



Universidade  
Estadual de Londrina

---

SÔNIA CRISTINA STEFANO NICOLETTO

OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DO  
PARANÁ E A ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA

---

LONDRINA

2002

**SÔNIA CRISTINA STEFANO NICOLETTO**

**OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE  
DO PARANÁ E A ASSISTÊNCIA MÉDICA  
ESPECIALIZADA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Cordoni Júnior

LONDRINA  
2002

## FICHA CATALOGRÁFICA

**Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

N643c Nicoletto, Sônia Cristina Stefano

Os consórcios intermunicipais de saúde do Paraná e a assistência médica especializada / Sônia Cristina Stefano Nicoletto. – Londrina, 2002.  
192f.

Orientador : Luiz Cordoni Junior.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Londrina, 2002.

Bibliografia: f132 – 143.

1. Sistema Único de Saúde – Teses. 2. Saúde – Planejamento - Paraná – Teses. 3. Consórcios intermunicipais de saúde - Paraná – Teses. 4. Medicina - Especialidades e especialista – Teses. 5. Saúde pública – Teses. I. Cordoni Junior, Luiz II. Universidade Estadual de Londrina. III. Título.

CDU 614.2(816.2)

## **BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa

Prof. Dr. Paulo Roberto Gutierrez

Prof. Dr. Luiz Cordoni Júnior

Aprovada em: 31 de Julho de 2002.

## **DEDICATÓRIA**

À memória da Profª Ceci B. Neves Stefano, minha mãe, que passou rapidamente por esta vida, mas deixou para os seus três filhos um instinto de luta e dedicação a favor das coisas em que acreditam, e neste momento, se estivesse ao meu lado, se sentiria a mãe mais feliz do mundo.

## **AGRADECIMENTOS**

Meu agradecimento em especial ao meu orientador, Luiz Cordoni Júnior, pessoa que admiro e por quem tenho muito apreço. Agradeço pelo incentivo e apóio nas horas mais difíceis que foram imprescindíveis para a conclusão deste trabalho.

## **Agradeço de Coração**

A Deus, pela minha vida.

Ao Moisés Mugnaini Nicoletto, meu marido, pelo estímulo e paciência nos momentos dedicados a este trabalho.

À Bianca Stefano Nicoletto e Gustavo Stefano Nicoletto, meus filhos, adoráveis, que ficaram sem a presença da mãe em vários momentos, reclamaram, mas mesmo assim nunca deixaram de me amar.

A Wilson Stefano, meu pai, que lutou para que seus filhos pudessem estudar e se tornarem pessoas de bem.

À Sandra Regina Stefano, Silvia Stefano e Wilson Stefano Junior, meus irmãos, pelo estímulo e confiança.

A Cíntia Prison, pela amizade, paciência e por me escutar nos momentos difíceis que passei durante a realização desta pesquisa.

A Cristina D. Martins Alves e a Edimar Gomes, diretores do Consórcio Intermunicipal de Saúde, pela amizade, carinho e apoio durante a realização deste trabalho.

A Alide Marina Biehl Ferraes, Celita Salmaso Trelha, Cláudia Prado Dias Lyvio, Débora Bertussi, Fabio Aragão Kutcowiski, Gilberto Berguio Martin, Iara Aparecida de Oliveira Secco, Luciana de Miguel Cardoso, Luciana Alves Schimidt, Mara Lucia Rocha Ramos, Maria Luiza Hiromi Iwakura, Regina Lucia Cesar de Oliveira, Stela Candioto Melchior, Vera Lucia Martins, Yara Gerber Lima Bastos, colegas de mestrado, que, por meio das discussões durante as aulas, contribuíram para este trabalho.

A Adriana Mitsue Ivama, Darli Antonio Soares, Gerson Zanetta de Lima, João José Batista de Campo, Ronaldo Baltar, Luiz Cordoni Junior, Marcio José de Almeida, Maria Celeste Morita, Paulo Roberto Gutierrez, Selma Maffei de Andrade, Tiemi Matsuo, Zuleika Thomson, docentes do Mestrado em Saúde Coletiva, pela condução das disciplinas que auxiliaram na consolidação deste trabalho.

A Arnaldo A. Bertone, funcionário da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, e a Oliva Vasconcellos, secretária executiva do Conselho Estadual de Saúde do Paraná, que contribuíram no início deste trabalho, disponibilizando informações.

Aos dirigentes dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná, pela disponibilidade em responder os questionários, permitindo a realização deste estudo.

A Dirce M. S. Fernandes e Izabel M. de Aguiar, bibliotecárias, e a todo o pessoal da Biblioteca da Universidade Estadual de Londrina, pelo acolhimento e prontidão.

A Benjamin Paulo Leaf, pela contribuição na realização do resumo em língua inglesa.

A Eleonora L. W. Gonçalves Smits, pela contribuição na revisão do texto e pelo incentivo na finalização desta pesquisa.

A Fernando Issa, Nilza Mandarino Issa, Osni A. Toti, Marianice G. Toti, Elizabete B. Trevisani, Écio J. Trevisani, Clodoaldo Soares, Sônia L. Soares, José Francisco S. Andrade, Maristela G. Andrade, pela amizade e as orações realizadas durante esta minha jornada.

A todos os que de alguma forma ajudaram e contribuíram para a finalização desta pesquisa.

“ **N**ão basta ter belos sonhos para realizar.  
**M**as ninguém realiza grandes obras se não  
for capaz de sonhar grande.  
**P**odemos mudar nosso destino se nos dedicarmos  
à luta pela realização de nossos ideais.  
**É** preciso sonhar, mas com a condição  
de crer em nosso sonho,  
de examinar com atenção a vida real  
de confrontar nossa observação com nosso sonho,  
de realizar escrupulosamente nossa fantasia.  
**S**onhos, acredite neles.”

**Lenin**

NICOLETTO, Sônia Cristina Stefano. **Os Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná e a Assistência Médica Especializada**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

## RESUMO

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) surgiram no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil no final da década de 80 e tomaram vulto na década de 90. Os gestores municipais aderiram a essa estratégia inovadora de gestão de serviços de saúde para unir esforços, visando potencializar e otimizar a oferta, principalmente, de assistência médica especializada. No entanto, os Consórcios Intermunicipais de Saúde, ao serem implantados, precisam estar dentro de um contexto planejado – adequada atenção à saúde básica e eficiente sistema de referência e contra-referência – para não permitir que a oferta de consultas médicas especializadas e de exames de apoio diagnóstico e terapêutico cresça desordenadamente e fora do perfil de necessidade da população. Partindo dessa concepção, esta pesquisa objetiva analisar os Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná, focalizando a assistência médica especializada. Foram pesquisados os vinte Consórcios que estavam implantados no Paraná em 2000, dos quais um foi analisado de forma mais detalhada. Os dados foram coletados em três etapas: dos relatórios sobre os Consórcios do Paraná, realizados pelo Conselho Estadual de Saúde; através de questionários enviados para os vinte Consórcios; e, ainda, do Consórcio focalizado, diretamente dos documentos do próprio Consórcio. Os dados foram transcritos em bancos de dados do Epi Info 6.04b e em planilhas do Microsoft Excel. A análise foi realizada em duas etapas. Primeiramente, são apresentados e discutidos os dados referentes aos 20 CIS do Paraná. Depois, são apresentados e discutidos os dados referentes ao CIS focalizado especificamente. Dos 399 municípios paranaenses, 81,5% pertencem a CIS e totalizam uma população de 5.378.636 habitantes. Essa população corresponde a 56,3% da população do estado. Os especialistas são cedidos pelos municípios, estado e união e contratados pelos consórcios. Essa última categoria concentra 69,2% dos especialistas. Conseqüentemente, há ampliação da oferta de consultas especializadas, embora também se tenha criado uma polêmica sobre a relação público/privado. No consórcio focalizado, detectou-se falha no mecanismo de referência e contra-referência, além de se observar uma dificuldade de ajuste entre a programação da oferta de consultas e exames realizada pelo CIS, os municípios consorciados e a necessidade da população. Do total de pacientes em fila de espera, 35,7% aguardavam consulta de oftalmologia e 30,9% de neurologia. Há necessidade de se implantarem ações visando efetivar o mecanismo de referência e contra-referência. O Consórcio Intermunicipal de Saúde é uma estratégia em construção que, provavelmente, sofrerá mudanças com a implantação da Norma Operacional da Assistência à Saúde, mas que tende a se efetivar no SUS. A implantação de CIS é um dos caminhos viáveis para potencializar e organizar a assistência médica especializada, mas ele necessita ser utilizado com critérios e planejamento.

**Palavras-chave:** Consórcios Intermunicipais de Saúde, Especialistas, Especialidades Médicas, Referência e Contra-Referência, Planejamento, Política de Saúde, Avaliação, Gestão em Saúde.

NICOLETTO, Sônia Cristina Stefano. **Inter-municipal Health Consortia of Paraná State (Brazil) and Specialized Medical Assistance**. 2002. Thesis (Master degree in Public Health) - Londrina State University, Londrina.

## ABSTRACT

Inter-municipal Health Consortia (IHC) appeared in the scope of the Brazilian Public Health System in the late 1980's and established in the 90's. The municipal administrators adhered to this new policy of administrating health care in order to unite forces to optimize and improve the offer of mainly specialized health care. The Inter-municipal Health Consortia need be implemented in a planned context – adequate basic health care and an efficient reference and counter-reference system – to avoid that the demand for specialized medical consults and assisted diagnostic and therapeutic exams increase quickly without any order. Starting from this conception this research aims at analyzing the IHC of Paraná concentrating on specialized medical assistance. Twenty Consortiums that had already been implanted in Paraná in 2000 participated in this research, one of which was focused on in a more detailed way. Data were collected in three stages: through reports about the Consortia of Paraná, done by the State Board of Health; through questionnaires sent to twenty Consortia; and, with regard to the Consortium focused on, directly from its own files and documents. The data were transferred to Epi Info 6.04b software and Microsoft Excel worksheets and analyzed in two stages. Firstly the data from all IHC's of Paraná are presented and discussed. Then the data of the selected IHC are presented and discussed. Out of 399 municipalities of Paraná 81,5% belong to IHC and totalize a population of 5.378.636 habitants, corresponding to 56,3% of the State population (9.558.454). Specialists are assigned to a consortium by municipalities, the State and/or the Union, but are also hired on behalf of the consortium itself. Consequently, there is an increase of specialized consults, although controversy has been created about the public/private relation. With regard to the focussed Consortium, failure was detected in the reference/counter-reference system. Further more, difficulties in adjusting CIS programmed offer, consorted municipalities and population needs were observed. Out of all patients awaiting, 35,7% awaited for ophthalmology and 30,9% for neurology. Actions should be taken to improve the reference/counter-reference system. Inter-municipal Health Consortia are a strategy still under construction that will probably suffer changes through the latest Health Assistance Operational Norm, but that tends to establish in the National Health System as a possible way to increase and organize specialized medical assistance when used with criteria and planning.

**Keywords:** Inter-municipal Health Consortia, Specialists, Medical Specialties, Reference and Counter-Reference, Planning, Health Policy, Evaluation, Health Administration

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Quadro com a distribuição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, segundo denominação, data de implantação, município sede do Consórcio coincidindo com o da Regional de Saúde, 2000 .....	70
Figura 2 -	Distribuição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, segundo sobreposição exata de seus municípios com os municípios das Regionais de Saúde, Paraná, 2000 .....	71
Figura 3 -	Quadro com a distribuição dos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde H, segundo população e distância do município sede, 2000 .....	76
Figura 4 -	Distribuição das relações de trabalho dos médicos especialistas com os Consórcios Intermunicipais de Saúde, Paraná, 2000 .....	78
Figura 5 -	Quadro com a distribuição dos especialistas contratados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde H, segundo total de consultas realizadas, número de especialistas, carga horária semanal, salário bruto mensal, gasto anual do Consórcio, valor da consulta para o Consórcio, 21/01/00 a 20/01/01.....	88
Figura 6 -	Distribuição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, segundo o número de especialidades médicas diferentes que cada um possui, Paraná, 2000 .....	90
Figura 7 -	Distribuição das especialidades médicas, segundo frequência nos Consórcios Intermunicipais de Saúde, Paraná, 2000 .....	92
Figura 8 -	Distribuição do total de consultas médicas especializadas programadas, agendadas, realizadas e inseridas, Consórcio Intermunicipal de Saúde H, 21/01/2000 a 20/01/2001 .....	97
Figura 9 -	Distribuição por períodos das consultas médicas especializadas programadas, agendadas e realizadas, Consórcio Intermunicipal de Saúde H, 21/01/2000 a 20/01/2001 .....	98

Figura 10 - Distribuição do número de consultas realizadas e do número de guias de referência e contra-referência encontradas arquivadas no Consórcio da oftalmologia, neurologia, urologia e angiologia, Consórcio Intermunicipal de Saúde H, 21/11/2000 a 20/01/2001 ..... 106

Figura 11 - Distribuição do número de pacientes que estão em fila de espera para realizar eletroencefalografia, ultra-sonografia e eletrocardiograma, Consórcio Intermunicipal de Saúde H, fevereiro de 2001 ..... 110

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos municípios do Paraná, segundo faixas populacionais e categorias – consorciado e não consorciado –, 2000 .....	72
Tabela 2 - Distribuição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, segundo números de municípios e populações – município sede, menor município e total –, Paraná, 2000 .....	73
Tabela 3 - Distribuição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, segundo número de especialistas, média de consultas realizadas especialista e variação de produção mensal entre os especialistas, Paraná, 2000 .....	80
Tabela 4 - Distribuição dos especialistas, segundo vínculos de emprego com os Consórcios Intermunicipais de Saúde, Paraná, 2000 .....	81
Tabela 5 - Distribuição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde que responderam positivamente quanto à necessidade de contratar mais médicos de especialidades que já possuem, segundo número de especialistas e total de consultas mensais, Paraná, 2000 .....	83
Tabela 6 - Distribuição das especialidades médicas que os dirigentes dos Consórcios Intermunicipais de Saúde desejam contratar a mais de especialidades que já possuem, segundo número de especialistas e total de consultas mensais, Paraná, 2000 .....	84
Tabela 7 - Distribuição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde que responderam positivamente quanto à necessidade de contratar mais médicos de especialidades que não possuem, segundo número de especialistas e total de consultas mensais, Paraná, 2000 .....	85
Tabela 8 - Distribuição das especialidades médicas que os dirigentes dos Consórcios Intermunicipais de Saúde desejam contratar a mais de especialidades que não possuem, segundo número de especialistas e total de consultas mensais, Paraná, 2000 .....	87

Tabela 9 - Distribuição das consultas médicas programadas e realizadas pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde, Paraná, 2000 .....	94
Tabela 10 - Distribuição das consultas realizadas pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde por especialidades médicas, segundo programadas, realizadas, realizadas por programadas e a variação da média mensal de consultas realizadas entre os Consórcios, Paraná, 2000 .....	96
Tabela 11 - Distribuição das consultas médicas especializadas programadas, agendadas e realizadas por períodos, Consórcio Intermunicipal de Saúde H, 21/01/2000 a 20/01/2001 .....	99
Tabela 12 - Distribuição das consultas médicas programadas, agendadas, realizadas e inseridas por especialidades, Consórcio Intermunicipal de Saúde H, 21/01/2000 a 20/01/2001.....	100
Tabela 13 - Distribuição das consultas médicas programadas, agendadas e realizadas e inseridas por municípios, Consórcio Intermunicipal de Saúde H, 21/01/2000 a 20/01/2001 .....	102
Tabela 14 - Distribuição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, segundo utilização ou não de Guia Padronizada de Referência e Contra-Referência, Paraná, 2000 .....	103
Tabela 15 - Distribuição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, segundo as faixas percentuais de pacientes que saem do Consórcio com Guia de Contra-Referência preenchida, Paraná, 2000 .....	105
Tabela 16 - Distribuição das especialidades médicas do Consórcio Intermunicipal de Saúde H, segundo fila de espera, fevereiro de 2001 .....	109
Tabela 17 - Distribuição dos municípios pertencentes ao Consórcio Intermunicipal de Saúde H, segundo eletroencefalografias programadas e realizadas, 21/01/00 a 20/01/01 e 21/01/01 a 20/01/02 .....	111

Tabela 18 - Distribuição dos municípios pertencentes ao Consórcio Intermunicipal de Saúde H, segundo eletrocardiogramas programados e realizados, 21/01/00 a 20/01/01 e 21/01/01 a 20/01/02 .....	114
Tabela 19 - Distribuição dos municípios pertencentes ao Consórcio Intermunicipal de Saúde H, segundo ultra-sonografias programadas e realizadas, 21/01/00 a 20/01/01 e 21/01/01 a 20/01/02 .....	115
Tabela 20 - Distribuição dos problemas não previstos na rotina diária, segundo período de ocorrência, Consórcio Intermunicipal de Saúde H, 21/03/00 a 20/01/01 .....	117
Tabela 21 - Distribuição de categorias relacionadas com os problemas não previstos na rotina diária, segundo especialidades e exames de apoio diagnóstico e terapêutico, Consórcio Intermunicipal de Saúde H, 21/03/00 a 20/01/01.....	118
Tabela 22 - Distribuição de categorias relacionadas com os problemas não previstos na rotina diária, por municípios, Consórcio Intermunicipal de Saúde H, 21/03/00 a 20/01/01.....	122

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACISPAR	Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Paraná
AIS	Ações Integradas de Saúde
AMERIOS	Associação dos Municípios do Entre Rios
AMESC	Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense
AMMOC	Associação dos Municípios do Meio - Oeste
AMVALI	Associação dos Municípios do Vale de Itapocu
CES/PR	Conselho Estadual de Saúde do Paraná
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CISA	Consórcio Intermunicipal de Saúde da região de Penápolis
CISAT	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios de Araguaia e Tocantins
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRE	Centro Regional de Especialidades
CODERG	Consórcio Intermunicipal de Saúde de Divinolândia
CODISA	Consórcio Distrital de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
HURNP	Hospital Universitário do Norte do Paraná
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SES/MT	Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso
SMS	Secretário Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	21
1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL .....	24
1.1 Origem e o Processo de Consolidação .....	24
1.2 Paradigma da Saúde e a Especialização da Medicina .....	29
1.3 Recursos Humanos: Prática e Formação .....	33
1.4 As Estratégias Inovadoras .....	35
2. OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NO BRASIL .....	36
2.1 Origem e Situação Atual .....	36
2.2 Principais Questionamentos .....	41
2.3 Peculiaridades do Paraná .....	46
3 OBJETIVOS .....	50
3.1 Geral .....	51
3.2 Específicos .....	51
4 MATERIAIS E MÉTODOS .....	52
4.1 Instituições Estudadas .....	53
4.2 Fontes de Dados .....	53
4.3 Requisitos Éticos .....	54
4.4 Etapas da Coleta de Dados .....	54
4.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados .....	54
4.4.2 Pré-teste dos Instrumentos .....	55
4.4.3 Coleta de Dados .....	56

4.5 Caminho Percorrido para a Análise dos Dados .....	58
4.5.1 Os Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná e o Consórcio Focalizado .....	59
4.5.1.1 Principais Características .....	59
4.5.1.2 Os Recursos Humanos .....	60
4.5.1.3 As Especialidades Médicas .....	61
4.5.1.4 As Consultas Médicas Especializadas .....	61
4.5.1.5 A Referência e a Contra-Referência .....	62
4.5.2 O Consórcio Focalizado .....	65
4.5.2.1 A Fila de Espera .....	65
4.5.2.2 Os Exames de Apoio Diagnóstico e Terapêutico .....	65
4.5.2.3 Os Problemas Não Previstos na Rotina Diária .....	65
4.6 A Organização da Dissertação .....	67
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	68
5.1 Os Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná e o Consórcio Focalizado .....	69
5.1.1 Principais Características .....	69
5.1.2 Os Recursos Humanos .....	77
5.1.3 As Especialidades Médicas .....	90
5.1.4 As Consultas Médicas Especializadas .....	93
5.1.5 A Referência e a Contra-Referência .....	103
5.2 O Consórcio Focalizado .....	108
5.2.1 A Fila de Espera .....	108
5.2.2 Os Exames de Apoio Diagnóstico e Terapêutico .....	110
5.2.3 Os Problemas Não Previstos na Rotina Diária .....	116

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	131
APÊNDICES .....	144
APÊNDICE A - Questionário .....	145
APÊNDICE B - Formulário para a Coleta de Dados das Guias de Referência e Contra-Referência.....	160
APÊNDICE C - Correspondência de Apresentação da Pesquisa para os Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná .....	163
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	166
APÊNDICE E - Correspondência Solicitando Permissão para Realizar a Pesquisa no Consórcio Intermunicipal de Saúde H .....	168
ANEXOS .....	170
ANEXO A - Evolução dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil .....	171
ANEXO B - Mapa do Paraná com os Consórcios Intermunicipais de Saúde Destacados .....	173
ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa .....	175
ANEXO D - Municípios do Paraná por Regional de Saúde .....	177
ANEXO E - Programação Ambulatorial Mensal do Consórcio Intermunicipal de saúde H .....	185
ANEXO F - Programação Física Orçamentária do Consórcio Intermunicipal de Saúde H .....	187
ANEXO G - Guia de Referência e Contra-Referência do Consórcio Intermunicipal de Saúde H .....	189
ANEXO H - Mensalidades repassadas dos Municípios Consorciados para o Consórcio Intermunicipal de Saúde H .....	191

## **APRESENTAÇÃO**

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) encontram-se em crescente ampliação pelo Brasil. A implantação e a manutenção de CIS, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), está sendo apoiada pelo Ministério da Saúde (MS), que considera essa parceria, entre os governos municipais, como um importante instrumento de gestão que permite potencializar a atenção à saúde das populações (BRASIL, 1998b). No Paraná, os CIS, em 2000, representavam nitidamente uma estratégia de gestão dos serviços especializados. Esse cenário, motivou a elaboração do presente estudo, que visa a identificar em que medida os CIS estão promovendo a organização da assistência médica especializada oferecida à população paranaense.

Foram realizadas leituras críticas, principalmente do Relatório Final da III Oficina de Trabalho do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), realizada em agosto de 1996 e do artigo intitulado Consórcios Intermunicipais de Saúde: uma estratégia rumo à regionalização (BRASIL, 1996; BERTONE, 1996b). Essas leituras permitiram formular a hipótese de que a introdução dos CIS como um instrumento de gestão de serviços especializados, requer a construção concomitante, nos municípios consorciados, de uma adequada assistência básica e de um eficiente sistema de referência e contra-referência, para evitar a organização de uma oferta de serviços especializados fora do perfil de necessidade da população, concentrada em um município, sem adequada referência e contra-referência.

A presente dissertação parte de um referencial teórico no qual são retomados autores que discorrem a respeito do Sistema Único de Saúde, focalizando sua origem e o seu processo de consolidação, paradigma sanitário e a especialização da medicina, recursos humanos e as estratégias inovadoras. Depois, passa a ponderar sobre os Consórcios Intermunicipais de Saúde, discorrendo sobre sua origem e sua situação atual, os principais questionamentos, e encerra com as particularidades dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná. As informações aqui alicerçam este trabalho e promovem uma melhor compreensão das possibilidades e dificuldades enfrentadas na implantação e condução da estratégia de Consórcios Intermunicipais de Saúde no SUS.

Uma vez apresentado o referencial teórico, é descrito o objetivo geral – analisar os Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná, focalizando a assistência médica especializada – e os objetivos específicos.

Os materiais e métodos são descritos a seguir e a opção pelo método quantitativo advém de sua melhor adequação aos objetivos desta pesquisa que visa a trazer à luz dados em grande escala ainda não demonstrados e analisados em pesquisas científicas. Os resultados são apresentados acompanhados da discussão e podem viabilizar a construção de novas pesquisas tanto empregando metodologias quantitativas como qualitativas.

Concomitante às conclusões, são feitas algumas considerações com a consciência dos limites da pesquisa, mas também argüindo sobre os resultados que apresentam informações relevantes que poderão contribuir com os gestores da área da saúde e outros atores interessados na estratégia de Consórcios Intermunicipais de Saúde.

# 1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL

## 1.1 Origem e o Processo de Consolidação

No Brasil, na década de 70, o Estado era centralizador, sendo que as ações denominadas preventivas eram de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) e as ações curativas delegadas ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS); na década de 80, inicialmente, foram discutidas e implantadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) e, depois, em 1987, foi implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (GUTIERREZ, 1999). Nesse cenário, vários atores sociais lutaram a favor da construção de um novo modelo de atenção à saúde, que não fosse meramente assistencialista e hospitalocêntrico. Em 1988, com a Constituição Federal e após, com as leis complementares 8080/90 e 8142/90 é instaurado o Sistema Único de Saúde (SUS), que introduz na área da saúde os princípios da universalização, integralidade, participação e descentralização. O conceito de universalização diz respeito ao acesso de toda a população brasileira aos serviços de saúde, a integralidade assinala a superação da dicotomia entre serviços preventivos e curativos, a participação pressupõe que dentro dos processos de decisão e controle dos serviços de saúde precise haver a representação tanto da população como dos trabalhadores de saúde e a descentralização implica o aumento de centros de poder o que tem sido realizada principalmente por meio da municipalização (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JÚNIOR, 2001).

Com a municipalização, passa a haver uma progressiva responsabilização dos municípios pela saúde dos seus munícipes, baseada no entendimento de que a proximidade facilita a identificação das necessidades de saúde da população e torna a administração dos serviços de saúde mais eficaz (BRASIL, 1997a; BRASIL, 1999; CORDONI JÚNIOR, 2000). Capistrano Filho (1995) compartilha dessa idéia quando argumenta que em um país com dimensões continentais é mais eficiente uma administração descentralizada tanto dos recursos como das competências, do que centralizada.

*A descentralização é um conceito que se define a partir da centralização. Descentralizar significa transferir poder de um nível de governo para outro, que dá a quem recebe a competência de decidir. Contudo, essa autonomia não significa que quem transferiu o poder não pode recuperá-lo quando lhe aprover. Em relação às atribuições definidas constitucionalmente essa possibilidade não existe (JUNQUEIRA apud JUNQUEIRA; INOJOSA, 1997, p. 132).*

Portanto, a descentralização precisa ser interpretada dentro de uma visão processual e dialética. Processual, porque, na prática, aparece com graus distintos; dialética, pela convivência de tendências de centralização e descentralização, ainda que a descentralização prevaleça (MENDES, 1998a). Os processos de descentralização não podem ser exaltados por si mesmos, pois experiências tanto nacionais como internacionais demonstram que esses processos apresentam *fortalezas e debilidades*; assim, há uma necessidade de eles serem acompanhados, visando ao monitoramento dos seus rumos e à otimização dos seus resultados (MENDES, 1998a). Para Mendes (2000, não paginado) *uma descentralização radical dos serviços de saúde, tal como está dando-se no Brasil, pelo paradigma da municipalização autárquica, pode vir acompanhada de diminuição de eficiência e de qualidade, pela perda de escala.*

O processo de descentralização da saúde vem sendo regulamentado pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs), buscando a consolidação efetiva do SUS. Foram editadas NOBs em 1991, 1992, 1993 e 1996. Esta última permitiu um intenso processo descentralizatório. Portanto, com a NOB/96 buscou-se *promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal (...) a função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes* (BRASIL, 1997a, p.6). Nessa norma, apóia-se uma prática de *acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade* (BRASIL, 1997a, p.7). Com a maioria dos municípios habilitados nas condições de gestão da NOB SUS 01/96, surgiram problemas decorrentes do próprio avanço da descentralização e, para enfrentá-los, é disseminada a idéia de que a regionalização efetiva da assistência à saúde deveria ser adotada como estratégia (BRASIL,

2000b). Após vários debates entre o Ministério da Saúde (MS) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), é aprovada e publicada a portaria nº 95/GM, em 26 de janeiro de 2001, que traz como anexo a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), aumentando ainda mais as responsabilidades dos municípios com a atenção básica, determinando o processo de regionalização da assistência e fortalecendo, por meio da criação de novos mecanismos, a capacidade de gestão do SUS (BRASIL, 2001; CARVALHO; MARTIN; CORDONI JÚNIOR, 2001). Com a publicação e divulgação da NOAS surgem novos debates entre os atores que fazem parte do processo de consolidação do SUS. Estados e municípios entram em um processo de discussões e decisões cruciais, fomentados pelos mecanismos complexos envolvidos na implantação da NOAS (NOAS-SUS, 2001).

A regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde em uma determinada região, pressupostos da descentralização, evitam a sobreposição de serviços e permitem que eles compreendam os três níveis de complexidade do sistema – primário, secundário e terciário. Esses níveis podem ser organizados de formas diferenciadas. O ideal é que a atenção primária seja descentralizada e com uma oferta de serviços territorializada; já os níveis secundário e terciário, devido a dificuldades de escala e disponibilidade de recursos, podem ser relativamente centralizados (MENDES, 1998a).

