

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro*

ANAMARIA SCHNEIDER¹

RESUMO

A universalidade e a descentralização do sistema de saúde brasileiro implicaram na necessidade de um maior volume de oferta de serviços de saúde. Diante do reduzido aporte de recursos financeiros, as autoridades municipais têm discutido e implementado alternativas de planejamento e execução dos serviços públicos na área de saúde. Entre estas alternativas situam-se os consórcios intermunicipais de saúde, cujo objetivo principal é permitir que os municípios executem com eficiência e eficácia as ações e serviços necessários.

Palavras-chave: Descentralização; planejamento; organização; regionalização; associação; cooperação.

* Nota editorial: Quando o texto se encontrava a caminho do prelo, novos fatos e algumas modificações ocorreram, sendo aqueles considerados de maior relevância apontados a seguir: a) todos os consórcios apresentados receberam recursos financeiros da SES/RJ no ano 2000, o que proporcionou significativas mudanças na sua situação, permitindo a aquisição de diversos equipamentos e ampliação da oferta de serviços; b) foram criados dois novos consórcios : o CIS Norte e o CIS Baixada Fluminense, que também receberam recursos financeiros para investimentos. O primeiro tem sede em Macaé e o segundo em Nova Iguaçu; c) o apoio financeiro da SES e Ministério da Saúde foram fundamentais para a efetiva operacionalização dos consórcios no estado do Rio de Janeiro.

1. Introdução

A universalidade e a descentralização do atendimento à saúde, preconizadas pelo Sistema Único de Saúde, implicaram aumento da demanda por serviços de saúde, nos municípios, e uma maior diversidade nas atribuições dos mesmos, sem uma ampliação correspondente de recursos.

Esse fato, e as conseqüentes crises econômicas do país, tem levado autoridades municipais a discutirem alternativas de planejamento e execução dos serviços públicos na área de saúde.

Nesse contexto de dificuldades de gerência, e de escassez de recursos, os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) nascem como alternativas para a efetiva municipalização das ações e dos serviços de saúde, seguindo os princípios do SUS.

Os CIS nasceram no início dos anos 80. Primeiro uma experiência isolada, sobretudo no estado de São Paulo; nos anos 90 passaram ser prática comum em todo o país. A despeito, porém, 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 desta forma de gestão.

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.

Para Fontes (1991) os consórcios são instrumentos para o planejamento local, na perspectiva do desenvolvimento microrregional considerando-os como um fórum privilegiado para a discussão de problemas comuns e o conseqüente encontro de suas soluções atuando como um facilitador da organização municipal e um articulador político intra e inter esferas do Poder Público”.

No tocante ao respaldo legal os consórcios intermunicipais encontram amparo na Constituição Federal de 1988 que define as responsabilidades e atribuições dos municípios no campo da saúde e no escopo do Sistema Único de Saúde –SUS, a Lei 8.080 consagra entre os princípios do SUS – art. 7º, XI – a “conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação dos serviços de assistência à saúde da população:”

A maioria dos consórcios de saúde existentes hoje no país se estruturam na forma de sociedade civil de direito privado sem fins lucrativos, contraindo direitos e deveres públicos, devendo, por este motivo, ser regidos pelas normas do direito público.

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

Os recursos financeiros destinados a consórcios de saúde são oriundos das esferas federal, estadual e municipal. Sua aplicação deve seguir as diretrizes da Lei 8.142/90.

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 trata-se 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.

2. Os CIS no Estado do Rio de Janeiro

Apesar de terem 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 1988.

Existem hoje quatro CIS no Estado: O Hemolagos; o CIS Noroeste; o CIS Centro-Sul e o CIS Médio Paraíba, além de duas iniciativas de implantação, sendo uma na Baixada Litorânea e outra na região Norte.

