, p. 111-141, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.023, de 23 de setembro. Brasília, DF, 1999. mimeo. 2004(a)

BRASIL. Secretaria de Coordenação Política e Assuntos Constitucionais. *Projeto de Lei nº 3.884*, de 30 de junho de 2004. Brasília: DF, 2004, mimeo (2004 (b)).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde*. Um Pacto pela Saúde do Brasil. Brasília, DF, 2003. mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Ministerial de 27/02/02. Norma Operacional da Assistência à Saúde. Compact Disc.*, 2002.

BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Subsecretaria de edições técnicas, 2001. 407 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/ FUNASA. Dengue. Instruções para Pessoal de Combate ao Vetor. *Manual de Normas Técnicas*. Brasília: MS, abril 2001. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O Consórcio e a Gestão Municipal de Saúde*. Brasília, DF, 1997.

CAETANO, R. *Inovação Tecnológica no Território das Imagens Médicas: Um estudo de algumas trajetórias tecnológicas e seus condicionantes*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002. 133 p.

CHRISPIM, M. Volta Redonda: *Entrevista concedida a A.C.S.* em 2 set. 2004.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO PARAÍBA. *Plano Regional de Combate à Dengue*. Rio de Janeiro: mimeo, 2002. 17p.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO PARAÍBA. *Projeto Materno-infantil*. Rio de Janeiro, mimeo, 2002. 21 p.

CONTANDRIOPOULOS, A-P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS, J-L.; BOYLE, P. *Saber preparar uma pesquisa*. São Paulo: Hucitec, 1994. 144 p.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p 319-328, 2001.

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. *Manual do Gestor. SUS: o Avanço Democrático da Saúde*. Rio de Janeiro: Record, 2001. 489 p.

DAIN, S. *Do Direito Social à Mercadoria*. Rio de Janeiro: Tese (Concurso Público para provimento de cargo de professor titular) – Departamento de Planejamento e Administração em Saúde, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000. 190 p.

DIAS, R.L. Volta Redonda: *Entrevista concedida a A.C.S. em 5 out. 2004*.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa*, n. 115, p. 139-154, 2002.

FAVERET, A. C. S. C. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 371-378, 2003.

FICHTER, G. A. Resende: *Entrevista concedida a A.C.S. em 9 de setembro de 2004*.

JACOBI, P. *Políticas sociais e ampliação da cidadania*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000. 150 p.

IBAM/UNICEF. *A Saúde do Município. Organização e Gestão*, Rio de Janeiro, 1992.

LEITE, C. C.; GOMIDE, C. M.; SILVA, I. G. Consórcios Intermunicipais: Modelo Organizacional. *INFORMATIVO CEPAM. Consórcio: uma forma de cooperação intermunicipal*. São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima, ano 1, n. 2, p. 48-57, 2001.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D., MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

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

LUCCHESI, P. T. R. Equidade na Gestão Descentralizada do SUS: Desafios para a Redução das Desigualdades em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

MAGALHÃES, M. G. Volta Redonda: *Entrevista concedida a A.C.S. em 31 de agosto de 2004.*

MARTINS, A. Volta Redonda: *Entrevista concedida a A.C.S. em 9 de setembro de 2004.*

MEIRELLES, H. L. *Direito Administrativo Brasileiro*. São Paulo: Malheiros Editores, 1998. 702 p.

MENDES, A. N. Possibilidades e limites do financiamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde. In: *Consórcio: Uma forma de cooperação intermunicipal*. São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima, ano 1, n. 2, p. 35-40, 2001.

MOREIRA, M. Natureza Jurídica dos Consórcios Intermunicipais. In: *Consórcio: Uma Forma De Cooperação Intermunicipal*. São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima, ano 1, n. 2, p. 21-31, 2001.

NEVES, L. A. S. *Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Penápolis (SP): Elementos da Cooperação Política*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. 123 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL da SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, v. 2, 1996. 143 p.

PARADA, R. *Federalismo e o SUS*. Um Estudo sobre as Mudanças dos Padrões de Governabilidade no Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002. 156 p.

QUEIROZ, L. G. *Arquitetura da Cooperação Intergovernamental: os Consórcios em Saúde em Mato Grosso*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. 207 p.

REBELO, A. [Entrevista disponibilizada em 30 de junho de 2004, na internet]. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/scpai>>. Acesso em: 15 jul 2004.

- RIBEIRO, J. M; COSTA, N. R. Consórcios Municipais no SUS. *Texto para Discussão*. Brasília: IPEA, 2001. 38 p.
- RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde: <http://www.saude.rj.gov.br>, Tabnet, Indicadores de Dados Básicos. *Notas Técnicas*. Consulta realizada em 3 jan. 2005.
- RIO DE JANEIRO. (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. *Boletim Informativo da Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ano 2, n. 1, nov./dez. 2001.
- RIO DE JANEIRO. (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. *Consórcios Intermunicipais de Saúde*. Subsídios aos Gestores Municipais de Saúde. Rio de Janeiro, 1995. mimeo.
- ROCHA, M. C. S. Volta Redonda: *Entrevista concedida a A.C.S.* em 10 ago. 2004.
- SANTO, M. C. C. E. Volta Redonda: *Entrevista concedida a A.C.S.* em 12 ago. 2004.
- SANTOS, L. Consórcio administrativo intermunicipal: aspectos gerais, suas especificidades em relação ao Sistema Único de Saúde. DF: Brasília Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas, 2000, 48 p.
- SCHNEIDER, A. C. *Consórcios Intermunicipais de Saúde: Instrumento de Organização do Sistema de Saúde*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998. 104 p.
- SCHNEIDER, A. C. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 51-66, 2001.
- SOUZA, C. Intermediação de interesses regionais no Brasil: o impacto do federalismo e da descentralização. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 569-592, 1998.
- SOUZA, C. *Federalismo e Gasto Social: Tensões e Tendências*. São Paulo: Lua Nova, 2001. 52 p.
- SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.
- TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 153-162, 2002.

TORRES, L. A. G. Consórcio Intermunicipal. In: *Consórcio: uma forma de cooperação intermunicipal*. São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima, ano 1, n. 2, p. 17-20, 2001.

VIANA, A. L.; LIMA, L. D., OLIVEIRA, R. G. *Descentralização e Federalismo. A Política de Saúde em Novo Contexto – Lições do Caso Brasileiro*. 2002. 26 p. mimeo.

9. Anexos

Anexo 1: Relação de Entrevistados

- a. **Maria da Conceição de Souza Rocha** – Enfermeira; Secretária Municipal de Saúde de Pirai/RJ, de 2000 a 2004; Assessora Técnica da SMS Pirai, de 1997 a 2000; Vice-Presidente Regional do COSEMS/RJ, de 2002 a 2005. Em 10/08/04.
- b. **Dra. Maria Cristina C. Espírito Santo** – Médica; Assessora técnica do CISMEPA, a partir de 2000; Coordenadora da Área Materno-Infantil do H.M. São João Batista da SMS Volta Redonda; Secretária Municipal de Saúde de Bananal/SP, de 1997 a 2000. Em 12/08/04.
- c. **Marta Gama de Magalhães** – Psicóloga; Assessora técnica do CISMEPA desde 2001; Especialista em Administração Hospitalar. Em 31/08/04.
- d. **Marluce Chrispim** – Bióloga; Sanitarista; Assessora técnica do Departamento de Desenvolvimento de Programas da SMS de Volta Redonda; Secretária Municipal de Saúde de Barra do Pirai, no período de 2001 a 2003; Diretora do Departamento de Atenção Referenciada SMS Barra Mansa, no período de 1997 a 2000. Em 02/09/04.
- e. **Analice Silva Martins** – Psicóloga; Secretária Municipal de Saúde de Volta Redonda desde 1998; Secretária Executiva do CISMEPA; Chefe de Gabinete da SMS de Volta Redonda, em 1998; Secretária Municipal de Saúde de Rio Claro, em 1997. Em 09/09/04.
- f. **Gustavo Adolf Fichter** – Economista; Coordenador do Serviço de Auditoria, Avaliação, Supervisão e Controle da SMS Resende, desde 2003; Assessor técnico da área de Controle e Avaliação, desde 1993. Em 09/09/04.
- g. **Rosa Lages Dias** – Enfermeira; Coordenadora da Gerência Geral de Integração com o SUS da Agencia Nacional de Saúde; Assessora Técnica da SMS de Pirai, de 2001 a 2003; Consultora da SMS Macaé, de 2000 a 2003; Diretora do Departamento de Informação, Planejamento e Avaliação da SMS Volta Redonda, de 1993 a 2001. Em 05/10/04.

Anexo 2: Entrevista semi-estruturada - Roteiro

Público-alvo: Gestores das Secretarias Municipais de Saúde, a saber:

- ♦ Secretários de Saúde e técnicos que participaram da implantação do consórcio;
 - ♦ Secretários de Saúde e técnicos que participaram da elaboração e desenvolvimento dos projetos Materno-Infantil e Dengue;
 - ♦ Membros dos Comitês Regionais Materno-Infantil e de Combate à Dengue;
 - ♦ Assessores técnicos do CISMEPA
-

Perguntas:

1. Qual a sua participação à época da constituição do CISMEPA? E atualmente, qual a sua relação com ele?
2. Quais foram os elementos motivadores da constituição do CISMEPA?
3. Como você define o funcionamento do CISMEPA antes e após o desenvolvimento dos Projetos Materno-Infantil e de Combate à Dengue?
4. Você poderia descrever o processo de elaboração e de desenvolvimento do CISMEPA?
5. Aponte um projeto que você considere bem-sucedido e outro malsucedido e explique por que os classifica dessa forma.
6. Você acredita que os municípios seriam capazes, individualmente, de elaborar e desenvolver com êxito as atividades previstas nos projetos?
7. Na sua avaliação, quais fatores agregaram os municípios em torno das ações dos projetos?
8. Quais atores foram importantes na cooperação intermunicipal? E de que modo?
9. Algum município teve destaque na liderança ou participação no CISMEPA? Por quê?
10. Como você analisa a participação da SES no Consórcio?
11. E da FUNASA?
12. Você acredita que os recursos financeiros foram importantes para o funcionamento do CISMEPA e para a implementação dos projetos? Que outros recursos também podem ser citados?
13. A que você atribui os resultados alcançados pelos projetos?

14. E pelo consórcio?
15. Quais os principais problemas hoje do CISMEPA?
16. Que desafios se colocam para adiante?

Anexo 3: Termo de Consórcio do CISMEPA

1
.
.
.

Termo de Consórcio

Intermunicipal de Saúde

Região Médio Paraíba

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO MÉDIO PARAÍBA

CONSÓRCIO REFERENTE A ÁREA DE SAÚDE QUE ENTRE SI CELEBRAM OS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DO MÉDIO PARAÍBA VISANDO A MELHORIA DA QUALIDADE, A AMPLIAÇÃO DO ACESSO E A INTEGRALIDADE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE OFERECIDOS À POPULAÇÃO.

Pelo presente termo de Consórcio Intermunicipal, o município de Barra do Pirai, CGC nº 28.576.080/0012-08, neste ato representado pelo Prefeito, Mário Sérgio do Nascimento, engenheiro, residente à Rua Paulo de Frontin, 26 aptº 109, CPF nº 172. 182. 177-53, e também pelo Secretário Municipal de Saúde, Sérgio Ernani Moraes Richa, médico, residente à Rua Lourival de Oliveira, 439, Ipiabas, CPF nº 402.725.407-49; o município de Barra Mansa, CGC nº 36.507.127/0001-49, neste ato representado pela Prefeita, Maria Inês Pandeló Cerqueira, jornalista, residente à Rua Evaldo da Silva Viana, 261, Santa Maria II, CPF nº 497.719.817-49 e também pela Secretária Municipal, de Saúde, Sueli Batista de Almeida, médica, residente à Av. Almirante Barroso, 118, aptº 13, Jardim Amália, CPF nº 654.217.527-04; o município de Itatiaia, CGC nº 31.846.892/0001-70, neste ato representado pelo Prefeito, Almir Dumay Lima, engenheiro civil, residente à Rua Cel. José Mendes Bernardes, 37, Vila Paraíso, e também pelo Secretário Municipal de Saúde, Jorge Figueira de Carvalho, médico, residente à Rua das Casuarinas, 211, Casa da Lua; o município de Pinheiral, CGC nº 01.648.573/0001-89, neste ato representado pelo Prefeito, Aurelino Gonçalves Barbosa, aposentado, Av. Nilton Pena Botelho, 939 CPF nº 035.284.217-20, e também pelo Secretário Municipal de Saúde, Antonio Carlos Leite Franco, médico, residente à Rua José Breves, 160, Centro, CPF nº 320.983.837-20; o Município de Pirai, CGC nº 36.497.46/0001-25, neste ato representado pelo Prefeito, Luiz Fernando Souza, administrador de empresas, residente à rua Capitão Manoel Torres, 159, Centro, CPF nº 569.211.957-91 e pelo Secretário Municipal de Saúde, Luiz Antonio da Silva Neves, médico, residente à Rua Barão de Pirai, 273, Centro, CPF nº 730.606.407-00; o Município de Porto Real, CGC nº 01.612.355/0001-02, neste ato representado pelo Prefeito, Sérgio Bernadelli, administrador de empresas, residente à Av. D. Pedro II, 2630, Vila Real, e também pelo Secretário Municipal de Saúde, Marcos de Vilhena Castro, médico, residente à Rua Felipe Lippi, 231, Jardim Martineli, CPF nº 599.791.007-53; o município de Quatis, CGC nº 39.560.008/0002-29, neste ato representado pelo Prefeito, Alfredo José de Oliveira, engenheiro, residente à Rua Acácio Aragão, 166 Jardim Palastrí, CPF nº 469.686.287-91, e também pelo Secretário Municipal de Saúde, José Carlos Pires de Souza, médico, residente à Av. Rita Ferreira da Rocha, 443, aptº 1.202, Jardim Jalisco, CPF nº 498.852.947-91; o Município de Resende, CGC nº 29.178.233/0001-60, neste ato representado pelo Prefeito, Eduardo Meohas, médico, residente à Av. Rui Barbosa, 340 cobertura 01 Bairro Liberdade, no município de Resende, CPF nº 362.728.417-87, e também pela Secretária Municipal de Saúde, Anamaria Carvalho Schneider, enfermeira, residente à Rua Lais Neto dos Reis, 336, Manejo, CPF nº 379.621.326-04; o Município