Para Costa (1996), a constituição do SUS possibilitou, como resultado positivo, entre outros, a participação ativa dos governos municipais na construção do acesso da população aos serviços de saúde. Os Secretários Municipais de Saúde (SMS), buscando garantir uma atenção integral às necessidades de saúde daqueles que estão sob sua responsabilidade, passaram a reorganizar os serviços de saúde já existentes em seus municípios, a criar novos e, ainda, a construir o acesso da população a serviços de saúde fora de seu município (CONGRESSO, 2001).

O gestor municipal, se conseguir construir uma rede de atenção básica bem organizada e com bons clínicos gerais, pode atender e resolver em torno de 85 a 90% da demanda de saúde de uma comunidade, precisando referenciar

apenas uma parcela da população para os outros níveis do sistema de saúde (NOVAES, 1989; BRASIL, 1999). No relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) está enfatizado que as unidades e serviços de saúde precisam estar capacitados para desenvolver ações qualificadas que atendam resolutivamente as necessidades de saúde dos usuários e que somente os encaminhem para os outros níveis de complexidade quando for absolutamente necessário (BRASIL, 1998a). Procurando alcançar esse fim, o gestor municipal precisa lançar mão de ferramentas importantes como o planejamento, a avaliação e a epidemiologia, priorizando a oferta e evitando desperdícios de recursos os quais já são escassos. Dessa forma, a oferta das ações e serviços de saúde poderá ser direcionada e monitorada segundo as reais necessidades de saúde dos usuários, visando, a longo prazo, a produzir um impacto na saúde da população assistida (PAIM, 1994).

Os níveis secundário e terciário são referências para o primeiro nível de atenção do sistema de saúde. Quanto aos serviços ambulatoriais especializados, as dificuldades encontradas tendem a ocorrer, em geral, pela ausência da inserção de médicos especialistas nos serviços públicos de saúde em determinadas regiões do país e pela falta de organização adequada da oferta e do agendamento das consultas especializadas (SILVA, 1996). Em relação à assistência hospitalar, segundo Carvalho (2000), as dificuldades de acesso às internações pelo SUS cresceram nos últimos anos. Portanto, mesmo com todo o movimento que ocorre na área da saúde, ainda, tem sido tarefa difícil para muitos gestores de municípios brasileiros, principalmente os de cidades pequenas, desenvolver uma assistência integral (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1997; SCHNEIDER, 1998).

Para organizar as unidades de saúde de forma integrada, como uma rede, a qual possa assegurar o acesso dos usuários a todos os níveis de complexidade do SUS, outro fator importante é desenvolver um eficiente sistema de referência e contra-referência. Furtado e Tanaka (1998), em pesquisa, com o objetivo de estudar a relação entre o processo de construção de um distrito de saúde e a busca de integralidade da atenção à saúde da população, revelaram que um dos aspectos apontados como importantes no processo de facilitação da construção de uma assistência integral é a reorganização dos serviços de forma a

melhorar a referência e a contra-referência. Também, em outro estudo, ficou demonstrado a falta de adequação do processo de referência e de contra-referência desenvolvido entre municípios consorciados e o Consórcio Intermunicipal de Saúde de referência (NICOLETTO; FERRAES; CORDONI JÚNIOR, 2001). A referência e a contra-referência dos usuários que utilizam os serviços de saúde fazem parte da organização do SUS, requerendo normas, rotinas e fluxos bem definidos e pactuados entre os gestores dos sistemas municipais (BRASIL, 1997a; BRASIL, 1999).

O nível da qualidade da atenção à saúde oferecida a uma população está relacionado com o grau de acessibilidade dessa a serviços médicos integrais e bem coordenados (CARVALHO; ROSEMBURG; BURALLI, 2000). A acessibilidade, outra questão importante a ser considerada, pode ser influenciada por um conjunto de condições – geográficas, sociais, institucionais, e outras – que se interpõem entre a oferta do serviço de saúde e a sua utilização pelos usuários (FRENK apud CAMPOS, 1991).

Hortale, Pedrosa e Rosa (2000) apresentam uma proposta de análise em que o valor acesso está intimamente ligado ao controle social, o qual é compreendido como a real participação da população na administração dos serviços. O processo de participação da população nas decisões e no controle dos serviços oferecidos está legalmente constituído mas, parece, não efetivado em sua totalidade. Uma pesquisa que avaliou, com a participação do usuário, os serviços de saúde prestados por meio de um Consórcio Intermunicipal de Saúde do Paraná demonstrou que os usuários possuem percepção das injustiças a que estão submetidos e, quando lhes é oferecida a oportunidade de participação no planejamento das ações de saúde, possuem a capacidade de colaboração (FERRAES; NICOLETTO; CORDONI JÚNIOR; PETRIS, 2000). Portanto, para Chammé

*aos modernos planejadores em saúde compete (...) resgatar o espírito participativo da população para a qual os serviços de saúde devem ser destinados (...) visando alcançar, através de um processo de gestão conjunta (...) a aproximação da população ao quinhão que lhe cabe: o da participação com responsabilidade no processo de decisão sobre sua própria saúde e vida (CHAMMÉ, 1999, p.15).*

A proposta de participação da população em todos os níveis do SUS está intimamente ligada ao exercício da cidadania. Cohn (1994) salienta que, com a proximidade dos governos locais com a sociedade, houve a possibilidade da construção da democracia e do aprendizado do exercício da cidadania por parte da população. Costa (1996) faz uma análise da evolução da área da saúde em que salienta que, dentro do processo de ampliação dos serviços de saúde oferecidos às pessoas na década de 80, o mais relevante foi passar a considerar os clientes como 'cidadãos', antes tidos como 'pobres'; mas na década de 90, as políticas implantadas tendem a contrapor essa importante transformação e, por conseguinte, prejudicam o projeto de construção da cidadania e conduzem as organizações institucionais a adotar como parâmetro definitivo os critérios de mercado. Almeida (1997) argumenta que, nas propostas de reforma da assistência médica, estão sendo preconizados o afastamento do Estado nas questões que dizem respeito à assistência médica oferecida à população, e sendo enfatizados os critérios de mercado.

*As políticas de saúde neste país, na medida que restringem o seu objeto à necessidade do atendimento médico, (...) A grande maioria da população procura ter acesso aos serviços no contexto da manifestação da doença, e não das condições necessárias para manter a saúde, não questionando a reprodução da dinâmica existente no âmbito político das ações de saúde, aceitando a vigência de práticas clientelísticas e paternalistas. A saúde, portanto, dificilmente é percebida como uma questão de cidadania, e a concepção que dela predomina não se baseia no âmbito coletivo (COHN et al., 1991, p.92).*

## **1.2. Paradigma da Saúde e a Especialização da Medicina**

O paradigma flexneriano que condiz com o conceito de saúde como simples ausência de doença ainda tem sustentado, em grande parte, a prática sanitária da atenção médica e tem levado o profissional da área da saúde a cada vez mais se especializar e se distanciar da visão integral da saúde.

*Para superá-lo há de se buscar a construção de novo paradigma que permita dar conta da saúde vista em sua positividade e como um processo que pode melhorar ou deteriorar conforme a ação de uma sociedade sobre os fatores que lhe são determinantes (...)* (MENDES, 1996, p. 239).

A mudança do modelo médico para um modelo assistencial integral e que tenha impacto sobre os problemas de saúde é necessária, mas não é uma questão pontual e sim um processo complexo que, para avançar, demanda o comprometimento de todos os atores sociais – gestores, dirigentes de serviços de saúde, profissionais de saúde e usuários – a favor da saúde vista na sua positividade. A organização de serviços de saúde e a política de saúde são influenciadas pela medicina, devido ao (...) *monopólio da medicina científica na definição de doença, restringindo a discussão dos serviços de saúde a uma particular forma de ver a saúde: mecanicista, individualista e orientada para a cura das doenças segundo o modelo médico* (FREIDSON apud ALMEIDA, 1997, p.663). Esse modelo biomédico tem sido financiado pelo próprio recurso público (CAPRARA; FRANCO, 1999).

Portanto, superar um modelo hegemônico medicalizante, tecnológico e individualista e introduzir propostas mais integrais na área da saúde, tanto do ponto de vista do ser humano como dos serviços de saúde, ultrapassa as dimensões legal e operacional e entram no campo da responsabilização dos dirigentes dos serviços de saúde, dos trabalhadores de saúde e dos próprios usuários pela construção efetiva do SUS (MENDES, 1996; ALMEIDA, 1997; CAPRARA; FRANCO, 1999).

Com a hegemonia da atenção médica, o que se espera do Secretário Municipal de Saúde e de sua secretaria é que somente (...) *construam e operem hospitais e centros de saúde, que contratem e controlem as instituições privadas, que ofereçam mais exames, mais consultas médicas, mais internações, que distribuam mais medicamentos, etc* (MENDES, 1996, p. 253).

A aspiração pelo domínio total de um determinado campo de conhecimento tem levado à especialização<sup>1</sup> do conhecimento médico, reduzindo a sua prática cada vez mais a um corpo fragmentado e destituído de personalidade (SOUZA, 2001). Chammé (1999) apresenta o usuário, no século XX, como um personagem que possui um corpo adoecido e, portanto, perambula pelos serviços de saúde atrás das especialidades médicas idealizadas para ele como 'salvadoras'. As dificuldades para a implementação e consolidação de um novo modelo assistencial no âmbito do SUS permanecem e continuam sendo um foco de preocupação por parte dos gestores municipais (PARANÁ, 2001b).

No entendimento de Campos (1999), os serviços de saúde precisam tanto de médicos generalistas como de especialistas, mas na medida em que estes médicos sejam capazes de produzir saúde – prevenir, curar e reabilitar o indivíduo e a coletividade. Mas Machado (1997, p.26) ressalta que *os avanços tecnológicos têm contribuído fortemente para o surgimento de novas especialidades e subespecialidades*. Para cada patologia, procura-se um especialista, porque o clínico ou o cirurgião geral não atende mais as demandas dos usuários dos serviços de saúde (MACHADO, 1996). Com a facilidade de introdução das novas especialidades médicas nos serviços de saúde, tem acontecido uma *progressiva fragmentação do trabalho em saúde e crescente diminuição da importância e mesmo da capacidade resolutiva das especialidades-raízes: clínica médica, pediatria, cirurgia geral e gineco-obstetrícia* (CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997).

*A crise progressiva da eficácia da prática profissional em saúde é também decorrente da profunda segmentação do trabalho médico-sanitário, divisão esta determinada mais por uma lógica do interesse econômico imediato (...) do que por decorrência 'natural' do desenvolvimento científico, (...) levando a uma inevitável e crescente especialização e fragmentação da clínica* (CAMPOS, 1994, p. 29).

---

<sup>1</sup> O termo usualmente nomeia tanto a repartição do conhecimento em ramos parcelares do saber, quanto o processo de divisão técnica do trabalho, posto que o pensamento médico toma a segunda condição como produto da primeira (SCHRAIBER, 1993, p. 195).

Embora a legitimidade técnica de muitas especialidades médicas seja evidente, uma vez que permitem aumentar a resolutividade da prática médica, a excessiva especialização tem colaborado para o aumento de encaminhamentos e a realização de exames de apoio diagnóstico e terapêutico injustificados (CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997). Campos, Chakour e Santos (1997) argumentam, ainda, que não existem diretrizes práticas que diminuam os efeitos inevitáveis – declínio da eficácia dos serviços de saúde, aumento crescente dos custos, entre outros – quando da incorporação de novas especialidades aos sistemas de saúde. Scatena e Tanaka (2000), quando analisaram o modelo de atenção que vem se configurando a partir da implantação do SUS em municípios do estado de Mato Grosso, revelaram que entre 1994 a 1998 aumentaram os gastos com assistência ambulatorial e diminuíram os gastos com internações hospitalares, porém esse aspecto não redundou em equivalente implementação da atenção primária à saúde, mas sim em um aumento progressivo dos serviços de média e alta complexidade com deslocamento da prestação dos serviços do ambiente hospitalar para o ambulatorial. Estes autores finalizam suas discussões ressaltando que a

*perpetuação de um modelo de assistência voltado para a assistência médica, individual, curativa, praticada no hospital ou nos ambulatórios, com maciça incorporação tecnológica, além de mantenedora de iniquidade, pode condenar o SUS à inviabilidade financeira (SCATENA; TANAKA, 2000, p.248).*

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), para a reorientação da formação e da prática médica em prol da saúde para todos, em âmbito mundial, cabe aos médicos estabelecer um equilíbrio entre a atenção preventiva e a curativa, elegendo e utilizando uma tecnologia apropriada para proporcionar uma oferta de serviços de saúde com um custo adequado, mas, também, satisfazendo um público que se apresenta cada vez mais exigente (WHO, 1996).

Um estudo realizado na Colômbia em 2001, que visou a estimar a oferta de médicos especialistas, identificou que o número de especialistas, neste país, foi duplicado em menos de uma década. Demonstrou que a neurocirurgia e a

oftalmologia estão com o mercado saturado e outras especialidades – obstetrícia, ginecologia, neurologia, ortopedia, urologia, anestesiologia, cardiologia, dermatologia e otorrinolaringologia – apresentam taxas de crescimento acima da capacidade de vinculação do sistema de saúde (ROSSELLI et al., 2001). O estudo apresentado reflete a observação de que (...) *son cada vez más los países en los que el número de médicos es ya superior a las necesidades* (WHO, 1996, p.7). No Brasil, o que vem ocorrendo é uma disparidade na distribuição dos profissionais médicos entre as regiões brasileiras, pois do total de médicos do país, cerca de 75% estão concentrados nas regiões Sul e Sudeste e, ainda, em vários municípios não há um único profissional vinculado ao sistema de saúde (MACHADO, 1997).

### **1.3. Recursos Humanos: Prática e Formação**

A nova prática sanitária que se deseja implantar no SUS está intimamente vinculada à questão dos recursos humanos, os quais também são um dos elementos fundamentais quando se busca a qualidade do serviço de saúde. A prática do profissional de saúde somada a outros componentes – políticos, administrativos, entre outros – pode favorecer um atendimento com qualidade. Para Schwartzman (1993), controlar a qualidade nestes tempos modernos é muito importante, pois os custos são crescentes e os recursos escassos. Para se ter qualidade da assistência, é fundamental a interação médico-paciente com uma apropriada aplicação dos conhecimentos técnico-científicos (CARVALHO; ROSEMBURG; BURALLI, 2000). Portando, a relação que o médico tem com o paciente tem sido considerada a âncora para melhorar a qualidade do serviço de saúde, tendo como pressupostos a humanização do atendimento, a assistência personalizada e o direito do usuário de ter informação (CAPRARA ; FRANCO, 1999).

Vários exemplos têm sido relatados demonstrando posturas desumanizadas dos profissionais de saúde e, ainda, uma falta de comprometimento desses profissionais com os usuários e com os serviços de saúde ao qual pertencem (CAMPOS, 1994; MERHY, 1997). Campos (1994, p.163) refere que uma *parcela*

*significativa de profissionais de saúde ainda resiste à mudança dos modos de funcionamento dos serviços de saúde, expresso tanto por posturas profissionais inadequadas como por movimentos políticos de contra-reforma. A idéia de coletividade na prestação de serviços no SUS se contrapõe à história da profissão – autonomia técnica e busca pelos interesses da classe médica (NOGUEIRA, 1994). A prática médica, enquanto prática técnica que toma como objeto o corpo, permanece individualizada ao nível do ato terapêutico (DONNANGELO, 1976, p.32). Para Campos, Chakour e Santos (1997), a política das especialidades médicas, quando iluminadas pela postura liberal, defende normas estritamente corporativistas.*

A formação e capacitação de profissionais de saúde que atendam as exigências do SUS têm se configurado uma grande preocupação por parte de atores sociais interessados na plena consolidação do SUS. O aparelho formador é fundamental dentro da reforma do sistema de saúde no Brasil e os cursos de medicina, por exemplo, necessitam passar a preparar os profissionais na perspectiva da qualidade do atendimento e não da medicalização da saúde (BRASIL, 1996). Erdmann et al. apud Novaes (1990) consideram que as experiências adquiridas pelos médicos recém formados antes do exercício profissional – na graduação e na residência – influenciam a futura atuação deles, que pode ser mais voltada a uma visão integral da saúde ou não. Além disso, Soto e Rueda (1999) consideram que a formação continuada é um caminho para alcançar progressivamente a qualidade no exercício da medicina.

Há um movimento, no Brasil, que busca mudanças na formação dos profissionais da área da saúde por meio da construção de um novo modelo acadêmico. Um dos aspectos importantes desse novo modelo está em considerar a intersecção dos espaços da universidade, dos serviços de saúde e da comunidade como capaz de criar uma nova proposta de trabalho (BLEJMAR; ALMEIDA, 1999). Isso é possível porque

*(...) nestes espaços que, embora não sejam novos, constituem-se em campos de ação de sujeitos sociais que, no modelo hegemônico, não dispõem de recursos de poder para exercer suas práticas, a não ser as ideológicas que, desacompanhadas de práticas empíricas, políticas e teóricas, resultam em baixa eficácia nos processos de luta contra-hegemônica (BLEJMAR ; ALMEIDA, 1999, p. 26).*

Feuerwerker (1998) compartilha essa idéia quando salienta que o arranjo de novos cenários no campo do ensino pode desempenhar papel fundamental na mudança do perfil dos profissionais formados.

#### **1.4 As Estratégias Inovadoras**

Para Testa (1995), estratégia é entendida como forma de implementar uma política. Visando a consolidação do SUS, várias estratégias têm sido propostas, e são exemplos de estratégias implantadas o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), a estratégia Saúde da Família (ESF) e o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS).

A Saúde da Família tem sido considerada uma estratégia fundamental para promover a reorganização da atenção primária e a mudança do modelo de assistência à saúde hegemônico no país (BRASIL, 1994; MENDES, 1996). Essa estratégia, para ter sucesso, depende de diferentes fatores simultâneos, como formação e capacitação de recursos humanos e oferta adequada em atenção especializada (CONGRESSO, 2001). Na visão de Santana (1996), o entrave para o bom funcionamento do ESF e sua expansão tem sido a inadequação dos recursos humanos, em particular o médico, para o desempenho de atividades de promoção e assistência à saúde à população. No Paraná, uma investigação foi realizada sobre a contribuição da estratégia Saúde da Família em Londrina, que apresentou como um dos dados relevantes, na perspectiva da integralidade e resolutividade, as deficiências nos níveis secundário e terciário do sistema e, conseqüentemente, falha na referência, dificultando a atuação da equipe do ESF (BADUY; CORDONI JÚNIOR, 1999). Por outro lado, Ribeiro e Costa (2000) enfatizam que uma atenção primária resolutiva seleciona o acesso dos usuários aos níveis mais complexos do sistema e reconhecem, no caso brasileiro, que o ESF é uma das estratégias que pode colaborar com o caráter resolutivo das unidades básicas de saúde.

Para adequar a atuação dos profissionais aos objetivos do ESF, os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Pessoal de Saúde da Família estão sendo implantados no Brasil (SOUZA, 2000). Quanto à oferta de assistência médica especializada, a estratégia de Consórcios Intermunicipais de Saúde tem sido adotada.

## 2. OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NO BRASIL

### 2.1 Origem e Situação Atual

Os consórcios (...) são acordos firmados entre entidades (...) sempre da mesma espécie, para a realização de objetivos de interesse comum (...) os convênios são celebrados entre entidades de espécies diferentes (MEIRELLES, 1994, p. 354). Os convênios e consórcios vêm sendo estudados e discutidos sob vários ângulos em nosso país. Na saúde, esses temas têm sido examinados sob o aspecto da descentralização, considerando que são modos de efetuar-la (MEDAUAX, 1995). Os consórcios são idéias antigas, pois a Constituição de 1937, em seu artigo 29, já dispusera acerca da associação de municípios para a administração de serviços públicos (BRASIL, 1997b; LIMA; PASTRANA, 2000).

Na década de 60, as primeiras experiências com consórcios intermunicipais surgiram; no estado de São Paulo, o primeiro data de 1960, localizava-se na região de Bauru e era voltado para a promoção social (BASTOS; MISOCZKY, 1998). Os primeiros consórcios intermunicipais apareceram nas áreas de promoção social, meio ambiente, agricultura, infra-estrutura, e outras (MENDES, 1996; MACHADO, 1998). Um exemplo de consórcio na área de meio ambiente é o caso do Consórcio Intermunicipal da Bacia do Rio Piracicaba, em São Paulo (VAZ, 1997). Na década de 80, as experiências com consórcios intermunicipais tomam corpo e de forma mais **particularizada** surge o primeiro **Consórcio Intermunicipal de Saúde** (CIS) no estado de São Paulo (MENDES, 1996, MENDES, 2000, grifo

nosso). Com essa inovação, os municípios passaram a se associar para desenvolverem ações e serviços de saúde de interesse comum. Para Ribeiro e Costa (2000, p.214) *os consórcios intermunicipais de saúde têm se consolidado (...) como importante mecanismo de regionalização da oferta pública.*

Na Constituição Federal de 1988, os municípios, de acordo com o Artigo 18, fazem parte da Federação, portanto gozam da mesma autonomia conferida à união e aos estados; assim, neste aspecto, os municípios podem celebrar consórcios (LOPES, 2001). Em 1990, os Consórcios Intermunicipais de Saúde são referidos nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) – nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Na Lei Federal 8.080, no Parágrafo 1º do Artigo 10, está definido que (...) *os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam* (BRASIL, 1990a, não paginado). Na Lei Federal 8.142, no Parágrafo 3º, do Artigo 3º, prevê que (...) *os municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei* (BRASIL, 1990b, não paginado). A NOB/96 não trata especificamente dos consórcios, mas estimula-os quando define, primordialmente, que os municípios têm a (...) *função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes sendo que a totalidade das ações e serviços (...) deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada* (BRASIL, 1997a, p.8).

O Ministério da Saúde (MS) considera o CIS um importante instrumento de articulação entre os sistemas municipais e enfatiza que a forma consorciada pode favorecer o município a assumir as responsabilidades pela gestão plena do sistema de saúde (BRASIL, 1997b). Também, o MS, quando elaborou o Plano de Ações e Metas Prioritárias para 1997/1998, estabeleceu que seria estimulada a formação de Consórcios Intermunicipais de Saúde visando a melhorar a qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 1998b). Assim, fica evidente o incentivo por parte do MS para a implantação de CIS, mesmo não havendo uma normalização específica a ser seguida quando da implantação. Nesse aspecto, Mendes (2000, não paginado) refere que os CIS (...) *apresentam, nas suas formas*

*de organização, de um lado, uma diversidade e, de outro, uma série de elementos comuns.*

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde se multiplicaram pelo país com mais ênfase na década de 90. Segundo Lima e Pastrana (2000), no final dessa década já se somavam cento e cinqüenta e dois consórcios, distribuídos em treze estados – Bahia, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Pará, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina e São Paulo (Anexo A). Em Brasil (1998b) e segundo Mendes (2000), foram mapeados em 1999, no país, cento e quarenta e três CIS com a participação de mil setecentos e quarenta municípios. Mas o próprio Mendes (2000) alerta que os dados apresentados devem ser vistos com cautela, pois dos cento e quarenta e três consórcios, setenta e sete estavam em Minas Gerais e nesse estado muitos deles foram instituídos formalmente, mas não implantados efetivamente.

Em São Paulo, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da região de Penápolis – CISA – foi fundado em julho de 1986, sendo considerado por alguns autores como a primeira experiência no país. (GONTIJO et al., 1994; MENDES, 1996; BASTOS; MISOCZKY, 1998; SCHNEIDER, 1998). Nesse CIS, cada município de sua abrangência tem uma rede básica de atendimento e o consórcio oferece as especialidades (SCHNEIDER, 1998). Mas estudos realizados em 1998 e 2000 apontam que o CIS em Divinolândia (CODERG) foi implantado em 1985, antes de Penápolis (LIMA, 1998; LIMA; PASTRANA, 2000). No entanto, o CIS de Penápolis foi considerado exemplo para a formação de outros consórcios no país (BERTONE, 1996b; MENDES, 1996).

Em 1992, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná se encontrava com dificuldades para administrar os Centros Regionais de Especialidades (CREs) que estavam com problemas – profissionais saíram e não houve reposição no quadro de pessoal, houve ausência de investimentos em tecnologia e atraso na reposição de insumos –, impulsionando a adoção de Consórcios Intermunicipais de Saúde para assumir a responsabilidade pelos serviços de saúde realizados por meio dos CRE (BERTONE, 1996b). Assim, o

Paraná foi o segundo estado brasileiro a adotar a estratégia de Consórcios Intermunicipais de Saúde.

No Paraná, também, existe uma *'boa e sadia briga'* entre os Consórcios de Campo Mourão e Paranavaí quanto ao pioneirismo. No parecer de Bertone (1996b), o primeiro a entrar em funcionamento foi o formado na região de Paranavaí. Aued (1996) compartilha dessa informação e refere que em Paranavaí foi criada uma comissão intermunicipal de saúde em janeiro de 1993 e em agosto do mesmo ano ocorreu a instalação oficial do consórcio. Para Dias (1996), o CIS de Campo Mourão é o mais antigo do Paraná, pois a idéia surgiu em 1990, o estatuto foi aprovado em outubro de 1992 e o consórcio começou a funcionar em junho de 1993.

O Plano Estadual de Saúde divulgado em 1994 por Jaime Lerner, na época candidato ao governo, incentivava amplamente os Consórcios Intermunicipais na área da saúde (PARANÁ, 1994). Até o final de 1998, o Paraná contava com vinte CIS implantados em Apucarana, Campo Mourão, Cascavel, Cianorte, Colorado, Cornélio Procopio, Francisco Beltrão, Irati, Ivaiporã, Jacarezinho, Laranjeiras do Sul, Londrina, Maringá, Matelândia, Paranavaí, Pato Branco, Pitanga, Toledo, Umuarama e União da Vitória (PARANÁ, 1998c; PARANÁ, 1999) (Anexo B).

Segundo os autores apresentados, nos estado de São Paulo e Paraná existem divergências quanto ao pioneirismo dos CIS e, portanto, seria necessária uma investigação mais focalizada para desvendar a realidade, caso isso venha a ser importante e necessário.

Em Minas Gerais, parece não haver dúvida: o primeiro CIS iniciou suas atividades em 1993, por meio de iniciativa da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, na região de Alto São Francisco, e pouco tempo depois, foi implantado outro na região do Alto Rio Grande (BRASIL, 1996; COELHO; VELOSO, 1997). Esses consórcios permitiram o funcionamento de hospitais que passaram a

ser referência microrregional em atendimento nos níveis secundário e terciário (MACHADO, 1998). O CIS do Alto São Francisco dividiu as atribuições, evitando concentração dos serviços em um único município (COELHO; VELOSO, 1997). Esse consórcio assumiu a administração desde unidades básicas de saúde a centros de referência especializados (VAZ, 1997). De abril de 1995 a dezembro de 1996 foram implantados em Minas Gerais quarenta e oito novos CIS (LIMA, 1998).

No Rio Grande do Sul, as parcerias municipais primeiramente surgiram com o Consórcio Distrital de Saúde (CODISA), implantado em 1993 e, no ano seguinte, com o Consórcio Região Centro (BASTOS; MISOCZKY, 1998; LIMA, 1998). Segundo Gerchmann (1997), os municípios pertencentes ao CODISA têm oferecido à população um atendimento bem mais completo do que conseguiriam oferecer se não formassem este tipo de parceria.

Em 1995, no Mato Grosso, o primeiro CIS a ser implantado foi o do Vale do Teles Pires, que permitiu o funcionamento do Hospital Regional de Sorriso, passando a ser o instrumento de solução para o problema de atendimento hospitalar da região, e também permitiu oferecer especialidades médicas que só eram encontradas na capital, Cuiabá, 400 quilômetros distante de Sorriso (MÜLLER NETO, 1997). Depois, ocorreu a implantação do CIS do Alto do Tapajós em 1996, seguido dos consórcios da Região Norte Mato-grossense, Região Oeste e o da Região Sul Mato-grossense em 1997 (LIMA, 1998). Dentro do resumo da programação das SES/MT em 97, em relação à assistência ambulatorial de qualidade, aparece como estratégia (...) *implementar o sistema de referência regional (micro e macro) em todas as regiões de Saúde do Estado através da implantação das Comissões Bipartites Regionais da ação em parceria com Consórcios Municipais* (MÜLLER NETO, 1997, p.35).