No início dos anos 90 duas tentativas de consórcio, no estado do Rio de Janeiro, não passaram da fase de definição de necessidades. A primeira também se deu na Região das Baixadas Litorâneas, e abrangeu os municípios de Cabo Frio, Arraial do Cabo, Araruama, Saquarema, São Pedro da Aldeia e Rio das Ostras. Teve a finalidade de organizar e estruturar serviços de Alto Custo e Alta Complexidade, tais como UTI de adulto e neonatal, maternidade de alto risco, oncologia entre outros. O futuro dessa associação foi comprometido pela ausência de definição de mecanismo de financiamento para o consórcio.

A segunda experiência deu-se com a associação de alguns municípios das Regiões do Médio Paraíba (Volta Redonda, Itatiaia, Piraí e Rio Claro), Centro-Sul (Vassouras) e Baía da Ilha Grande (Angra dos Reis). A proposta era produzir medicamentos de baixo custo, officinais, da lista básica do

Ministério da Saúde, para suprir parte do consumo destas municipalidades. Apesar da assinatura da carta de intenções, e do elevado grau de confiança mútua e de vontade política entre as partes, não houve a definição de linhas de financiamento do Ministério da Saúde, necessária para se sustentar o consórcio (Ribeiro, 1994).

Existem hoje quatro CIS no Estado: O Hemolagos, o CIS Noroeste, o CIS Centro-Sul e o CIS Médio Paraíba, além de duas iniciativas de implantação, sendo uma na Baixada Litorânea e outra na região Norte.

3. O Hemolagos

O Hemolagos foi implantado em 1988, em virtude do fechamento do único banco de sangue da região, em Cabo Frio, 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.

O Hospital Santa Izabel, localizado em Cabo Frio, cedeu, em regime de comodato, a área física para o Hemonúcleo. A obra foi realizada pela SMS, com recursos da SES, repassados através de convênio, os equipamentos foram cedidos pela SES e as prefeituras consorciadas ofereceram recursos humanos e materiais de consumo. A SES nomeou um coordenador para o consórcio. Os profissionais se capacitaram no Hemorio e no Instituto Nacional de Câncer (INCA).

O consórcio até hoje (1999) existe, se sustenta e realiza cerca de 20 coletas de sangue por dia. Após a sua implantação, não houve óbito por ausência de sangue e/ou hemoderivados, nem há registro de transmissão de doenças ou de reações aos procedimentos infusionais na região. Os recursos financeiros advêm de pagamentos de procedimentos da tabela SIA/SUS e os materiais de consumo e profissionais são cedidos pelas prefeituras consorciadas, de acordo com a utilização dos serviços.

O Hemolagos foi contemplado por um projeto de reforma, ampliação e aquisição de equipamentos, financiado pelo Banco Mundial através do REFORSUS (Apoio e Melhoria da Capacidade e Eficiência do SUS). Tal projeto integra o Plano Quadrienal de Expansão e Interiorização da Rede Estadual Pública de Hemoterapia do RJ - 1995 a 1998, aprovado na CIB de

12/08/98. O valor total dos investimentos é de R\$ 104.060,39 assim distribuídos: obras, R\$ 35.061,49; equipamentos, R\$ 60.700,00; desenvolvimento gerencial, R\$ 4.000,00 e serviços de terceiros, R\$ 4.298,90.

Com este projeto, espera-se organizar o fluxo de atendimento, ampliar a oferta dos serviços, implementar assistência a falcêmicos e talassêmicos, adequar tecnicamente o hemonúcleo e reduzir os riscos de transmissão de doenças pelo sangue e de acidentes de trabalho.

Observa-se que este consórcio obteve grande parcela de apoio da SES/RJ que identificou o problema da necessidade de sangue e hemoderivados e articulou os municípios na região, participando ativamente da elaboração do projeto intermunicipal.

4. O CIS da Região Noroeste

O ano de 1997 foi marcado pelos obstáculos na implantação e implementação da NOB/96, sobretudo no aspecto do financiamento. Diante de muitas dificuldades orçamentárias, os municípios, através de seus gestores na área de saúde, iniciaram discussões acerca da necessidade de unirem esforços para oferecer serviços de saúde de maneira racional e regionalizada. Tal iniciativa recebeu o apoio da SES, que deu a garantia de haver dotação orçamentária para este Programa, em caráter de investimento.