de Rio Claro, CGC nº 29.051.216/001-68, neste ato representado pelo Prefeito, José Carlos dos Santos Rocha, comerciante, residente à Av. João Batista Portugal, 230, Centro, CPF 321.810.267-53 e também pelo Secretário Municipal de Saúde, David Pinton, médico, residente à Rua Dr. Victor, 85, Meia Laranja, Pirai, CPF nº 030965137-91; o Município de Rio das Flores, CGC nº 29.179.454/0001-53, neste ato representado pelo Prefeito, Elias Kalil Ristun, médico, residente à Rua Dr. Leoni Ramos, 16, Centro, CPF nº 015.668.147-15, e também pelo Secretário Municipal de Saúde, Newton Sebastião Machado Dantas, médico, residente à Rua dr. Walker Machado Mynssen, s/n, CPF 011.767.067-72; o Município de Valença, CGC nº 29.076.130/0008-66, neste ato representado pelo Prefeito, Fernando Pereira Graça, pecuarista, residente à Rua Antonio Stivanin, 8, Monte D'Ouro, CPF nº 106.990.587-91, e também pelo Secretário Municipal de Saúde, Paulo Cesar Ielpo Jannuzzi, médico, residente à Rua Castro Alves, 275, Centro, CPF nº 307.679.547-34; e o Município de Volta Redonda, CGC nº 32.512.501/0001-43, neste ato representado pelo Prefeito, Antonio Francisco Neto, comerciante, residente à Rua Senador Irineu Machado, 29 aptº 501, Jardim Amália, CPF nº 654.177.047-68, e também pela Secretária Municipal de Saúde, Analice Silva Martins, psicóloga, residente à Rua 318, nº 03, bairro 60, Volta Redonda; doravante denominados CONSORCIADOS; tendo como INTERVENIENTES o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro - COSEMS -RJ, CGC nº 73.652.075/0001-20 e a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro - SES, representada neste ato pela Secretária Estadual de Saúde, Rosângela Bello, médica, CPF 469.872.157-15, tendo em vista as disposições contidas no artigo 76 da Constituição do Estado do Rio de Janeiro, no artigo 10 da Lei 8.080/90, Lei 8.666/93 e Lei 8.987/95, bem como as respectivas Leis Orgânicas Municipais, têm entre si acordado e pactuado:

CLÁUSULA 1ª - DO OBJETO.

Constitui objeto do presente Consórcio a fixação das bases em que ocorrerá a conjugação de esforços para assegurar assistência à saúde dos cidadãos nos municípios consorciados, aproveitando suas experiências e recursos locais, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, observando os dispositivos da Constituição Federal, da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 e conforme Plano Intermunicipal de Saúde.

CLÁUSULA 2ª - DOS OBJETIVOS BÁSICOS

1 - Contribuir com a manutenção e aquisição de insumos, materiais de consumo e equipamentos destinados às ações e serviços de saúde, com prioridade para a internação hospitalar nas clínicas - cirurgia geral, pediatria e gineco-obstetria) serviços de apoio ao diagnóstico e terapia em imagenologia (RX contrastados, ultra-sonografia, tomografia computadorizada, mamografia, quimiorradioterapia, ecocardiografia), traçados gráficos (eletroencefalografia, eletromiografia, *Holter* e ergometria), anatomocitopatologia, patologia nuclear clínica de maior complexidade, medicina nuclear, endoscopia digestiva, fisioterapia; assistência ambulatorial especializada; ações de

vigilância à saúde de repercussão microrregional; equipamentos de suporte às ações de vigilância à saúde de referência regional; hemoderivados; além de outras ações e serviços de saúde definidos no Plano Intermunicipal de Saúde.

II - Reduzir as taxas de mortalidade materno-infantil na região, buscando organizar a demanda, garantindo a qualidade do pré-natal de risco, adotando rotinas conjuntas e aumentando a oferta de leitos em UTI neo natal e pediátrico.

III - Articular-se com entidades públicas ou privadas nacionais ou estrangeiras, visando a obtenção de recursos através de contratos e convênios para investimentos em projetos, obras ou serviços de interesse regional, aos campos da assistência à saúde e saneamento básico;

IV - Buscar a integração dos investimentos municipais, estaduais e federais para a execução de projetos de interesse comum, especialmente daqueles necessários a viabilizar a plena implantação do Sistema Único de Saúde na microrregião;

V - Implantar, avaliar e controlar um sistema de referencia e contra-referência regional, integrando os serviços assistenciais dos municípios consorciados em uma rede hierarquizada;

VI - Implantar e operar uma central de internações hospitalares e uma central de consultas e de exames especializados, ambas articuladas às suas congêneres nas regiões vizinhas;

VII - Implantar e manter um serviço regional de manutenção de equipamentos médico-hospitalares em convênio com o Ministério da Saúde;

VIII - Desenvolver uma política de recursos humanos compatível com a realidade regional;

IX - Assegurar a participação dos usuários e trabalhadores de saúde, através de conselhos municipais de saúde, na formulação das diretrizes e estratégias e no controle de sua execução pelo Consórcio, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros;

X - Prestar assessoria técnica aos consorciados;

XI - Assessorar e cooperar com os poderes Executivo e Legislativo dos municípios consorciados nas iniciativas que contribuam para a melhoria da saúde e para a elevação do nível de consciência sanitária das suas populações;

XII - Promover a realização de estudos, pesquisas, projetos ou serviços destinados à solução de problemas regionais nos campos da assistência à saúde e saneamento.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O Plano Intermunicipal de Saúde será desenvolvido através de projetos, que serão parte integrante deste Consórcio, cabendo a sua elaboração ao Comitê de Administração.

PARÁGRAFO SEGUNDO - O primeiro projeto será o de Assistência Materno Infantil adunado ao presente.

PARÁGRAFO TERCEIRO - A aquisição de materiais, bem como os demais atos para a viabilização deste Consórcio ficará a cargo dos projetos a serem elaborados, conforme forem sendo necessários.

CLÁUSULA 3ª - DA ESTRUTURA DE FUNCIONAMENTO E COMPETÊNCIA

O Consórcio será composto pelas seguintes instâncias: Colegiado de Prefeitos, Assembléia de Gestores e Comitê de Administração, sendo instâncias deliberativas o Colegiado de Prefeitos e a Assembléia de Gestores;

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O Colegiado de Prefeitos é formado pelos Prefeitos dos Municípios consorciados ou seus substitutos legalmente designados, cabendo:

I - Deliberar sobre a fixação e alterações na forma e valor dos repasses a serem transferidos para a manutenção do Consórcio.

II - Deliberar sobre alterações dos objetivos do Consórcio de acordo com proposta da Assembléia de Gestores;

III - Deliberar sobre a necessidade de se aditar o presente termo de Consórcio de acordo com proposta da Assembléia de Gestores;

IV - Apreciar e aprovar a prestação de contas a ser encaminhada anualmente pelo município executor, sem prejuízos das competências dos Tribunais de Contas;

V - Eleger seu Presidente, com a função de representar os CONSORCIADOS e dirigir as reuniões do Colegiado de Prefeitos.

VI - O Colegiado se instalará com a maioria absoluta dos prefeitos;

VII - Cada Prefeito representa 01 (um) voto, e na ausência do titular o suplente terá direito à voz e voto;

VIII - As deliberações do Colegiado serão tomadas por maioria absoluta dos votos, observada a publicidade de seus atos;

IX - Os prefeitos não poderão se escusar de acatar as deliberações do Colegiado, salvo se ilegais, ou comprovadamente prejudiciais ao seu município, sob pena de exclusão do Consórcio.

PARÁGRAFO SEGUNDO - A Assembléia de Gestores é formada pelos titulares dos órgãos gestores de saúde dos municípios consorciados ou por 01 suplente oficialmente designado, cabendo:

I - Deliberar sobre todas as questões e ações destinadas a cumprir as finalidades do Consórcio;

II - Eleger um Secretário Executivo do Consórcio, que se incumbirá de coordenar as reuniões dos Secretários e o Comitê de Administração

III - Participar das reuniões do Colegiado de Prefeitos; sendo assegurado o direito a voz;

IV - A Assembléia se instalará com a maioria absoluta dos consorciados;

V - Cada gestor representa 01(um) voto, na ausência do titular o suplente tem direito a voz e voto

VI - As deliberações da Assembléia serão tomadas por maioria absoluta dos votos, observada a publicidade dos seus atos;

VII - Os consorciados não poderão se escusar de acatar as deliberações da Assembléia, salvo se ilegais, ou comprovadamente prejudiciais ao seu município, sob pena de exclusão do consórcio.

PARÁGRAFO TERCEIRO - O Comitê de Administração é constituído por equipes técnicas compostas por servidores das Secretarias consorciadas, com ou sem assessoria externa, com as seguintes atribuições:

I - Avaliar e controlar a administração dos recursos financeiros e materiais destinados ao consórcio, produzindo relatórios analíticos bimestrais para a Assembléia de Gestores e para os Conselhos Municipais de Saúde;

II - Assessorar tecnicamente a Assembléia de Gestores e assumir outras atribuições por ela determinadas;

III - Definir o seu coordenador.

IV - Operacionalizar as atividades assistenciais do presente consórcio, dividindo a responsabilidade por cada item entre os municípios;

V - Elaborar o Plano Intermunicipal de Saúde e encaminhá-lo à Assembléia de Gestores e Conselhos Municipais de Saúde para aprovação;

VI - Manter o Plano Intermunicipal de Saúde atualizado e encaminhar avaliações periódicas da sua implementação para a Assembléia de Gestores e Conselhos Municipais de Saúde;

VII - Elaborar o orçamento anual do Consórcio, bem como analisar a execução orçamentária através de relatórios periódicos para a Assembléia de Gestores e Conselhos Municipais de Saúde;

VIII - Elaborar os controles contábil e financeiro;

IX - Desenvolver, implantar e gerir um Sistema Intermunicipal de Informações no âmbito do Consórcio;

X - Elaborar projetos para captação de recursos financeiros junto a órgãos governamentais, agências de financiamento ou empresas, destinados à realização dos objetivos do Consórcio;

XI - Gerir o Sistema de Referência e Contra-referência no âmbito do Consórcio;

XII - Assessorar tecnicamente a Assembléia de Gestores;

XIII - Elaborar material informativo na forma de boletins, cartazes, cartilhas e/ou "releases" para os veículos de comunicação de massa, para os trabalhadores da saúde e usuários dos serviços;

XIV - Assessorar a elaboração do Regimento Interno do Colegiado de Prefeitos e da Assembléia de Gestores;

XV - Desenvolver outras atribuições definidas pela Assembléia de Gestores ou pelo Plano Intermunicipal de Saúde;

CLÁUSULA 4ª - DA EXECUÇÃO DO CONSÓRCIO

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A execução do Consórcio fica a cargo do Município executor, através do Comitê de Administração, ao qual caberá:

I - Administrar os recursos financeiros do Consórcio, em conta aberta para tal fim, com a denominação "CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO MÉDIO PARAÍBA, elaborando contabilidade distinta à da própria

administração, bem como dar ao mesmo identidade própria, através do desmembramento do Cadastro Geral de Contribuintes junto à Receita Federal;

II - Prestar contas anualmente ao Colegiado de Prefeitos, bem como ao Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro;

III - Com o auxílio dos demais, viabilizar as deliberações da Assembléia de Gestores;

IV - Viabilizar junto aos municípios consorciados a estrutura necessária para a administração do Consórcio.

V - A contratação de pessoal necessário à execução do Consórcio, , ficará sob a responsabilidade dos CONSORCIADOS, que responderão solidariamente acerca de todas as obrigações trabalhistas, securitárias, tributárias e civis que vierem a ocorrer.

VI - As gratificações concedidas aos servidores dos CONSORCIADOS cedidos para o Consórcio, cujas atividades excedam às dos cargos de origem, comporão uma tabela diferenciada em relação à da própria administração e serão pagas pelos CONSORCIADOS.

VII - Proceder o tombamento dos bens adquiridos pelo Consórcio; ✓

PARÁGRAFO SEGUNDO - Fica neste ato eleito o município de Voita Redonda como executor do presente termo de CONSÓRCIO.

CLÁUSULA 5ª - DO FINANCIAMENTO E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A participação financeira dos municípios para o custeio das atividades administrativas do Consórcio ocorrerá através de depósitos mensais, de forma automática e regular, de acordo com o coeficiente de repasse do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), conforme publicação no Diário Oficial da União nº 248, do dia 23 de dezembro de 1997, após aprovação em lei específica votada na Câmara Municipal de cada município consorciado até 60 (sessenta) dias corridos da data de assinatura desse termo de adesão ao Consórcio;

I - Para a manutenção do Consórcio os CONSORCIADOS calcularam um gasto mensal inicial de R\$ 6.000,00 (Seis mil reais), a ser rateado da seguinte forma:

| MUNICÍPIO | POPULAÇÃO | COEFICIENTE | VALOR (R\$) |
|------------------|----------------|-------------|-----------------|
| Barra do Pirai | 86.879 | 3.0 | 803,57 |
| Barra Mansa | 167.567 | 4.0 | 1.071,43 |
| Itatiaia | 22.320 | 1.2 | 321,43 |
| Pinheiral | 18.200 | 1.0 | 267,86 |
| Pirai | 23.622 | 1.2 | 321,43 |
| Porto Real | 8.893 | 0.6 | 160,71 |
| Quatis | 10.207 | 0.6 | 160,71 |
| Resende | 96.442 | 2.6 | 696,43 |
| Rio Claro | 14.691 | 1.0 | 267,86 |
| Rio das Flores | 6.325 | 0.6 | 160,71 |
| Valença | 61.739 | 2.6 | 696,43 |
| Volta Redonda | 235.275 | 4.0 | 1.071,43 |
| T O T A L | 752.160 | 22.4 | 6.000,00 |

II - O referido valor será objeto de revisão, de acordo com o aumento ou diminuição da demanda de serviços administrativos;

III - Os recursos serão depositados, pelos municípios, em prazo determinado, em conta especial vinculada ao presente consórcio, denominada CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO MÉDIO PARAÍBA, aberta em banco oficial no foro do município executor do Consórcio.