Em Santa Catarina, em 1996, formaram-se quatro consórcios: a Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense (AMESC), Associação dos Municípios do Meio-Oeste (AMMOC), Associação dos Municípios do Vale do Itapocu (AMVALI) e Associação dos Municípios do Entre Rios (AMERIOS), e existia a

intenção da implantação de Consórcios nas regiões de Lages, Grande Florianópolis, Região Norte e Sul (SCHÖELLER, 1997).

Em maio de 1997, na Paraíba, foi implantado o CIS do Curimataú, com sede em Cuité, com o objetivo de oferecer à população de dez municípios uma assistência especializada, nos níveis secundário e terciário (LIMA, 1998).

Em 1998, os CIS surgem em mais cinco estados: Espírito Santo, Goiás, Pará, Rio de Janeiro e Rondônia. No Pará, o Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios do Araguaia e Tocantins (CISAT) foi criado em dezembro de 1998 com a parceria de oito municípios (MARABÁ, 2000). E por fim, em 1999, surge o primeiro CIS no estado da Bahia (LIMA; PASTRANA, 2000).

## **2.2 Principais Questionamentos**

O incentivo e a implantação crescente de Consórcio Intermunicipal de Saúde pelo país têm gerado vários questionamentos sobre a sua configuração e o seu papel no âmbito do SUS (LIMA; PASTRANA, 2000).

Gontijo et al. (1994) consideram os CIS uma parceria entre os municípios e ressaltam que numa associação que envolve alguns municípios, cada um deles pode trazer diferentes culturas, práticas administrativas, orientações políticas e ideológicas. Esses aspectos são importantes e precisam ser considerados quando da pactuação e implantação de um CIS. Na visão de Silva (1996), as principais dificuldades a serem superadas em relação aos Consórcios Intermunicipais de Saúde não são de caráter organizacional, mas sim de caráter político. O consórcio, portanto, precisa ser compreendido como uma associação de '*caráter suprapartidário*', que congrega atores de diferentes ideologias e partidos para desenvolver um fim em comum (BRASIL, 1997b).

A municipalização aparece como impulsionadora do processo de organização dos CIS na medida em que estimula a interiorização e a organização da atenção secundária e terciária (MENDES, 1996). Na perspectiva de Lima (2000), a insuficiência de recursos humanos no interior do Brasil pode ter sido um dos fatores que estimulou a criação de CIS. No Paraná, os Consórcios foram estimulados e implantados visando a solucionar o problema da oferta de consultas especializadas à população (BERTONE, 1996b; PARANÁ, 1996). Mesmo com estes estímulos, a necessidade de atenção à saúde de uma população precisa ser o parâmetro decisivo para a implantação de um CIS e nunca prevalecer, se houver, interesses isolados – de governos locais e estaduais –, preservando, assim, sempre a iniciativa e a autonomia municipal (BRASIL, 1997b). Na visão de Lima e Pastrana

*(...) se por um lado a conformação dos consórcios é feita por meio de amplos debates dos atores envolvidos e de acordo com a real necessidade de assistência da população dos municípios, por outro lado, pode estar acompanhada de interesses clientelistas de gestores ou comprometida com o aumento da 'resolutividade' do serviço de um determinado município (LIMA; PASTRANA, 2000, não paginado).*

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde surgiram com o objetivo de racionalizar os recursos materiais e humanos existentes em uma microrregião, aumentando a oferta de serviços de saúde, logo, proporcionando um atendimento mais integral (COELHO; VELOSO, 1997; MATO GROSSO, 2000). Não está determinado um campo específico de atuação dos consórcios, mas em geral eles são formados para oferecer serviços de atenção médica ambulatorial especializada – consultas médicas e exames de apoio diagnóstico e terapêutico (MENDES, 1996). Nem todos os CIS surgiram por esses motivos, Ribeiro (1994) aponta, no Rio de Janeiro, duas exceções quando descreve a experiência do consórcio formado na Região dos Lagos (HEMOLAGOS) – como o objetivo de fornecer sangue e hemoderivados a população – e a estrutura de um outro CIS que objetiva a produção de medicamentos em escala industrial. O HEMOLAGOS foi formado na década de 80, manteve-se por um tempo e, após conflitos políticos e dificuldades na parceria municipal, sofreu uma desativação parcial de suas atividades (RIBEIRO; COSTA, 2000). Também, no Paraná, em junho de 1999, foi implantado um consórcio

denominado “Paraná Medicamentos” que, após, passou a ser conhecido como “Consórcio Paraná Saúde”, para realizar compras de medicamentos em larga escala. Esse consórcio busca diminuir os custos e aumentar a oferta dos medicamentos e, conseqüentemente, o acesso da população a esses itens (PARANÁ, 2001d). Mesmo havendo exceções, os CIS, na sua grande maioria se organizam para oferecer atendimento ambulatorial especializado e hospitalar (LIMA; PASTRANA, 2000). Em princípio, todas as ações e serviços de saúde podem ser desenvolvidos por meio de CIS; no entanto, não tem sido recomendado utilizar consórcios para desenvolver a atenção básica, partindo do princípio de que esta é de responsabilidade do município (BRASIL, 1997b).

Quanto à personalidade jurídica, existem debates a respeito de qual seria a melhor forma de se compor um CIS. O consórcio (...) *representa parcelas de serviços municipais que, por conveniências administrativas, econômicas e financeiras regionais, são reunidos numa pessoa jurídica* (SANTOS, 1996, p. 13). A maioria dos CIS constitui-se em sociedade civil de direito privado, sem fins lucrativos (FONTES, 1991; RIBEIRO, 1994; BRASIL, 1997b; MENDES, 2000). Mas alguns não assumem uma forma jurídica própria e a capacidade de exercer direitos e assumir obrigações fica vinculada aos municípios de abrangência (FONTES, 1991). No CIS de Betim, em Minas Gerais, os recursos financeiros – parcela mensal dos municípios e recursos oriundos de projetos específicos – são depositados em conta corrente especial do município-sede, que administra por meio da Secretaria Municipal de Saúde o consórcio. Também são remanejados tetos orçamentários – ambulatorial e hospitalar – dos municípios consorciados para o teto financeiro do município prestador, no Fundo Municipal de Saúde (SCHNEIDER, 1998).

No parecer de Santos (1996), a opção de pessoa jurídica, enquanto regida pelo direito privado, faz com que muitos não aceitem que o dinheiro público seja administrado por ela. No entanto, não existe como criar uma pessoa jurídica de direito público, envolvendo vários municípios. Há a necessidade de se compreender que

*(...) o consórcio intermunicipal não se confunde com o consórcio de empresas previsto na Lei da Sociedade por Ações e na Lei de Mercado de Capitais e o consórcio de empresas para fins de licitação, como previsto na legislação específica, federal e estadual. Esses dois tipos de consórcios se formalizam em contrato, ou documento equivalente, e não constituem (nem poderiam constituir) uma pessoa jurídica. (...) o consórcio de Municípios tem necessidade de criar uma pessoa jurídica privada, uma vez que os Municípios são entidades estatais, políticas, e não poderiam agir em conjunto a não ser por intermédio de uma pessoa jurídica e, obviamente, de natureza jurídica privada (CARVALHO; SANTOS, 1995, p. 112).*

Para contrariar essa idéia são apresentados os Consórcios Intermunicipais nas áreas de meio ambiente, habitação e planejamento como exemplos. Eles, há décadas, são constituídos nos setores da administração pública e alcançam seus objetivos com a estrutura já existente. Assim surge a defesa de que não deveria existir diferença no caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, que também deveriam atingir suas finalidades com a estrutura municipal já existente, não criando uma pessoa jurídica à parte para administrá-lo (CONFEDERAÇÃO, 2000). Barros apud Bastos e Misoczky (1998) compartilha dessa defesa quando não concorda com a criação de uma entidade personalizada para os consórcios e afirma que a sua criação é uma opção política. Mendes (1996), primeiramente, propõe a figura do consórcio programático, para o qual não seria necessário criar uma associação de direito civil para conseguir oferecer serviços de atenção secundária e terciária. Mas, em 2000, esse mesmo autor chama a atenção dos leitores para o seu novo posicionamento ressaltando que

*(...)os Consórcios Intermunicipais de Saúde materializam-se, necessariamente, na forma de uma pessoa jurídica privada. Assim, de acordo com a norma jurídica, não há a possibilidade de um consórcio programático ou de um consórcio meramente articulador de ações e serviços de saúde, sem a existência de um ente privado (MENDES, 2000, não paginado).*

Como foi apresentado por juristas e sanitaristas conceituados no Brasil, o CIS pode se constituir em sociedade civil de direito privado, sem fins lucrativos, mas esses próprios autores e outros advertem que é imprescindível que o consórcio, mesmo se constituindo como uma pessoa jurídica de direito privado, necessita seguir os princípios da administração pública, uma vez que administra

recursos públicos e, portanto, precisa: prestar contas do dinheiro ao Tribunal de Contas, realizar licitação, submeter-se ao controle social, realizar concurso público para contratar pessoal, não permitir a acumulação de cargos públicos, e outros (CARVALHO; SANTOS, 1995; SANTOS, 1996; BRASIL, 1997b; MENDES, 2000; PARANÁ, 2001c)

No entendimento de Bastos e Misoczky (1998), para evitar que o CIS se transforme em uma firma e se torne independente dos gestores do SUS, além de existir um efetivo controle do Tribunal de Contas, a criação de um Conselho Intermunicipal de Saúde seria imperativo. Machado (1998) relata a experiência da microrregião de Alto Rio Grande, em Minas Gerais, elucidando que partiu dos representantes dos Conselhos Municipais de Saúde a proposta de formação de um ‘*Conselho Maior*’ – um Conselho Intermunicipal de Saúde – para controlar e fiscalizar o Consórcio Intermunicipal de Saúde. Por outro ponto de vista, a organização de conferências e conselhos intermunicipais de saúde é considerada imprópria, pois essas organizações tendem a se configurar em novas instâncias que não estão previstas na legislação do SUS (BRASIL, 1997b). As divergências nesse campo parecem advir, mas o importante a ser ponderado é que a ausência de um (...) *controle social dos Consórcios poderá levar a uma política isolada e até contra os interesses da população* (BERTONE, 1996b, p. 39).

A respeito da contratação de recursos humanos para fazer parte do quadro de pessoal dos CIS, a recomendação tem sido a de realização de concurso público, mesmo que a contratação seja em regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) (CARVALHO; SANTOS, 1995; SANTOS, 1996; MENDES, 2000). Em junho de 2000, em um CIS do Paraná, foi realizado um Concurso Público para contratação de pessoal de nível médio, médicos especialistas, psicólogo, fonoaudiólogo e assistente social (CONSÓRCIO, 2000a). Em relação aos Consórcios Intermunicipais de Saúde, até o momento da realização desta pesquisa, esta parece ser a única experiência relatada de observância da recomendação de realização de concurso público. Mas, mesmo que essa prática se concretize nos consórcios,

*(...) o concurso público, conquista teoricamente louvável do ponto de vista da democratização de oportunidades, não representa solução satisfatória (...), na medida em que, numa sociedade marcada por profundas desigualdades, o ritual seletivo, geralmente baseado em atributos educacionais, preserva ou perpetua tais desigualdades. Além do mais, a experiência vem demonstrando, cada vez com maior evidência, as dificuldades operacionais para o alcance do objetivo final da seleção que é o recrutamento de pessoal adequado para o trabalho onde este precisa ser realizado (SANTANA, 1996, p. 34).*

Com base na reflexão apresentada, parece que, para os dirigentes dos CIS, contratar profissionais adequados ultrapassa a questão de realização de concurso público, pois, além disso, é necessário haver uma adequada gestão dos recursos humanos com acompanhamento e avaliação de desempenho para que suas práticas correspondam com os objetivos do SUS.

### **2.3 Peculiaridades do Paraná**

No Paraná, a Secretaria de Estado da Saúde propôs, em 1995, um convênio com os CIS visando formar uma comissão – técnica, consultiva e paritária – em cada CIS para assessorá-los. Essa proposta foi combatida por municipalistas, que identificaram na atitude do estado uma postura centralizadora e autoritária, tendo sido necessárias várias discussões para conseguir implantar a idéia (BERTONE, 1996a, 1996b). Na visão de Mendes (1998b), é imperativo formar comissões com a participação dos municípios consorciados e da Secretaria Estadual de Saúde, visando a um bom planejamento das ações e dos serviços realizados por meio dos consórcios. Conforme publicação baseada no Plano Estadual de Saúde do Paraná de 1997-1998, o CIS é uma organização jurídica gerida pelos municípios integrantes, podendo contar com a participação do estado (PARANÁ, 1996).

A manutenção dos CIS tem sido por meio dos recursos do SUS, isto é, pagamentos por prestação de serviços, contribuição mensal dos municípios participantes – muitas vezes por meio de um percentual per capita – e de recursos

repassados através de cessão pelo estado (BERTONE, 1996b, PARANÁ, 2001e). Uma particularidade em um CIS do Paraná é o “Programa Linha da Saúde”, através do qual a Secretaria de Estado da Saúde mantém mensalmente, por meio de um convênio com o CIS, a contratação de ônibus para transportar os usuários dos municípios ao CIS e vice-versa (BERTONE, 1996b; FERRAES; NICOLETTO; CORDONI JÚNIOR, 2001) Outra cooperação do estado com os consórcios foram as Centrais de Marcação de Consultas Especializadas e de Leitos Hospitalares, implantadas entre junho de 1995 a abril de 1996, perfazendo um total de treze, que permitiram agilizar o agendamento das consultas especializadas nos CIS (MARGARIDA; TIRONI; LIMA, 1996). Portanto, o município é a principal instância dentro do SUS responsável pela manutenção e prestação de serviços de saúde à população, mas também pode contar com a cooperação técnica e financeira dos estados e da união (BASTOS; MISOCZKY, 1998). Na visão de Contandriopoulos (1997), o estado precisa participar do financiamento da saúde, pois caso contrário pode acabar perdendo o controle sobre a gestão do sistema e colaborar para o aumento das desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Bertone (1996b) considerou que uma das preocupações em relação aos consórcios seria a contratação de serviços de saúde fora da tabela do SUS. Segundo a Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social, um exemplo de distorção dos consórcios ocorreu no Paraná, onde um consórcio remunerava cada consulta bem acima da tabela do SUS e quando atingia a metade do mês, a cota de atendimento acabava (CONFEDERAÇÃO, 2000). Raggio argumenta que o conceito de cartel é muito praticado na saúde contra os interesses dos usuários, mas os consórcios precisam ser um instrumento de contra-posição à formação de cartéis, para não permitir mais exemplos como o acontecido no consórcio do Paraná, que no início se formou como uma estrutura dos médicos em favor deles (informação verbal)<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> RAGGIO, A. Controle social dos consórcios: qual é a missão dos consórcios. In: **Plenária de gerenciamento de Consórcios Intermunicipais de Saúde**. Curitiba: [s.n.], 2001.

Desde maio de 1997, O Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/PR) tem acompanhado a organização dos CIS. Por meio da Resolução CES/PR nº 20/97 foi constituída uma Comissão Técnica Permanente de Acompanhamento da Municipalização e Consórcios que passou a seguir os passos dos CIS (PARANÁ, 2001c). Com a constituição da comissão, já em outubro de 1997 é apresentado o primeiro relatório sobre os Consórcios Intermunicipais de Saúde, em que, dentre outros pontos importantes, no relatório, assinala-se que a (...) *falta de estrutura básica de qualidade, acesso e resolutividade nos municípios, fazem dos consórcios um espaço de consultas e exames com aumento de custos finais e tempo de espera* (PARANÁ, 1997, p. 4). Mesmo com os problemas apontados, em 1998, o CES/PR homologou mais duas resoluções sobre os CIS, a de nº 001/98 e a de nº 010/98, ambas incentivando e apoiando os consórcios (PARANÁ, 2001c).

Em termos legais, em 1998, por iniciativa do Presidente da Assembléia Legislativa do Paraná, foi elaborada a Lei complementar nº 82/98, regulamentada, em vinte e quatro de junho de 1998, pelo Decreto Estadual nº 4.514. A Lei *dispõe sobre a criação e implantação de Consórcio Intermunicipal relacionado com a prestação de serviços públicos de interesse comum, nas funções de interesse comum, nas áreas e setores que especifica* (PARANÁ, 1998a, p.1). Nos seus artigos 7º e 9º são observadas, respectivamente, as prerrogativas de Prestação de Contas e observância dos princípios da Administração Pública para os Consórcios Intermunicipais (PARANÁ, 1998a). A iniciativa da Assembléia Legislativa do Paraná foi considerada pioneira, pois disciplinou a matéria relacionada aos Consórcios Intermunicipais (PARANÁ, 1998b). Com base na Lei, o Tribunal de Contas do Estado do Paraná solicitou a todos os CIS a prestação de Contas do Exercício Financeiro de 2000 (PARANÁ, 2000). Acabaram ocorrendo amplos debates sobre esse procedimento no âmbito dos consórcios, resultando em uma emenda ao artigo 7º da Lei complementar 82/98, aprovada pela Assembléia Legislativa. Nessa emenda, somente os Consórcios Intermunicipais cuja atuação era na área da saúde deixariam de ser obrigados a prestar contas ao Tribunal de Contas do Estado. O governador vetou essa emenda, mas, em 2001, os deputados derrubam o veto do governador e ela passa a valer (BORGES, 2001). Mesmo assim, o Tribunal de Contas e a Secretaria de Estado da Saúde continuam defendendo que acima da Lei

Complementar 82/98 está a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde, que são enfáticas sobre a prestação de contas do dinheiro público. Com este entendimento, continuou sendo solicitado a prestação de contas aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (PARANÁ, 2001b). Dessa maneira, as divergências continuaram.

Em 17 de dezembro de 2001, foi criada a Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Paraná (ACISPAR), visando ao desenvolvimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Estado do Paraná (PARANÁ, 2001f). Essa é mais uma inovação, no Paraná, no campo dos CIS, a qual necessita ser acompanhada e avaliada.

## **OBJETIVOS**

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Geral**

Analisar os Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná, focalizando a assistência médica especializada.

### **3.2 Específicos**

3.2.1 Identificar as principais características dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná;

3.2.2 Examinar as consultas médicas especializadas, as relações de trabalho dos especialistas e a referência e a contra-referência dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná;

Focalizando um dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná:

3.2.3 Examinar a dinâmica da oferta das consultas especializadas;

3.2.4 Verificar a qualidade da Referência e da Contra-Referência;

3.2.5 Examinar a demanda de pacientes que aguardam o agendamento de consultas e exames especializados;

3.2.6 Avaliar a adequação de exames de apoio diagnóstico e terapêutico;

3.2.7 Analisar a relação das especialidades médicas e dos exames de apoio diagnóstico e terapêutico com a ocorrência de problemas não previstos na rotina diária do Consórcio.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

Na construção desta pesquisa, a investigação quantitativa foi (...) *utilizada para abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados,(...) classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis* (MINAYO; SANCHES, 1993, p.247). Uma pesquisa quantitativa, dependendo da complexidade do problema a ser abordado, também pode ser desenvolvida por meio de métodos e técnicas qualitativas (MINAYO, 1994). Com esse entendimento, uma parte desta investigação foi desenvolvida utilizando o questionário e outra parte por meio de documentos que, em geral, são utilizados em investigações qualitativas.

O objeto em estudo foi entendido como um processo que possui movimento, uma dinâmica própria, e que está dentro de um contexto macropolítico e econômico que deve ser considerado em toda análise de serviços de saúde (DESLANDES, 1997).

### 4.1 Instituições Estudadas

O estudo foi realizado a partir de dados dos vinte Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná que estavam em pleno funcionamento em 2000. Foram considerados consórcios todas as associações de municípios que possuíam como objetivo oferecer consultas especializadas à população de abrangência. Foi eleito um dos consórcios para aprofundamento do estudo. Esse CIS foi selecionado por possibilitar o acesso aos dados sobre o seu funcionamento registrados em relatórios a partir do final de 1999, viabilizando os objetivos desta pesquisa.

### 4.2 Fontes de Dados

Fontes primárias e secundárias foram utilizadas para a realização deste estudo. As primárias foram obtidas por meio de um Questionário.

As fontes secundárias constaram de dados dos relatórios do Conselho Estadual de Saúde do Paraná e dos relatórios e documentos do consórcio que foi focalizado – relatórios administrativos do consórcio, registros da Central de Marcação de Consultas, relatórios do guichê e guias de referência e contra-referência.

Para padronizar as populações dos municípios pertencentes aos consórcios em 2000, foram utilizados os dados populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (INSTITUTO, 2000).

### **4.3 Requisitos Éticos**

Em dezembro de 2000, foi encaminhado o Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP). Essa fase da pesquisa visou a atender as Normas para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, segundo a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000a). Em fevereiro de 2001, foi emitido pelo Comitê de Ética o Parecer favorável para o Projeto de Pesquisa e para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi encaminhado, junto com o Questionário, em duas vias, para se obter a permissão da utilização dos dados. Para manter o anonimato dos participantes da pesquisa, os CIS do Paraná foram rotulados com letras do alfabeto e os municípios do consórcio focalizado foram apresentados por algarismos arábicos.

### **4.4 Etapas da Coleta de Dados**

#### **4.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados**

Um Questionário (Apêndice A) foi elaborado visando a coletar dados sobre a assistência médica especializada realizada por meio dos vinte consórcios do

Paraná. Antes de cada página do Questionário, foram inseridas instruções para o preenchimento das questões, buscando conseguir uma maior padronização nas respostas.

Para coletar dados do Consórcio focalizado foram elaboradas planilhas no Microsoft Excel e um Formulário (Apêndice B).

#### **4.4.2 Pré-teste dos Instrumentos**

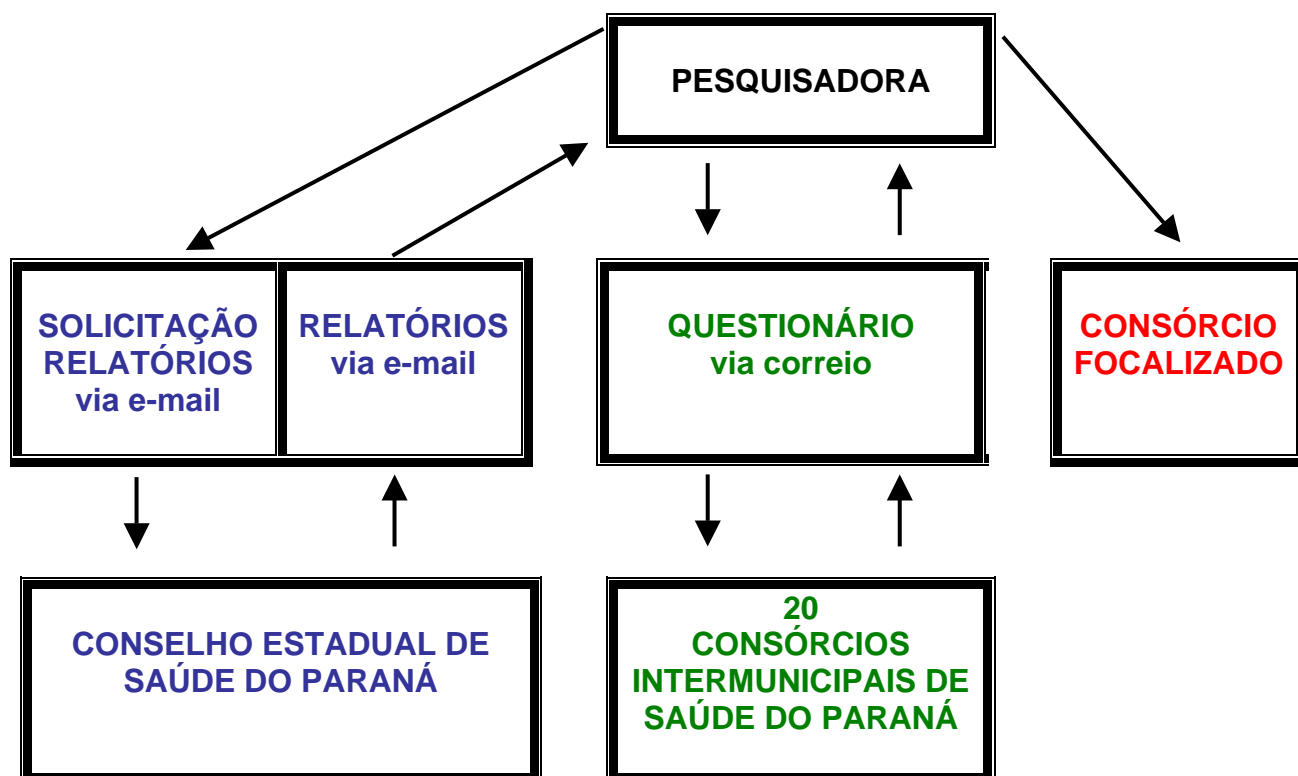
Inicialmente, para validar o Questionário, pretendia-se fazer o pré-teste em dois CIS pertencentes ao estado de São Paulo. Mas, após revisão bibliográfica desses Consórcios e reflexões sobre metodologia, chegou-se à conclusão de que os Consórcios possuíam algumas características diferenciadas dos CIS do Paraná e o procedimento de utilizá-los no pré-teste poderia comprometer a pesquisa. Então, tomou-se a decisão de realizar o pré-teste em dois Consórcios do grupo de pesquisa, um em uma região de grande porte e outro em uma de pequeno porte, considerando que, neste caso específico de pesquisa, essa era a melhor alternativa.

Assim, no início de março de 2001, o Questionário foi testado em dois consórcios do Paraná. Fez-se um contato telefônico com os dirigentes dos consórcios para explicar a finalidade e a importância da realização do pré-teste. Posteriormente, encaminhou-se o Questionário com as orientações para o seu preenchimento. Solicitou-se que preenchessem os Questionários em dez dias, e escrevessem um parecer sobre o instrumento. Houve apenas a sugestão de uma modificação; assim, as consultas realizadas foram trocadas de diárias para mensais.

As planilhas e o formulário utilizados para coleta de dados no CIS focalizado foi pré-testado pela própria pesquisadora, diretamente no campo de pesquisa, coletando dados do período de 21/10/99 a 20/12/99, anterior ao período da pesquisa.

#### 4.4.3 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada em três etapas e seguiu a seqüência abaixo:



Foi realizado um contato telefônico com a secretaria do Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/Pr), no qual a pesquisadora esclareceu detalhes e os objetivos da pesquisa e explicitou a necessidade de ter acesso às informações contidas nos relatórios de atividades da Comissão de Acompanhamento da Municipalização e Consórcio. Após esse contato, a solicitação foi formalizada por meio de uma correspondência encaminhada via e-mail. A solicitação foi aprovada pelo CES/Pr e, assim, dois relatórios foram enviados a pesquisadora via e-mail, um datado de abril de 1999 e outro janeiro de 2001 (PARANÁ, 1999; PARANÁ, 2001a). Com essas informações foi possível identificar os Consórcios existentes no Paraná em 2000 e seus respectivos responsáveis pela administração.

Para coletar dados dos vinte consórcios do Paraná foi realizado um contato telefônico com os responsáveis – diretores ou coordenadores – visando à

adesão dos mesmos à pesquisa e conseguir obter os Questionários respondidos com maior precisão. Nesse contato, foi explicitada a finalidade da pesquisa, bem como seus objetivos e possibilidades. Também foram confirmados os endereços para correspondência e solicitou-se a permissão para envio dos Questionários. Todos os responsáveis pelos Consórcios consentiram verbalmente no envio do Questionário.

Foram organizados vinte envelopes, cada um contendo: a Correspondência de Apresentação (Apêndice C), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (Apêndice D), o Questionário (Apêndice A) e um envelope já selado e com remetente e destinatário preenchidos para o retorno do Questionário.

Os Questionários foram enviados para os Consórcios via correio e solicitou-se que fossem devolvidos após trinta dias de seu recebimento.

Após sete dias da postagem dos Questionários realizou-se um segundo contato telefônico com os responsáveis pelos Consórcios para confirmar o recebimento dos Questionários, sendo que todos confirmaram o recebimento dos mesmos.

Depois de passado o prazo estipulado de trinta dias 70% dos Questionários havia retornado. Novos contatos telefônicos foram feitos com os responsáveis dos consórcios que ainda não haviam enviado o Questionário respondido e afirmavam que estavam respondendo e que brevemente iriam enviá-lo. A falta de tempo era apresentada por todos como responsável pelo atraso. Passados mais sessenta dias, 95% do total dos Questionários haviam retornado. Mais dois contatos foram feitos com o consórcio que não havia respondido e a coordenadora continuou afirmando que pretendia respondê-lo, mas que estava sem tempo. Alguns e-mails foram enviados ao consórcio, solicitando o Questionário ou uma posição quando a participação ou não da pesquisa, sendo essa participação uma escolha livre como apresentada desde o começo da pesquisa. Após mais um mês de espera sem um posicionamento do consórcio, a coleta de dados foi

finalizada com 95% dos consórcios. Os dados coletados por meio do Questionário são referentes a 2000.