Desta forma, em janeiro de 1998, os municípios da região noroeste do estado de Aperibé, Bom Jesus de Itabapoama, Cambuci, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje de Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José do Ubá e Varre-e-Sai — celebraram o Consórcio Intermunicipal de Saúde. Recentemente ingressou neste consórcio o município de Cardoso Moreira, que pertence à região Norte Fluminense. A população total destes municípios é de 283.835 habitantes, correspondendo a 2,05% da população do estado.

As finalidades deste consórcio vão desde a ampliação de ações básicas de saúde — como imunização, vigilância epidemiológica e sanitária — até a garantia de se oferecer todas as especialidades médicas à população.

Estão definidas no Plano Regional de Saúde, a seguir:

1. Criação de um Centro de Referência Oftalmológico e um Centro de Referência em Otorrinolaringologia.
2. Criação de Núcleos de Atenção Psicossocial(NAPS).
3. Aquisição pelo Consórcio de dois Aparelhos de ecodopler.

4. Aquisição pelo Consórcio de dois espirômetros.
5. Aquisição pelo Consórcio de dois Aparelhos de eletroencefalograma.
6. Aquisição pelo Consórcio de treze Aparelhos de eletrocardiograma.
7. Aquisição pelo Consórcio de material de informática para os Serviços de Vigilância Epidemiológica e Sanitária.
8. Aquisição pelo Consórcio de 13 linhas telefônicas específicas.
9. Aquisição de veículo utilitário para os Serviços de Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

Apesar de constar, em cláusula contratual, o repasse dos recursos, em parcela única no valor de R\$ 1.180.000,00, até o momento houve apenas o pagamento de uma parte, no valor de R\$ 980.000,00.

O cumprimento apenas parcial do compromisso financeiro da SES com o Consórcio tem dificultado bastante o cumprimento total do Plano Regional de Saúde e levado à concentração dos esforços dos municípios na busca desses recursos, junto à SES e aos próprios municípios consorciados.

No entanto observa-se uma ampliação na oferta de serviços na região, particularmente aqueles de média complexidade, sobretudo nos municípios de pequeno porte. A título ilustrativo, citamos o município de Bom Jesus de Itabapoana que, antes de integrar o consórcio realizava cerca de dez exames de ultrassonografia por mês ao valor unitário de R\$40,00 e hoje realiza, no mesmo período, cento e cinquenta exames ao valor de R\$9,00.

Atualmente o custeio do consórcio ocorre de forma per capita, através de repasse de R\$0,20/habitante/mês, para cada município.

5. O CIS da Região Centro-Sul

A Região Centro-Sul é formada pelos municípios de Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, São José do Vale do Rio Preto, Sapucaia, Três Rios e Vassouras, com 254.721 habitantes, correspondendo a 1,84% da população do estado.

As finalidades do Consórcio Intermunicipal de Saúde, nessa região, abrangem a execução de atividades nas áreas de promoção, proteção e recuperação da saúde, através da prestação de serviços, de forma regionalizada e hierarquizada.

Os municípios, após elaborarem o diagnóstico de saúde da região, apresentaram um projeto de investimentos que satisfaz as metas da SES. A saber: destinar 50% dos investimentos à atenção básica, aderir aos Programas de Saúde da SES/RJ e do MS, reduzir o número de partos cesáreos e implantar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

As ações propostas no Projeto de Investimento em Saúde são :

1. Redução da mortalidade por doenças cardiovasculares
2. Redução da mortalidade por doenças do aparelho respiratório
3. Redução da mortalidade por causas externas
4. Redução da mortalidade por neoplasias
5. Redução da mortalidade por doenças do aparelho digestivo
6. Redução da mortalidade por doenças relacionadas à saúde da mulher e da criança
7. Redução da mortalidade por doenças crônico-degenerativas .