IV - A contratação de serviços, recursos humanos e aquisição de equipamentos, ocorrerá considerando a capacidade instalada da região, perfil epidemiológico, necessidades da população e capacidade financeira dos municípios consorciados.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Independentemente da parte administrativa do Consórcio a participação financeira dos municípios para o custeio de atividades assistenciais, mormente as estabelecidas no inciso I, da Cláusula 2, será rateada de acordo com índices a serem estabelecidos a partir da utilização dos serviços;

PARÁGRAFO SEGUNDO - O remanejamento dos tetos orçamentários ambulatorial e hospitalar dos municípios consorciados, ocorrerá visando garantir a transferência dos recursos orçamentários para os municípios prestadores de serviços assistenciais de referência regional através, de acordo com o Plano Intermunicipal de Saúde.

CLÁUSULA 6ª - DAS OBRIGAÇÕES DOS CONSORCIADOS

I - Dispor no próprio município serviços e ações de saúde básicos, suficientes para atender as respectivas populações, de acordo com os parâmetros, definições e metas estabelecidos pela legislação do SUS.

II - Garantir o acesso universal, equânime e gratuito dos seus municípes aos serviços e ações de saúde do Consórcio, enquanto consorciado;

III - Repassar, no prazo pactuado e na forma estabelecida na cláusula 5ª, os recursos financeiros necessários à implantação e implementação do Consórcio, sob pena de exclusão;

IV - Garantir o envio de dados necessários para alimentar o Sistema Intermunicipal de Informações em Saúde, dentro do prazo definido pelo Comitê de Administração do Consórcio;

V - Indicar servidores para integrar os grupos de trabalho;

VI - Indicar (01) um representante de cada Secretaria para integrar o Comitê de Administração do Consórcio;

VII - Apresentar cronograma para desenvolvimento dos trabalhos num prazo de 30 (trinta) dias após a assinatura do presente Consórcio, de acordo com as prioridades estabelecidas pelo Conselho de Gestores.

VIII - Decidir sobre a destinação dos bens que constituirão o acervo do Consórcio.

IX - Providenciar para que o presente instrumento consorcial seja referendado pelos respectivos Conselhos Municipais de Saúde e Câmaras Municipais.

CLÁUSULA 7ª - DOS DIREITOS DOS CONSORCIADOS.

I - Disponibilizar aos seus municípes o acesso universal, equânime e gratuito aos serviços e ações de saúde do Consórcio, enquanto consorciado;

II - Receber todas as informações atinentes à execução do Consórcio, necessárias e úteis ao aperfeiçoamento da assistência à saúde no seu município;

III - Voz e voto no Colegiado de Prefeitos e nas Assembléias de Gestores.

CLÁUSULA 8ª - DA VINCULAÇÃO AO CONSÓRCIO.

I - Os municípios signatários ficam vinculados ao presente Consórcio para os fins de direitos e obrigações nele previstos;

II - O município integrante do presente Consórcio fica a ele vinculado em relação às obrigações assumidas e seus efeitos, mesmo depois de sua retirada; o vínculo ao Consórcio, posterior à retirada, desaparecerá após cessarem os efeitos das obrigações assumidas quando ainda pertencente ao Consórcio.

III - Qualquer dos partícipes poderá retirar-se do Consórcio, a qualquer momento, desde que formalizem o ato por escrito ao Colegiado de Prefeitos e à Assembléia de Gestores, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;

IV - A retirada de quaisquer dos CONSORCIADOS do Consórcio não importará em sua extinção.

VI - O partícipe que se retirar do Consórcio continuará responsável pelas obrigações assumidas à época em que dele participou.

CLÁUSULA 9ª - DA ALTERAÇÃO

Os termos do presente Consórcio poderão ser alterados por deliberação de 2/3 (dois terços) do Colegiado de Prefeitos, mediante proposta aprovada por 2/3 (dois terços) da Assembléia de Gestores.

CLÁUSULA 10ª - DA VIGÊNCIA

O presente Consórcio vigorará por 24 (vinte e quatro) meses, contados da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, a critério dos Consorciados.

CLÁUSULA 11ª - DA EXTINÇÃO.

O presente Consórcio se extinguirá ao término de sua vigência; podendo ser extinto também por decisão de 2/3 (dois terços) dos CONSORCIADOS, em reunião especialmente convocada para tal fim; onde também se definirá a destinação dos bens adquiridos.

CLÁUSULA 12ª - DA RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA.

Em toda e qualquer demanda, administrativa ou judicial, relacionada ao presente acordo, haverá responsabilidade solidária dos CONSORCIADOS.

CLÁUSULA 13ª - DA PUBLICAÇÃO

O presente instrumento de Consórcio e suas alterações serão publicadas no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, até o quinto dia útil do mês seguinte ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de 20 dias daquela data.

CLÁUSULA 14ª - DO FORO

Para dirimir as questões advindas do presente Consórcio fica eleito o foro do município de Volta Redonda - RJ.

E por estarem justos e acordados, firmam o presente instrumento em 12 (doze) vias de igual teor e forma para um só efeito.

Volta Redonda em de março de 1998

| | |
|--------------------------------------|---|
| Prefeito Municipal de Barra do Pirai | Secretário Municipal de Saúde de Barra do Pirai |
| Prefeita Municipal de Barra Mansa | Secretário Municipal de Saúde de Barra Mansa |
| Prefeito Municipal de Itatiaia | Secretário Municipal de Saúde de Itatiaia |
| Prefeito Municipal de Pinheiral | Secretário Municipal de Saúde de Pinheiral |
| Prefeito Municipal de Pirai | Secretário Municipal de Saúde de Pirai |
| Prefeito Municipal de Porto Real | Secretário Municipal de Saúde de Porto Real |
| Prefeito Municipal de Quatis | Secretário Municipal de Saúde de Quatis |

Anexo 4: Plano Intermunicipal de Saúde da região do Médio Paraíba: Construindo Parceria

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO
PARAÍBA**

CISMEPA

**Dr. Edino Camoleze (*)
Dr. Italo Rodrigues Filho (**)
Dr. Rogério José da Silva (***)**

DENGUE

**ESTRUTURAÇÃO DO QUADRO DE PESSOAL DE CONTROLE
DE ZOOSES E COMBATE A VETORES À NÍVEL
MUNICIPAL**

(proposta)

VOLTA REDONDA

ABRIL - 2003

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------------|--------------|
| 1. FUNDAMENTAÇÃO | pg 03 |
| 2. OBJETIVO | pg 03 |
| 3. RESUMO | pg 03 |
| 4. DESENVOLVIMENTO | pg 04 |
| 5. CONCLUSÃO | pg 07 |

ANEXOS:

ANEXO I - ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO CISMEPA

ANEXO II - ORGANOGRAMA DA ESTRUTURA FUNCIONAL DO QP

ANEXO III - ESTRUTURA FUNCIONAL DO QP

ANEXO IV - PERFIL DO AGENTE DE SAÚDE

ANEXO V - GRADE DE CAPACITAÇÃO DE CURSO

1. FUNDAMENTAÇÃO.

A partir da Portaria 1399 do Ministério da Saúde, de 15/12/99, foi estabelecida a transferência para Estado e Municípios das ações de epidemiologia e de controle de doenças, anteriormente desenvolvidas pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. Esta medida, gradativamente repassou ao Estado e aos Municípios toda a infraestrutura daquela Fundação, incluindo 2046 servidores e os bens móveis e imóveis. Nesse contexto, sob a gerência da Secretaria de Estado da Saúde, os municípios assumiram a gestão da epidemiologia e controle de doenças, com a estruturação e a implementação do Sistema de Vigilância à Saúde no Município, visando cumprir as metas pactuadas.

A certificação do município, no ato, significa que o mesmo assume a gestão própria das ações de vigilância epidemiológica, compreendendo nesse contexto, a vigilância sanitária e ambiental.

Apesar da descentralização da FUNASA realizada a partir de 1999, conforme aprovação da Comissão Intergestores Tripartite, em 25 de novembro de 1999 e certificação dos municípios, das responsabilidades de assumirem a gestão epidemiológica e controle das doenças, com comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições inerentes a cada ação pactuada na PPI-ECD, conforme recomendação do Art 22, inciso 1, da Portaria 1399 Muitos municípios brasileiros ainda não possuem um Quadro de Pessoal devidamente adequado, compatível, estruturado e permanente para cumprir com todas as responsabilidades atribuídas ao município, seja por falta de recursos humanos, seja por descontinuidade político-administrativa e tradição nesse tipo de serviço, como notáveis e tradicionais instituições brasileiras que antecederam a FUNASA, prejudicando sensivelmente a execução dos Programas.

2. OBJETIVO

Esta proposta tem por objetivo oferecer aos municípios que constituem o CISMEPA um Quadro de Pessoal com estrutura, funcional e hierarquizado, suficiente necessário para cumprir e desenvolver as ações da Programação Pactuada Integrada PPI-ECD para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças, na vigilância entomológica e ambiental de modo a criar um modelo de gestão uniforme pleno e homogeneizar ações intermunicipais.

3. RESUMO

A maioria dos municípios que constitui o CISMEPA não possui um Quadro de Pessoal permanente, devidamente hierarquizado e funcionalmente especializado para cumprir os diversos Programas de Saúde na área da Vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental com a verdadeira proficiência técnica que se exige nas várias e diferenciadas funções. A alta rotatividade dos funcionários contratados temporariamente com substituições rotineiras contribui para a falta de excelência no Quadro e impõe ao poder público municipal permanentes prejuízos de ordem política, econômica, técnica e social.

(*) Méd Veterinário - Assessor Técnico do PMCD do Município de Barra Mansa

(**) Méd Veterinário - Coordenador de Vigilância Sanitária do Município de Resende

(***) Med Veterinário - Coordenador do PMCD do Município de Volta Redonda

4. DESENVOLVIMENTO

Em Junho de 2001, diante da tendência de aumento da morbidade da doença verificada nos dois últimos anos e a introdução de novos sorotipos de vírus que prenunciavam um elevado risco de epidemias de dengue e de aumento de casos de febre hemorrágica, o Ministério da Saúde, em parceria com a organização Pan-Americana de Saúde, realizou um Seminário Internacional para avaliar as diversas experiências e elaborar um Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue (PIACD), concluindo: 1) Implantar uma grande infra-estrutura para controle de vetores nos estados e municípios. 2) Capacitação de 60.000 agentes para controle de vetores. 3) Implantar um conjunto de rotinas e normas técnicas padronizadas nacionalmente para o controle de vetores.

O Programa Nacional de Controle da Dengue, Ministério da Saúde-FUNASA, instituído em Brasília-DF, em Julho de 2002, preconiza na sua Fundamentação: 1) Elaboração de programas permanentes, uma vez que não existe qualquer evidência técnica de que a erradicação do mosquito seja possível. ... 3) Fortalecimento da vigilância epidemiológica e entomológica para ampliar a capacidade de predição e de detecção precoce de surtos da doença. 4) Melhoria da qualidade do trabalho de campo de combate ao vetor. 8) Desenvolvimento de instrumentos mais eficazes de acompanhamento e supervisão das ações pelo Ministério da Saúde, nos estados e municípios.

A portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999, do Ministério da Saúde, Seção III : Dos Municípios, Art. 3º, define: Compete aos Municípios a gestão do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, compreendendo as seguintes atividades:

II - investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas;

III - busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;

V - provimento da realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico das doenças de notificação compulsória, em articulação com Secretaria Estadual de Saúde;

VI - provimento da realização de exames laboratoriais para controle de doenças, como os de malária, esquistossomose, triatomíneos, entre outros a serem definidos pela PPI-ECD;

IX - captura de vetores e reservatórios, identificação e levantamento do índice de infestação;

XI - ações de controle químico e biológico de vetores e de eliminação de criadouros;

XIV - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal, incluindo:

a) coleta e consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes do SIM, SINAN, SINASC, SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos;

b) envio dos dados ao nível estadual, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;

c) análise dos dados; e

d) retro-alimentação dos dados.

XV - divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XVI - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nos artigos 14 a 19 desta Portaria;

XVII - participação, em conjunto com os demais gestores municipais e Secretaria Estadual de Saúde, na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, na definição da Programação Pactuada Integrada PPI-ECD para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças, em conformidade com os parâmetros definidos pela FUNASA;

XVIII - gestão dos estoques municipais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos executores das ações;

XIX - coordenação e execução das atividades de IEC de abrangência municipal;

XX - capacitação de recursos humanos.

Parágrafo único. As competências estabelecidas neste artigo poderão ser executadas em caráter suplementar pelos estados ou por consórcio de municípios, nas condições pactuadas na CIB.

Baseado nesses instrumentos legais de alçada Federal, Estadual e Municipal que atribuem aos Municípios toda a responsabilidade no planejamento, normatização e execução das várias atividades dos Programas e no que determina o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue, (PIACD) MS, Ago 2001; pag , 109 – Resumo das necessidades, que no Quadro de Pessoal, classifica vários cargos funcionais com salários diferenciados, para o exercício das diversas funções previstas, tanto logísticas como operacionais; levando-se em conta todas essas considerações apresentadas, o CISMEPA propõe:

4.1- ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DO CISMEPA

O CISMEPA localizado na Região do Médio Paraíba, Sul-Fluminense, engloba 12 municípios a saber: Barra Mansa, Barra do Piraí, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda, correspondendo a uma área geográfica de 6.282.60 Km² e uma população de 784.813 habitantes, correspondendo a 5.6% do percentual demográfico do Estado. Por limitar-se geograficamente com os Estados de São Paulo e Minas Gerais com os quais possui intensa ligação por malha rodoviária e rede ferroviária, torna-se um importante e estratégico corredor ecológico para a dispersão do vetor e transmissão viral. De acordo com o mapa geográfico (**ANEXO I**) a doença e o vetor a cada ano ocupam maior espaço, fazendo com que maior atenção seja dada a Região e as estratégias empregadas no controle da doença e combate ao vetor.