Para realizar a parte da pesquisa que se destina a focar um dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná, primeiro foi entregue uma correspondência aos Diretores Técnico e Administrativo do CIS (Apêndice E), que oficializou a permissão para a realização da pesquisa. Após a permissão por escrito, a pesquisadora teve acesso aos documentos, que foram entregues pelos dirigentes do consórcio. Os dados referentes ao período de 21/01/2000 a 20/01/2001 e sobre a fila de espera foram coletados em maio de 2001. Os dados referentes ao período de 21/01/2001 a 20/01/2002 foram coletados em fevereiro de 2002. A maior parte dos dados do último período foram produzidos após a permissão da realização da investigação no consórcio, mas foi garantida à pesquisadora que os dirigentes não informariam os funcionários que operacionalizam os relatórios sobre a realização da pesquisa, preservando a rotina já existente na elaboração dos mesmos, de modo a não falsear os resultados.

#### **4.5 Caminho Percorrido para a Análise dos Dados**

Os dados coletados foram tratados por meio de processamento computadorizado – Epi Info 6.04b e Microsoft Excel – e analisados com base numérica e percentual. Os bancos de dados e as planilhas eletrônicas facilitaram a transformação dos dados em tabelas e figuras para posterior análise.

Os dados das páginas 1 e 6 dos Questionários recebidos dos CIS do Paraná foram transcritos para dois bancos de dados eletrônicos do programa Epi Info. Os dados das páginas 2, 3, 4 e 5 dos Questionários foram transcritos para planilhas eletrônicas do Microsoft Excel, sendo realizadas duas transcrições destes dados: uma por CIS e outra por especialidades médicas.

No CIS focalizado, os dados foram coletados dos relatórios, que estão organizados por município. Os relatórios possuem o nome de cada paciente completo, a data do comparecimento ao consórcio e o tipo de atendimento que

recebeu. Os dados são registrados segundo períodos que iniciam no vigésimo primeiro dia do mês e terminam no vigésimo dia do mês seguinte. Assim, os dados das consultas médicas especializadas e exames de apoio diagnóstico e terapêutico foram coletados de 21/01/2000 a 20/01/2001 e de 21/01/2001 a 20/01/2002, completando doze períodos, cada. Os dados das guias de referência e contra-referência foram coletados de 21/11/2000 a 20/01/2001. Os relatórios do guichê foram coletados de 21/03/00 a 20/01/01, pois este tipo de relatório só começou a ser realizado a partir de março de 2000.

Várias planilhas do Microsoft Excel, destinadas à coleta de dados no consórcio focalizado, foram impressas em branco; os dados foram coletados manualmente e transcritos nas planilhas eletrônicas. Esta rotina de procedimentos se destinou à coleta de dados das consultas especializadas, dos exames para apoio diagnóstico e terapêutico e fila de espera. Foram xerografados os relatórios do Guichê e, por meio de leituras, o conteúdo foi sendo demarcado e categorizado. Em seguida, os dados foram transcritos em um banco de dados eletrônico do programa Epi Info. Os dados das guias de referência e contra-referência foram coletados, utilizando-se o formulário (Apêndice B).

Os dados foram apresentados e discutidos em duas fases. Primeiro, são apresentados e analisados dados referentes aos CIS do Paraná e os dados específicos do consórcio eleito. Depois, são discutidos somente os dados referentes ao CIS focalizado.

#### **4.5.1 Os Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná e o Consórcio Focalizado**

##### **4.5.1.1 Principais Características**

Foram identificadas as principais características dos vinte CIS que estavam funcionando em 2000. Para atingir este objetivo, os dados coletados por meio da página 1 do Questionário (Apêndice A) sobre denominação, data de criação, município sede e total de municípios foram transcritos diretamente das

páginas dos Questionários para um banco de dados do Epi Info. O relatório enviado pelo Conselho Estadual de Saúde do Paraná também foi utilizado para condensar os dados desta parte da pesquisa. Assim, como a pesquisadora não conseguiu o retorno de um dos Questionários enviados, os dados desse consórcio, nesta etapa da pesquisa, foram coletados do relatório do CES.

Em relação à população, após obter, por meio do Web Site do IBGE, as populações dos municípios paranaenses em 2000, os dados populacionais foram transcritos manualmente na frente do nome de cada município na página 1 dos Questionários. Posteriormente, as informações foram transcritas para um banco de dados eletrônico do programa Epi Info 6.04b. Em 2000, as Regionais de Saúde do Paraná estavam organizadas conforme Anexo D. Portanto, nesta fase da pesquisa, os vinte consórcios paranaenses foram analisados dentro desta configuração regional.

Para o Consórcio focalizado, também obteve-se a distância entre os municípios consorciados e o município sede, por meio dos registros do próprio CIS.

#### **4.5.1.2 Os Recursos Humanos**

Os dados da página 3 do Questionário foram transcritos em planilhas eletrônicas do Microsoft Excel. Os recursos humanos foram considerados segundo suas relações de trabalho com os CIS – municipal, estadual, federal e contratado pelo próprio consórcio – e por especialidade.

Foi considerado como parâmetro para a análise da produção dos recursos humanos, nesta pesquisa, uma carga horária semanal de 20 horas. Essa carga horária permite realizar em média 4 consultas por hora, produzindo no máximo 16 consultas por dia e 352 consultas por mês, sendo considerados vinte e dois dias úteis no mês (BRASIL, 2000c). Na prática, em geral, não é exigido do médico o cumprimento da carga horária estipulada e sim uma produção diária.

#### 4.5.1.3 As Especialidades Médicas

A Resolução nº 1.441/94 do Conselho Federal de Medicina (CFM) apresenta 65 especialidades reconhecidas para efeito de registro de Qualificação de Especialistas (CONSELHO, 1994). Após essa resolução apenas a Acupuntura foi reconhecida como especialidade médica (CONSELHO, 1995). Das 66 especialidades reconhecidas pelo CFM, não foram consideradas neste estudo as que, comumente, não geram atendimentos especializadas em serviços de saúde de nível secundário, sendo elas: Administração Hospitalar, Anestesiologia, Citopatologia, Eletroencefalografia, Endoscopia Digestiva, Medicina do Trabalho, Medicina do Tráfego, Medicina Esportiva, Medicina Intensiva, Medicina Legal, Medicina Nuclear, Medicina Sanitária, Patologia, Radiologia, Radioterapia e Terapia Intensiva. Assim, nos resultados desta pesquisa são apresentadas e analisadas 50 especialidades.

#### 4.5.1.4 As Consultas Médicas Especializadas

No Questionário (Apêndice A) foi solicitado o total de consultas programadas no ano de 2000 e, em relação às consultas realizadas, foram solicitadas as médias mensais. Na análise, a pesquisadora, multiplicou as médias mensais por doze para obter uma estimativa anual.

Para verificação da cobertura, foi considerado o total de consultas realizadas em 2000, em relação à população de abrangência dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná, segundo os dados de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *A cobertura corresponde à proporção da população alvo que se beneficia de determinada intervenção* (ROSSI; FREEMAN apud SILVA, 1999, p.335).

No CIS focalizado, foram consideradas as consultas: programadas, agendadas, realizadas e inseridas no período de 21/01/2000 a 20/01/2001. O termo “inseridas” está relacionado àquelas que são autorizadas diariamente pelos diretores a usuários que comparecem ao CIS sem agendamento, conforme as vagas que

surgem com a falta de pacientes agendados. A lógica da programação segue os dias úteis de cada período e a disponibilidade do especialista para cumprir o número de consultas programado para ele, podendo variar segundo ausência por férias, participação em congressos, licença por doença, e outros. A distribuição de consultas por especialidade a cada município neste consórcio é calculada sob base populacional, gerando uma programação ambulatorial mensal (Anexo E). O CIS é formado por vinte e três municípios. Cada um possui um agendador cadastrado na Central de Agendamento. Todo final de mês é encaminhado para o Secretário Municipal de Saúde e para o agendador de cada município uma Programação Ambulatorial Mensal (Anexo E), onde estão distribuídas as quotas de consultas por especialidade de cada município. Por meio desta programação, os agendadores entram em contato com a Central de Agendamento, via telefone, e fazem os agendamentos dos pacientes que estão aguardando para serem atendidos no consórcio. No dia anterior ao atendimento, a Central de Agendamento imprime uma cópia dos dados dos pacientes agendados por cada especialidade e a envia para a administração do CIS. Ainda, no final de cada dia, os agendadores ligam diretamente para o CIS e, se na listagem da central existirem vagas nas especialidades, são agendadas as consultas para os pacientes segundo as necessidades de cada município (CONSÓRCIO, 1997, 2000c).

Um dos parâmetros utilizados para analisar os dados das consultas especializadas realizadas por meio do CIS focalizado foi a programação mensal físico-orçamentária informada pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA-SUS) (Anexo F).

#### **4.5.1.5 A Referência e a Contra-Referência**

Nos vinte Consórcios do Paraná foram verificados: a existência de padronização das guias de referência e contra-referência, a ocorrência de problemas na referência de pacientes e o percentual de contra-referência.

No Consórcio focalizado, a qualidade da referência e contra-referência foi verificada por meio de informações coletadas das guias (Anexo G)

referentes ao período de 21/11/2000 a 20/01/2001. O termo qualidade aqui se refere ao cumprimento, por parte dos médicos, das normas requeridas para o preenchimento das guias. As guias analisadas foram das duas especialidades que apresentaram maior número de pacientes na fila de espera e as duas que apresentaram menor número de pacientes na fila de espera. A eleição desse período e dessas especialidades buscou viabilizar esta etapa da pesquisa.

Segundo as normas do Consórcio focalizado, as guias devem ser emitidas pelos médicos dos municípios, em duas vias, utilizando carbono para o seu preenchimento. Na frente da guia, o médico que referenciou o paciente registra os dados que são importantes para o especialista. Após o atendimento do paciente pelo especialista do Consórcio, a guia deve ser preenchida no verso, utilizando carbono, com as condutas, orientações, e outros. Finalizando, a primeira via da guia é devolvida para o paciente e a segunda arquivada no consórcio. Ao final de cada expediente do consórcio, um funcionário recolhe as guias dos consultórios médicos, embala todas as guias juntas, identificando a data da consulta, e as guarda em local apropriado. Esse procedimento é somente uma rotina de guarda de documentos e não gera nenhum relatório.

Quanto à referência, primeiramente foi analisado o tempo de espera do paciente para o atendimento – diferença entre a data de emissão da guia pelo médico que referenciou e a data da consulta. Os dados do usuário foram considerados completos quando o nome, a idade e o sexo estavam preenchidos. Depois foi verificado o município consorciado que referenciou o paciente.

O motivo do encaminhamento foi analisado segundo as categorias: nenhuma informação, tratamentos já efetuados, exames realizados, dados clínicos. Em cada guia de referência, todas as categorias foram consideradas sendo assinalada a presença ou não para cada categoria. Para finalizar, foi verificada a presença ou não da assinatura e carimbo do médico.

Quanto à contra-referência, foi considerada uma possível contra-referência quando encontrada somente a 2ª via; uma possível não contra-referência,

quando achada somente a 1ª via; e uma não contra-referência, quando encontradas as duas vias. O preenchimento da guia pelo especialista do consórcio no campo “condutas e orientações do profissional especializado, resultados de exames” foi analisado segundo as categorias: conduta – medicação prescrita, referência ao nível terciário, outras –, orientações, resultado de exames. Aqui, como na referência, em cada guia, todas as categorias foram consideradas, sendo assinalada a presença ou não para cada categoria. Também foi verificada a presença ou não da assinatura e carimbo do especialista.

Assim, o esquema seguido foi o seguinte:

1. Tempo para atendimento: data da emissão da guia e data da consulta.
2. Dados do usuário completos: nome, idade e sexo.
3. Referência (R):
  - a) Município de origem do paciente;
  - b) Motivo do Encaminhamento:
    - Nenhuma Informação;
    - Tratamentos já Efetuados;
    - Exames Realizados;
    - Dados Clínicos.
  - c) Presença do carimbo e assinatura do médico.
4. Contra-Referência (CR):
  - a) Realizada ou não a contra-referência:
    - Possível contra-referência, encontrada somente a 2ª via
    - Possível não contra-referência, encontrada somente a 1ª via;
    - Não foi realizada a contra-referência, encontradas as duas vias.
  - b) Condutas e Orientações do Especialista
    - Conduta – medicação prescrita e outras;
    - Orientações;
    - Resultados de Exames.
  - c) Presença do carimbo e assinatura do especialista

As guias foram sendo numeradas durante a coleta de dados e, posteriormente, foram aleatoriamente revistos 20% das guias para verificar possíveis erros. Como não foram detectadas alterações, os dados foram considerados válidos e transcritos para um banco de dados do programa Epi Info.

## **4.5.2 O Consórcio Focalizado**

### **4.5.2.1 A Fila de Espera**

Por meio da Central de Agendamento foram coletados dados dos municípios que estavam com pacientes em fila de espera para consultas médicas especializadas e exames de apoio diagnóstico e terapêutico.

### **4.5.2.2 Os Exames de Apoio Diagnóstico e Terapêutico**

Nesta etapa da pesquisa, foram coletados dados dos três tipos de exames de apoio diagnóstico e terapêutico distribuídos por cotas aos municípios juntamente com as consultas médicas especializadas – eletroencefalografia, eletrocardiograma e ultra-sonografia (Anexo E).

Foram eleitas as especialidades de neurologia e cardiologia para estudar a adequação das eletroencefalografias e dos eletrocardiogramas realizados nos períodos de 21/01/2000 a 20/01/2001 e 21/01/2001 a 20/01/2002. Neste último período, como houve o registro dos resultados das eletroencefalografias, foram coletados também os dados desses exames e classificados em: dentro dos limites da normalidade e com alteração.

### **4.5.2.3 Os Problemas Não Previstos na Rotina Diária**

Para analisar os problemas não previstos na rotina administrativa do consórcio e a relação com as especialidades médicas e exames de apoio

diagnóstico e terapêutico foram coletados dados dos relatórios realizados pelos atendentes do guichê no período de março de 2000 a janeiro de 2001. Neste caso, iniciou-se a coleta de dados no mês de março, porque o primeiro relatório foi realizado nesse mês.

Os problemas que acontecem durante o atendimento dos usuários são escritos, diariamente, por um funcionário do guichê do consórcio e no final do período mensal são condensados em um relatório. Estes relatórios incluem o nome completo do paciente, seu município de origem, o nome do agendador do município que encaminhou o paciente, o serviço ao qual o paciente foi encaminhado – consulta com especialista, exames complementares, entre outros – e a discriminação detalhada do fato ocorrido.

Para analisar os dados dos relatórios mensais produzidos pelos atendentes do guichê do Consórcio, foram xerografados os originais e após várias leituras foram construídas categorias que contemplassem todas as descrições dos problemas. Em cada descrição de um fato, as nove categorias foram consideradas, sendo assinalado sim ou não para cada categoria dentro de cada problema descrito e então, na maioria das descrições, se encontra mais de uma categoria assinalada afirmativamente. A análise foi baseada nas seguintes categorias:

1. **Guia de Referência:** o paciente compareceu ao Consórcio sem a guia de referência ou ela estava incompleta.
2. **Dois pacientes para uma vaga:** foram encaminhados pelos municípios dois pacientes para uma vaga – consulta especializada ou exame.
3. **Falta de agendamento:** o paciente compareceu ao Consórcio sem estar agendado o atendimento.
4. **Erro de Agendamento:** o paciente foi agendado para uma especialidade ou exame, porém deveria ser atendido por outra especialidade ou exame; agendado para um exame que o consórcio não realiza; o paciente, no agendamento, recebeu a informação errada sobre o horário ou dia de atendimento.
5. **Agendado e não compareceu:** o paciente estava agendado pelo município, mas ele não compareceu para o atendimento.

6. **Demora no agendamento:** paciente demorou para conseguir agendamento no consórcio.
7. **Paciente veio na vaga de outro:** estava agendado o atendimento para um paciente e veio outro no lugar.
8. **Insatisfação do paciente:** o paciente, durante o período de atendimento no consórcio, reclama de algum atendimento.
9. **Resolução do problema:** resolvidos pela direção do consórcio os problemas relacionados com as outras categorias.

#### **4.6 A Organização da Dissertação**

Esta dissertação está organizada segundo as Normas Brasileiras 6023, 10520 e 14724 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), que tratam respectivamente sobre: Referências – Elaboração, Apresentação de citações em documentos, Trabalhos acadêmicos – Apresentação (ASSOCIAÇÃO, 2000; 2001a; 2001b), além das orientações publicadas por Müller e Cornelsen (2001) sob o título “Normas e Padrões para Teses, Dissertações e Monografias”.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1 Os Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná e o Consórcio Focalizado**

#### **5.1.1 Principais Características**

O estado do Paraná está situado na região sul do país e apresenta, em 2000, uma população residente estimada de 9.558.454 habitantes, distribuída em 399 municípios (INSTITUTO, 2000).

Em 2000 foram encontrados em funcionamento vinte Consórcios Intermunicipais de Saúde no Paraná, dos quais dezessete com a denominação de Consórcios e os outros três de Associação (Figura 1).

LIMA (1998, pg. 59) em seu estudo sobre os CIS do Brasil, destaca que os Consórcios do Paraná (...) foram basicamente formados em torno das regionais de saúde (...) Assim, as antigas regionais de saúde gerenciadas pelo estado passaram a ser gerenciadas por consórcios, tornando-se referências especializadas. No entanto, no Paraná há 22 Regionais de Saúde administradas pelo Estado e 20 Consórcios Intermunicipais de Saúde, dos quais 85% possuem a sede em municípios equivalentes aos municípios de localização das Regionais de Saúde (Figura 1).

Os CIS no Paraná surgiram na década de 90, sendo que 90% são implantados entre 1992 a 1997 (Figura 1). Tanto nesta pesquisa como na pesquisa desenvolvida por LIMA (1998, p. 59), o Consórcio A é destacado como o primeiro a ser implantado no Paraná. Porém, BERTONE (1996b, p. 37) apresenta o consórcio B como sendo o pioneiro neste estado.

O Consórcio N observou que a data de implantação apresentada representa o período de “reativação do consórcio”, porém não entrou em mais detalhes. Dessa maneira não se pode inferir nada a respeito.

CONSÓRCIO	DENOMINAÇÃO	DATA DE IMPLANTAÇÃO	MUNICÍPIO SEDE DE CONSÓRCIO QUE COINCIDE COM O MUNICÍPIO SEDE DE REGIONAL DE SAÚDE
A	Consórcio	27/10/92	Sim
B	Consórcio	28/05/93	Sim
C	Consórcio	17/08//93	Sim
D	Consórcio	04/12/93	Sim
E	Consórcio	20/12/93	Não
F	Consórcio	03/08/94	Sim
G <sup>(1)</sup>	Associação	05/08/94	Sim
H	Consórcio	23/08/94	Sim
I	Associação	11/11/94	Sim
J	Consórcio	21/01/95	Sim
K	Consórcio	19/10/95	Não
L	Consórcio	24/11//95	Sim
M	Consórcio	12/12/95	Sim
N	Consórcio	16/01/96	Sim
O	Consórcio	26/09/96	Sim
P	Consórcio	01/10/96	Sim
Q	Consórcio	01/07/97	Sim
R	Associação	28/08/97	Não
S	Consórcio	10/06/98	Sim
T	Consórcio	07/02/00	Sim

Fonte: <sup>(1)</sup> Dado coletado do Relatório do CES/PR – 2000

Figura 1: Quadro com a distribuição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, segundo denominação, data de implantação, município sede do Consórcio coincidindo com o da Regional de Saúde, 2000.

Em 65% dos Consórcios ocorre uma equivalência de seus municípios com a totalização dos municípios das Regionais de Saúde do Paraná (Figura 2).

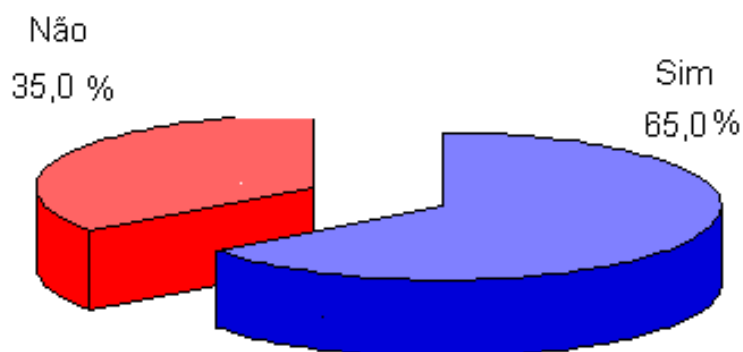


Figura 2 : Distribuição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, segundo sobreposição exata de seus municípios com os municípios das Regionais de Saúde, Paraná, 2000.

No final de 1994, quando o então Governador deixa o poder, existiam nove Consórcios. A partir de 1995, com a instalação do governo de oposição, onze Consórcios são formados. BERTONE (1996b) considera que, após a vitória da oposição ao governo do Estado do Paraná, os consórcios foram criados pelos diretores de Regionais de Saúde visando muito mais à garantia de seus respectivos espaços, pois assumiam a coordenação do consórcio de maneira a criar um espaço de poder concorrente com o da regional. Dos onze consórcios criados a partir de 1995, em 81,8% deles, o município sede é o mesmo que o da Regional de Saúde. Em relação à totalidade das Regionais de Saúde, 77,3% de seus municípios-sedes são também dos CIS. No entanto, seria necessário um estudo mais aprofundado sobre a implantação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Paraná para verificar se existe uma relação entre a implantação dos consórcios e a mudança no contexto político.

Tabela 1: Distribuição dos municípios do Paraná, segundo faixas populacionais e categorias – consorciado e não consorciado –, 2000.

FAIXAS POPULACIONAIS (habitantes)	CATEGORIAS						Municípios Conso- ciados %
	MUNICÍPIO CONSORCIADO		MUNICÍPIO NÃO CONSORCIADO		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	
até 5.000	86	21,6	9	2,2	95	23,8	90,5
5.000 ———  10.000	105	26,3	16	4,0	121	30,3	86,8
10.000 ———  20.000	84	21,1	18	4,5	102	25,6	82,4
20.000 ———  50.000	34	8,5	17	4,3	51	12,8	66,7
50.000 ———  200.000	13	3,3	10	2,5	23	5,8	56,5
200.000 ou +	3	0,7	4	1,0	7	1,7	42,9
<b>TOTAL</b>	<b>325</b>	<b>81,5</b>	<b>74</b>	<b>18,5</b>	<b>399</b>	<b>100,0</b>	<b>81,5</b>

População: fonte IBGE - Censo Demográfico 2000.

Do total de municípios paranaenses, 54,1% têm populações até 10.000 habitantes. No Brasil, 40% dos municípios possuem menos de 10.000 habitantes, dos quais 16% menos de 5.000 habitantes (MENDES, 1998a).

Em 2000, dos 399 municípios paranaenses, 81,5% fazem parte de Consórcios Intermunicipais de Saúde. Esses municípios – consorciados – totalizam uma população de 5.378.636 habitantes. Essa população corresponde a 56,3% da população do estado que, segundo o IBGE, é estimada em 9.558.454 habitantes. O percentual de 56,3% aparece, porque dos 74 municípios não consorciados, se forem somadas apenas as populações dos 4 municípios com mais de 200.000 habitantes, que inclui a capital, totalizarão uma população de 2.322.908 habitantes que já corresponde a 24,3% da população do estado.

Em todas as faixas populacionais aparecem municípios consorciados: 77,5% dos municípios consorciados possuem populações até 50.000 habitantes. Analisando os dados dentro de faixa populacional, partindo da menor para a maior faixa, se pode identificar uma ordem decrescente de municípios

consorciados (Tabela 1). Esse dado confirma a tendência de consorciamento dos municípios menores.

Tabela 2: Distribuição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, segundo número de municípios e populações – município sede, menor município, população média e total –, Paraná, 2000.

CONSÓRCIO	Nº MUN.	POPULAÇÃO MUNICÍPIO SEDE	POPULAÇÃO MUNICÍPIO MENOR	POPULAÇÃO MÉDIA	POPULAÇÃO TOTAL
B	28	75.663	1.337	5.338	248.589
I	27	67.118	2.562	8.722	321.878
A	25	80.420	3.109	11.339	346.451
L	25	245.066	2.252	9.650	469.293
D <sup>(1)</sup>	23	90.621	2.308	6.932	296.273
H	23	46.868	2.790	8.230	263.569
O	22	39.580	2.721	8.008	271.584
J <sup>(1)</sup>	19	446.822	1.961	10.911	756.041
C <sup>(1)</sup>	18	98.189	3.330	7.199	322.117
S	17	32.245	2.882	6.584	169.299
N	16	107.820	2.866	7.170	297.231
G <sup>(2)</sup>	15	62.190	3.383	9.164	235.362
T	11	155.002	4.363	8.078	268.387
P	10	57.390	2.072	7.022	115.620
F	9	52.318	6.366	12.602	148.680
M	9	48.430	4.034	13.895	155.264
E <sup>(1)</sup>	8	20.951	2.099	4.205	51.653
K	8	14.344	3.872	12.389	120.838
Q	8	288.465	2.839	29.727	473.898
R	7	30.013	3.941	11.699	82.109
<b>TOTAL</b>	<b>328</b>	<b>2.059.515</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>5.414.136</b>

Fontes: População: IBGE - Censo Demográfico 2000.

<sup>(1)</sup> Consórcio com municípios que também pertencem a outro consórcio, envolvendo 3 municípios com uma população total de 35.500 habitantes.

<sup>(2)</sup> Dado coletado do Relatório do CES/PR – 2000

Aparece uma diferença do número de municípios consorciados na Tabela 1 (325) e na Tabela 2 (328). Isso ocorre, porque estão representados na primeira tabela todos os municípios paranaenses que pertencem a Consórcios e, na segunda, estão representados os Consórcios e seus respectivos municípios de abrangência. Como dois municípios do Consórcio E também pertencem ao Consórcio J e um município do Consórcio C faz parte também do Consórcio D ocorre a diferença apontada.

Em relação à composição dos CIS, o número de municípios variou entre 7 a 28, teve uma média de 16,4 e uma mediana de 16,5, formando populações totais entre 51.653 e 756.041, média de 270.707 habitantes e mediana de 265.978 habitantes (Tabela 2). Não existe uma relação direta entre o número de municípios e o tamanho da população de abrangência; exemplos são os Consórcios L e Q, onde L possui uma população total de 469.293 habitantes distribuída em 25 municípios e o Consórcio Q tem uma população total de 473.898 habitantes distribuída em 8 municípios.

Os municípios menos populosos pertencentes aos CIS apresentam populações que variam entre 1.337 a 6.366 habitantes, com uma média de 3.054 habitantes e uma mediana de 2.853 habitantes (Tabela 2).

Em relação à população dos municípios-sedes de consórcio, 90% das sedes está situada no município de maior população, variando de 14.344 a 446.822 habitantes, com uma média de 102.976 habitantes e uma mediana de 64.654 habitantes. A concentração das atividades de maior complexidade em um município-sede tem sido a lógica de estruturação da maioria dos consórcios de saúde no Brasil (RIBEIRO; COSTA, 2000). Exceção foram os consórcios O e K. No caso do O, na sua composição de municípios consorciados existe um que é discretamente maior, com 39.947 habitantes, mas o com população de 39.580 habitantes é tanto sede do consórcio como da Regional de Saúde. O Consórcio K tem três municípios com populações maiores que o município-sede, com 37.828, 24.432 e 18.361 habitantes. Nesse caso, o município sede de Regional de Saúde

não faz parte do consórcio e possui uma população de 258.389 habitantes. O porquê essa situação ocorre esta pesquisa não foi capaz de identificar.

Foram identificadas algumas mudanças na composição dos consórcios em 2001. Os municípios pertencentes aos consórcios R e T fazem parte de uma mesma Regional de Saúde. Do total de municípios pertencentes a essa Regional de Saúde, em 2000, 7 estão no consórcio R e 11 pertencem ao consórcio T. Em 2001, um município que era do consórcio R passa a pertencer ao consórcio T e, ainda, um outro município da mesma Regional de Saúde passa a integrar este consórcio. Assim, em 2001, apenas um dos municípios dessa Regional de Saúde não faz parte de um consórcio. Nesta mesma Regional de Saúde, segundo Relatório de atividades da Comissão de Acompanhamento da Municipalização e dos Consórcios (PARANÁ, 1999), havia um outro consórcio que deixou de existir no final de 1999, e os municípios que o formavam passaram a integrar o novo consórcio formado na região.