O investimento total para o Consórcio atinge o valor de R\$ 2.000.000,00, distribuídos 50% em atenção básica assim distribuídos:

1. 20 % em investimentos de pré-natal
2. 10% em investimento no Programa de Hipertensão Arterial
3. 30% em investimentos para implantação do PACS
4. 40% em investimentos para implantação do PSF

e 50% em serviços de média e alta complexidade a serem aplicados na instalação de Centros Diagnósticos e Terapêuticos nos municípios de Vasouras e Três Rios, a saber:

1. Centros Diagnósticos Cardiológico
2. Centro de Diagnósticos por Imagem
3. Centros Diagnósticos de Videoendoscopia
4. UTI móvel

Apesar da elaboração dos projetos e da assinatura do Termo de Consórcio, não houve repasse financeiro da SES/RJ; e assim como na maioria dos consórcios do Estado do Rio de Janeiro, essa situação impede parcialmente o funcionamento do consórcio, que conta com assessoria administrativa especializada e reúne-se quinzenalmente

6. O CIS da Região Médio Paraíba - CISMEPA/RJ

O consórcio intermunicipal de saúde da região do Médio Paraíba foi assinado no dia 1 de julho de 1998, por onze municípios: Barra Mansa (168953 hab.), Itatiaia (24183 hab.), Pinheiral (19370 hab.), Piraí (25141 hab.), Porto Real (9279 hab.), Quatis (10.781 hab.), Resende (100627 hab.), Rio Claro (15099 hab.), Rio da Flores (6.257 hab.), Valença (61.956 hab.) e Volta Redonda (240315 hab.), num total de 771.349 habitantes (5,58% da população do estado) segundo estimativa do IBGE, 1999.

O município de Barra do Piraí, apesar de 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 próximo passado. A população do município é de 89.388 habitantes. O termo de aditamento para esse município se incorporar ao Consórcio se encontra em fase de preparação.

O processo de discussão do CISMEPA teve origem em fevereiro de 97, quando da identificação da 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 assessoria da SES.

Liderados por Volta Redonda, que detém maior tecnologia e a maior oferta de serviços na região, alguns municípios desencadearam o processo de discussão da situação de saúde da região, através de um levantamento de informações acerca da capacidade instalada, dos recursos humanos e do perfil epidemiológico. Essas reuniões se iniciaram 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 o gestor de cada município e facilitar a participação de todos. Ocorreram em Itatiaia, Resende, Barra Mansa e Volta Redonda. Para garantir maior assiduidade e dar legitimidade às discussões, decidiu-se que o Secretário Municipal de Saúde enviaria às reuniões um representante do quadro técnico de sua secretaria, quando ele mesmo não pudesse comparecer.

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

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 obtenção melhores dados nos municípios, da ausência de recursos humanos e, sobretudo, da constatação de dificuldades comuns, os municípios decidiram contratar um assessoria especial para implantar o consórcio regional.

Essa contratação ocorreu em julho de 1997, por intermédio da COSEMS/RJ, que realizou a 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 logo identificou uma série de problemas nos municípios, sobretudo naqueles de menor porte e recentemente emancipados (três novos municípios). Essas dificuldades traduziam-se em desinformação e desorganização da 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.

Também dificultou muito a elaboração do diagnóstico de saúde a necessidade dos municípios iniciarem seu pleito de habilitação à NOB/96; tal procedimento requer o atendimento a uma série de exigências técnicas administrativas e jurídicas, impossível a curto prazo.

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

Visando superar esse problema, decidiu-se que a assessoria desse prioridade a esses últimos municípios, mesmo porque o resultado de seu trabalho subsidiaria a execução do Plano Intermunicipal de Saúde.

Tão logo o processo de habilitação de alguns municípios terminou, estava pronto o Termo de Consórcio da Região do Médio Paraíba, que é bastante detalhado e serve como estatuto do Consórcio. Nele estão definidos os objetivos básicos da associação, 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; redução das taxas de mortalidade materno-infantil, organização da demanda e aumento da oferta de leitos de UTI neonatal e pediátrico; 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 durou 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 da secretaria de saúde Volta Redonda e Barra Mansa.