4.2 - QUADRO DE PESSOAL MUNICIPAL

4.2.1- Legislação Municipal.

É mais do que urgente e necessário que o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde do Estado, através de legislação legal, orientem os municípios para formação e estruturação de seus Quadros de Agentes de Saúde conforme preconizado no PIACD MS, Ago 2001; pag , 109. Que haja uma classificação funcional por categoria profissional com benefícios inerentes a função exercida, bem como, diferenciação entre as categorias administrativa, técnica e operacional, não muito bem definidas no Quadro Recursos Humanos publicado. A alta rotatividade dos funcionários integrantes dos atuais PMCDs, periodicamente, causa grande prejuízo a administração pública de ordem econômica, técnica e social. Desestabiliza o Programa e desestimula os funcionários em virtude de trocas constantes. O trabalho dos vários setores que constitui o Programa sofre descontinuidade e, principalmente, o trabalho de campo, na relação agente de saúde e morador do bairro ou localidade preconizado pelos técnicos.

Assim sendo, seria importante, para dirimir dúvidas, que assessoria jurídica da CIB emita parecer aos executivos municipais sobre a inconstitucionalidade ou não da exigência do candidato a agente de saúde de combate à dengue, morar ou não no município sede do Programa;

Definir junto ao executivo municipal os recursos financeiros destinados ao Programa Municipal de controle da Dengue dentro da PPI/ECD de modo a possibilitar a contratação dos servidores, através de concurso público, tendo em vista que a verba agora é permanente e não mais através de Convênio, como no PEAa, 1988.

Criar mecanismo legal de avaliação para sancionar os municípios que não cumprem com os objetivos do Programa de forma estrutural e funcional, prejudicando àqueles cuja organização cumprem com o determinado no Art 19, da Portaria 1399. 15 dez 1999, MS.

4.2. 2 - Estrutura funcional do Quadro.

O Manual de Normas Técnicas, 3ª Ed. MS-FUNASA, Abr, 2001 Cap 4: Organizações das Operações de Campo, pags (27; 28) e o Plano de Intensificação da Ações de Controle de Dengue 2001/2002; Resumo das Necessidades: Planilha de Recursos Humanos, pag 109, prevêem para a estruturação do Quadro de Pessoal, 07 (sete) classificações funcionais distintas. Não discrimina a função de Coordenador (Técnico de nível superior) e nivela o laboratorista com o agente de saúde.

O CISMEPA propõe a seguinte classificação;

* Funções técnicas: Coordenador, Supervisor Geral, Supervisor de Área e Agente de Saúde, Laboratorista e IEC.

Funções Administrativas: Digitador, motorista e Auxiliares.

O ANEXO II mostra a estrutura do Quadro de Pessoal, proposto.

4.2. 3 - Perfil do Agente de Saúde.

Para o exercício das funções de agente de saúde de combate a vetores o candidato selecionado, seja por concurso público, seja por contrato temporário, deve satisfazer alguns atributos físico, intelectual, psíquico e social exigidos pelo perfil profissiográfico para o desempenho dos vários cargos do serviço, exigidos conforme sugestão da Ficha de Seleção, ANEXO III, deste documento.

4.2. 4 - Capacitação.

De conformidade com o Art 3º, inciso XX, da Seção III, da Port 1399 de 15 Dez 1999, é competência dos municípios, capacitar seus recursos humanos para o desempenho das várias atividades dos Programas, com complementação do Estado. É evidente que nem todos os municípios possuem uma estrutura adequada para realizar uma capacitação plena, nos moldes preconizados pela FUNASA. Da mesma forma, seria interessante que o CISMEPA, pudesse criar um Núcleo de Capacitação Profissional, com os recursos humanos disponíveis da região e apoio da FUNASA, para atualizar conhecimentos e ministrar treinamentos e estágios nas matérias mais importantes e de interesse geral, com supervisão, avaliação e validação estadual.

Dentro desta premissa a SES poderia monitorar os quadros constituídos em cada município, verificando: sua capacidade técnica, sua estrutura funcional, a contratação do pessoal necessário, após validação de sua capacitação, de modo a melhorar e eficiência dos quadros

O ANEXO IV, mostra uma grade curricular de capacitação realizada no município de Barra Mansa, com participação de instrutores da FUNASA/SES, que analisada e

modificada, poderá ser aproveitada como base de formação para os agentes de saúde dos municípios da Região e do Estado


5. CONCLUSÃO

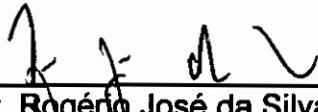
Esta proposta tem por objetivo oferecer ao CISMEPA um Quadro de Pessoal com estrutura, funcional hierarquizada, suficiente necessário para cumprir e desenvolver as ações da Programação Pactuada Integrada PPI-ECD para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças, na vigilância entomológica e ambiental de modo a criar um modelo de gestão uniforme pleno e homogeneizar ações intermunicipais.

Visa também, oferecer conteúdo técnico para, em " fórum próprio ", discutir-se uma nova doutrina logística, técnica e operacional que satisfaça às necessidades dos vários municípios, na sua missão de executar com eficiência as metas estabelecidas nos PMCDs e outras arboviroses de interesse sanitário.

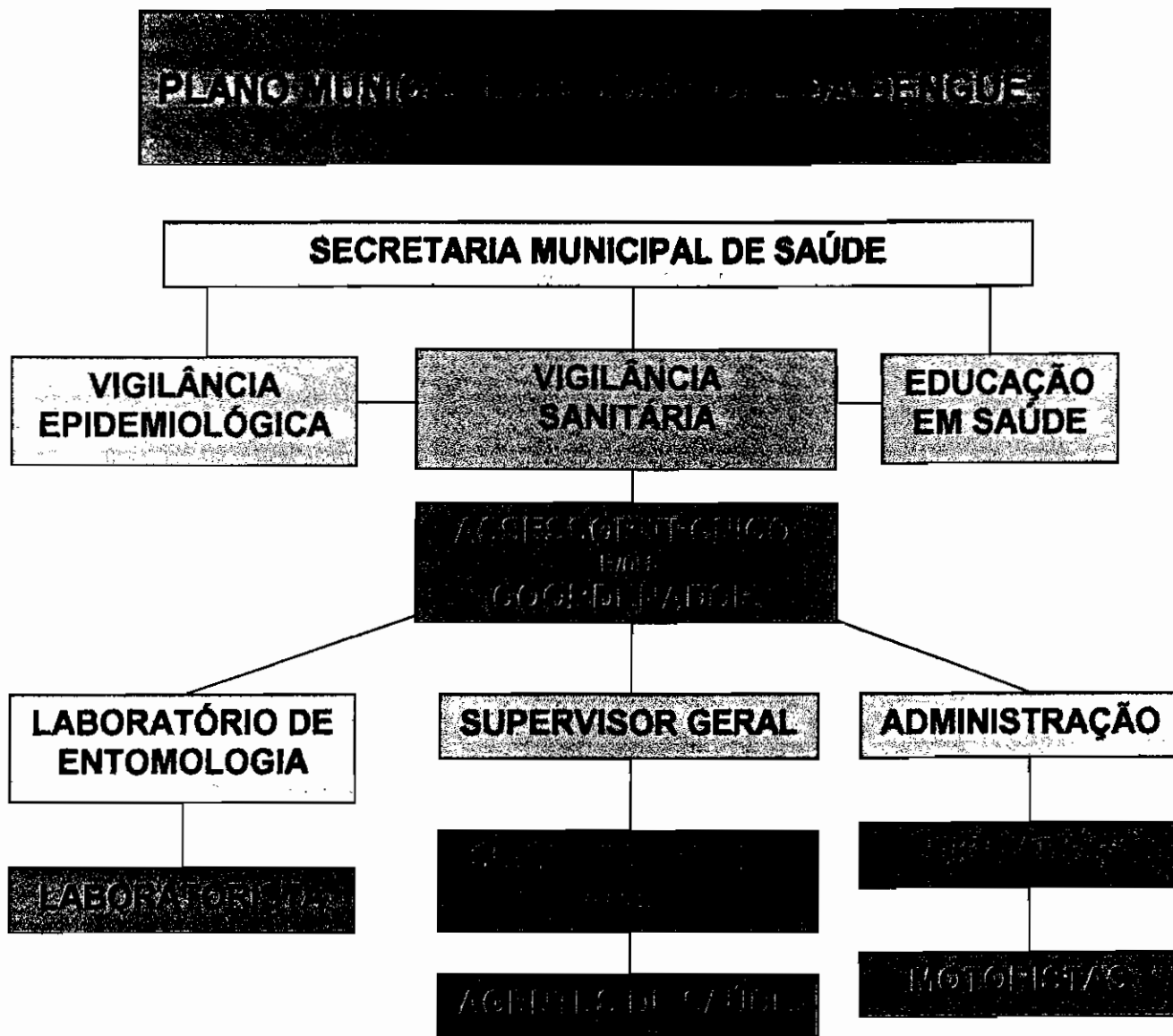
Conclui-se também, que seja criado no CISMEPA, uma Supervisão Regional a ser realizada pela Coordenadoria do CISMEPA para Dengue e membros do Comitê Técnico, para supervisionar em cada município abrangido pelo Consórcio, as atividades de execução Programa e suas eficiências e deficiências técnicas, logísticas e operacionais.


Edino Camoleze
Méd Veterinário - Assessor Técnico
PMCD do Município de Barra Mansa


Italo Rodrigues Filho
Méd Veterinário - Coordenador de Vigilância
Sanitária Município de Resende


Dr. Rogério José da Silva
Med Veterinário - Coordenador do PMCD
Município de Volta Redonda

ANEXO II

QUADRO DE RECURSOS HUMANOS PROPOSTO
(ORGANOGRAMA)

ANEXO III -

ESTRUTURA FUNCIONAL DO QUADRO DE PESSOAL

| CARGO | FUNÇÃO | REQUISITO | OBS |
|---------------------------|---|--|---|
| Assessor Técnico | Supervisionar o Programa à nível Municipal | Técnico de nível superior com especialização em saúde pública | Com experiência em Programas oficiais de Combate a vetores |
| Coordenador | Gerenciar administrativa e tecnicamente todo o Programa | Técnico de nível superior na área de saúde ou biologia | Com experiência em Programas oficiais de Combate a vetores |
| Supervisor Geral | Controlar, monitorar e orientar todo os Supervisores de área | Técnico de nível médio em administração na área de saúde | Diplomas ou certificados de cursos em informática. Motorista |
| Supervisor de Área | Fazer o RG de sua área; administrar sua equipe e realizar o combate focal, perifocal e espacial | Técnico de nível médio em administração na área de saúde | Com curso de supervisor de Área ministrado pela SES ou FUNASA. Motorista |
| Entomologista | Realizar a pesquisa entomológica dos vetores transmissores de arboviroses | Técnico de nível superior com formação ou especialização em entomologia e conhecimentos em informática | Diplomas ou certificados de cursos em informática |
| Digitador | Digitar dados estatísticos do SINAN, Relatórios e Documentos oficiais do Programa | Técnico de nível médio em administração | Diplomas ou Certificados de cursos em informática |
| Motorista | Dirigir veículos do Programa de apoio logístico e operacional | Habilitação profissional para veículos utilitários e passeio | Carteira sem multa no DETRAN |
| Agente de Saúde | Realizar educação em saúde e combate focal e perifocal | ★ Técnico de nível médio com curso de capacitação | Certificado ou Diploma de Curso de capacitação e Atestado de Residência Municipal |

ANEXO IV

PERFIL PROFISSIOGRÁFICO DO AGENTE DE SAÚDE

CRITÉRIOS: FÍSICO, SOCIAL, TÉCNICO E CULTURAL

1. ASPECTO FÍSICO.

Acuidade: auditiva/visual

Resistência: grandes caminhadas

Físico: compatível com a atividade

Facilidade: subir e descer escada

2. ASPECTO SOCIAL.

Sexo: masculino/feminino

Residência: Município do Programa

Obrigações: Quite com os Serviços Militar e Eleitoral

Idade: 18 a 40 anos

Nacionalidade: brasileiro

Atestado: Bons antecedentes

3. ASPECTO TÉCNICO.

Informática: digitador ou prática de digitação

Leitura: dinâmica

Sociabilidade: fácil relacionamento social.

Habilitação: motorista/motociclista

Expressão : facilidade de falar e expressar-se

4. ASPECTO CULTURAL .

★ **Educação:** fundamental completo

Matemática: Solução de problemas sobre as quatro operações.

Escrita: legível

Redação: Correção ortográfica e gramatical.

Português: Leitura, compreensão e interpretação

5. AVALIAÇÃO.

Prova Escrita: Português - Matemática e Conhecimentos Gerais

6. INSPEÇÃO DE SAÚDE.

Aptidão: física e mental.

ANEXO V

CURSO DE FORMAÇÃO DE AGENTES DE SAÚDE (CONTEÚDO PROGRAMÁTICO)

| |
|--|
| <p>Módulo I - História da Dengue no Brasil.</p> <ul style="list-style-type: none">1.1. Principais campanhas de Combate à Dengue no Brasil1.2. Evolução da Dengue nos Estados e Municípios. |
| <p>Módulo II - Noções sobre Febre amarela e dengue.</p> <ul style="list-style-type: none">2.1. Febre amarela, ciclo epidemiológico.2.2. Dengue, ciclo epidemiológico. |
| <p>Módulo III - Biologia dos vetores.</p> <ul style="list-style-type: none">3.1. Aedes aegypti.<ul style="list-style-type: none">3.1.1. Habitat e hábitos3.1.2. Ciclo biológico3.1.3. Ovo, larva, pupa - adulto (morfologia)3.2. Aedes albopictus.<ul style="list-style-type: none">3.2.1. Diferenças morfológicas entre as espécies3.2.2. Ciclo de transmissão da doença. |

Módulo IV - Organização das Operações de Campo.