O consórcio Q, que em 2000 é formado por 8 municípios (Tabela 2), em 2001, firma “convênio” com mais 6 municípios, totalizando uma população adicional de 67.282 habitantes. Todos esses municípios, consorciados e conveniados, pertencem à mesma Regional de Saúde. Os termos convênio e consórcio não foram diferenciados pelo respondente do Questionário. Como já vimos, juridicamente convênio se diferencia de consórcio. Consórcios são parcerias celebradas entre entidades estatais da mesma espécie ou do mesmo nível; já os convênios são celebrados entre entidades e órgãos públicos de espécies diferentes (MEDAUAX, 1995). Mas, no caso do consórcio Q, tanto o termo consórcio como convênio se referem a acordos firmados entre municípios que são entes da mesma espécie, portanto o termo “convênio” referido nesse consórcio tem outro sentido, mas que não foi explicado.

No CIS P, um município que faz parte da Regional de Saúde desse consórcio pediu transferência para o consórcio D. Esse mesmo consórcio tem dois municípios que compõem outras duas Regionais de Saúde e um deles faz também parte do consórcio C.

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	DISTÂNCIA Km
1	8.230	64
2	21.662	52
3	18.050	56
4	33.729	34
5	7.848	52
6	46.868	Sede
7	7.089	46
8	11.325	42
9	4.440	18
10	3.585	26
11	8.305	31
12	3.612	62
13	4.190	45
14	14.336	57
15	4.408	24
16	4.064	52
17	13.471	16
18	2.790	54
19	11.750	86
20	8.550	50
21	6.872	116
22	6.521	25
23	11.874	28

Figura 3: Quadro com a distribuição dos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde H, segundo população e distância do município sede, 2000.

O CIS H, que está sendo focalizado neste estudo, em 2000, era composto por vinte e três municípios (Figura 3), mas no final deste ano, o município 8 passou a integrar o CIS J, ficando em 2001 com vinte e dois municípios consorciados. Em 2000, a população total é de 263.569 habitantes (Tabela 2) com uma média de 11.459 habitantes, sendo o município 1 o que possui a população mediana – 8.230 habitantes. Esse CIS passa a ter uma população total de 252.244

habitantes em 2001. A distância entre os municípios consorciados e o município sede do CIS H varia entre 16 a 116 km (Figura 3). O motivo da saída, alegada pelo prefeito do município 8 à direção do CIS H, foi que o acesso de sua população ao CIS J é mais ágil, pois a distância diminuiu de 42 km para 15 Km. Também pode ser porque o CIS J dispõe de maior gama de serviços especializados a oferecer.

Os dados revelaram que não há, até o momento, no Paraná uma obrigatoriedade do município-sede ser o que possui a maior população entre os municípios consorciados e que a composição de municípios de um Consórcio é flexível, podendo variar. Como a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) está em implantação no Paraná e ela propõe a regionalização da assistência, pode ser que a lógica de parcerias entre os municípios sofra alguma alteração.

### **5.1.2 Os Recursos Humanos**

A partir desta fase de apresentação e discussão dos resultados, o Consórcio Intermunicipal de Saúde G deixará de ser analisado, porque a direção deste consórcio não respondeu o questionário da pesquisa, alegando que não estava dispondo de tempo para este fim.

Os tipos de relações de trabalho apresentados foram: vínculo municipal (4,4%), estadual (13,6%), federal (12,8%) e diretamente com os Consórcios (69,2%). Os médicos especialistas contratados pelos consórcios se dividem em duas categorias de contratação: 79% são contratados por produção – recebem por consulta realizada – e os outros 21% estão sob o regime CLT recebendo salários mensais. O assalariamento, compreendido como a forma institucionalizada de trabalho por meio da qual o profissional tem prestado seus serviços, seja com vínculo formalizado ou não, é uma modalidade consolidada no SUS e *representa hoje a mais importante forma de inserção no mercado de serviços médicos* (MACHADO, 1997, p. 115).

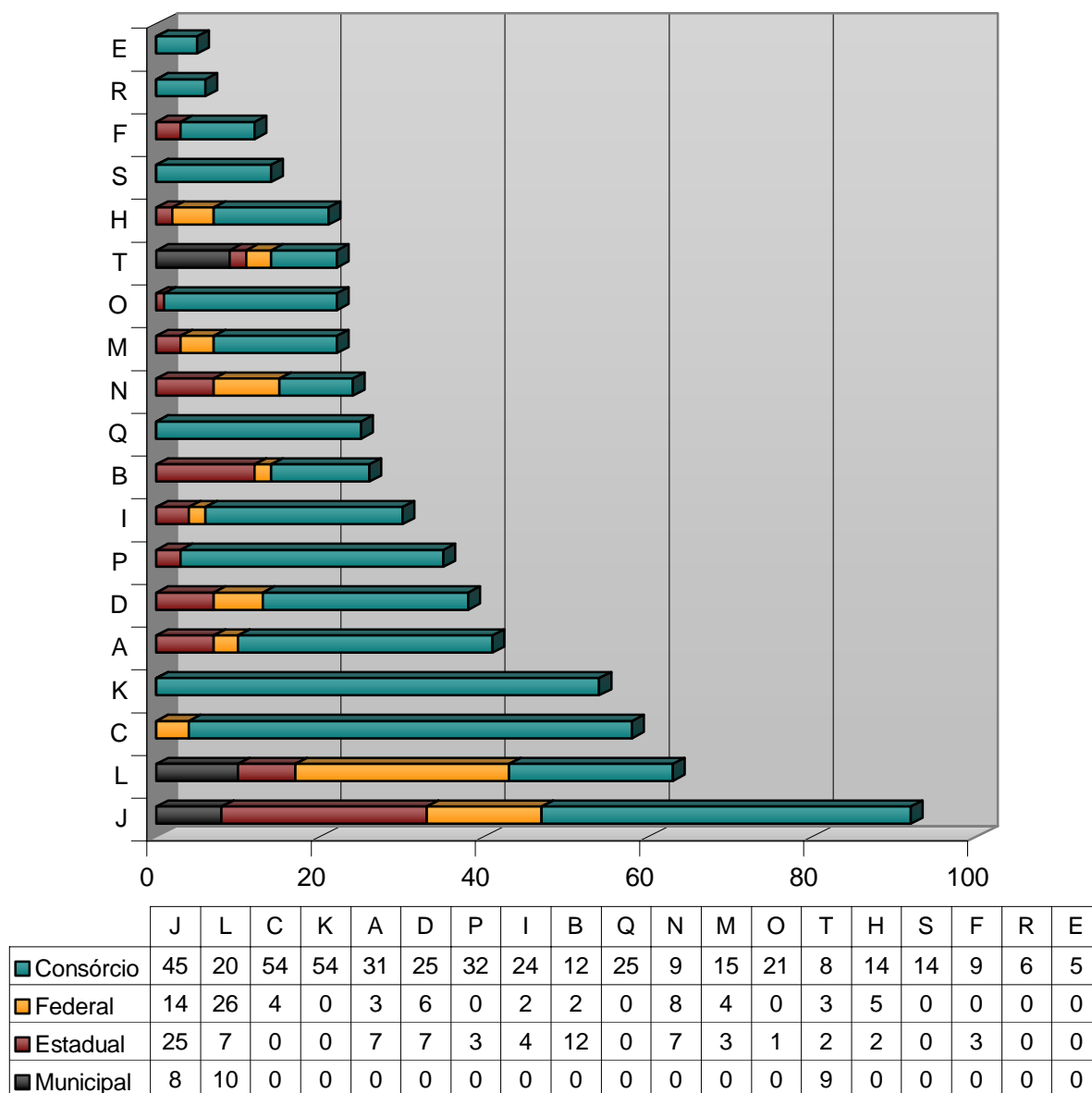


Figura 4 - Distribuição das relações de trabalho dos médicos especialistas com os Consórcios Intermunicipais de Saúde, Paraná, 2000.

Com o processo de municipalização, a oferta de empregos para os médicos, na esfera federal, vem perdendo sua importância (MACHADO, 1997). As ofertas de empregos públicos estão cada vez mais centradas nos municípios e, também, por este estudo fica evidente que os consórcios estão se configurando outra fatia do mercado de trabalho médico. Com o processo de municipalização dos serviços de saúde, no campo da gestão de recursos humanos, um dos problemas que surgiram foi a 'semimunicipalização' dos recursos humanos, pois a *gestão do trabalho foi efetivamente descentralizada enquanto o vínculo formal de trabalho e a gestão salarial permaneceram com os governos estaduais* (GOULART et al., 1998, p.

165). Uma conjuntura parecida com esta pode estar acontecendo com os médicos que possuem vínculos formais – municipal, estadual e federal – e que estão sob a gerência dos diretores dos consórcios, podendo gerar conflitos.

Todos os Consórcios contrataram médicos. Em 4 deles, a oferta de consultas é produzida somente com médicos contratados por meio dos consórcios (Figura 4). Esses dados evidenciam que os consórcios têm aumentado o número de profissionais disponíveis e, conseqüentemente, proporcionado um aumento na oferta de consultas especializadas à população.

O vínculo municipal aparece apenas em 3 CIS. Em 3 consórcios aparecem somente os vínculos: estadual e com o próprio CIS. O vínculo federal está representado em 57,9% dos consórcios (Figura 4).

Foram assinalados 607 médicos (Tabela 3) atuantes nos consórcios que totalizaram 611 relações de trabalho com os CIS (Figura 4). A diferença de 607 médicos e 611 relações de trabalho aparece porque 4 médicos apresentaram dois vínculos: um psiquiatra e um dermatologista possuem vínculos com o estado e com o consórcio, um médico que faz clínica cirúrgica tem dois vínculos federais e um otorrinolaringologista possui vínculo com o estado e com o município.

O parâmetro de produtividade de recursos humanos que pode ser adotado para cada médico, na área de ambulatórios, é uma carga horária de 20 horas semanais, realizando em média 4 consultas por hora, com 22 dias úteis no mês, produzindo um potencial mensal de 352 consultas (BRASIL, 2000c). Na totalidade dos Consórcios analisados, a média de consultas mês por profissional não atinge o potencial do parâmetro apresentado (Tabela 3).

Nos Consórcios C, D, E, F, K, Q e S, em relação à quantidade de consultas realizadas por especialista por mês, tanto o especialista que realiza o maior número de consultas como o que realiza o menor número está em uma relação de trabalho por produção com o Consórcio. Isso demonstra que, nesses Consórcios, em uma mesma relação de trabalho, há uma grande variação de

produção. Já nos Consórcios B e L, os especialistas que realizam a menor produção mensal são os que possuem vínculo federal cedidos para o CIS (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, segundo número de especialista, média mensal de consultas realizadas por especialista e variação da produção mensal entre os especialistas, Paraná, 2000.

CIS	ESPECIALISTAS		CONSULTA / ESPECIALISTA / MÊS		
	N	%	MÉDIA	VARIÇÃO	
J	92	15,2	127,8	7,0	- 186,3
L	62	10,2	124,9	24,0	- 441,5
C	58	9,6	55,2	2,0	- 113,0
K	54	8,9	22,0	0,5	- 117,0
A	40	6,6	183,0	32,0	- 300,7
D	37	6,1	248,5	39,0	- 390,7
P	35	5,8	71,7	23,0	- 145,0
I	30	4,9	131,3	20,0	- 477,0
B	26	4,3	199,8	116,0	- 269,5
Q	25	4,1	41,4	0,5	- 201,7
N	24	3,9	181,8	33,0	- 370,0
M	22	3,6	132,8	26,0	- 320,0
O	22	3,6	242,0	44,0	- 528,0
T	22	3,6	136,5	47,0	- 292,0
H	21	3,5	187,0	90,0	- 334,0
S	14	2,3	127,9	36,0	- 280,0
F	12	2,0	100,9	19,5	- 143,5
R	6	1,0	149,4	30,0	- 280,0
E	5	0,8	73,0	25,0	- 200,0
<b>Total</b>	<b>607</b>	<b>100,0</b>	<b>133,5</b>	<b>0,5</b>	<b>- 477,0</b>

Nos Consórcios D, I, L, N e O os especialistas que realizam o maior número de consultas mensais estão acima do parâmetro de 352 consultas mensais (Tabela 3).

Os dados apresentados levam a concluir que entre os especialistas dos CIS há uma diferença elevada na produção de consultas mensais.

Tabela 4: Distribuição dos especialistas, segundo vínculos de emprego com os Consórcios Intermunicipais de Saúde, Paraná, 2000.

ESPECIALISTA	VÍNCULOS		Vínculo cedido para o CIS			Vínculo com o CIS	
	N	%	Municipal n = 27 %	Estadual n = 83 %	Federal n = 78 %	CLT n = 95 %	Produção n = 328 %
Ortopedista	77	12,6	3,7	3,7	24,3	9,4	13,7
Cardiologista	65	10,6	7,4	7,2	20,4	8,4	10,2
Oftalmologista	56	9,2	-	4,8	3,8	13,6	11,0
Neurologista	50	8,2	11,2	4,8	3,8	15,7	7,6
Otorrinolaringologista	36	5,9	7,4	2,4	7,7	7,3	5,8
Gastroenterologista	32	5,2	-	13,3	2,6	1,1	5,5
Urologista	32	5,2	18,5	6,0	6,4	4,2	4,0
Psiquiatra	30	4,9	3,7	6,0	2,6	5,3	5,2
Dermatologista	28	4,6	7,4	8,4	1,3	7,3	3,4
Cirurgião Geral	25	4,1	3,7	4,8	3,8	1,1	4,9
Endocrinologista	21	3,4	3,7	4,8	1,3	3,2	3,7
Nefrologista	19	3,1	3,7	-	1,3	2,1	4,6
Angiologista	14	2,3	-	2,4	2,6	2,1	2,4
Pneumologista	14	2,3	-	3,7	1,3	6,3	1,2
Cirurgião Pediátrico	10	1,6	-	2,4	2,6	3,2	0,9
Ginecologista	10	1,6	3,7	4,8	1,3	1,1	0,9
Cirurgião Plástico	9	1,5	3,7	1,2	-	-	2,1
Cirurgião vascular	8	1,3	-	1,2	-	-	2,1
Infectologista	8	1,3	-	-	-	2,1	1,8
Reumatologista	7	1,1	7,4	-	-	2,1	0,9
Pediatra	7	1,1	-	-	3,8	-	1,2
Cirurgião em Ginecologia	6	1,0	-	6,0	1,3	-	-
Tisiologista	6	1,0	3,7	3,7	1,3	1,1	-
Cancerologista	5	0,8	7,4	-	-	-	0,9
Hematologista	5	0,8	3,7	1,2	-	-	0,9
Neurocirurgião	4	0,7	-	1,2	-	-	0,9
Proctologista	4	0,7	-	-	1,3	1,1	0,6
Esterilidade	3	0,5	-	2,4	-	1,1	-
Ginecologista e Obstetra	3	0,5	-	1,2	1,3	-	0,3
Mastologista	3	0,5	-	-	1,3	1,1	0,3
Neurologista Pediátrico	3	0,5	-	-	-	-	0,9
Clínico Geral	2	0,4	-	-	-	-	0,6
Outros (*)	9	1,5	-	2,4	2,6	-	1,5
<b>TOTAL</b>	<b>611</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

(\*) Estão incluídos: 1 especialista de cada especialidade, sendo seus vínculos: geriatria e homeopatia (estadual); cirurgia cardiovascular e gastroenterologia pediátrica (federal); buco-maxilo, cirurgia torácica, clínica médica, endocrinologia pediátrica e gastronomia (produção).

Dos 611 vínculos empregatícios: 66,4% estão concentrados com ortopedistas (12,6%), cardiologistas (10,6%), oftalmologistas (9,2%), neurologistas (8,2%), otorrinolaringologistas (5,9%), gastroenterologistas (5,2%), urologistas (5,2%), psiquiatras (4,9%) e dermatologistas (4,6%) (Tabela 4).

Entre os especialistas que possuem vínculo municipal, 18,5% são representados pelos urologistas. O estado colabora com 24 especialidades diferentes nos CIS, sendo que 13,3% são gastroenterologistas. O nível federal mantém 23 especialidades diferentes e 24,3% são ortopedistas. Entre os especialistas da Tabela 4, somente os que possuem a especialidade em cirurgia ginecológica não possuem vínculos diretos com os CIS – CLT ou por produção. A maior concentração de especialistas contratados por meio da CLT são neurologistas (15,7%) e por produção, são ortopedistas (13,7%) (Tabela 4).

Na Tabela 4 estão representados alguns “subespecialistas” – o neurocirurgião, neurologista pediátrico, gastroenterologista pediátrico e endocrinologista pediátrico. Entre as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, das quatro subespecialidades apresentadas estão somente a neurocirurgia e a neurologia pediátrica (CONSELHO, 1994). Segundo Campos, Chakour e Santos (1997), em documento interno da Associação Médica Brasileira (AMB) está estabelecido que *para caracterizar uma área de atuação médica como especialidade é necessário que ela reúna pelo menos cem especialistas afins, e que exista há pelo menos dois anos como entidade civil organizada*. Talvez os consórcios estejam colaborando para uma certa liberdade que tem existido no Brasil para a criação de novas especialidades e subespecialidades.

Além do número de especialistas já existentes nos CIS, quando os responsáveis pela direção dos consórcios foram questionados quanto à necessidade de contratar mais médicos de especialidades que eles já possuíam, visando a atender as demandas da população de abrangência, 68,4% dos diretores responderam positivamente (Tabela 5). Esse dado pode revelar que os dirigentes dos CIS possuem a percepção de que a demanda espontânea existente de algumas especialidades é maior do que a oferta.

Tabela 5: Distribuição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde que responderam positivamente quanto à necessidade de contratar mais médicos de especialidades que já possuem, segundo número de especialistas e total de consultas mensais, Paraná, 2000.

CIS	ESPECIALISTAS		TOTAL DE CONSULTAS MENSAIS	TOTAL DE CONSULTAS MENSAIS / Nº DE ESPECIALISTAS
	N	%	N	
J	14	18,4	3800	271,4
B	12	15,8	3024	252,0
S	9	11,8	1800	200,0
A	7	9,2	2120	302,9
O	6	7,9	692	115,9
F	5	6,6	380	76,0
H	5	6,6	1760	352,0
L	5	6,6	1350	270,0
M	4	5,3	300	75,0
T	4	5,3	680	170,0
K	2	2,6	35	17,5
C	2	2,6	60	30,0
E	1	1,3	100	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>	<b>16101</b>	<b>211,9</b>

Dos treze consórcios que desejam contratar mais especialistas, a maior concentração de especialistas a serem possivelmente contratados estão nos CIS J, B, S, A e O (63,1%) (Tabela 5). Em relação à população total dos consórcios, o CIS J é o que possui a maior população, a população do CIS B está em 12º, do CIS S 14º e do CIS A 4º e CIS O 10º. Assim, não há uma relação direta entre a contratação de especialistas e a concentração populacional.

Nas especialidades requeridas, somente no CIS H, a média de consultas mensais por especialista corresponde ao padrão de 352 consultas por mês. Nos outros CIS, a média variou entre 17,5 a 302,9 consultas por especialista/mês (Tabela 5). Essa variação de consultas desejadas por

especialista/mês pode demonstrar que há diferenças entre os consórcios em relação a fila de espera. A fila de espera para consultas especializadas, provavelmente, refere-se à demanda espontânea existente em torno de cada CIS.

Tabela 6: Distribuição das especialidades médicas que os dirigentes dos Consórcios Intermunicipais de Saúde desejam contratar a mais de especialidades que já possuem, segundo número de especialistas e total de consultas mensais, Paraná, 2000.

ESPECIALIDADE	ESPECIALISTAS		TOTAL DE CONSULTAS MENSAIS	TOTAL DE CONSULTAS MENSAIS / Nº DE ESPECIALISTAS
	N	%	N	
Otorrinolaringologia	10	13,2	2046	204,6
Oftalmologia	10	13,2	2012	201,2
Neurologia	9	11,8	1947	216,3
Ortopedia	8	10,5	1844	230,5
Endocrinologia	7	9,2	1322	188,9
Cardiologia	5	6,6	1402	280,4
Dermatologia	5	6,6	912	182,4
Urologia	4	5,2	962	240,5
Angiologia	3	4,0	880	293,3
Psiquiatria	3	4,0	772	257,3
Nefrologia	3	4,0	390	130,0
Gastroenterologia	2	2,6	532	266,0
Ginecologia	1	1,3	320	320,0
Infectologia	1	1,3	100	100,0
Mastologia	1	1,3	280	280,0
Cirurgia Plástica	1	1,3	140	140,0
Cirurgia Geral	1	1,3	100	100,0
Pediatria	1	1,3	100	100,0
Neurologia Pediátrica	1	1,3	40	40,0
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>	<b>16101</b>	<b>211,9</b>

As especialidades médicas que os dirigentes dos CIS desejam contratar a mais de especialidades que já possuem foram otorrinolaringologia (13,2%), oftalmologia (13,2%), neurologia (11,8%) e ortopedia (10,5%) (Tabela 6).

Os dirigentes de 84,2% dos CIS responderam que necessitam contratar especialistas para compor o quadro de pessoal do consórcio de especialidades que ainda não são ofertadas a suas populações (Tabela 7).

Tabela 7: Distribuição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde que responderam positivamente quanto à necessidade de contratar médicos de especialidades que não possuem, segundo número de especialistas e total de consultas mensais, Paraná, 2000.

CIS	ESPECIALISTAS		TOTAL DE CONSULTAS MENSAS	TOTAL DE CONSULTAS MENSAS / Nº DE ESPECIALISTAS
	N	%	N	
S	12	17,6	2150	179,2
B	8	11,8	2016	252,0
M	8	11,8	620	77,5
P	6	8,8	220	36,7
R	6	8,8	150	25,0
E	5	7,4	710	142,0
F	5	7,4	200	40,0
T	4	5,8	560	140,0
H	3	4,4	1056	352,0
O	3	4,4	452	150,7
A	2	2,9	640	320,0
L	2	2,9	600	300,0
J	1	1,5	140	140,0
D	1	1,5	88	88,0
K	1	1,5	30	30,0
C	1	1,5	20	20,0
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>	<b>9652</b>	<b>141,9</b>

Os 13 CIS que responderam que desejam contratar mais especialistas de especialidades que já possuem (Tabela 5), também responderam que precisam contratar médicos de especialidades que não possuem (Tabela 7). Os consórcios D, P e R responderam que precisam contratar somente especialistas de especialidades que ainda não têm (Tabela 7). Os dirigentes dos consórcios I, N e Q não expressaram interesse em aumentar o número de especialistas em seus CIS.

O dirigente do CIS J é o que aspira contratar o maior número de médicos de especialidades já contempladas em seu quadro de pessoal (Tabela 5). Esse consórcio, também, é o que já possui o maior número de especialistas (Tabela 3). A única “especialidade” nova que o CIS J deseja acrescentar ao seu elenco é a buco-maxilo (Tabela 7).

O dirigente do CIS S é o que deseja contratar o maior número de especialistas (17,6%) (Tabela 7) que ainda não tem em seu elenco: angiologista, cirurgião vascular, dermatologista, endocrinologista, ginecologista, hematologista, obstetra, pediatra, pneumologista, proctologista, psiquiatra e reumatologista. Das nove especialidades ofertadas pelo CIS S, há necessidade de aumentar a oferta em cardiologia, nefrologia, neurologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia e urologia; assim, somente em cirurgia geral e gastroenterologia não. Dos cinco especialistas – cardiologista, gastroenterologista, neurologista, oftalmologista e pediatra – que o CIS E possui, somente é assinalado o desejo de contratar mais um pediatra (Tabelas 4 e 5). Em relação aos especialistas que o CIS E não possui, mas deseja contratar, foram apontados: dermatologista, endocrinologista, oncologista, ortopedista e otorrinolaringologista (Tabela 7). O ginecologista, o obstetra e o pediatra, em geral, atuam nas unidades básicas de saúde, mas neste estudo são referidos por dirigentes de consórcios.

Entre os 16 CIS (Tabela 7) que responderam afirmativamente que precisam contratar mais médicos especialistas de especialidades que não possuem foram identificadas 27 especialidades diferentes. 49,9% Das necessidades ficaram concentradas em proctologia, reumatologia, cancerologia, endocrinologia, hematologia e dermatologia (Tabela 8).

A Alergia somente foi referida pela direção de um CIS, entre as especialidades que não possuem, reconhecendo a necessidade desta especialidade (Tabela 8).

Tabela 8: Distribuição das especialidades médicas que os dirigentes dos Consórcios Intermunicipais de Saúde desejam contratar de especialidades que não possuem, segundo número de especialistas e total de consultas mensais, Paraná, 2000.

ESPECIALIDADE	ESPECIALISTAS		TOTAL DE CONSULTAS MENSAS	TOTAL DE CONSULTAS MENSAS / Nº DE ESPECIALISTAS
	N	%	N	
Proctologia	7	10,3	1260	180,0
Reumatologia	7	10,3	1058	151,1
Cancerologia	6	8,8	914	152,3
Endocrinologia	5	7,3	540	108,0
Hematologia	5	7,3	390	78,0
Dermatologia	4	5,9	380	95,0
Angiologia	3	4,4	338	112,7
Pneumologia	3	4,4	530	176,7
Nefrologia	3	4,4	312	104,0
Cirurgia Vascular	3	4,4	270	90,0
Psiquiatria	2	2,9	320	160,0
Cirurgia Plástica	2	2,9	282	141,0
Cirurgia Pediátrica	2	2,9	272	136,0
Neurologia Pediátrica	2	2,9	272	136,0
Gastroenterologia	2	2,9	170	85,0
Geriatria	1	1,5	352	352,0
Infectologia	1	1,5	320	320,0
Ortopedia	1	1,5	280	280,0
Neurocirurgia	1	1,5	252	252,0
Pediatria	1	1,5	250	250,0
Ginecologia	1	1,5	200	200,0
Neurologia	1	1,5	160	160,0
Obstetrícia e Gineco	1	1,5	150	150,0
Otorrinolaringologia	1	1,5	150	150,0
Buco-Maxilo	1	1,5	140	140,0
Alergia	1	1,5	60	60,0
Urologia	1	1,5	30	30,0
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>	<b>9652</b>	<b>141,9</b>

Se fossem contratados todos os especialistas referidos pelos dirigentes dos CIS do Paraná, eles passariam de um total de 607 para 751 especialistas (Tabelas 3, 5 e 7).

No consórcio H, focalizado, há três ortopedistas, sendo dois contratados pelo CIS e um com vínculo federal; existem dois cardiologistas, um contratado pelo consórcio e o outro com vínculo estadual; um cirurgião geral com dois vínculos federais; dois oftalmologistas, um contratado pelo consórcio e outro com um vínculo federal. O oftalmologista que é vinculado com a união também é otorrinolaringologista com outro vínculo federal. O psiquiatra tem dois vínculos com o estado. As especialidades que fazem parte do CIS H e são representadas somente por médicos especialistas contratados diretamente pelo Consórcio estão na Figura 5.

ESPECIALIDADE	Total de Consultas Realizadas N	<u>Especialistas</u> N	Carga Horária Semanal	Salário bruto mensal R\$*	Gasto Anual CIS R\$	Valor da Consulta Para o CIS R\$
Neurologia	7199	3	20	1.200,00	66.528,00	9,24
Endocrinologia	2576	1	20	1.200,00	22.176,00	8,61
Urologia	2329	1	20	1.200,00	22.176,00	9,52
Dermatologia	2306	1	20	1.200,00	22.176,00	9,62
Infectologia	1750	1	20	1.200,00	22.176,00	12,67
Reumatologia	1523	1	10	680,00	12.566,40	8,25
Angiologia	1077	1	10	680,00	12.566,40	11,68
Nefrologia	1076	1	10	680,00	12.566,40	11,68

Fonte: \*Edital de Concurso Público (CONSÓRCIO, 2000, p.4)

Figura 5: Quadro com a distribuição dos especialistas contratadas pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde H, segundo total de consultas realizadas, número de especialistas, carga horária semanal, salário bruto mensal, gasto anual do Consórcio, valor da consulta para o Consórcio, 21/01/00 a 20/01/01.

No CIS H, são exigidas dos especialistas cotas de produção diária e não o cumprimento da carga horária. Para uma carga horária semanal de 20 horas são exigidas no máximo 16 consultas diárias, para uma carga horária semanal de 10 horas são exigidas no máximo 8 consultas diárias. Nesse consórcio, não há uma prática de acompanhamento do desempenho do profissional, nem da resolutividade e da qualidade do atendimento.