Apesar do longo processo de discussão, levantamento de dados e análise da situação de saúde na região, a elaboração do Plano Intermunicipal de Saúde (PIS) ocorreu num período exíguo de tempo: a assinatura do Termo de Consórcio aconteceu no dia primeiro de julho e o prazo legal para empenho de recursos orçamentários em ano eleitoral não pode ultrapassar 90 dias antes do dia da eleição. Ou seja, para garantir-se 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 CGC e registrar em cartório toda a documentação, até o dia 3 de julho.

A seqüela de tal façanha foi um Plano Intermunicipal de Saúde pouco representativo em sua elaboração. Esse prejuízo está sendo reparado nas assembléias de gestores, mensais onde se discutem, detalhadamente, todos os projetos de intervenção que se incluem no Plano. A saber:

Projeto I - Assistência Materno-Infantil;

Projeto II - Apoio aos municípios do CISMENPA;

Projeto III - Sangue e hemoderivados;

Projeto IV - Sistema Intermunicipal de Informação em Saúde;

Projeto V - Sistema de Referência e Contra-referência Intermunicipal - Ambulatorial e Hospitalar;

Projeto VI - Assistência 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.

No que diz 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 CGC do município sede para dar à associação identidade e contabilidade próprias. Esta proposta não mereceu a aceitação da SES, interveniente do CISMEPA, sob o argumento de ser impossível a transferência de recursos sob tais condições.

O 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; 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 do dispositivo mensal de quota, estabelecida de acordo com o Fundo de Participação dos Municípios. Volta Redonda foi eleito município executor e sua Secretária de Saúde a Secretária Executiva do CISMEPA.

As reuniões das assembleias de gestores não têm alcançado a presença de todos os municípios consorciados. Essa ausência pode ser explicada pela inexistência de repasse dos recursos financeiros pela SES, o que inviabiliza o alcance dos objetivos e resultados concretos da associação.

Apesar do grau de confiança mútua entre a maioria dos gestores, a total adesão ao movimento dependerá da apresentação de resultados. Nesse sentido jogam importante papel os prefeitos, cujas crenças ou descrenças influenciarão sobre o empenho de seus secretários.

Há cerca de três meses o Secretário Estadual de Saúde participou de assembleia de gestores e reunião de prefeitos, convocadas 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, ainda este ano, para o consórcio, uma vez que há dotação orçamentária.

Com a redução do montante de recursos financeiros, redimensionou-se o Plano Intermunicipal de Saúde, sendo priorizados os projetos de Assistência Materno- Infantil e Apoio aos Municípios, no valor aproximado de R\$950.000,00 e R\$50.000,00, respectivamente.

7. Outras Iniciativas Recentes

A região da Baixada Litorânea encontra-se em fase de celebração do Termo de Consórcio, estando o mesmo em fase de discussão nos legislativos municipais. Diferentemente das outras regiões, que definiram amplo leque de ações e serviços Para os consórcios, a principal finalidade desse consórcio é a assistência em Unidade de Tratamento Intensivo, a ser oferecida em Arraial do Cabo.

Tal processo é liderado pelos secretários municipais de Armação de Búzios e Rio das Ostras, e não contaram com a adesão de todos os municípios, apesar das discussões estarem provocando uma maior aglutinação regional entre os gestores.

A região Norte, da mesma forma iniciou recentemente um processo acerca da necessidade de consorciarem-se, e têm reunido-se mensalmente. Um grupo técnico de gestores realiza um estudo de demanda e, embora inexista Termo de Consórcio as discussões regulares têm provocado um maior nível de solidariedade. Em junho de 1999 foi assinado um termo de compromisso pelos Secretários Municipais de Saúde e Prefeitos dos municípios interessados na associação.

Em meados de 1999, um grupo de prefeitos de municípios da Baixada Fluminense e de outras regiões próximas, com o apoio de alguns parlamentares, iniciou um processo de discussão acerca da necessidade de implantar um Consórcio Intermunicipal de Saúde.