4.1 Funções dos Agentes de Saúde.

- 4.1.1. Do Coordenador
- 4.1.2. Dos Supervisores Geral e de campo
- 4.1.3. Dos Agentes de Saúde
- 4.1.4. Do material de Campo.

4.2 Criadouros e Depósitos

- 4.2.1 Classificação dos depósitos
- 4.2.2 Focos e Técnica de Pesquisa
- 4.2.3 Captura e Transporte de larva e adulto
- 4.2.4 Acondicionamento de larvas e adultos e cuidados gerais

Módulo V - Reconhecimento Geográfico.

- 5.1. Área urbana, periurbana e rural
- 5.2. Zona, Quarteirão, Predial
- 5.3. Croquis

Módulo VI- Pesquisa Entomológica.

- 6.1. Índices de: Recipiente, Bretau e Predial
- 6.2. Pesquisa em Ponto Estratégico
- 6.3. Pesquisa em Armadilhas.

Módulo VII - Combates/Tratamento.

- 7.1. Tratamento focal
- 7.2. Tratamento perifocal
- 7.3. Tratamento espacial

| |
|--|
| <p>Módulo VIII - Equipamento de Proteção.</p> <ul style="list-style-type: none"> 8.1. EPI - Individual 8.2. EPI - Coletivo. 8.3. INSETICIDAS. Classificação e Toxicologia. |
| <p>Módulo IX - Educação em Saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> 9.1. Conceito de Doença 9.2. A participação da Sociedade no Controle da Dengue 9.3. O papel da Mídia 9.4. A informação nos canais de comunicações. |
| <p>Módulo X - Gerenciamento Administrativo do PIACD/BM.</p> <ul style="list-style-type: none"> 10.1. Constituição do PIACD/BM 10.2. Direitos e Deveres dos Agentes de Saúde 10.3. Jornada de Trabalho |
| <p>Módulo XI - Dengue.</p> <ul style="list-style-type: none"> 11.1. Epidemiologia da Dengue 11.2. Sintomatologia 11.3. Diagnóstico - Tratamento |
| <p>Módulo XII - Conduta Ética e Profissional.</p> <ul style="list-style-type: none"> 12.1. Relações humanas 12.2. Atitudes profissionais: deveres e obrigações do cidadão 13.3. Formas de Comunicação: Abordagens dos imóveis |

Ref: Instruções para Pessoal de Combate ao Vetor - Manual de Normas Técnicas, 2ª Ed. FUNASA, Rio de Janeiro, 1988
Dengue: Instruções para Pessoal de Combate ao Vetor - Manual de Normas Técnicas FUNASA, Brasília , 2001

GRADE DO CURSO

| MÓDULOS | ASSUNTO | CONTEÚDO COGNITIVO | TEMAS | CARGA HORÁRIA |
|-------------|---------------------------------------|---------------------------|----------------------|---------------|
| Módulo I | História da Dengue no Brasil. | Conhecimentos Gerais | 1.1: 1.2 | 2 hs |
| Módulo II | Noções sobre Febre amarela e dengue. | Conhecimento Técnico | 2.1: 2.2 | 2 hs |
| Módulo III | Biologia dos vetores. | Conhecimento Técnico | 3.1:3.3; 3.2 : 3.2.2 | 4 hs |
| Módulo IV | Organização das Operações de Campo. | Conhecimento Técnico | 4.1:4.14; 4.2:4.24 | 4 hs |
| Módulo V | Reconhecimento Geográfico | Conhecimento Técnico | 5.1: 5.3 | 6 hs |
| Módulo VI | Pesquisa Entomológica. | Conhecimento Técnico | 6.1: 6.3 | 2 hs |
| Módulo VII | Combates/Tratamento. | Conhecimento Técnico | 7.1: 7.3 | 4 hs |
| Módulo VIII | Equipamento de Proteção. | Conhecimento Profissional | 8.1: 8.3 | 2 hs |
| Módulo IX | Educação em Saúde. | Conhecimento Profissional | 9.1: 9.4 | 3 hs |
| Módulo X | Gerenciamento Administrativo do PMCD. | Conhecimento Profissional | 10.1:10.3 | 2 hs |
| Módulo XI | Dengue. Aspecto Clínico | Conhecimento Médico | 11.1:11.3 | 2 hs |
| Módulo XII | Conduta Ética e Profissional. | Conhecimento Profissional | 12.1:12.3 | 2 hs |
| - | A disposição da Coordenação | Práticas de assuntos | - | 5 hs |

Total de Horas: 40

Anexo 5: Proposta de estruturação do quadro de pessoal de controle de zoonoses e combate a vetores no nível municipal

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL

DE SAÚDE

REGIÃO MÉDIO PARAÍBA

CONSTRUINDO PARCERIAS

PLANO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO

MÉDIO PARAÍBA – CISMEPA

1 – INTRODUÇÃO:

A Região do Médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro é composta por doze municípios: Barra do Pirai, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Pirai, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença, Volta Redonda, compreendendo uma população de 771.349 habitantes, distribuída em uma área geográfica de 63.610 Km².

A evolução dos municípios é bastante heterogênea uma vez que, destes, três foram emancipados em 1.997.

Esta região vem buscando ampliar sua capacidade de governo e governabilidade para enfrentar os problemas de saúde de maneira mais efetiva.

Desse modo, três municípios encontram-se na modalidade de Gestão Plena do Sistema (Volta Redonda, Resende e Barra Mansa), oito estão habilitados na condição de Gestão Plena de Atenção Básica, e Porto Real encontra-se em processo de habilitação, tendo realizado recentemente sua I Conferência Municipal de Saúde.

As reuniões periódicas entre os Secretários Municipais de Saúde da região suscitou a necessidade de se criar alternativas para o enfrentamento de problemas comuns, surgindo então a idéia da implantação do Consórcio que se consolidou a partir de 1.996. O movimento dos Secretários Municipais pela viabilização dos princípios e diretrizes do SUS amadureceu o debate sobre este tema. Estas idéias foram posteriormente incorporadas pelo conjunto de Prefeitos da região, os quais em encontro realizado no início deste ano definiram como meta a implantação do Consórcio Intermunicipal.

Assim construiu-se a conjugação política e técnica necessária para a efetiva instalação do Consórcio na Região do Médio Paraíba.

2 – SÍNTESE DIAGNÓSTICA DA REGIÃO

POPULAÇÃO POR MUNICÍPIO DA REGIÃO MÉDIO PARAÍBA – 1.999

| MUNICÍPIOS | POPULAÇÃO |
|----------------|----------------|
| Barra do Pirai | 89.388 |
| Barra Mansa | 168.953 |
| Itatiaia | 24.183 |
| Pinheral | 19.370 |
| Pirai | 25.141 |
| Porto Real | 9.279 |
| Quatis | 10.781 |
| Resende | 100.627 |
| Rio Claro | 15.099 |
| Rio das Flores | 6.257 |
| Valença | 61.956 |
| Volta Redonda | 240.315 |
| TOTAL | 771.349 |

Fonte: RS IBGE 05, de 25/08/99

Com vistas a subsidiar a elaboração deste plano utilizou-se dados fornecidos pelas Secretarias Municipais de Saúde Consorciadas, e dados oriundos do IBGE, Sistema Nacional de Informações do Ministério da Saúde DATASUS – Sistema de Informações Hospitalares e Ambulatoriais (SIH e SIA/SUS) além de outros sistemas como o SINASC.

O processo de discussão, as reiteradas visitas *in loco* aos municípios e os dados coletados serviram para orientar este processo, definir as prioridades, as metas e a alocação de recursos de investimento.

a) MORTALIDADE INFANTIL PÓS-NEONATAL

Observando-se os quadros a seguir verificamos que houve um declínio considerável na mortalidade na região entre os anos de 1.990 a 1.995; de 25.13 para 17.45/1.000 NV apresentando uma variação de 58.82/1.000 NV em Rio das Flores, 30.93/1.000 NV em Barra do Pirai e 12.35/1.000 NV em Quatis.

O coeficiente de mortalidade pós-neonatal na região apresenta padrão bastante variável indo dos extremos de 39.22/1.000 NV em Rio das Flores a 4.48/1.000 NV em Volta Redonda e 2.28/1.000 NV em Valença.

**COEFICIENTE DE MORTALIDADE PÓS-NEONATAL (POR 1.000 NV)
REGIÃO DO MÉDIO PARAÍBA – 1.990 A 1.995**

| Região e Municípios | 1.990 | 1.991 | 1.992 | 1.993 | 1.994 | 1.995 |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Médio Paraíba | 11,25 | 9,99 | 8,63 | 8,62 | 9,32 | 6,41 |
| Barra do Pirai | 17,72 | 12,01 | 10,73 | 11,10 | 18,45 | 5,73 |
| Barra Mansa | 14,56 | 12,36 | 13,08 | 11,82 | 10,29 | 8,45 |
| Itatiaia | 13,27 | 13,33 | 3,77 | 9,77 | 7,83 | 7,46 |
| Pirai | 17,09 | 15,80 | 5,90 | 19,06 | 10,36 | 11,64 |
| Quatis | - | - | - | 11,98 | 23,81 | 6,17 |
| Resende | 6,63 | 4,26 | 3,36 | 5,83 | 6,56 | 7,70 |
| Rio Claro | 18,40 | 11,14 | 8,55 | 18,18 | 18,75 | 5,76 |
| Rio das Flores | 31,50 | 9,62 | 0,00 | 0,00 | 16,13 | 39,22 |
| Valença | 11,43 | 9,62 | 10,33 | 2,93 | 11,19 | 2,28 |
| Volta Redonda | 6,89 | 9,06 | 1,80 | 6,46 | 4,81 | 4,48 |

b) MORTALIDADE MATERNA

De acordo com o quadro abaixo verifica-se que houve um aumento da mortalidade materna na região entre os anos de 1.990 a 1.995. Os coeficientes observados em 1.995 vão de 45.31/100.000 NV em Resende e 76.05/100.000 NV em Valença até 388.10/100.000 NV em Pirai.

**COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA (POR 100.000 NV),SEGUNDO
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA – 1.990 A 1.995**

| Região e Municípios | 1.990 | 1.991 | 1.992 | 1.993 | 1.994 | 1.995 |
|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Médio Paraíba | 64,21 | 123,13 | 88,61 | 75,24 | 101,35 | 115,91 |
| Barra do Pirai | 0,00 | 228,83 | 63,13 | 58,45 | 184,50 | 114,55 |
| Barra Mansa | 30,34 | 176,63 | 130,80 | 65,66 | 155,91 | 93,90 |
| Itatiaia | - | 444,44 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 248,76 |
| Pirai | 170,94 | 0,00 | 147,49 | 293,23 | 129,53 | 388,10 |
| Quatis | - | - | - | 598,80 | 0,00 | 0,00 |
| Resende | 94,65 | 0,00 | 48,01 | 0,00 | 87,53 | 45,31 |
| Rio Claro | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 303,03 | 312,50 | 288,18 |
| Rio das Flores | 787,40 | 0,00 | 0,00 | 740,74 | 0,00 | 0,00 |
| Valença | 76,22 | 80,19 | 79,49 | 0,00 | 0,00 | 76,05 |
| Volta Redonda | 60,79 | 129,48 | 108,39 | 64,56 | 65,57 | 111,88 |

c) MORTALIDADE POR CAUSA

Por dificuldade na obtenção de informações quanto aos coeficientes de mortalidade geral da região do Médio Paraíba, optou-se por analisar as Causas/Óbitos na região.

Entre as principais causas de óbito na região no ano de 1.998 destacam-se as doenças do aparelho circulatório com 1.875 óbitos, seguidas das neoplasias com 685 óbitos, as causas externas com 626 e as doenças do aparelho respiratório com 600 óbitos.

Registra-se ainda que apesar do desenvolvimento regional persistem os óbitos por doenças infecciosas e parasitárias com 197 óbitos e doenças nutricionais e metabólicas com 303 óbitos.

CAUSAS DE ÓBITOS NA REGIÃO MÉDIO PARAÍBA – 1.998

| Causas | Total |
|--|--------------|
| Doenças do aparelho circulatório | 1.875 |
| Neoplasias | 685 |
| Causas externas de morbidade e de mortalidade | 626 |
| Doenças do aparelho respiratório | 600 |
| Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas | 303 |
| Doenças do aparelho digestivo | 264 |
| Sintomas, sinais e achados de exames clin. e lab. | 224 |
| Algumas afecções origin. no período perinatal | 204 |
| Doenças infecciosas e parasitárias | 197 |
| Doenças do aparelho geniturinário | 136 |
| Doenças do aparelho nervoso | 66 |
| Malformações congênitas, Deform. e Anomal. Cromossômicas | 46 |
| Doenças sangue e órgãos hematopoéticos | 36 |
| Transtornos mentais e comportamentais | 36 |
| Gravidez, parto e puerpério | 15 |
| Doenças da pele e tecido subcutâneo | 8 |
| Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo | 5 |
| Doenças do olho e anexos | 01 |
| Lesões, envenenamentos e outras conseq. de causas externas | 01 |
| TOTAL | 5.328 |

d) PARTOS NORMAIS E PARTOS CESÁREOS

**NÚMERO DE PARTOS E TAXA DE PARTOS CESÁREOS - 1.997
(POR RESIDÊNCIA DA MÃE / TODOS OS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE)**

| Região e Municípios | Total de Partos * | Nº. de Partos Cesáreos | Taxa de Cesáreas |
|---------------------|-------------------|------------------------|------------------|
| Médio paraíba | 14.892 | 8.373 | 56,22 |
| Barra do Pirai | 1.768 | 1.130 | 63,84 |
| Barra Mansa | 3.254 | 1.991 | 61,81 |
| Itatiaia | 480 | 249 | 51,87 |
| Pinheiral | 304 | 160 | 52,63 |
| Pirai | 527 | 385 | 73,05 |
| Porto Real | 243 | 129 | 53,08 |
| Quatis | 205 | 82 | 40,00 |
| Resende | 2059 | 940 | 45,65 |
| Rio Claro | 336 | 129 | 38,39 |
| Rio das Flores | 145 | 40 | 27,58 |
| Valença | 1.316 | 635 | 48,25 |
| Volta Redonda | 4.257 | 2503 | 58,79 |

* Não considerados Partos do Tipo Ignorado e a Fórceps.