O Consórcio oferecendo um salário base mensal de R\$ 1.200,00, com os encargos, décimo terceiro, férias, etc (em média 54% a mais do salário mensal) terá uma despesa anual estimada em R\$ 22.176,00. Segundo estes cálculos, o valor por consulta médica especializada para o CIS estaria entre R\$ 8,25 a R\$ 12,67 (Figura 5). O SUS repassa R\$ 2,55 por consulta médica especializada para este CIS (Anexo F). Quanto aos recursos financeiros, o CIS H é mantido pelo governo federal (63%) mais o valor que os municípios repassam mensalmente (37%) (Anexo H). O nível estadual cedeu o prédio e os equipamentos, mantém uma parte dos recursos humanos que estão cedidos e, também, mantém diariamente um transporte para os usuários que vêm dos municípios consorciados para o CIS. Em 26 de junho de 2002, foi publicada a portaria nº 1188/GM e, em seu artigo 1º, altera (...) *os valores de remuneração das consultas médicas (...) os procedimentos passam a ser subdivididos em Serviços Profissionais e Serviços Ambulatoriais (...) os valores correspondentes aos Serviços Profissionais, quando realizados em Unidades Públicas, não deverão gerar crédito (...)*. No artigo 5º estabelece o *Piso para Consultas Especializadas – PCE no valor de R\$ 3,39 (...)* (BRASIL, 2002). Essa portaria, entrou em vigor em 1 de julho de 2002, portanto o nível federal aloca mais recursos para a assistência médica, mas, em primeira análise, parece que não para os consórcios, que são considerados serviços públicos.

Quanto aos recursos humanos necessários para desenvolver a assistência médica especializada por meio dos CIS do Paraná, este estudo demonstra que os especialistas com vínculo municipal, estadual e federal estão sendo cedidos para os Consórcios e estes, também, contratam especialistas por meio da CLT ou remunera por produção. Nessa conjuntura, os especialistas de um CIS estão submetidos a uma única gestão de trabalho, enquanto o vínculo formal de

trabalho e a gestão salarial estão diferenciados. Ainda, entre especialistas que possuem uma mesma relação de emprego com salários iguais, muitas vezes, apresenta-se uma significativa variação do número de consultas mensais realizadas.

### 5.1.3 As Especialidades Médicas

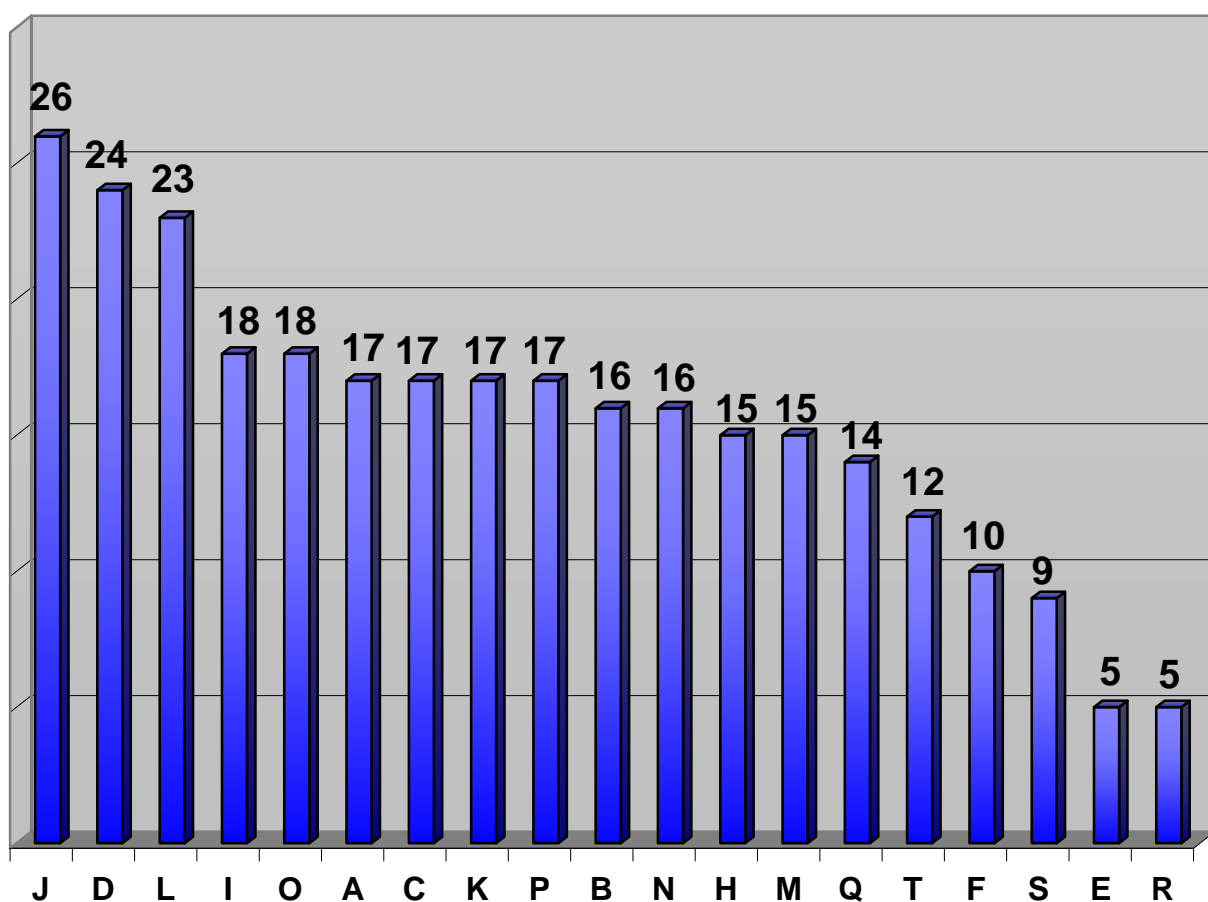


Figura 6: Distribuição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, segundo o número de especialidades médicas diferentes que cada um possui, Paraná, 2000.

O consórcio J foi o que apresentou maior diversidade de especialidades (26). Nos consórcios E e R foram encontradas, em cada CIS, apenas 5 especialidades diferentes (Figura 6). A média de especialidades por CIS foi de 15,5 e a moda de 17 especialidades por consórcio.

Das 66 especialidades médicas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CRM), 50 foram consideradas neste estudo. Dessas, 34 estão representadas nos CIS do Paraná e 16 especialidades<sup>3</sup> médicas não estão sendo oferecidas. Além das 34 especialidades médicas reconhecidas pelo CRM, foram consideradas e citadas pelos respondentes dos Questionários as seguintes especialidades: Buco-Maxilo, Cirurgia Ginecológica, Clínica Geral, Endocrinologia Pediátrica, Esterilidade, Gastroenterologia Pediátrica e Gastronomia – totalizando 41 especialidades. Este fato demonstra que não se tem uma uniformidade entre o que o CRM e os responsáveis pelos CIS apresentaram como especialidades.

Na Figura 7, estão representadas 28 especialidades médicas, das 41 que foram consideradas neste estudo. As outras 13 especialidades não foram representadas nesta Figura, porque cada uma delas aparece somente em um único Consórcio, sendo elas: Buco-maxilo, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Ginecológica, Cirurgia Torácica, Clínica Geral, Clínica Médica, Endocrinologia Pediátrica, Esterilidade, Gastroenterologia Pediátrica, Gastronomia, Geriatria, Homeopatia e Mastologia. A clínica médica, pediatria, cirurgia geral e ginecologia e obstetrícia são especialidades geralmente relacionadas com a assistência básica da saúde, mas também aparecem nos CIS do Paraná, que visam a assegurar a assistência médica especializada (Figura 7). O respondente do CIS P, quando assinalou as especialidades pertencentes ao seu consórcio, observou: “que a ginecologia, a obstetrícia e a pediatria são referência para os municípios que não possuem na rede básica”. Portanto, nesse caso, o CIS também visa a auxiliar os municípios na oferta da rede básica.

---

<sup>3</sup> Alergia e Imunologia, Acupuntura, Broncoesofagologia, Cirurgia da Cabeça e Pescoço, Cirurgia da Mão, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Fisiatria, Foniatria, Genética Clínica, Hansenologia, Hemoterapia, Medicina Geral Comunitária, Neurofisiologia Clínica, Nutrologia, Patologia Clínica e Sexologia.

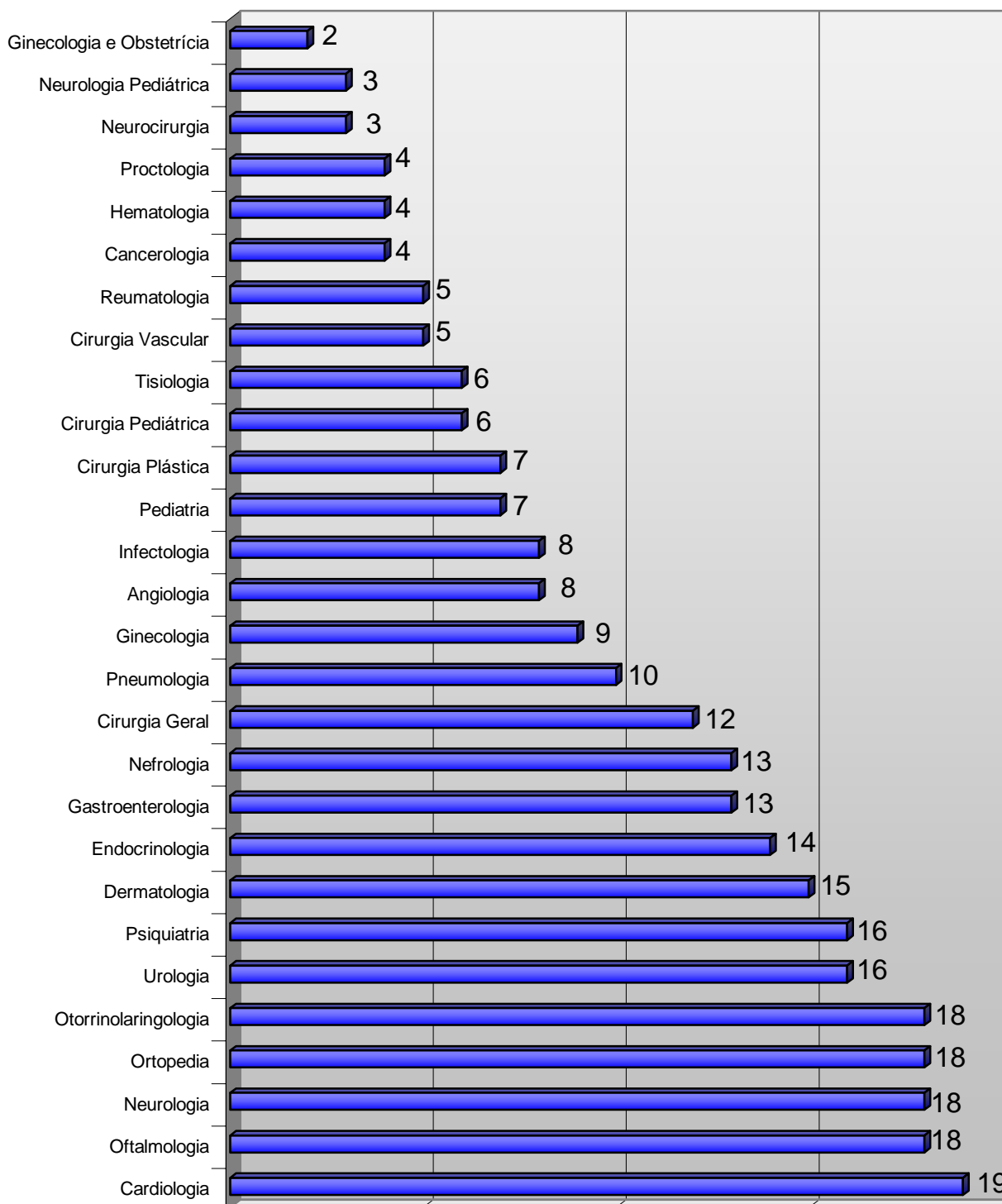


Figura 7: Distribuição das especialidades médicas, segundo frequência, nos Consórcios intermunicipais de Saúde, Paraná, 2000.

A Homeopatia apareceu em um dos CIS pesquisados e representa uma novidade em termos de SUS, pois a indicação de medicamentos alopáticos tem sido hegemônico no tratamento das patologias. A Geriatria, compatível com o envelhecimento populacional, foi encontrada somente em um Consórcio.

Com as transformações nos padrões de morbimortalidade no Brasil, a incidência de doenças cardiovasculares tem-se elevado, necessitando que os serviços de saúde atentem para esta demanda na área da saúde. A cardiologia foi a única especialidade médica encontrada em todos os CIS analisados e provavelmente atendam a uma parte da demanda de patologias cardiovasculares. A oftalmologia só não foi apontada no CIS L, a neurologia não foi identificada no CIS M, a ortopedia e a otorrinolaringologia só não estão representadas no CIS E. (Figura 7).

#### **5. 1. 4 As Consultas Médicas Especializadas**

As consultas médicas especializadas são programadas segundo os dias úteis do mês corrente e a capacidade produtiva dos recursos humanos. Pode ocorrer uma variação entre o que se programou e realmente realizou – diferença entre a intenção e a ação –, uma vez que pode advir alguma circunstância que impeça o médico de atender ou o paciente de comparecer à consulta. Além disso, existe a possibilidade de se “superprogramar” uma oferta, se a oferta não for estimada dentro das reais necessidades da população de abrangência do consórcio.

A maioria dos dirigentes dos CIS do Paraná (57,9%), quando responderam sobre as consultas programadas e realizadas, não evidenciaram diferença entre elas – CIS D, A, H, B, O, I, M, Q, K, R e E (Tabela 9). Isso pode ter ocorrido por não haver uma pré-programação das consultas e, assim, o programado é considerado igual ao realizado. Por outro lado, pode ser que as consultas realizadas apresentadas estão “superestimadas”.

Tabela 9: Distribuição das consultas médicas programadas e realizadas pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde, Paraná, 2000.

CIS	CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS					
	PROGRAMADA		REALIZADA		REALIZADA/ PROGRAMADA	REALIZADA/ POPULAÇÃO
	N	%	N	%	%	
J	191.688	18,0	154.392	15,7	80,5	0,20
L	118.790	11,2	95.244	9,7	80,2	0,20
D	110.076	10,3	110.076	11,2	100,0	0,37
A	92.736	8,7	92.736	9,4	100,0	0,27
H	86520	8,1	86.520	8,8	100,0	0,33
B	64.824	6,1	64.824	6,6	100,0	0,26
O	63.360	6,0	63.360	6,4	100,0	0,23
N	59.900	5,6	54.576	5,6	91,1	0,18
I	48.180	4,5	48.180	4,9	100,0	0,15
T	43.821	4,1	33.892	3,4	77,3	0,13
C	39.564	3,7	39.060	4,0	98,7	0,12
M	31.056	2,9	31.056	3,2	100,0	0,20
P	28.812	2,7	27.636	2,8	95,9	0,24
S	23.916	2,3	22.188	2,3	92,8	0,13
Q	16.920	1,6	16.920	1,7	100,0	0,04
F	15.285	1,5	14.064	1,4	92,0	0,09
K	13.962	1,3	13.962	1,4	100,0	0,12
R	10.368	1,0	10.368	1,1	100,0	0,13
E	4.380	0,4	4.380	0,4	100,0	0,08
<b>TOTAL</b>	<b>1.064.158</b>	<b>100,0</b>	<b>983.434</b>	<b>100,0</b>	<b>92,4</b>	<b>0,19*</b>

\* A população total utilizada foi de 5.178.774 habitantes. A população de 5.414.136 habitantes apresentada na Tabela 2 corresponde aos 20 CIS, nesta parte da pesquisa; como o CIS G (235.362 habitantes) não está fazendo parte, sua população foi subtraída.

A proposta de parâmetro para cobertura de consultas médicas especializadas no Brasil, em discussão durante a realização desta pesquisa, está entre 0,44 a 0,66 (BRASIL, 2000c). Por meio dos consórcios, foi alcançada uma cobertura entre 0,04 a 0,37. Analisando somente esses dados, não se pode concluir que a cobertura de consultas médicas especializadas na região dos consórcios está baixa, pois em algumas regiões existem as instituições que oferecem serviços especializados, como hospitais universitários. Sobre esse aspecto, a única informação a mais que se obteve foi em relação ao consócio J, que observou que as “consultas programadas pelo consócio representam cerca de 70% das consultas de especialidades ofertadas pelo SUS”. Nesse caso, se fossem consideradas 191.688 (70%) e mais 82. 152 (30%), teríamos um total programado de 273.840 e, se todas as consultas fossem realizadas, representariam uma cobertura de 0,36. Mesmo assim, essa cobertura não atingiria o proposto. Mas, também aqui, as consultas especializadas foram analisadas em conjunto, quando seria importante analisar a cobertura de cada especialidade, para se obterem dados mais precisos para a realização de uma avaliação. Carvalho, Rosemburg e Buralli (2000, p.80), quando argumentam sobre a avaliação de ações e serviços de saúde, ressaltam que *uma boa cobertura em índices de consultas médicas per capita não assegura melhores índices ou coeficientes de incidência de doenças, mas pode assegurar a chegada da assistência à população.*

As principais ofertas de consultas foram em ortopedia (15,7%), oftalmologia (11,2%), cardiologia (10,8%), neurologia (8,9%) (Tabela 10). Nessas especialidades, em relação ao programado, foram realizadas, respectivamente, 95,8%, 97,8%, 95,6% e 90,9%.

Em infectologia, proctologia, e obstetrícia, todas as consultas programadas foram realizadas; nas outras especialidades, as consultas estão sub realizadas em relação ao programado. Em hematologia, foram realizados somente 59,2% do programado (Tabela 10).

Tabela 10: Distribuição das consultas realizadas pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde por especialidades médicas, segundo programadas, realizadas, realizadas por programadas e a variação da média mensal de consultas realizadas entre os Consórcios, Paraná, 2000.

ESPECIALIDADE	PROGRAMADAS n = 1.064.158	REALIZADAS n = 983.434	REALIZADAS / PROGRAMADAS	VARIÇÃO DA MÉDIA MENSAL DE CONSULTAS REALIZADAS ENTRE OS CONSÓRCIOS
	%	%	%	
Ortopedia	15,19	15,74	95,8	49,0 - 1929,0
Oftalmologia	10,56	11,18	97,8	168,0 - 1097,0
Cardiologia	10,49	10,85	95,6	20,0 - 1325,0
Neurologia	9,01	8,86	90,9	50,0 - 1857,0
Otorrinolaringologia	7,31	6,80	86,0	30,0 - 923,0
Dermatologia	5,57	5,36	88,9	30,0 - 584,0
Urologia	5,53	5,57	93,0	40,0 - 602,0
Psiquiatria	4,71	4,71	92,3	45,0 - 502,0
Gastroenterologia	4,68	5,02	99,1	40,0 - 1010,0
Cirurgia Geral	3,58	3,77	97,3	11,0 - 600,0
Endocrinologia	3,49	3,34	88,3	16,0 - 929,0
Pneumologia	2,14	2,15	92,8	11,0 - 426,0
Angiologia	1,77	1,82	95,1	34,0 - 490,0
Infectologia	1,59	1,74	101,0	2,0 - 321,0
Nefrologia	1,58	1,28	74,4	2,0 - 251,0
Cirurgia Pediátrica	1,39	1,00	66,3	36,0 - 382,0
Ginecologia	1,38	1,34	89,8	2,0 - 285,0
Tisiologia	1,38	1,18	81,0	64,0 - 303,0
Reumatologia	1,28	1,20	86,9	9,0 - 502,0
Pediatria	1,02	1,04	94,3	1,0 - 604,0
Cancerologia	0,78	0,70	82,8	112,0 - 180,0
Cirurgia Plástica	0,60	0,61	94,4	0,5 - 320,0
Cirurgia Vascular	0,59	0,61	95,7	11,0 - 190,0
Proctologia	0,59	0,65	102,1	20,0 - 316,0
Hematologia	0,55	0,35	59,5	9,0 - 126,0
Neurocirurgia	0,32	0,34	97,2	32,0 - 185,0
Obstetrícia	0,25	0,27	100,0	70,0 - 154,0
Neurologia Pediátrica	0,25	0,24	89,9	33,0 - 87,0
Outras (*)	2,42	2,28	86,3	0,5 - 436,0
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>92,4</b>	<b>0,5 - 1929,0</b>

(\*) Estão incluídas 13 especialidades: buco-maxilo, cirurgia cardíaca, cirurgia ginecológica, cirurgia torácica, clínica geral, clínica médica, endocrinologia pediátrica, esterilidade, gastroenterologia pediátrica, gastronomia, geriatria, homeopatia e mastologia,

A variação que incide em relação à média de consultas mensais, por especialidade, realizadas pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde, demonstra uma heterogeneidade na oferta de cada Consórcio, que pode estar sendo influenciada pelas demandas de cada população de abrangência dos Consórcios (Tabela 10).

Focalizando apenas o CIS H, aparecem alterações mais detalhadas entre as consultas programadas e as realizadas, antes não detectadas.

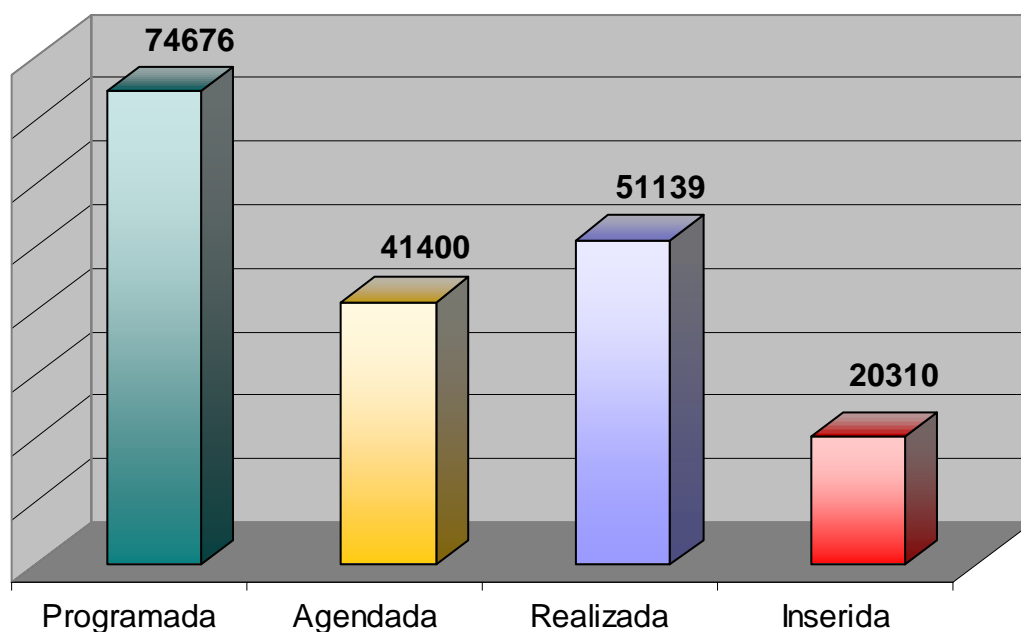


Figura 8: Distribuição do total de consultas médicas especializadas programadas, agendadas, realizadas e inseridas, Consórcio Intermunicipal de Saúde H, 21/01/2000 a 20/01/2001.

No período analisado, foram programadas 74.676 consultas especializadas. Dessas consultas, 55,4% foram agendados pelos vinte e três municípios pertencentes ao CIS; porém, foram realizados 68,5% das consultas especializadas que estavam programadas. Das consultas realizadas, 39,7% foram inseridos pelo serviço. O total de consultas realizadas é representado por consultas agendadas e inseridas (Figura 8). Os dados demonstram que o CIS programa uma oferta de consultas especializadas, os municípios “sub agendam” as consultas e,

ainda, não comparecem todos os pacientes agendados para as consultas. Além disso, no dia a dia, a administração do CIS insere pacientes para serem atendidos nas vagas existentes das especialidades. Esta dinâmica neste consórcio evidencia que há uma certa dificuldade de ajuste entre a tríade: consórcio-município-paciente. Das consultas inseridas 53,2% correspondem ao município-sede do CIS H. Esse dado revela que a população desse município comparece ao consórcio sem agendamento buscando atendimento.

Mesmo que o consórcio tivesse conseguido oferecer à população todas as consultas que programou, somente conseguiria atingir uma cobertura de 0,28, mas como realizou menos, atingiu uma cobertura de 0,19. Neste caso específico, levando em consideração o parâmetro eleito na pesquisa – 0,44 a 0,66 –, pode-se inferir que a cobertura em relação às consultas médicas especializadas é baixa, pois o CIS é o único serviço que oferta consultas médicas especializadas pelo SUS à população de abrangência.

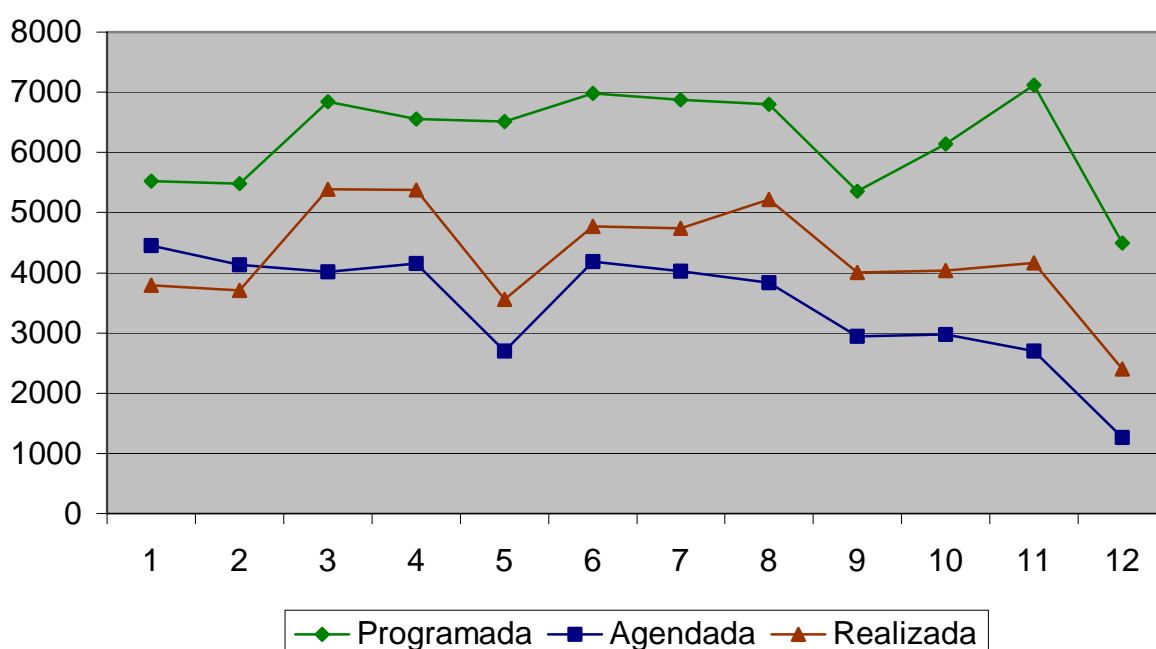


Figura 9: Distribuição por períodos das consultas médicas especializadas programadas, agendadas e realizadas, Consórcio Intermunicipal de Saúde H, 21/01/2000 a 20/01/2001.

Entre os doze períodos analisados no CIS H, observa-se na Figura 9 que as consultas médicas especializadas oferecidas estão sendo sub-agendadas e sub-realizadas. A partir do terceiro período – 21/03/2000 a 20/04/2000 – as consultas realizadas são superiores ao que foi agendado. No décimo segundo período, somente 28,1% das consultas programadas são agendados. Esse período corresponde à época do Natal, Final do Ano e início de janeiro (Figura 9 e Tabela 11).

Tabela 11: Distribuição das consultas médicas especializadas programadas, agendadas e realizadas por períodos, Consórcio Intermunicipal de Saúde H, 21/01/2000 a 20/01/2001.