O principal fator que desencadeou o processo de discussão foi a inoperância do Hospital da Posse, localizado em Nova Iguaçu. Somaram outros importantes fatores como a baixa oferta de serviços de saúde, a reduzida capacidade instalada e a elevada densidade populacional da região.

Sob a assessoria do Núcleo Superior de Estudos Governamentais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – NUSEG/UERJ, os municípios criaram uma sociedade civil de direito público, denominada Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense, que agrega os municípios de Nova Iguaçu, Duque de Caxias, São João de Meriti, Belford Roxo,

Queimados, Japeri, Itaguaí, Seropédica, Magé, Guapimirim, Nilópolis, Paracambi e Mangaratiba.

O principal objetivo da associação é ampliar a oferta de leitos hospitalares e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de alto custo. Pretende-se também organizar a atenção básica, sobretudo através da definição de clientela e fluxo de referência e contra-referência.

Ainda em fase de implantação, a estrutura do CIS é composta de um comitê gestor de prefeitos, sendo um deles eleito presidente, com duração de mandato por um ano, um comitê técnico de secretários municipais de saúde e uma equipe administrativa. Com sede em Nova Iguaçu e tendo como presidente atual o prefeito o de São João de Meriti, atualmente o grupo encontra-se definindo o estatuto do consórcio e tendo como aliada a Associação de Secretários Municipais de Saúde da Baixada Fluminense.

O processo de discussão acerca da necessidade de ampliar a oferta de leitos e serviços de saúde naquela região vem sendo acompanhado pela Secretaria Estadual de Saúde, que, de forma prioritária elabora e pretende conduzir um plano de ação para a Baixada Fluminense.

A região metropolitana II, formada pelos municípios de Niterói, São Gonçalo, Magé, Rio Bonito, Itaboraí e Tanguá, iniciou o processo de discussão da implantação de um CIS em meados de 1999.

O debate vem sendo liderado por Niterói, município que concentra a maior parte da tecnologia material e humana na área de saúde na região. O principal objetivo da associação é organizar o fluxo migratório pelos serviços de saúde, uma vez que 57% das internações e 37% do atendimento básico ambulatorial realizado em Niterói referem-se a usuários de outros municípios. Não estão incluídos nestes percentuais a oferta acordada na Programação Pactuada e Integrada (PPI).

A proposta inicial era a formação de um consórcio de caráter empresarial, cuja possibilidade de compra de serviços e aquisições de recursos materiais e contratação de recursos humanos pudessem suprir toda a necessidade regional. Mediante a indisponibilidade de recursos financeiros para o seu custeio, os municípios optaram pelo caráter público do consórcio, propondo o remanejamento de teto financeiro, através do Fundo Municipal de Saúde.

Os outros objetivos do consórcio são a aquisição de duas UTI Móveis em Maricá e a implantação de um centro de radiodiagnóstico em Itaboraí.

O processo de discussão do consórcio foi interrompido pela proposta da SES de implantação de uma Central de Regulação na região. Este projeto,

já implantado na região Serrana do estado, tem como principal objetivo organizar o sistema de referência e contra referência através da informatização da oferta e do controle da demanda por serviços de saúde.

Pelo fato deste objetivo ser semelhante ao do consórcio, espera-se que a Central de Regulação seja a alavanca de implantação do consórcio, uma vez que haverá aporte suficiente de recursos financeiros para aquisição de equipamentos de informática para que os municípios estabeleçam rede de informação e definição de fluxo de atendimento.

8. Conclusão

Apesar de apresentarem diferentes finalidades, de modo geral os quatro consórcios existentes hoje no estado possuem semelhante estrutura jurídica e administrativa.

Tal fato, deve-se particularmente ao apoio do COSEMS-RJ que, através de sua assessoria jurídica orientou e acompanhou todo o processo de implantação dos consórcios nas regiões.

Desta forma observa-se que, em relação à estrutura jurídica adotou-se um modelo público, sem lançar mão da criação de pessoa jurídica de direito privado.