A análise dos dados acima expõe que a maioria dos municípios apresenta taxa elevada de partos cesáreos, entretanto, verifica-se que a média de ocorrência de cesáreas na região é de 56,22 variando para o conjunto de municípios, de vez que em Rio das Flores esta taxa é de 27,58 chegando até a 73,05 em Pirai.

3 – REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA REGIÃO DO MÉDIO PARAÍBA

A região caracteriza-se por apresentar uma rede de serviços complexa e diversificada com capacidade de suprir a grande maioria das necessidades de assistência a saúde da população. É importante ressaltar que estes serviços concentram-se nos municípios de maior contingente populacional, principalmente os de média e alta complexidade na área ambulatorial, bem como os que possuem o maior quantitativo de leitos hospitalares.

É válido acrescentar que a maior concentração de leitos disponíveis está no setor privado, não conveniado ao SUS, o que determina uma insuficiência de leitos hospitalares públicos na região.

REDE AMBULATORIAL

Básica

Na região do Médio Paraíba a rede pública de atenção básica à saúde cobre quase que a totalidade da população, com algumas deficiências em áreas específicas como gineco-obstetria. As referidas deficiências ocorrem principalmente em função da necessidade de implantar rotinas, protocolos e controles específicos das ações.

Especializada

Com relação à assistência ambulatorial, à medida em que ela se torna mais complexa, verifica-se a maior concentração de serviços na rede privada, o que exige o contrato de serviços complementares junto a este setor.

Observa-se ainda a carência de várias especialidades médicas, principalmente nas áreas de Neurologia, Cardiologia, Ortopedia e Oftalmologia, em função de dois fatores: a insuficiência de recursos humanos na região e os baixos salários no setor público.

Em volta Redonda, encontra-se os maiores percentuais de recursos humanos especializados da região.

O setor público dispõe de alguns Centros Especializados:

- Materno infantil com assistência inclusive na área de fertilidade, sexualidade e anticoncepção;
- Ambulatório de Alto Risco para gestante;
- Odontologia com assistência em buco-maxilo para portadores de deficiência.

A oferta de serviços concentra-se nos municípios de Volta Redonda, Barra Mansa e Resende.

Quanto à capacidade instalada da rede ambulatorial, 51% dos consultórios estão localizados no setor público com uma média de 2,5 consultórios/unidade ambulatorial.

Cahe considerar que 3,7% destas unidades ambulatoriais oferecem atendimentos de urgência.

- Diagnose e terapia

Todos os municípios da região possuem serviços de Patologia Clínica de baixa à média complexidade, Radiodiagnóstico - excetuando-se os contrastados e os de alta complexidade e serviços de Eletrocardiograma.

Quanto aos demais procedimentos de Diagnose e Terapia, na sua grande maioria estão alocados em Volta Redonda.

Ressaltamos que aproximadamente 50% da assistência de média e alta complexidade encontram-se no setor privado contratado, que possui capacidade de absorção da demanda regional, desde que seja reformulada a tabela vigente no SIA/SUS.

Quanto aos itens de Programação estabelecidos pelo Ministério da Saúde para o SIA/SUS, a Região do Médio Paraíba executou 6.649.898 procedimentos no ano de 1.996, com uma variação (-) 2.49% em relação ano de 1.995.

REDE HOSPITALAR

Os serviços hospitalares na região concentram-se no setor filantrópico com 12 hospitais, seguido dos contratados com dez e municipais com quatro. Os hospitais públicos localizam-se em Resende e em Volta Redonda, sendo que neste último município existem dois grandes hospitais e outro em fase de construção.

O maior quantitativo de leitos está disponível no setor filantrópico, como observamos no quadro a seguir:

**LEITOS HOSPITALARES
SEGUNDO NATUREZA DO ESTABELECIMENTO, POR MUNICÍPIO – 1.999**

| Municípios | Contratados | Filantrópicos | Municipal | Estadual | Universitários | Total |
|----------------|-------------|---------------|-----------|----------|----------------|-------|
| Médio Paraíba | 699 | 1021 | 306 | 480 * | 200 | 2226 |
| Barra do Pirai | 21 | 201 | - | 480 * | - | 222 |
| Barra Mansa | 162 | 192 | - | - | - | 354 |
| Itatiaia | - | - | 43 | - | - | 43 |
| Pinheiral | - | - | - | - | - | - |
| Pirai | - | 86 | - | - | - | 86 |
| Porto Real | - | - | - | - | - | - |
| Quatis | 250 | 37 | - | - | - | 287 |
| Resende | - | 143 | 37 | - | - | 180 |
| Rio Claro | - | 47 | - | - | - | 47 |
| Rio das Flores | - | 32 | - | - | - | 32 |
| Valença | 25 | 283 | - | - | 200 | 508 |
| Volta Redonda | 241 | - | 226 | - | - | 467 |

* Corresponde a leitos do extinto Hospital Psiquiátrico de Vargem Alegre, não considerados, portanto, no total de leitos por natureza do estabelecimento.

Considerando-se os leitos por natureza do estabelecimento, detecta-se que estes estão distribuídos sem a observância dos parâmetros do Ministério da Saúde. Concentram-se na Clínica Médica, entretanto apresentam um *déficit* devido ao grande número de internações na terceira idade, gerando um tempo médio de permanência mais elevado.

Analisando alguns indicadores hospitalares do mês de fevereiro de 1.998 – M.S./DATASUS, observa-se que a média permanência na região é de 6,4 dias de internação e o valor médio da AIH é de R\$ 221,51. É possível afirmar ainda que:

- Ocorreram 338 óbitos em pacientes internados;
- A taxa de mortalidade por 100 internações variou de 5,25% em Barra do Pirai a 4,84% em Volta redonda e 4,55% em Barra Mansa.

Outro indicador observado é o de frequência de internações, que apresentou uma variação de (-) 16,29% entre os anos de 1.995 e 1.996, com 67.400 internações em 1.996.

As maiores variações foram nos municípios de Valença, com (-) 36,04%; Barra do Pirai com (-) 22,57% e Volta Redonda com (-) 20,36%.

Os principais motivos de internação, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID) 09, na região Médio Paraíba, estão contemplados no quadro a seguir:

PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO

| Diagnóstico | Quantidade | % |
|---|------------|-------|
| Médio Paraíba | 56.419 | 100 |
| Parto normal | 5.560 | 10,56 |
| Insuficiência cardíaca | 2.712 | 5,07 |
| Pneumonia/microorganismos não especificados | 2.104 | 3,93 |
| Desproporção | 1.814 | 3,39 |
| Psicoses esquizofrênicas | 1.239 | 2,32 |
| Infecções intestinais mal definidas | 1.058 | 1,98 |
| Outras pneumonias bacterianas | 1.042 | 1,95 |
| Asma | 963 | 1,80 |
| Hérnia inguinal | 949 | 1,77 |
| Anomalias órgãos e tecidos moles da pelve | 903 | 1,69 |
| Má posição e má apresentação do feto | 867 | 1,62 |
| Quadros psicóticos orgânicos | 843 | 1,58 |
| Hipertensão essencial | 838 | 1,57 |
| Diabetes Melitus | 798 | 1,49 |
| Trabalho de parto prematuro | 746 | 1,39 |
| Demais diagnósticos | 33.893 | 60,07 |

Considerando-se a necessidade de monitorar e avaliar sistematicamente o presente Plano Intermunicipal de Saúde da Região do Médio Paraíba, optou-se por desdobrá-lo em projetos cujo desenvolvimento tem a finalidade de impactar os principais problemas enfrentados na região. Nesta perspectiva, foram elaborados dois projetos, apresentados a seguir:

4 - PROJETOS DE INTERVENÇÃO

PROJETO I - ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL

JUSTIFICATIVAS:

A Região do Médio Paraíba apresenta um perfil semelhante ao de outras regiões brasileiras na área da assistência materno-infantil. As altas taxas de partos cesáreos no ano de 1995 e 1996 (58,45 e 48,49, respectivamente), os coeficientes de mortalidade materna em 1994 e 1995 (101,35/100.000 NV e 115,91/100.000 NV, respectivamente), bem como a mortalidade infantil de até 50,82/1000 NV observada em um dos municípios da região, fizeram com que os Secretários Municipais de Saúde se mobilizassem para o enfrentamento desses problemas e buscassem soluções para reversão desse quadro deveras preocupante.

OBJETIVO:

Garantir a qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério e da assistência pediátrica, hoje praticadas na região.

ESTRATÉGIAS:

- Capacitar recursos humanos
- Equipar a Rede Pública de Saúde
- Elaborar manuais de normas e rotinas
- Criar leitos de UTI neonatal
- Criar leitos de UTI pediátrico
- Implantar Ambulatórios de Alto Risco
- Implantar e implementar leitos de maternidade
- Implantar a oferta de Diagnóstico por imagens: Ultra-sonografia, Mamografia e Patologia Especializada.

DESENVOLVIMENTO DO PROJETO:

A análise das estratégias propostas pressupõe uma série de ações para o desenvolvimento do projeto em pauta.

Estrategicamente optou-se por reunir os coordenadores do Programa Materno-Infantil da Região do Médio Paraíba e, a partir das dificuldades e avanços apontados pelas diversas equipes, orientar o trabalho a ser desenvolvido na região.

Estas reuniões aconteceriam mensalmente, tendo como elo norteador a implantação de uma Rede de Atenção Materno-Infantil regionalizada e hierarquizada.

Optou-se primeiramente em levantar todos os dados relativos à rede de serviços existente, através de um instrumento (Anexo) que permitisse a análise da capacidade instalada, dos recursos humanos disponíveis e da resolutividade e organização dos serviços. Para tanto, foi elaborado e enviado um questionário aos coordenadores dos programas da região, com cronograma de entrega, avaliação e tomada de decisões (Anexo).

Simultaneamente, avaliou-se a rede de serviços terciários na região, no que tange às Unidades de Tratamento Intensivo de adultos, pediátricas e neonatal, na rede pública e contratada ou conveniada ao SUS.

LEITOS DE UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO, POR ESPECIALIDADE

| Município | UTI Adulto | UTI Pediátrica | UTI Neonatal |
|---------------|------------|----------------|--------------|
| Barra Mansa | 08 | - | - |
| Resende | 04 | - | 06 |
| Volta Redonda | 11 | - | 10 |
| Total | 23 | - | 16 |

Verificou-se que o quantitativo de leitos existentes encontra-se aquém das necessidades da região.

Diante desta constatação, o Grupo Técnico optou por sugerir ações cujo objetivo principal seria o da manutenção da vida das crianças de 0 a 28 dias nascidas nas maternidades da região.

No sentido de melhor organizar a oferta de suporte tecnológico e de capacitação de Recursos Humanos, optou-se por dividir os municípios da região em três grupos:

GRUPO I - Integrado pelos municípios que possuam serviço de urgência/emergência, onde eventualmente possa ocorrer a realização de um procedimento de parto.

Neste caso, foi elaborada uma relação básica de equipamentos (Anexo I.I) com os quais os serviços contarão para suporte ao atendimento, sendo definido que todos os 12 (doze) municípios que integram a região serão contemplados com os itens da relação mencionada. Os serviços referidos deverão contar, no horário diurno, com médico pediatra e/ou clínico geral capacitado em atendimento em urgência/emergência pediátrica e, no horário noturno, com pediatra em regime de sobreaviso, pelo menos.

GRUPO II - Integrado pelos municípios que, além do serviço de urgência/emergência referido no Grupo I, acima, possuam leitos de maternidade e realizem rotineiramente procedimentos

de parto, contando obrigatoriamente com médico pediatra em regime de plantão nas 24 horas do dia, nos sete dias da semana. Nesta classificação enquadram-se 06 (seis) municípios da região.

GRUPO III – Integram este grupo os municípios definidos como referências e que recebem os equipamentos para instalação de Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. Deverão, obrigatoriamente, possuir em seu quadro de recursos humanos a equipe descrita no Anexo I.2. A Unidade de Barra Mansa contará com 06 (seis) leitos, a do município de Pirai com 04 (quatro) leitos e a Unidade de Resende terá os seus atuais 06 (seis) leitos ampliados para 10 (dez) leitos.

Paralelamente às ações de reorganização da rede para Manutenção da Vida e em conformidade com o que revelam os dados regionais, estão sendo estruturadas propostas de intervenção na qualidade da Atenção Materno-Infantil.

Na consolidação destes dados, observou-se que grande parte das ações de atenção à saúde materno-infantil ainda não implantadas, dependem, para sua consecução, de tomada de decisão no próprio município, compreendendo-se entre essas ações a reorganização da rede, a introdução de normas e rotinas uniformes e o estabelecimento de fluxos de referências consistentes, etc. Outras ações dependem de pactos intermunicipais e extra-regionais, que serão aprofundados e encamiñados no decorrer dos trabalhos desenvolvidos pelo Grupo Técnico.

Entendemos que, somente com a rede Materno-Infantil estruturada e funcionando com normas e rotinas adequadas ao perfil desta região, o impacto final do conjunto de ações proporcionará uma mudança nos indicadores hoje existentes.

Considerando a existência de municípios de pequeno porte e/ou recém-emancipados na região, torna-se necessário desenvolver ações de apoio com vistas a favorecer o desempenho desses municípios, garantindo a viabilização de um sistema hierarquizado e integral à saúde da população.

Neste sentido, o Grupo Técnico avaliou a possibilidade de implantar uma estrutura administrativa do Consórcio com o objetivo de proporcionar aos municípios consorciados o apoio necessário para sua estruturação básica, com a implantação de um sistema de informações que oriente minimamente a tomada de decisão dos gestores locais e garanta um sistema público de saúde mais resolutivo.