PERÍODO	CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS					
	DIAS ÚTEIS	PROGR-MADAS	AGEN-DADAS	REALI-ZADAS	AGEN. PROG. %	REALIZ. PROG. %
21/01/2000 a 20/02/00	20	5520	4452	3797	80,6	68,8
21/02/2000 a 20/03/00	20	5481	4131	3707	75,4	67,6
21/03/2000 a 20/04/00	20	6846	4016	5382	58,7	78,6
21/04/2000 a 20/05/00	19	6559	4158	5371	63,4	81,9
21/05/2000 a 20/06/00	22	6514	2701	3558	41,5	54,6
21/06/2000 a 20/07/00	21	6980	4189	4774	60,0	68,4
21/07/2000 a 20/08/00	21	6876	4029	4734	58,6	68,8
21/08/2000 a 20/09/00	21	6795	3837	5214	56,5	76,7
21/09/2000 a 20/10/00	20	5352	2944	4006	55,0	74,8
21/10/2000 a 20/11/00	18	6138	2980	4032	48,5	65,7
21/11/2000 a 20/12/00	22	7121	2698	4167	37,9	58,5
21/12/2000 a 20/01/01	22	4494	1265	2397	28,1	53,3
<b>TOTAL</b>	<b>246</b>	<b>74676</b>	<b>41400</b>	<b>51139</b>	<b>55,4</b>	<b>68,5</b>

Durante os 246 dias úteis, foi possível programar 74.676 consultas médicas especializadas considerando a disponibilidade dos médicos. Nos períodos estudados, as médias de consultas especializadas programadas, agendadas e realizadas encontradas foram, respectivamente, 6.223, 3.450 e 4.262 e as medianas de 6.537, 3.927 e 4.100. A relação entre consultas agendadas e programadas variou entre 28,1% a 80,6% e a relação entre consultas realizadas e programadas variou entre 53,3% a 81,9% (Tabela 11).

Tabela 12: Distribuição das consultas médicas programadas, agendadas, realizadas e inseridas por especialidades, Consórcio Intermunicipal de Saúde H, 21/01/2000 a 20/01/2001.

ESPECIALIDADE	CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS						
	PROGRA- MADA	AGEN- DADA	REALI- ZADA	INSE- RIDA	AGEN. PROG. %	REAL. PROG. %	INSER. REAL. %
ORTOPEDIA	14279	8246	11675	5554	57,7	81,8	47,6
CARDIOLOGIA	8746	4353	5439	2176	49,8	62,2	40,0
NEUROLOGIA	8716	6896	7199	1809	79,1	82,6	25,1
CIRURGIA GERAL	6804	3169	4009	1651	46,6	58,9	41,2
OFTALMOLOGIA	5671	4634	4696	1232	81,7	82,8	26,2
TISIOLOGIA	3910	548	1552	1136	14,0	39,7	73,2
DERMATOLOGIA	3552	2220	2306	736	62,5	64,9	31,9
UROLOGIA	3544	2070	2329	792	58,4	65,7	34,0
OTORRINOLARINGOLOGIA	3520	2414	2384	724	68,6	67,7	30,4
INFECTOLOGIA	3492	970	1750	1108	27,8	50,1	63,3
PSIQUIATRIA	3480	724	1548	1058	20,8	44,5	68,3
ENDOCRINOLOGIA	3279	2315	2576	752	70,6	78,6	29,2
ANGIOLOGIA	1956	887	1077	441	45,3	55,1	40,9
NEFROLOGIA	1867	793	1076	514	42,5	57,6	47,8
REUMATOLOGIA	1860	1161	1523	627	62,4	81,9	41,2
<b>TOTAL</b>	<b>74676</b>	<b>41400</b>	<b>51139</b>	<b>20310</b>	<b>55,4</b>	<b>68,5</b>	<b>39,7</b>

As consultas de oftalmologia, neurologia, reumatologia e ortopedia, em relação ao programado, foram as especialidades que atingiram maior percentual de realizado. Já em psiquiatria e tisiologia, não foram realizados nem 50% do programado (Tabela 12).

No Consórcio H, um mesmo médico atende as consultas de pneumologia e tisiologia e um outro atende consultas de dermatologia e hanseníase, portanto as consultas de pneumologia são computadas junto com tisiologia e as consultas de dermatologia junto com hanseníase.

Para a população de oito municípios, não foram realizados nem 50% do programado. O município 2 foi o que menos utilizou as consultas programadas para a sua população (Tabela 13). Pelos dados desta pesquisa, não se pode inferir se a população desse município tem menor necessidade do que lhe é oferecida ou se há uma certa dificuldade de acesso dela ao CIS, que pode estar tendo problemas com transporte ou outros fatores.

Segundo o estatuto do consórcio H, os municípios integrantes pagam suas contribuições (Anexo H) até o dia 15 de cada mês. Se a falta de pagamento ultrapassar trinta dias, são suspensos os serviços realizados pelo CIS aos municípios inadimplentes. Em relação ao município 10, que utilizou 28,5% das consultas programadas, foi feita nos relatórios a seguinte observação: “encontrou-se bloqueado por inadimplência no período de janeiro até maio de 2000”. O município 8, que realizou 24,6% do programado, deixou de pertencer ao CIS H no final de 2000 e passou a integrar o CIS J.

Os municípios 18 e 22 realizaram acima do que foi programado para eles (Tabela 13). O município 22 super realizou em onze especialidades, as exceções foram em dermatologia, psiquiatria, tisiologia e urologia. Já o município 18 somente realizou acima do que estava programado nas especialidades de dermatologia, endocrinologia, nefrologia, neurologia, ortopedia, reumatologia e urologia.

Tabela 13: Distribuição das consultas médicas programadas, agendadas, realizadas e inseridas por municípios, Consórcio Intermunicipal de Saúde H, 21/01/2000 a 20/01/2001.

MUNICÍPIO	CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS						
	PROGRA- MADA	AGEN- DADA	REALI- ZADA	INSE- RIDA	AGEN. PROG. %	REAL. PROG. %	INSER. REAL. %
1	3033	1518	1250	150	50,0	41,2	12,0
2	6317	1684	1462	153	26,7	23,1	10,5
3	5513	1891	1545	116	34,3	28,0	7,5
4	9170	4345	3303	270	47,4	36,0	8,2
5	2234	1621	1772	507	72,6	79,3	28,6
6	13099	9714	17755	10802	74,2	135,5	60,8
7	1758	1224	1398	400	69,6	79,5	28,6
8	3492	1082	860	52	31,0	24,6	6,0
9	1364	716	999	444	52,5	73,2	44,4
10	862	235	246	68	27,3	28,5	27,6
11	2308	1289	1509	533	55,8	65,4	35,3
12	960	632	656	140	65,8	68,3	21,3
13	1316	934	1133	489	71,0	86,1	43,2
14	3815	2359	2541	518	61,8	66,6	20,4
15	1364	593	821	360	43,5	60,2	43,8
16	954	750	724	79	78,6	75,9	10,9
17	3741	2798	3664	1477	74,8	97,9	40,3
18	742	626	785	294	84,4	105,8	37,5
19	2944	1289	1138	205	43,8	38,7	18,0
20	2363	1474	1626	584	62,4	68,8	35,9
21	2174	756	719	79	34,8	33,1	11,0
22	2027	1632	2676	1684	80,5	132,0	62,9
23	3126	2238	2557	906	71,6	81,8	35,4
<b>TOTAL</b>	<b>74676</b>	<b>41400</b>	<b>51139</b>	<b>20310</b>	<b>55,4</b>	<b>68,5</b>	<b>39,7</b>

O município 6, que é a cidade onde fica a sede do CIS, super-realizou o programado, mas, não agendou todas as consultas que foram programadas; o que favoreceu este resultado foram as consultas inseridas (Tabela 13). No município-sede, em todas as quinze especialidades que o CIS oferece, foram realizadas mais consultas do que o programado. Estes dados reafirmam a facilidade que a população do município-sede acaba tendo para utilizar as consultas do CIS. Ferraes, Nicoletto e Cordoni Júnior (1998), ao desenvolverem um estudo em 1998 no CIS H, visando a traçar o perfil da demanda do consórcio, relataram que durante os dias da pesquisa houve uma alta frequência de atendimentos a pacientes do município-sede, principalmente os que residiam próximo ao CIS, sendo que destes apenas 14% estavam vindo ao consórcio pela primeira vez; os outros pacientes já haviam vindo mais vezes ao CIS.

#### 5.1.5 A Referência e a Contra-Referência

A grande maioria (84,2%) dos dirigentes dos CIS afirma que os pacientes dos municípios são encaminhados para os consórcios com guias padronizadas de referência preenchidas pelo médico do município que referenciou o paciente. Em relação à contra-referência, em 57,9% dos CIS foi referida a utilização de guia padronizada de contra-referência (Tabela 14).

Tabela 14: Distribuição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, segundo utilização ou não de Guia Padronizada de Referência e Contra-Referência, Paraná, 2000.

CATEGORIA	GUIA PADRONIZADA DE REFERÊNCIA		GUIA PADRONIZADA DE CONTRA -REFERÊNCIA	
	N	%	N	%
SIM	16	84,2	11	57,9
NÃO	3	15,8	8	42,1
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>

Em 52,6% (10) dos CIS, os dirigentes responderam que têm tanto guia padronizada de referência como a de contra-referência. Os consórcios J e Q não possuem guia padronizada de referência e nem de contra-referência. Nos consórcios A, B, S, N, P e T não há padronização da contra-referência. No consórcio R não existe padronização da referência.

Sobre as situações predominantes que acontecem na referência dos pacientes aos Consórcios, 89,5% dos dirigentes dos CIS referem que “o paciente vem consultar no Consórcio com alguma guia de encaminhamento, mas com os dados incompletos”; 68,4% mencionam que “o paciente vem consultar no Consórcio com Guia de Encaminhamento, mas o Motivo do Encaminhamento está preenchido de forma incorreta”; 63,2% citam que “o paciente vem consultar no Consórcio com Guia de Encaminhamento, mas o Motivo do Encaminhamento está em branco”; 36,8% referem que a “Guia de Encaminhamento descreve um quadro relativo a uma especialidade e o Encaminhamento é para outra Especialidade” e 21,1% assinalam que “o paciente vem consultar no Consórcio sem nenhuma Guia de Encaminhamento”.

Ainda foram citadas por três consórcios as situações: “encaminhamento sem identificação do médico que encaminhou o paciente”, “paciente agendado para um dia perde a consulta e comparece no outro dia” e “muitos vêm em dia errado, outros em horários errados. Ex.: a consulta era de manhã, só chegou a tarde”.

Dos dirigentes dos CIS 89,4% responderam que menos de 50% dos pacientes saem do seu consórcio com guias de contra-referência preenchidas pelos médicos especialistas quando os pacientes retornam para os serviços de saúde de origem (Tabela 15).

É interessante observar que o dirigente do consórcio que respondeu que de 100 a 75% dos pacientes saem de seu CIS com guia de contra-referência preenchida pelo especialista, também respondeu que não tem guia padronizada de contra-referência.

Tabela 15: Distribuição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, segundo as faixas percentuais de pacientes que saem do Consórcio com Guia de Contra-Referência preenchida, Paraná, 2000.

FAIXAS PERCENTUAIS DE PACIENTES QUE SAEM COM GUIAS DE CONTRA-REFERÊNCIA PREENCHIDAS	CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE	
	N	%
100 % a 75 %	1	5,3
74 % a 50%	1	5,3
49 % a 25%	3	15,8
Menos de 25%	7	36,8
Não sabe	7	36,8
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>

No consórcio que foi mencionado que 74 a 50% dos pacientes saem do CIS com guia de contra-referência padronizada preenchida. Nesse CIS, durante a realização deste estudo, existiam somente seis especialistas atuando, podendo este fato ser um facilitador para a negociação da contra-referência com os especialistas.

No CIS H, há guia de referência e contra-referência padronizada (Anexo G). Nesse Consórcio foi analisada a qualidade do preenchimento das guias de referência e contra-referência da oftalmologia e da neurologia, que são as duas especialidades que apresentaram maior fila de espera, e da urologia e da angiologia, que são as especialidades com menor fila de espera (Tabela 16).

No período de 21/11/2000 a 20/01/2001, foram encontradas 930 guias arquivadas, referentes as quatro especialidades. Nesse período, foram realizadas 2.096 consultas dessas especialidades; portanto, estavam arquivadas somente 44,4% das guias.

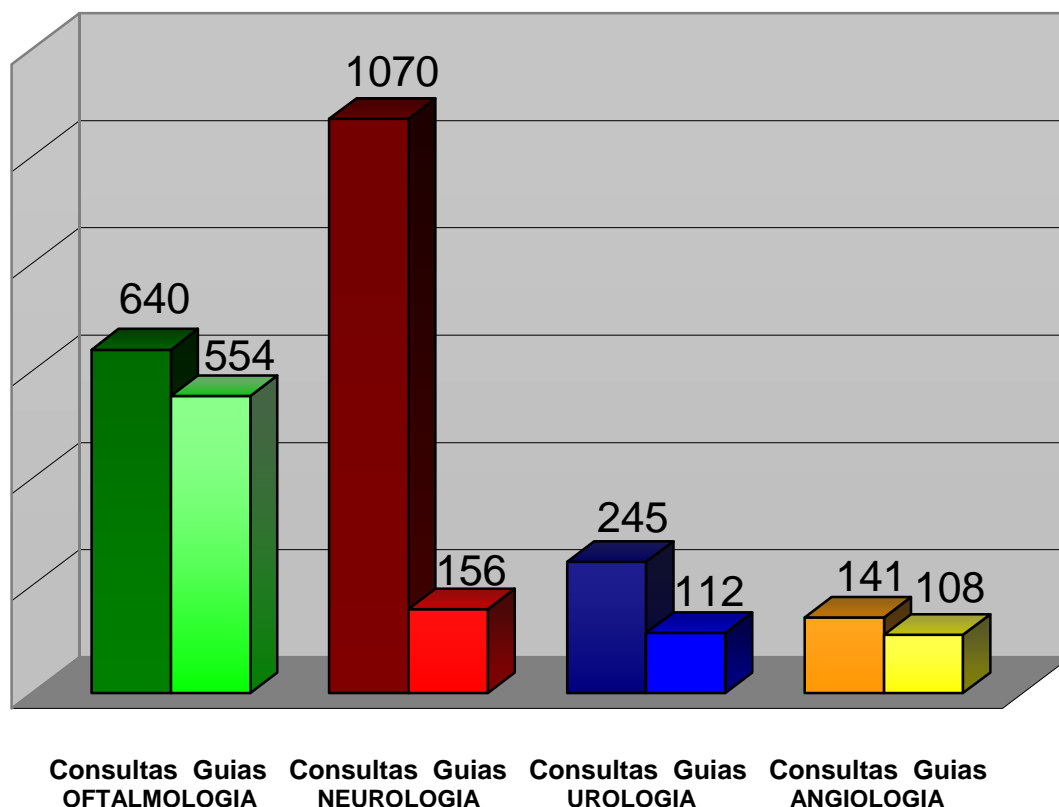


Figura 10: Distribuição do número de consultas realizadas e do número de guias de referência e contra-referência encontradas arquivadas no Consórcio da oftalmologia, neurologia, urologia e angiologia, Consórcio Intermunicipal de Saúde H, 21/11/2000 a 20/01/2001.

Quando verificadas as guias de referência e contra-referência por especialidades, da oftalmologia foram encontradas 86,6% das guias, neurologia 14,6%, urologia 45,7% e angiologia 76,6% (Figura 10).

Em relação à oftalmologia, há pacientes que somente esperaram um dia para conseguir consultar e chegou-se a ter um paciente que esperou 9 meses e 14 dias para se consultar. Quanto à neurologia, a variação foi de 1 dia a 4 meses, para a urologia e para a angiologia, o tempo de espera variou de 1 dia a 2 meses.

Em 86,7% das guias de referência e contra-referência, não estão completos os dados dos pacientes. Além disso, em determinadas guias está difícil a identificação do nome completo do paciente.

Quanto aos municípios, em 13,3% das guias de referência e contra-referência não está identificado o município de origem.

No campo “motivo do encaminhamento”, em 50,1% das guias de referência não se encontrou nenhuma informação; somente estava descrito: “como rotina”, “a pedido do paciente”, “avaliação”, “paciente necessita de avaliação”, “consulta”, “1 consulta especializada”, “1 consulta de oftalmo”, “consulta de angiologia”, “retorno”, “encaminhamento para avaliação e conduta especializada”, “paciente avaliada pela ortopedia que solicitou avaliação de angiologia”.

A categoria “dados clínicos” estava presente em 48,7% das guias de referência e foram encontradas descrições como: “paciente referindo presença de ‘pontos’ escuros no campo visual do olho direito, há 3 dias”, “cisto na pálpebra inferior E”, “diminuição acuidade visual. cefaléia. avaliação”, “dor + prurido nos olhos”, “déficit visual + cefaléia”, “avaliação. crise convulsiva generalizada”, “apresentando edema MMII sem causa renal”, “distúrbios de varizes”, “pcte com quadro de sintomas prostáticos, vem evoluindo com disfunção erétil”.

Em apenas 1,2% das guias de referência foram encontradas outras informações como: “paciente com tonturas, há  $\pm$  2 anos, piora há 2 meses, não melhorou com antivertiginosus”, “paciente faz uso de gardenal 100, fenergam 25, ampictil 25, haldol 5mg. Solicito avaliação e conduta”.

Do total de guias de referência, 84,0% apresentam o carimbo e a assinatura do médico que referenciou o paciente.

O primeiro passo de uma contra-referência é o preenchimento do verso da primeira via da guia para ser entregue ao paciente que se responsabilizará pela entrega da guia para o médico do município que referenciou o paciente para o consórcio. No consórcio H, possivelmente 13,4% dos pacientes foram contra-referenciados, pois somente a segunda via da guia desses pacientes estava arquivada. Esse resultado pode estar superestimado, considerado que a

concretização da contra-referência só ocorrerá se o paciente fizer a parte dele, entregando a guia para o médico que o referenciou ao consórcio.

Há uma possível não contra-referência de 19,3% dos pacientes, pois só foram encontradas as primeiras vias desses pacientes e no verso não havia nada descrito. Como 67,3% das guias de referência e contra-referência estavam arquivados em duas vias, grampeadas, e no verso não há descrição nenhuma, foi considerado que os pacientes não foram contra-referenciados. Das guias de referência e contra-referência encontradas em duas vias, 75,4 são referentes à oftalmologia.

Das segundas vias das guias de referência e contra-referência (13,4%), no campo “condutas e orientações do profissional especializado” somente em 9,7% aparece uma descrição com utilização de carbono.

Também, em nenhuma guia de referência e contra-referência foi encontrado o carimbo do especialista do consórcio. A assinatura somente está presente em 5,3% das guias.

## **5.2 O Consórcio Focalizado**

### **5.2.1 A Fila de Espera**

A Central de Agendamento do CIS H apresentou uma fila de espera – lista de pacientes aguardando agendamento para consultas especializadas –, para 73,3% (11) das quinze especialidades médicas que o Consórcio H oferece à população de abrangência (Tabela 16), demonstrando que, mesmo dentro das especialidades médicas que o consórcio oferece, não há uma oferta que garanta as demandas das populações dos municípios consorciados.

Tabela 16: Distribuição das especialidades médicas do Consórcio Intermunicipal de Saúde H, segundo fila de espera, fevereiro de 2001.

ESPECIALIDADE	FILA DE ESPERA	
	N	%
OFTALMOLOGIA	1970	35,7
NEUROLOGIA	1701	30,9
DERMATOLOGIA	546	9,9
ORTOPEDIA	385	7,0
ENDOCRINOLOGIA	297	5,4
REUMATOLOGIA	258	4,7
CARDIOLOGIA	177	3,2
OTORRINOLARINGOLOGIA	145	2,6
CIRURGIA GERAL	15	0,3
UROLOGIA	12	0,2
ANGIOLOGIA	7	0,1
<b>TOTAL</b>	<b>5513</b>	<b>100,0</b>

A oftalmologia e a neurologia concentram 66,6% do total de pacientes aguardando na fila para agendar uma consulta (Tabela 16). No período de 21/01/00 a 20/01/01, em oftalmologia foram realizadas 82,8% das consultas programadas e em neurologia 82,6% (Tabela 12). Os dados revelam que existe uma fila de espera para estas especialidades e que ocorreu uma sub-utilização das consultas. Pode ser que o acesso a essas especialidades, de alguma forma, foi prejudicado. Seria preciso avaliar se existem barreiras – geográfica, organizacional, sociocultural, econômica, e outras – que podem estar prejudicando o acesso dos usuários às consultas especializadas.

A Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, em março de 2001, analisou o agendamento de consultas especializadas e delimitou uma “fila virtual” de 50.749 pacientes aguardando para consultar especialistas, sendo que a espera para os usuários variou entre seis meses para cardiologia e um ano para oftalmologia e urologia (LONDRINA, 2001). O CIS, que tem sede em Londrina e também tem o

objetivo de oferecer consultas especializadas, faz parte deste estudo e apresenta uma realidade parecida com o CIS H em relação à fila de espera.

Tanto para eletroencefalografias (EEG), como ultra-sonografias (USG) e eletrocardiogramas (ECG), em fevereiro de 2001, havia uma fila de espera para a realização desses exames de apoio diagnóstico e terapêutico. As EEG, as USG e os ECG são mensalmente programados do mesmo modo (Tabelas 17, 18 e 19), mas há uma demanda bem mais elevada para EEG (Figura 11).

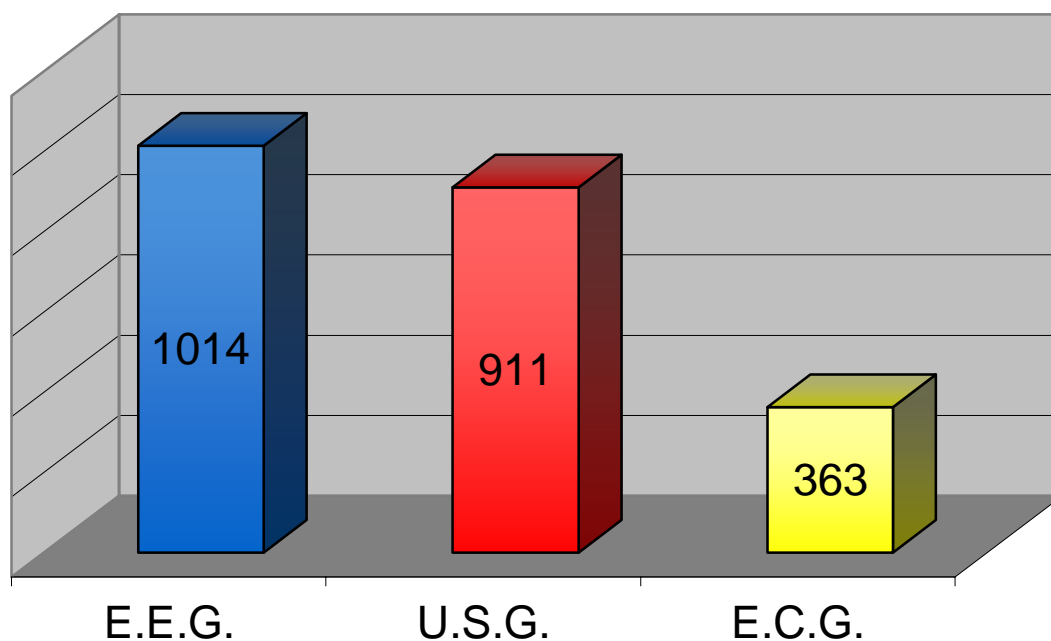


Figura 11: Distribuição do número de pacientes que estão em fila de espera para realizar eletroencefalografia, ultra-sonografia e eletrocardiograma, Consórcio Intermunicipal de Saúde H, janeiro de 2001.

### 5.2.2 Os Exames de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

A eletroencefalografia, em geral solicitada pelo neurologista, se destina a fornecer uma avaliação fisiológica da atividade cerebral, favorecendo o diagnóstico e tratamento de algumas patologias (BRUNNER; SUDDARTH, 1977).

Tabela 17: Distribuição dos municípios pertencentes ao Consórcio Intermunicipal de Saúde H, segundo eletroencefalografias programadas e realizadas, 21/01/00 a 20/01/01 e 21/01/01 a 20/01/02.

MUNI- CIPIO	21/01/00 a 20/01/01					21/01/01 a 20/01/02				
	PROGRAMADA		REALIZADA		REALIZADA/ PROGRA- MADA %	PROGRAMADA		REALIZADA		REALIZADA/ PROGRA- MADO %
	N	%	N	%		N	%	N	%	
1	95	4,0	62	2,5	65,3	96	4,0	75	3,6	78,1
2	191	8,0	104	4,2	54,4	216	9,0	149	7,2	69,0
3	177	7,4	137	5,6	77,4	192	8,0	162	7,8	84,4
4	296	12,4	192	7,8	64,9	311	13,0	150	7,3	48,2
5	73	3,1	85	3,5	116,4	73	3,0	48	2,3	65,7
6	425	17,8	526	21,5	123,8	458	19,0	419	20,3	91,5
7	73	3,1	79	3,2	108,2	73	3,0	80	3,9	109,6
8	94	3,9	45	1,8	47,9	-	-	-	-	-
9	40	1,7	58	2,4	145,0	47	1,9	65	3,2	138,3
10	32	1,3	12	0,5	37,5	26	1,1	10	0,5	38,5
11	72	3,0	91	3,7	126,4	70	2,9	65	3,2	92,9
12	32	1,3	37	1,5	115,6	26	1,1	41	2,0	157,7
13	40	1,7	63	2,6	157,5	47	1,9	49	2,4	104,3
14	114	4,8	152	6,2	133,3	145	6,0	129	6,2	89,0
15	40	1,7	42	1,7	105,0	47	1,9	38	1,8	80,8
16	32	1,3	31	1,3	96,9	26	1,1	35	1,7	134,6
17	125	5,2	223	9,1	178,4	118	4,9	140	6,8	118,6
18	24	1,0	14	0,6	58,3	32	1,3	36	1,7	112,5
19	103	4,3	67	2,7	65,0	93	3,9	80	3,9	86,0
20	72	3,0	140	5,7	194,4	73	3,0	93	4,5	127,4
21	64	2,7	48	2,0	75,0	73	3,0	27	1,3	37,0
22	64	2,7	93	3,8	145,3	73	3,0	77	3,7	105,5
23	112	4,7	149	6,1	133,0	96	4,0	97	4,7	101,0
<b>TOTAL</b>	<b>2390</b>	<b>100,0</b>	<b>2450</b>	<b>100,0</b>	<b>102,5</b>	<b>2411</b>	<b>100,0</b>	<b>2065</b>	<b>100,0</b>	<b>85,6</b>

No período de 21/01/00 a 20/01/01, as eletroencefalografias foram realizadas acima do que estava programado (102,5%) (Tabela 17). Isso pode ter ocorrido, porque esses exames de apoio diagnóstico e terapêutico, no SUS, freqüentemente são realizados por profissionais auxiliares que, na maioria das vezes, na ausência de um pode ser substituído por outro. Ou seja, a produção não depende essencialmente de um único recurso humano. Durante o período de 21/01/01 a 20/01/02, foi registrado em março um conserto do aparelho de eletroencefalografia, colaborando para a sub-realização do que estava programado (85,6%) (Tabela 17).

Em dezembro de 2000, o Secretário de Assistência à Saúde adotou a Consulta Pública nº 01, que após o prazo de trinta dias – para sugestões, contribuições e críticas – seria encaminhada para o Conselho Nacional de Saúde, contendo orientações sobre os parâmetros norteadores do planejamento e controle assistencial no âmbito do SUS. Segundo essa consulta à população, devem-se garantir 33% do total de consultas neurológicas para eletroencefalografias (BRASIL, 2000c).

No período entre 21/01/00 e 20/01/01 foram realizadas 2.450 eletroencefalografias e 7.199 consultas de neurologia; portanto, realizaram-se 34,0% EEG do total de consultas neurológicas. No período entre 21/01/01 e 20/01/02 foram realizadas 2.065 eletroencefalografias e 6.463 consultas de neurologia; portanto, realizaram-se 31,9% EEG do total de consultas neurológicas. A partir de 21 de janeiro de 2001, começaram a ser registrados os resultados das eletroencefalografias – dentro dos limites da normalidade e alteradas. Das 2.065 EEG realizadas entre 21 de janeiro de 2001 e 20 de janeiro de 2002, 27,7% (573) apresentaram resultados alterados e 72,3% (1492) foram considerados dentro dos limites da normalidade. Essas EEG foram requeridas pelos neurologistas do Consórcio H como auxílio diagnóstico e terapêutico, realizadas pela enfermagem e entregues para os próprios neurologistas requisitantes, para que fizessem os laudos. Assim sendo, no período de 21/01/01 a 20/01/02, foram realizadas 31,9% de eletroencefalografias do total de consultas neurológicas, sendo que este percentual está próximo do recomendado pela Consulta Pública nº 01 (33%), e para 72,3% dos

pacientes que realizaram EEG não foram detectadas alterações na atividade cerebral.

Em fevereiro de 2001, havia uma fila de pacientes esperando para realizar eletroencefalografias (Figura 11). Mesmo assim, naquele ano, o Consórcio H realizou menos EEG do que programou (85,6 %) (Tabela 17).

O Eletrocardiograma é um recurso útil nos diagnósticos das afecções que podem reproduzir alterações nas atividades elétricas do coração sendo um apoio ao diagnóstico e tratamento utilizado muito pelo cardiologista (BRUNNER; SUDDARTH, 1977).