...Tal como as empresas privadas vem se unindo para participar das licitações para a concessão de serviços públicos, elegendo uma delas a executora de todas as atividades e representante das demais; sendo a identidade da executora emprestada para o conjunto das empresas, inclusive adotando-se como CGC do consórcio o mesmo número do CGC da executora, assim foi feito no estado do Rio (Silva, 1999).

Do ponto de vista da organização formal, o CIS Noroeste e Centro Sul obedeceram a mesma lógica que institui uma instância de deliberação máxima, formada pelos prefeitos, outra executiva, composta pelos secretários municipais de saúde e uma terceira, de caráter fiscalizador.

Já o CISMEPA e o Hemolagos, constituíram-se de outra forma: não possuem em sua estrutura administrativa uma instância fiscalizadora formal, utiliza-se dos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios consorciados para esse fim.

Os consórcios definiram seus objetivos e finalidades com base no diagnósticos de saúde regionais, priorizando ações que tivessem maior impacto na redução de morbidade e mortalidade locais. Surgem, portanto, espontaneamente da necessidade de resolver problemas comuns entre os consorciados.

Cabe ressaltar, no entanto, o caráter emergencial da implantação do Hemologos, que difere dos demais neste processo

De modo geral, as experiências de consórcios no Rio de Janeiro são recentes. Além da maioria destes estarem em fase inicial de funcionamento, a ausência de recursos financeiros de investimento tem dificultado bastante a sua operacionalização.

Observa-se que os investimentos iniciais do consórcio são fundamentais para que operacionalize suas ações. Prova disto são os consórcios Noroeste e Hemologos, que efetivamente prestam serviços à população e foram os únicos no estado a receberem esses recursos. Uma vez apresentados os resultados do funcionamento dos consórcios, mesmo em fase inicial, parece haver maior disposição, por parte dos gestores e prefeitos, em superar as dificuldades financeiras de custeio.

Seja no rateamento das despesas ou no pagamento per capita, a manutenção do consórcio é priorizada quando algum tipo de resultado prático, no caso os serviços, são apresentados pelo consórcio.

Desta forma, para que se alcance os objetivos estabelecidos é necessário definir e assegurar linhas de financiamento, tanto para os investimentos quanto para o custeio, e garantir o repasse de recursos, independentemente da sua origem.

Notas

¹ Enfermeira, mestre e doutoranda em Saúde Coletiva no IMS/UERJ.

Referências Bibliográficas

CARVALHO, G.I.; SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde*. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

FONTES, A. Consórcios intermunicipais: um instrumento para o planejamento local. *Revista de Administração Municipal*, s/n, jan/mar. 1991.

MEIRELLES, H.L. *Direito administrativo brasileiro*. São Paulo: Malheiros, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica 01*. Brasília, DF: O Ministério, 1996.

RIBEIRO, J.M. *Desenvolvimento de rede de cooperação técnica entre os gestores do SUS para a SAS/MS: experiência em CIS no âmbito do SUS*. Brasília, DF: MS, 1994.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. *Consórcios Intermunicipais de Saúde: subsídios aos gestores municipais*. Rio de Janeiro: [s.d.]. Mimeografado.

SILVA, G.F. *Notas pessoais sobre os CIS no estado do RJ*. Rio de Janeiro: [s.n.], 1999. Mimeografado.

ABSTRACT

The Health Inter-municipal Consortiums in the State of Rio de Janeiro

The universality and decentralization of the Brazilian health system have involved the need of a greater health service supply. Facing reduced financial resources, the local authorities have discussed and implemented alternative planning and public service execution in the health sector. Among these alternatives there are the city consortiums. Whose main objective is to make it possible for the cities to accomplish efficiently and effectively the necessary health care assistance to its population. Despite being started in the 80s, in Rio de Janeiro this consortiums has only begun at the end of the 90s nowadays counting with five associations.

Keywords: Decentralization; planning; organization, regionalization, association, co-operation.

Recebido em: fevereiro de 2001.

Aprovado em: fevereiro de 2001.