Para tanto, os municípios de pequeno porte ou recém-emancipados precisariam de estruturas administrativas que dispusessem de instrumentos de avaliação sistemática pactuados entre os municípios da região, possibilitando uma visualização das ações de saúde implantadas, principalmente aquelas da área materno-infantil.

ESTRATÉGIAS:

- Capacitar técnicos e secretários municipais de saúde
- Promover a integração interinstitucional através do CISMEPA
- Orientar os municípios consorciados no tocante ao reordenamento do fluxo de demanda, efetivando-se a referência e contra-referência nos encaminhamentos intermunicipais.
- Instrumentalizar e estimular os municípios consorciados para a construção de um modelo preventivo de saúde.

RELACÃO DOS EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE A SEREM ADQUIRIDOS PARA ESTRUTURAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE OU RECÉM-EMANCIPADOS

| DESCRIÇÃO DO BEM | UNIDADE | QUANTIDADE |
|---------------------|---------|------------|
| Micro computador | | 9 |
| Impressoras | | 9 |
| Servidor | | 1 |
| Móveis e utensílios | | 30 |
| Linha telefônica | | 2 |
| Máquina de xerox | | 1 |
| Veículo utilitário | | 1 |
| Software | | 1 |

MUNICÍPIOS CONTEMPLADOS:

ITATIAIA
PINHEIRAL
PIRAÍ
PORTO REAL
QUATIS
RIO CLARO
RIO DAS FLORES

SEDE DO CONSÓRCIO: VOLTA REDONDA

ANEXO I

**PLANO DE TRABALHO
FOLHA 1/3**

DADOS CADASTRAIS

| | |
|---|--|
| Nome da Entidade Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Médio Paraíba | C.G.C. da Entidade 02.615.925/0001-72 |
|---|--|

| | |
|---|--------------------------------|
| Endereço da Entidade Av. Sete de Setembro, 77 Aterrado | População da Região 771.349 |
|---|--------------------------------|

| | | | | |
|-------------------------|------------|---------------------|----------------------------------|---|
| Cidade Volta Redonda | U.F. RJ | C.E.P. 27295-330 | DDD/Telefone/FAX (024)3471265 | Esfera Administrativa Intermunicipal |
|-------------------------|------------|---------------------|----------------------------------|---|

| | | | |
|---------------------------|-------|-------------------|-------------------------------------|
| Conta Corrente 73028-9 | Banco | Agência 0262-3 | Praça de Pagamento Volta Redonda |
|---------------------------|-------|-------------------|-------------------------------------|

| | |
|--|---------------------------------------|
| Nome do Dirigente da Entidade Proponente Antonio Francisco Neto | C.P.F. do Dirigente 654.177.047-68 |
|--|---------------------------------------|

| | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|--------|---------------------|
| C.I./Órgão Expedidor 7309870 / IFP | Cargo Prefeito Municipal | Função | Matricula 139866 |
|---------------------------------------|-----------------------------|--------|---------------------|

2. OUTROS PARTICIPES

| | | |
|---|------------------------------|---|
| Nome da Entidade Municípios Consorciados | C.G.C. 02.615.925/0001-72 | Esfera Administrativa Intermunicipal |
|---|------------------------------|---|

| | |
|--|---------------------------------|
| Endereço (Rua, bairro, cidade, CEP) Av. Sete de Setembro, 77 Aterrado Volta Redonda - RJ CEP 27.295-330 | DDD: (024) Telefone: 3471265 |
|--|---------------------------------|

3. DESCRIÇÃO DO PROJETO

| | | |
|---|----------------------|-----------------------|
| Título do Projeto: Assistência Materno-Infantil – Região do Médio Paraíba e Apoio aos Municípios de Pequeno Porte | Período de Execução | |
| | Início 20/10/1999 | Término 31/03/2001 |

Identidade do Projeto:

Realização de investimentos para melhoria e modernização do atendimento na área materno-infantil dos serviços de saúde dos municípios consorciados na região, capacitando recursos humanos, uniformizando rotinas, definindo fluxos de referência e equipando minimamente as Unidades Básicas de Saúde e Hospitais integrantes do presente projeto.

Justificativa da Proposição:

A necessidade de implementar ações que visem reduzir as taxas de mortalidade materno infantil na região, melhorando a qualidade e resolutividade dos serviços, criando uma rede integrada e regionalizada, propiciando o acesso mais equânime aos usuários do Sistema Único de Saúde na região.

ANEXO I

PLANO DE TRABALHO FOLHA 2/3

4 – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (meta, etapa ou fase)

| Meta | Etapa/ Fase | Especificação | Indicador Físico | | Período | |
|------|----------------|--|------------------|------|---------|---------|
| | | | Unid. | Qtde | Início | Término |
| I | | Assistência Materno Infantil | | | | |
| | 1.1 | Equipar a rede pública de saúde (Anexo I.1) | | | Mês 01 | |
| | 1.2 | Criar leitos de UTI neonatal (Anexo I.1) | | | Mês 01 | |
| | 1.3 | Implantar ambulatório de alto risco | | | Mês 01 | |
| | 1.4 | Ampliar a oferta de diagnose por imagem | | | Mês 01 | |
| | 1.5 | Capacitar Recursos Humanos em atenção especializada em U.T.I. e Urgência pediátrica. | 01 | 84 | Mês 02 | |

5- PLANO DE APLICAÇÃO (EM R\$)

| Natureza das despesas | | Total | Concedente (SES/RJ) |
|-----------------------|--|---------------------|--------------------------|
| Código | Especificação | | |
| 01 | Equipamentos e material permanente | 836.398,00 | 836.398,00 |
| 02 | Capacitação de Recursos Humanos pela Sociedade Brasileira de Pediatria | 163.602,00 | 163.602,00 |
| Total Geral | | 1.000.000,00 | 1.000.000,00 |

ANEXO I

**PLANO DE TRABALHO
FOLHA 3/3**

6 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (EM RS)

Concedente (SES/RJ)

| | |
|------|-------|
| Meta | Julho |
|------|-------|

| | |
|--|--------------|
| | 1.000.000,00 |
|--|--------------|

7 – APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

Aprovado

Local e Data

Concedente

ANEXO I.1

**RELAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS À IMPLANTAÇÃO DA U.T.I.
E AO SUBPROJETO MANUTENÇÃO DA VIDA DE R.N. DE 0 A 28 DIAS
FOLHA 1/2**

| Municípios | Equipamentos | Qtde. | Valores (R\$) | |
|--------------------|---|------------|-----------------|-------------------|
| | | | Unit. | Total |
| GRUPO III | Berço Aquecido | 11 | 2.900,00 | 31.900,00 |
| | Incubadora de parede dupla | 11 | 9.554,00 | 105.094,00 |
| Barra Mansa | Oxímetro com monitor | 11 | 1.735,00 | 19.085,00 |
| | Conjunto de Nebulização | 06 | 200,00 | 1.200,00 |
| Piraí e | Eletrocardiógrafo Portátil | 04 | 3.500,00 | 14.000,00 |
| | Maca para transporte | 02 | 700,00 | 1.400,00 |
| Resende | Negatoscópio | 02 | 300,00 | 600,00 |
| | Oftalmoscópio | 04 | 350,00 | 1.400,00 |
| | Respirador | 06 | 13.000,00 | 78.000,00 |
| | Bomba de Infusão | 20 | 2.089,00 | 41.780,00 |
| | C.P.A.P. | 06 | 150,00 | 900,00 |
| | Aparelho de Fototerapia | 06 | 1.188,00 | 7.128,00 |
| | Balança Eletrônica | 03 | 425,00 | 1.275,00 |
| | Aparelho de Rx portátil | 02 | 30.000,00 | 60.000,00 |
| | Aparelho de Gasometria | 02 | 25.000,00 | 50.000,00 |
| | Bilirrubinômetro | 02 | 27.500,00 | 55.000,00 |
| | Monitor Multiparâmetros pré configurado | 02 | 3.377,00 | 6.754,00 |
| Sub-total | | 100 | | 475.516,00 |
| Total | | 348 | | 761.248,00 |

ANEXO I.2

**RECURSOS HUMANOS NECESSÁRIOS À IMPLANTAÇÃO DA U.T.I.
FOLHA 1/1**

| Profissional | Quantidade |
|---|-------------------|
| Médico diarista c/ título de especialista em medicina intensiva pediátrica | 02 |
| Responsável Técnico com título de especialista em medicina intensiva pediátrica | 02 |
| Médico Plantonista exclusivo da U.T.I. | 16 |
| Enfermeiro(a) coordenador(a) exclusivo para a U.T.I. | 02 |
| Enfermeiro(a) (01 para cada turno de trabalho) | 08 |
| Fisioterapeuta | 02 |
| Auxiliar/Técnico de Enfermagem (01 para cada 02 leitos) | 40 |
| Auxiliar de serviços gerais (limpeza) | 06 |
| Profissional médico em regime de sobreaviso nas especialidades: Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Torácica, Ortopedia e Neurocirurgia | |

ANEXO I.3

**RELAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS E MATERIAL PERMANENTE A SEREM
ADQUIRIDOS PARA ESTRUTURAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE
OU RECÉM-EMANCIPADOS**
FOLHA 1/1

| DESCRIÇÃO DO BEM | UNIDADE | QUANTIDADE | VALOR TOTAL |
|---------------------|---------|------------|------------------|
| Micro computador | | 9 | 15.750,00 |
| Impressoras | | 9 | 3.600,00 |
| Servidor | | 1 | 1.500,00 |
| Móveis e utensílios | | 30 | 15.000,00 |
| Linha telefônica | | 2 | 3.000,00 |
| Máquina de xerox | | 1 | 10.000,00 |
| Veículo utilitário | | 1 | 20.000,00 |
| Software | | 1 | 6.300,00 |
| TOTAL | | | 75.150,00 |

5 – PLANO OPERATIVO

1- Objetivo: Reduzir as taxas de mortalidade materno-infantil

Meta:

| Operações: | Responsáveis | Prazo |
|---|--|--------------|
| OP1: Identificar a situação da assistência materno infantil na região | Comitê de Administração. Coordenação do PAISMC. | Até dez/2000 |
| OP2: Prover a capacitação sistemática e permanente para adequar o perfil dos recursos humanos às ações do PAISMC. | Técnicos do PAISMC. | |
| OP3: Implantar o Comitê de Mortalidade materno-infantil em todos os municípios consorciados. | | |

2- Objetivo: Implementar as normas do Ministério da Saúde, estabelecendo rotinas conjuntas de acordo com o perfil da região.

Meta: Aplicação das normas técnicas e cumprimento das rotinas em 100% dos atendimentos.

| Operações: | Responsáveis | Prazos |
|---|---|-----------------------|
| Op1: Elaborar rotinas conjuntas. | | Até dez./2000 |
| Op2: Implantar e/ou implementar normas técnicas e rotinas. | | Permanentemente |
| Op3: Implantar Sistema de Informação específico na área materno-infantil. | Comitê de Administração. Técnicos do PAISMC. | |
| Op4: Implantar sistemas de controle e avaliação permanentes. | | A partir de jan./2000 |

3- Objetivo: Reduzir as taxas de partos cesarianos
Metas: Redução das taxas de partos cesáreos a 35% do total de partos.

| <i>Operações</i> | <i>Responsáveis</i> | <i>Prazos</i> |
|--|--|----------------------------------|
| Op1: Promover seminários, palestras e debates com profissionais e usuárias sobre a importância do parto normal e a humanização do atendimento. | Coordenação Estadual do PAISMC. | Até dez./2000 e permanentemente. |
| Op2: Divulgar as taxas de partos cesáreos realizados na região, por município. | Profissionais do PAISMC dos municípios consorciados. | |
| Op3: Treinar profissionais de saúde para o atendimento ao parto normal. | Assembléia de Gestores | Concomitante à Op1. |
| Op4: Incentivo a implantação de Casa de Parto, conforme PT GM/MS 985, de 05/08/99, nos municípios sem maternidade. | | |

4- Objetivo: ampliar a oferta de leitos obstétricos com alojamento conjunto
Meta: Garantir leitos de obstetrícia a 70% das gestantes.

| <i>Operações</i> | <i>Responsáveis</i> | <i>Prazos</i> |
|---------------------------------------|--------------------------|----------------|
| Op1: Levantar a oferta de leitos. | Comitê de Administração. | Até julho/2000 |
| Op2: Definir a necessidade de leitos. | Equipes Locais. | Até julho/2000 |
| Op3. Adequar oferta à necessidade. | | Até dez./2000 |

**5- Objetivo: Assegurar o atendimento integral à gestante no pré-natal, parto e puerpério.
Meta: 70% das gestantes**

| <i>Operações</i> | <i>Responsáveis</i> | <i>Prazos</i> |
|---|---|---|
| Op1: Readequar a rede de serviços às normas e rotinas. | Assembléia de Gestores. | Até dez./2000. |
| Op2: Garantir equipe multiprofissional no atendimento à gestante | Comitê de Administração. Coordenação do PAISMC. Técnicos do PAISMC. | Permanentemente |
| Op3: Promover a capacitação sistemática e permanente para adequar o perfil dos recursos humanos às ações do PAISMC. | | Permanentemente, a partir da elaboração das normas e rotinas. |

**6- Objetivo: Prestar acompanhamento à gestante de risco
Meta: Garantir o acesso à rede ambulatorial e hospitalar a 70% das gestantes de risco.**

| <i>Operações</i> | <i>Responsáveis</i> | <i>Prazos</i> |
|---|---|----------------|
| Op1: Realizar consultas pré-natal de qualidade, segundo normas do MS e rotinas conjuntas. | Profissionais do PAISMC e da rede contratada e conveniada ao SUS. | Até dez/2000. |
| Op2: Identificar a complexidade da rede e estabelecer os fluxos de referência. | Comitê de Administração. Assembléia de Gestores. | Até dez/2000. |
| Op3: Implantar serviços ambulatoriais e hospitalares nos polos regionais. | | Até dez/ 2000. |
| Op4: Garantir exames de rotina e especializados, de acordo com as normas pré-estabelecidas. | | Até dez/2000. |

7- Objetivo: Ampliar a oferta de exames de ultrassonografia
Meta: Oferecer 1 USG por gestação a 70% das gestantes.

| Operações | Responsáveis | Prazos |
|--|---|---------------|
| Op1: Identificar, no setor público, recursos humanos especializados para execução de USG. | Comitê de Administração. Equipes Locais. | Até jul/2000. |
| Op2: Identificar a necessidade de exames USG na região. | Comitê de Administração. Assembléia de Gestores. | Até mar/2000. |
| Op3: Identificar a oferta de exames existentes na região. | Colegiado de Prefeitos. | Até jul/2000. |
| Op4: Adequar a oferta de exames à necessidade | | Até dez/2000. |
| Op5: Equipar os serviços de saúde da rede pública da região para proceder estes exames. | | Até dez/2000. |
| Op6: Contratar profissionais para realização de exames necessários. | | Até dez/2000. |
| Op7: Na impossibilidade de Op5 e Op6 contratar serviços junto ao setor privado, em caráter complementar ao SUS para garantir a realização de exames. | | Até dez/2000. |

8- Objetivo : Ampliar oferta de serviços nas áreas de UTI neonatal.
Meta: Garantir assistência em UTI neonatal e/ou UTI adulto a 70% das gestantes de risco

| Operações | Responsáveis | Prazos |
|---|--------------------------|---------------|
| Op1: Levantar a oferta de leitos em UTI neonatal. | Comitê de Administração. | Até jan/2000 |
| Op2: Definir a necessidade de leitos em UTI neonatal. | Assembléia de Gestores. | Até mar/2000 |
| Op3: Criar leitos de UTI neonatal. | Colegiado de Prefeitos | Até dez/2000 |

9- Objetivo: Ampliar oferta de serviços nas áreas de UTI pediátrico
Meta: Garantir assistência em UTI pediátrico, a 70% das crianças de 28 dias a 14 anos.

| <i>Operações</i> | <i>Responsáveis</i> | <i>Prazos</i> |
|---|--|---------------|
| Op1: Levantar a oferta de leitos em UTI pediátrico. | Comitê de Administração. | Até mar/2000. |
| Op2: Definir a necessidade de leitos em UTI pediátrico. | Assembléia de Gestores. Colegiado de Prefeitos. | Até mar/2000. |
| Op3: Criar leitos de UTI pediátrico, de acordo com as necessidades. | | Até dez/2001. |

10- Objetivo: Ampliar a oferta de consultas ginecológicas e diagnose em ginecologia.
Metas: → Garantir o acesso à consulta ginecológica a 70% da população feminina.
 → Garantir o acesso ao exame citopatológico a 70% das mulheres de 20 a 60 anos.
 → Garantir o acesso ao exame de mamografia a 50% das mulheres maiores de 35 anos.

| <i>Operações</i> | <i>Responsáveis</i> | <i>Prazos</i> |
|--|--|------------------------------------|
| Op1: Levantar a necessidade de consultas ginecológicas, exames de mamografia e citopatológicos em mulheres em idade fértil e na terceira idade. | Equipes do PAISM e Equipes locais Assembléia de Gestores | Até jul/2000 |
| Op2: Identificar a capacidade instalada para cobertura da prevenção do câncer de mama e cérvico uterino. | | Até jul/2000 |
| Op3: Adequar a capacidade instalada à necessidade identificada. | | Até dez/2000 |
| Op4: Implantar e implementar programas de prevenção de Câncer Cérvico uterino. | | Até dez/2000 |
| Op5: Garantir o acesso ao exame citopatológico prioritariamente às mulheres na faixa etária de risco (35 a 49 anos) e posteriormente às demais faixas. | | Permanentemente após a implantação |
| Op6: Garantir o acesso a serviços de apoio diagnóstico e terapêutico segundo normas estabelecidas. | | Permanentemente após a implantação |
| Op7: Implementar ações de sensibilização sobre a importância da detecção precoce do câncer cérvico uterino e de mama em mulheres em idade fértil e na terceira idade | | Permanentemente |

Anexo 6: Proposta de estruturação do laboratório de identificação de entomologia municipal

**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO
PARAÍBA
(CISMEPA)**

Dr. Edino Camoleze (*)

DENGUE

**PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DA
DENGUE**

***ESTRUTURAÇÃO DO LABORATÓRIO DE IDENTIFICAÇÃO
DE ENTOMOLOGIA MUNICIPAL***

(proposta)

VOLTA REDONDA

JUNHO - 2003

SUMÁRIO

| | |
|---|--------------|
| 1. FUNDAMENTAÇÃO | pg 03 |
| 2. OBJETIVO | pg 03 |
| 3. RESUMO..... | pg 03 |
| 4. DESENVOLVIMENTO .. | pg 04 |
| 4.1- Recursos Humanos | pg 04 |
| 4.2- Estrutura Física | pg 04 |
| 4.2.1 - Estruturas Permanentes | pg 04 |
| 4.3- Recursos Técnicos Operacionais | pg 04 |
| 4.3.1 - Material Permanente | pg 04 |
| 4.4. - Recursos Logísticos | pg 05 |
| 4.4.1- Material Didático de Consulta | pg 05 |
| 4.4.2 - Material de Consumo | pg 05 |
| 4.4.3 - Vidrarias | pg 05 |
| 4.4.4 - Soluções e Reagentes | pg 06 |
| 5. CONCLUSÃO | pg 06 |

ANEXOS:

ANEXO I - PLANTA DO LABORATÓRIO

1. FUNDAMENTAÇÃO.

Os Programas municipais de Controle da Dengue prevêem na estruturação de seus Quadros de Serviços, um Laboratório de entomologia para identificação dos mosquitos transmissores da Dengue: *Aedes aegypti* e *albopictus*, bem como, as outras espécies do gênero *Aedes*, entre elas o *Aedes scapularis*, *taeniorhynchus*, *fluviatilis*, etc que, por sua morfologia e aspectos externos, (fenotípicos) se assemelham bastante às espécies transmissoras da Dengue.

Apesar de não serem estudados na cadeia epidemiológica da transmissão da dengue, outros gêneros como: *Anopheles*, *Culex*, *Limatus*, e *Mansonia* são também abordados para serem estudados no Laboratório, por seus interesses na transmissão de outras doenças de interesse sanitário, na saúde pública.

2. OBJETIVO.

Este trabalho tem, por escopo principal, apresentar uma estrutura adequada de um **laboratório de entomologia de identificação municipal** para o apoio aos Programas de Controle da Dengue e Combate aos Vetores, de modo a atender a exigências técnicas, logísticas e operacionais preconizadas no Manual de Normas Técnicas - FUNASA, Abril 2001, Cap 9, Pesquisa entomológica, bem como, às necessidades em recursos humanos, instalações, equipamentos e materiais permanente e de consumo.

3. RESUMO.

São apresentadas neste contexto, de acordo com as Diretrizes para projetos físicos de Controle de Zoonoses, FUNASA, Nov de 2002, a estrutura física (planta) do Laboratório de Entomologia, tipo 3, suas exigências técnicas e as Necessidades de Materiais: Didático, Permanente, Consumo, Vidraria, Soluções/Reagentes e Vestuário, para sua instalação, equipamento e funcionamento, conforme diretrizes da Gerência Técnica de Entomologia e Pesquisa Operacional - GTEPO, FUNASA, MS, 2002.

Este Laboratório de entomologia tipo 3 – preconizado para as Unidades de Controle de Zoonoses e fatores biológicos ambientais de risco, são suficientemente adequados para o fim a que se destinam: suporte técnico aos Programas da Dengue, a nível municipal.

4. DESENVOLVIMENTO

Para atender as necessidades técnicas da Pesquisa Entomológica constante do Cap 8, Pesquisa Entomológica, do Manual de Instruções Para o Pessoal de Combate ao Vetor, FUNASA, 1998; as diretrizes da GTEPO determinam que haja um ambiente próprio, instalado no Bloco Técnico-administrativo do Programa, com 12 m², de área, de maneira a propiciar condições adequadas e favoráveis para realização dos trabalhos técnicos.

Assim, estão previstos para este ambiente, os seguintes recursos humanos, logísticos e operacionais:

4.1- Recursos Humanos.

- Laborantista. Entomólogo de nível superior
- Aux de Laboratório - Téc em entomologia de nível médio

4.2 - Estrutura Física.

- Sala com 12 m² de área, com as seguintes especificações:
- Piso - monolítico de alta resistência ou cerâmica de alta resistência
- Parede - azulejo ou cerâmica
- Teto - Laje rebocada e pintada.

4.2.1- Estruturas Permanentes.

- bancada com cuba em aço inox;
- bancada para microscopia;
- lavatório de louça;
- armários para guarda soluções e reagentes;
- armários para guarda de coleções entomológicas;
- estantes para livros e
- mesa para computador.

4.3- Recursos Técnicos Operacionais.

4.3.1 - Material Permanente.

- Ar condicionado;
- Armário de aço para parede;
- Armário para coleção entomológica;
- Computador completo;
- Contador Manual ;
- Microscópio bacteriológico binocular;
- Microscópio estereoscópico binocular (entomológico)
- Tesoura tamanho médio
- Pinça mosquito
- Lupa de mão de 6 cm de diâmetro e cabo de 10 cm

4.4- Recursos Logísticos.

4.4.1 - Material Didático de Consulta.

- Chave de Gorham , para identificação de mosquitos e larvas;
- Livro: " Principais mosquitos de importância sanitária do Brasil "
- Coleção de Slides para controle da Dengue

Para as pesquisas entomológicas, propriamente ditas, que constituem a finalidade principal do laboratório, os seguintes equipamentos permanentes:

4.4.2- Material de Consumo.

São previstos os seguintes materiais de consumo:

- Algodão hidrófilo;
- Bloco de papel;
- Borracha para lápis;
- Caixa de lenço de papel;
- Canetas esferográficas vermelhas, azuis e pretas;
- Cola de silicone;
- Escovinha para tubito;
- Esmalte de unha natural (transparente)
- Esponja;
- Etiquetas adesivas grandes, médias e pequenas;
- Fita crepe;
- Lápis de cera;
- Microalfinete
- Alfinete Entomológico;
- Naftalina;
- Papel toalha;
- Placa de isopor de 01 cm de espessura ou de cortiça
- Lamínula (caixa com 50).
- Lâminas porta-objetos (caixa com 50)

4.4.3- Vidrarias.

- Tubito para larvas;
- Conta-gotas;
- Frasco plástico ou de vidro boca larga para transporte de larva
- Vidro de relógio de 5, 8, 10 cm de diâmetro;
- Pipeta de 5ml ;
- Pipeta de 10 ml;
- Proveta de 100 ml
- Pipeta para larvas;
- Placa de Petri de 5, 10 cm
- Balão volumétrico de 100 m

- Porta pipeta;
- Porta tubo de ensaio

4.4.4- Soluções e Reagentes.

- Acetato de etila 200 ml;
- Acetona 500 ml;
- Bálsamo do Canadá 200 ml
- Etanol 1000 ml;
- Éter 1000 ml;
- Hidróxido de potássio 500 ml;
- Xileno 500 ml;
- Xilol 200 ml.

5. CONCLUSÃO.

A estruturação do Laboratório entomológico de identificação de apoio ao Programa da Dengue, assim concebido e aprovado pela FUNASA e implantado pelos gestores municipais de saúde, poderão contribuir para maior eficácia e segurança na pesquisa entomológica; além de facilitar outros procedimentos educativos e de pesquisa na área da saúde pública relacionada com as doenças transmitidas por vetores.

Volta Redonda, de junho de 2003

Edino Camoleze
Méd Veterinário - Assessor Técnico
PMCD do Município de Barra Mansa

LABORATÓRIO DE ENTOMOLOGIA

Ambiente destinado às atividades de microscopia.
Localização adequada no Bloco Técnico-administrativo.

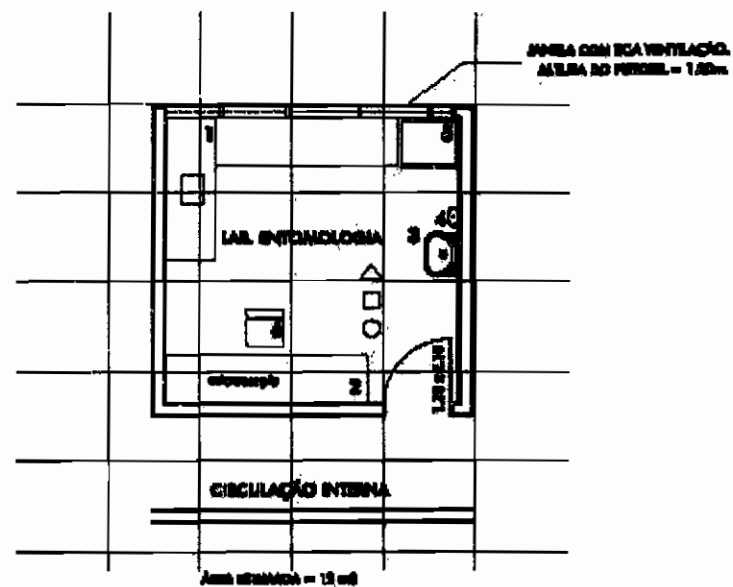
AMBIENTE INDICADO PARA A UNIDADE OCZ 3

EQUIPAMENTOS PERMANENTES

- 1- BANCADA COM CUBA DE AÇO INOX.
- 2- BANCADA PARA MICROSCÓPIO.
- 3- LAVATÓRIO DE LOUÇA.
- 4- BANHEIRA.
- 5- ESTERILIZADOR 250 L.
- 6- CADERA.

ESPECIFICAÇÕES

- △ PISO: MONOLÍTICO DE ALTA RESISTÊNCIA OU CERÂMICA DE ALTA RESISTÊNCIA.
- PAREDES: AZULEJO OU CERÂMICA.
- TETO: LAMINADO ESPUMADO.



ANEXO I - PLANTA DO LABORATÓRIO