Nos dois períodos foram realizados mais eletrocardiogramas do que estava programado (Tabela 18).

Segundo a consulta pública nº 01 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000c), à população se devem garantir 60% do total de consultas cardiológicas para eletrocardiogramas.

No período entre 21/01/00 e 20/01/01, foram realizados 2.491 eletrocardiogramas e 5.439 consultas de cardiologia; assim, foram realizados 45,8% eletrocardiogramas do total de consultas cardiológicas. No período entre 21/01/01 e 20/01/02 foram realizados 2.686 eletrocardiogramas e 5.083 consultas de cardiologia; portanto, 52,8% eletrocardiogramas do total de consultas cardiológicas.

No município 3, as quotas de eletroencefalografia (Tabela 17) e eletrocardiograma (Tabela 18) destinadas ao atendimento dos pacientes foram sub-realizadas nos dois períodos analisados. No entanto, a quota de ultra-sonografia, nos dois períodos analisados, está super-realizada (107,3% e 149,0%) (Tabela 19).

Tabela 18: Distribuição dos municípios pertencentes ao Consórcio Intermunicipal de Saúde H, segundo eletrocardiogramas programados e realizados, 21/01/00 a 20/01/01 e 21/01/01 a 20/01/02.

MUNI- CIPIO	21/01/00 a 20/01/01					21/01/01 a 20/01/02				
	PROGRAMADO		REALIZADO		REALIZADO/ PROGRA- MADO %	PROGRAMADO		REALIZADO		REALIZADO/ PROGRA- MADO %
	N	%	N	%		N	%	N	%	
1	95	4,0	79	3,2	83,2	96	4,0	72	2,7	75,0
2	191	8,0	83	3,3	43,5	216	9,0	115	4,3	53,2
3	177	7,4	3	0,1	1,7	192	8,0	5	0,2	2,6
4	296	12,4	185	7,4	62,5	311	13,0	254	9,5	81,7
5	73	3,1	87	3,5	119,2	73	3,0	34	1,3	46,6
6	425	17,8	801	32,2	188,5	458	19,0	686	25,5	149,8
7	73	3,1	78	3,1	106,8	73	3,0	83	3,1	113,7
8	94	3,9	21	0,8	22,3	-	-	-	-	-
9	40	1,7	57	2,3	148,5	47	1,9	70	2,6	148,9
10	32	1,3	14	0,6	43,8	26	1,1	5	0,2	19,2
11	72	3,0	61	2,5	84,7	70	2,9	109	4,1	155,7
12	32	1,3	39	1,6	121,9	26	1,1	96	3,6	369,2
13	40	1,7	77	3,1	192,5	47	1,9	68	2,5	144,7
14	114	4,8	86	3,5	75,4	145	6,0	100	3,7	69,0
15	40	1,7	56	2,2	140,0	47	1,9	54	2,0	114,9
16	32	1,3	34	1,4	106,3	26	1,1	100	3,7	384,6
17	125	5,2	214	8,6	171,2	118	4,9	304	11,3	257,6
18	24	1,0	36	1,4	150,0	32	1,3	31	1,1	96,9
19	103	4,3	36	1,4	35,0	93	3,9	10	0,4	10,8
20	72	3,0	146	5,9	202,8	73	3,0	239	8,9	327,4
21	64	2,7	26	1,0	40,6	73	3,0	20	0,7	27,4
22	64	2,7	128	5,1	200,0	73	3,0	112	4,2	153,4
23	112	4,7	144	5,8	128,6	96	4,0	119	4,4	124,0
<b>TOTAL</b>	<b>2390</b>	<b>100,0</b>	<b>2491</b>	<b>100,0</b>	<b>104,2</b>	<b>2411</b>	<b>100,0</b>	<b>2686</b>	<b>100,0</b>	<b>111,4</b>

Tabela 19: Distribuição dos municípios pertencentes ao Consórcio Intermunicipal de Saúde H, segundo ultra-sonografias programadas e realizadas, 21/01/00 a 20/01/01 e 21/01/01 a 20/01/02.

MUNI- CIPIO	21/01/00 a 20/01/01					21/01/01 a 20/01/02				
	PROGRAMADA		REALIZADA		REALIZADA/ PROGRA- MADA %	PROGRAMADA		REALIZADA		REALIZADA/ PROGRA- MADA %
	N	%	N	%		N	%	N	%	
1	95	4,0	98	2,6	103,2	96	4,0	108	2,6	112,5
2	191	8,0	90	2,4	47,1	216	9,0	39	0,9	18,1
3	177	7,4	190	5,0	107,3	192	8,0	286	6,8	149,0
4	296	12,4	331	8,6	111,8	311	13,0	306	7,3	98,4
5	73	3,1	109	2,8	149,3	73	3,0	161	3,9	220,5
6	425	17,8	732	19,1	172,2	458	19,0	564	13,5	123,1
7	73	3,1	82	2,1	112,3	73	3,0	119	2,8	163,0
8	94	3,9	2	0,1	2,1	-	-	-	-	-
9	40	1,7	87	2,3	217,5	47	1,9	115	2,8	244,7
10	32	1,3	10	0,3	31,3	26	1,1	12	0,3	46,2
11	72	3,0	218	5,7	302,8	70	2,9	184	4,4	262,9
12	32	1,3	51	1,3	159,4	26	1,1	155	3,7	596,2
13	40	1,7	99	2,6	247,5	47	1,9	91	2,2	193,6
14	114	4,8	223	5,8	195,6	145	6,0	233	5,6	160,7
15	40	1,7	121	3,1	302,5	47	1,9	157	3,8	334,0
16	32	1,3	27	0,7	84,4	26	1,1	126	3,0	484,6
17	125	5,2	388	10,1	310,4	118	4,9	296	7,1	250,8
18	24	1,0	43	1,1	179,2	32	1,3	57	1,4	178,1
19	103	4,3	90	2,4	87,4	93	3,9	217	5,2	233,3
20	72	3,0	261	6,8	362,5	73	3,0	403	9,7	552,1
21	64	2,7	52	1,4	81,3	73	3,0	50	1,2	68,5
22	64	2,7	176	4,6	275,0	73	3,0	133	3,2	182,2
23	112	4,7	348	9,1	310,7	96	4,0	361	8,6	376,0
<b>TOTAL</b>	<b>2390</b>	<b>100,0</b>	<b>3828</b>	<b>100,0</b>	<b>160,2</b>	<b>2411</b>	<b>100,0</b>	<b>4173</b>	<b>100,0</b>	<b>173,1</b>

Quanto à ultra-sonografia, um exame de apoio diagnóstico para muitas especialidades, foram realizadas mais USG do que foi programado nos dois períodos (Tabela 19). O aparelho de ultra-sonografia pertence ao consórcio. Dois especialistas realizam os exames e recebem por procedimento. Essa é outra forma de o médico prestar o seu serviço para o Consórcio.

Mendes (1996) categoriza os Consórcios como *unicêntricos* ou *policêntricos* e chama a atenção para o unicêntrico, conjecturando que esse tipo tem a vantagem de facilitar os fluxos e contra-fluxos entre os níveis do sistema e facilitar a oferta de especialistas, mas tende a promover uma polarização muito forte no município-sede, podendo favorecer mais a população deste município do que dos outros municípios consorciados. Em relação ao consórcio H, o município-sede e os municípios 9 e 17 – que são os mais próximos ao consórcio – realizaram acima do programado em EEG, ECG e USG (Tabelas 17, 18 e 19). Em relação às consultas médicas especializadas, o município-sede também realizou acima do programado (135,5%) (Tabela 13).

### **5.2.3 Os Problemas Não Previstos na Rotina Diária**

Segundo a Tabela 20, em todos os períodos analisados foram registrados pelos funcionários do guichê do CIS H problemas ocorridos com pacientes encaminhados pelos municípios consorciados. A maior concentração dos problemas incidiu no período de 21 de março a 20 de abril de 2000 (22,6%), sendo esse período correspondente ao primeiro relatório realizado com este enfoque. Como mensalmente todos os relatórios realizados pelo consórcio são xerografados e encaminhados para os gestores municipais de cada município consorciado, pode ser que os secretários, ao tomarem consciência dos problemas, tenham realizado alguma intervenção que tenha diminuído as ocorrências nos outros períodos.

O segundo período de maior ocorrência é o de 21 de dezembro de 2000 a 20 de janeiro de 2001 (13,7%). Nesse período, o aumento da incidência de

problemas pode estar, entre outros, relacionado ao período de férias dos funcionários municipais responsáveis pelo encaminhamento dos pacientes para o CIS H.

Tabela 20: Distribuição dos problemas não previstos na rotina diária, segundo período de ocorrência, Consórcio Intermunicipal de Saúde H, 21/03/00 a 20/01/01

PERÍODO	PROBLEMAS	
	N	%
21/03/00 a 20/04/00	43	22,6
21/04/00 a 20/05/00	21	11,1
21/05/00 a 20/06/00	9	4,7
21/06/00 a 20/07/00	11	5,8
21/07/00 a 20/08/00	13	6,8
21/08/00 a 20/09/00	18	9,5
21/09/00 a 20/10/00	19	10,0
21/10/00 a 20/11/00	18	9,5
21/11/00 a 20/12/00	12	6,3
21/12/00 a 20/01/01	26	13,7
<b>TOTAL</b>	<b>190</b>	<b>100,0</b>

Do total dos problemas não previstos na rotina diária do CIS H, 83,8% foram relacionados às especialidades oferecidas aos usuários do Consórcio – sendo exceção somente para fisiologia – e 16,2%, a exames de apoio diagnóstico e terapêutico – ultra-sonografia, eletroencefalografia e eletrocardiograma (Tabela 21). 61,5% Dos problemas ocorreram em relação à neurologia (21,0%), ortopedia (16,8%), cardiologia (13,7%) e oftalmologia (10,0%) (Tabela 21).

Tabela 21 – Distribuição de categorias relacionadas com os problemas não previstos na rotina diária, segundo especialidades e exames de apoio diagnóstico e terapêutico, Consórcio Intermunicipal de Saúde H, 21/03/00 a 20/01/01.

ESPECIALIDADE ou EXAME	* CATEGORIAS													
	TOTAL		2		3		4		7		8		9	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Neurologia	40	21,0	12	30,8	7	8,7	19	26,4	20	29,4	4	33,4	21	52,5
Ortopedia	32	16,8	7	17,9	20	25,0	6	8,3	13	19,1	2	16,7	26	81,3
Cardiologia	26	13,7	2	5,1	8	10,0	16	22,2	9	13,3	1	8,3	20	76,9
Oftalmologia	19	10,0	5	12,8	12	15,0	4	5,6	5	7,4	1	8,3	11	57,9
Ultra-sonografia	18	9,4	4	10,3	6	7,5	7	9,7	4	5,9	2	16,7	6	33,3
Dermatologia	11	5,8	-	-	7	8,7	5	6,9	3	4,4	-	-	4	36,4
Urologia	10	5,2	3	7,7	5	6,3	2	2,8	3	4,4	-	-	6	60,0
Eletroencefalog.	9	4,7	2	5,1	3	3,7	5	6,9	3	4,4	-	-	6	66,7
Otorrinolaring.	7	3,7	1	2,6	3	3,7	3	4,2	2	2,9	1	8,3	2	28,6
Eletrocardiog.	4	2,1	-	-	4	5,0	-	-	-	-	-	-	3	75,0
Reumatologia	3	1,6	1	2,6	1	1,3	1	1,4	2	2,9	1	8,3	-	-
Angiologia	2	1,1	-	-	1	1,3	1	1,4	1	1,5	-	-	1	50,0
Cirurgia Geral	2	1,1	-	-	2	2,5	-	-	-	-	-	-	2	100,0
Endocrinologia	2	1,1	2	5,1	-	-	-	-	2	2,9	-	-	1	50,0
Infectologia	2	1,1	-	-	-	-	1	1,4	-	-	-	-	1	50,0
Psiquiatria	2	1,1	-	-	1	1,3	1	1,4	-	-	-	-	1	50,0
Nefrologia	1	0,5	-	-	-	-	1	1,4	1	1,5	-	-	1	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>190</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>72</b>	<b>100,0</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>112</b>	<b>58,9</b>

\* Categorias: 2=Dois pacientes para uma vaga; 3=Falta de agendamento; 4=Erro de agendamento; 7=Paciente veio na vaga de outro; 8=Insatisfação do paciente; 9=Resolução do problema.

Os registros dos problemas não previstos na rotina diária do consórcio focalizado foram analisados dentro de nove categorias. A categoria 1, que se refere a pacientes que compareceram ao CIS H sem a guia de referência ou com a guia incompleta, ocorreu somente em cinco situações: três relacionadas a cardiologia e duas, a ultra-sonografia, sendo ocorridas nos municípios: 1, 6 e 12. Estes dados revelam que, neste consórcio, a maioria dos pacientes é encaminhada dos municípios consorciados com guias de referência.

A categoria 5, que se refere a pacientes que foram agendados pelo município consorciado mas não compareceram ao atendimento no Consórcio, ocorreu em oito dos problemas registrados e está relacionada a neurologia (2), ortopedia (2), angiologia (1), dermatologia (1), oftalmologia (1) e urologia (1). Essa categoria ocorreu nos municípios: 1, 4, 6, 11, 13 e 23.

A categoria 6, que se refere a pacientes que demoraram em conseguir o agendamento no CIS H, está relacionada a neurologia, a cardiologia e a eletroencefalografia. Os três pacientes são do município-sede do consórcio. Esse dado revela que mesmo os pacientes do município-sede podem encontrar dificuldades para ter acesso aos serviços prestados pelo CIS. Assim estão descritas as situações aqui expostas nos registros do Consórcio:

*“Dia 05/04/2000 compareceu o paciente P.A.L. para consulta com Dr. A.M., neurologista, (...). Este paciente só conseguiu consulta para o Dr. A.M no dia 27/04/2000”.*

*“Dia 21/10/2000 compareceu a paciente N.F.C. para consultar com cardiologista (...) as funcionárias de dois postos mandaram que ela viesse direto aqui porque no posto está demorando muito para ser marcada a consulta (...).”*

*“Dia 10/03/00 compareceu o senhor O.M.B., pela terceira vez com guia do mês 10/99, para fazer um E.E.G. ...”*

Do total de problemas não previstos na rotina diária do CIS H, 21,0% estão relacionados à neurologia. Em 52,5% desses problemas houve capacidade de

solução pela direção do CIS H – categoria 9 (Tabela 21). Dentro das categorias 2, 4, 7 e 8, a maior frequência está relacionada à neurologia, apresentando respectivamente 30,8%, 26,4%, 29,4% e 33,4% (Tabela 21). Exemplos de descrições relacionadas à neurologia e a estas categorias são:

*“Dia 17/10/2000 a agendadora A. mandou o paciente P.R.O. e o paciente A.S. para se consultar com neurologista, Dr. M. na vaga de um só paciente (R.A.) que estava agendado.”*

*“Dia 06/11/00 compareceu a paciente R.C.A. para consultar com neurologistas, chegando aqui sua consulta estava agendada para o Dr. M.P., ortopedista. Falou com a responsável e foi atendida.”*

*“Dia 17/01/01 quarta-feira, o paciente F. C. de A. veio para consultar com o Dr. M, neurologita, sendo que o mesmo não atende as quartas-feiras.”*

*“Dia 10/04/00 compareceu a paciente P. S. para se consultar com o Dr. A.M., neurologista, na vaga de L.P.M., chegando aqui estava agendado para o Dr. J. (...)”*

*“Dia 07/04/00 compareceu o menor acompanhado por sua mãe G.B.R. para uma consulta com Dr. J, neurologista, quem atendeu no Balcão do Guichê disse para a mãe deste paciente que não estava agendado a consulta para seu filho, e ela foi embora. Mas chegando em sua cidade ligou para central de agendamento que informaram que sua consulta estava agendada. Na mesma hora ela ligou para a R., na administração. R. veio até o guichê para verificar se o nome estava na lista, e foi confirmado que sim, R. perguntou para esta mãe quem foi que atendeu no guichê, a mãe da criança descreveu como sendo uma pessoa baixa, gorda, morena, e de cabelos curtos. R. e S. pediram pra que a mãe que retornasse no dia seguinte, que seria na segunda-feira, que íamos revolver o equívoco. Retornaram no dia 10/04/2000 e foi atendida normalmente.”*

Em relação à categoria 3, que se refere a pacientes que compareceram ao Consórcio sem estar agendado o atendimento, a maior frequência está relacionada a ortopedia (25,0%). Do total de problemas relacionados a ortopedia, 81,3% foram resolvidos pela direção do Consórcio. É possível que estes dados mostrem que o agendador acaba encaminhando o paciente sem agendar a consulta de ortopedia, por não conseguir vaga por meio da Central de

Agendamento, por essa especialidade estar relacionada muitas vezes a problemas de saúde que demandam urgência no atendimento. Na categoria 2, que está relacionada ao encaminhamento de dois pacientes para uma vaga, a ortopedia representa 17,9% do total (Tabela 21). Exemplos das categorias 2 e 3 relacionadas com a ortopedia são:

*“Dia 13/01/2000 compareceu a paciente T.S.O. para uma consulta com Dr. M., ortopedista, chegando aqui não estava agendado. Falou com a responsável e foi atendida.”*

*“Dia 25/05/00 a paciente M.H.C.H. veio para se consultar com Dr. L., ortopedista e chegando aqui a consulta não estava marcada. Foi atendido.”*

*“Dia 24/04/2000 compareceu a paciente A. da S., veio se consultar com Dr. P., ortopedista, na vaga de N. P. S. Chegando aqui não tinha nada marcado. (...) Por ter muita gente neste dia a paciente não pode ser atendida.”*

*“Dia 28/09/2000 a agendadora S. mandou D.M. de O. e L. R. dos S. para consultar com Dr. M., em uma só vaga; de V.C.C. Os dois pacientes (...)”*

Do total dos problemas não previstos na rotina diária do CIS H 58,9% foram resolvidos pela direção do Consórcio (Tabela 21). A categoria 9, quando analisada dentro de cada especialidade, apresenta a otorrinolaringologia com o menor percentual de resolução (28,6%) (Tabela 21).

Em relação aos municípios 5, 8, 10, 18 e 21, não foram registrados problemas não previstos na rotina do CIS H (Tabela 22). Esses municípios possuem populações que variam entre 2.790 e 11.325 habitantes, a distância entre eles e o município-sede varia entre 26 a 116 Km (Figura 3) e o percentual de utilização das consultas programadas está entre 24,6% a 105,8% (Tabela 13). Portanto, a variação dos dados referente a estes municípios não conduz a uma conclusão sobre essas exceções.

Tabela 22 - Distribuição de categorias relacionadas com os problemas não previstos na rotina diária, por municípios, Consórcio Intermunicipal de Saúde H, 21/03/00 a 20/01/01.

Município	* CATEGORIAS													
	TOTAL		2		3		4		7		8		9	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	7	3,7	-	-	4	5,0	1	1,4	1	1,5	1	8,3	5	71,4
2	4	2,1	1	2,6	2	2,5	1	1,4	1	1,5	-	-	3	75,0
3	1	0,5	-	-	1	1,2	-	-	-	-	-	-	1	100,0
4	32	16,9	15	38,4	7	8,8	12	16,6	22	32,3	-	-	25	78,1
6	60	31,6	12	30,7	25	31,2	26	36,1	23	33,8	6	50,0	24	40,0
7	11	5,8	-	-	6	7,5	5	6,9	1	1,5	1	8,3	7	63,6
9	2	1,1	-	-	1	1,2	-	-	-	-	1	8,3	-	-
11	4	2,1	-	-	2	2,5	3	4,2	-	-	-	-	3	75,0
12	1	0,5	1	2,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	4	2,1	1	2,6	-	-	3	4,2	1	1,5	-	-	2	50,0
14	7	3,7	1	2,6	2	2,5	3	4,2	-	-	-	-	3	42,9
15	3	1,6	-	-	1	1,2	2	2,8	-	-	-	-	2	66,7
16	1	0,5	-	-	-	-	1	1,4	-	-	-	-	1	100,0
17	9	4,7	-	-	3	3,8	5	6,9	2	2,9	1	8,3	5	55,6
19	8	4,2	-	-	7	8,8	1	1,4	2	2,9	-	-	8	100,0
20	19	10,0	4	10,2	9	11,2	5	6,9	10	14,7	2	16,8	11	57,9
22	9	4,7	1	2,6	7	8,8	2	2,8	1	1,5	-	-	9	100,0
23	8	4,2	3	7,7	3	3,8	2	2,8	4	5,9	-	-	3	37,5
<b>TOTAL</b>	<b>190</b>	<b>100,0</b>	<b>39</b>	<b>100,0</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>72</b>	<b>100,0</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>112</b>	<b>58,9</b>

\* Categorias: 2=Dois pacientes para uma vaga; 3=Falta de agendamento; 4=Erro de agendamento; 7=Paciente veio na vaga de outro; 8=Insatisfação do paciente; 9=Resolução do problema.

Do total de problemas não previstos na rotina diária do CIS H, 64,3% estão relacionados com os municípios 6, 4, 20 e 7, respectivamente com 31,6%, 16,9%, 10,0% e 5,8% (Tabela 22). O município 6 é sede do Consórcio e o município 4 é o segundo município mais populoso; já os municípios 20 e 7 possuem, respectivamente, populações de 8.550 e 7.089 habitantes. A distância entre o município 4 e o município-sede é de 34 Km. Já em relação ao município 20, a distância é de 50 Km e ao município 7, 46Km (Figura 3). Quanto à utilização das consultas programadas, o município 6 super-utilizou (135,5%), o município 4 sub-utilizou (36,0%), os municípios 20 e 7 utilizaram respectivamente 68,8% e 79,5% (Tabela 13). Isso parece demonstrar que a variação nas características dos municípios não é diretamente relacionada a uma menor ou maior probabilidade de ocorrência de problemas.

Do total de problemas não previstos na rotina diária do CIS H, 31,6% está relacionada ao município-sede (6). 40,0% Desses problemas foram solucionados pela direção do CIS H – categoria 9 (Tabela 21). Dentro das categorias 3, 4, 7 e 8, a maior frequência está relacionada a esse município, apresentando respectivamente 31,2%, 36,1%, 33,8% e 50,0% (Tabela 21). Exemplos de descrições relacionadas a esse município e a estas categorias são:

*“Dia 08/06/00 compareceu a Srª D.I.L. para fazer uma consulta com Dr. C, cardiologista e um E.C.G. Só agendaram a consulta, ligamos para o posto e a agendadora L. confirmou o erro e pediu para a paciente voltar lá.”*

*“Dia 23/08/00 compareceu o paciente A.V. com sua guia de encaminhamento era para dermatologia e o seu problema era realmente de pele e a sua consulta estava marcada para reumatologia. Não foi atendido pois o Dr. E., dermatologista, não atende nos dias de quarta-feira. O senhor ficou de voltar no dia seguinte pra tentar um encaixe com a responsável.”*

*“Dia 01/11/00 compareceu a paciente N. A. para consultar com Dr. L, ortopedista, e pela segunda vez estava agendado errado. A primeira vez marcarão (sic) para o Dr. P. A segunda vez com Dr. M. A paciente pediu para falar com a responsável para esperar uma vaga. Falou com a responsável e foi atendida.”*

*“Dia 22/03/00 compareceu G.S.R. veio se consultas com Dr. M., ortopedista, na vaga de S.R.A., agendada pela L., mas a agendadora C. já havia mandado o Sr. N.S. nesta mesma vaga. A senhora G.S.R. ficou muito nervosa e foi embora porque a agenda estava lotada.”*

*“Dia 15/03/00 compareceu para se consultar com Dr. H, oftalmologista, a paciente C. A. dos S., mas a agendadora D. marcou a consulta para a Dr<sup>a</sup> M, ofalmologista, ao entrar na sala a Dr<sup>a</sup> M. não quis atender e mandou voltar ao guichê, chegando ao guichê explicamos para o esposo da paciente para esperar a responsável pra ver se conseguia um encaixe com o Dr. H. que iria atender as 12:30, mas a senhora ficou muito irritada e rasgou a guia em nossa frente, dizendo que isto aqui esta uma bagunça e que ela não entende mais nada.”*

Em relação à categoria 2, referente ao encaminhamento de dois pacientes para uma mesma vaga, a maior frequência está relacionada ao município 4 (38,4%). Do total de problemas relacionados com esse município, 78,1% foram resolvidos pela direção do CIS H (Tabela 22), sendo exemplo:

*“Dia 28/03/00 a agendadora L. mandou o paciente R. da C., na vaga de M.M.S.P., para se consultar com Dr. J., neurologista, que foi atendido, e logo em seguida chegou o paciente V.E.C.C., para ocupar a mesma vaga do Sr. M.M.S.P.,mandado pela mesma agendadora. Foi falar com a responsável que autorizou uma consulta a mais.”*

A categoria 9, quando analisada em relação a cada município, apresenta o município 23 com o menor percentual de resolução (37,5%) (Tabela 22).

## **6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná seguem a lógica de formação dos consórcios do Brasil. Os municípios compõem parcerias visando à resolução de problemas que lhes são comuns. Dos 399 municípios paranaenses, 325 faziam parte de um dos vinte consórcios existentes em 2000. Esses municípios consorciados ampliam a sua capacidade de atender as demandas de saúde de seus municípios. A implantação dos consórcios proporcionou uma potencialização e ampliação da oferta de serviços especializados do SUS.

Os consórcios, por contratarem especialistas, aumentam a inserção dessa categoria profissional nos serviços de saúde pública, beneficiando os usuários do SUS, mas geram polêmica sobre as formas de contratação. Pois, em geral, não contratam por meio de concurso público.

Os antigos Centros Regionais de Especialidades, administrados pelo governo do Paraná, ficaram com baixa oferta de consultas especializadas por não suprirem, através de concurso público, as vagas abertas por motivo de aposentadoria ou óbito, entre outros, de seus ocupantes. Nesse cenário, o governo de estado estimulou a formação de consórcios, cedendo prédios, equipamentos e funcionários, ao passo que os dirigentes dos CIS contrataram funcionários adicionais, muitos sem concurso público, ampliando a oferta de serviços especializados. Em relação aos recursos humanos cedidos para os consórcios, ainda pode estar acontecendo uma conjuntura parecida com o que vem ocorrendo com os recursos humanos municipalizados. Conflitos podem se instaurar, dado que a gestão do trabalho está sob a responsabilidade do dirigente do consórcio, mas o vínculo formal de trabalho e a gestão salarial permanecem sob o controle das instâncias de origem dos profissionais – municípios, estado e união.

Assim, se por um lado os Consórcios Intermunicipais de Saúde colaboram positivamente com a ampliação da oferta de serviços de saúde no SUS, por outro, provocam discussões quanto às formas de contratação de recursos humanos. Ribeiro e Costa (2000, p.) quando analisaram um consórcio de São Paulo ressaltam que o (...) *consórcio se constitui em uma entidade distinta das prefeituras que o compõem e o caráter ambíguo assinalado permite que funcionários*

*contratados por regime CLT venham no futuro a requerer possíveis benefícios do Regime Jurídico Único (RJU).*

No consórcio focalizado ficou evidente que, na dinâmica da oferta de consultas especializadas, há uma certa dificuldade no ajuste entre o consórcio, os municípios e os pacientes. O consórcio programa uma oferta de consultas, os municípios sub agendam essas consultas e, como não comparecem todos os pacientes agendados, no dia a dia, a administração do Consórcio insere pacientes para serem atendidos nas vagas existentes. Para a população de apenas três municípios associados a este consórcio, foram realizadas consultas acima do programado; para a população de doze municípios, a relação entre as consultas realizadas por programadas variou entre 60,2 e 97,9%; para a população de oito municípios, foram realizados nem sequer 50% do programado. Enquanto isso, a população do município-sede do consórcio foi, entre outras, beneficiada com uma oferta de consultas e exames de apoio diagnóstico e terapêutico acima do que lhe foi programado, embora o município não tivesse agendado todas as consultas programadas para os seus pacientes. O que favoreceu este resultado foram as consultas inseridas diariamente durante o atendimento do consórcio. Isso provavelmente reafirma a facilidade que a população do município-sede acaba tendo para utilizar as consultas do consórcio. A porta de entrada do consórcio torna-se seletiva para aqueles que procuram no próprio consórcio os serviços oferecidos.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF) estão sendo implantados no país como estratégias capazes de mudar o modelo assistencial e de estruturar a atenção básica. À medida que estas estratégias atingirem os seus objetivos, poderão organizar a demanda a ser referenciada para os Consórcios Intermunicipais de Saúde, também considerado uma estratégia. Mas mesmo que estas estratégias sejam bem formuladas e viáveis, dependem, em grande parte, dos recursos humanos, pois somente com a responsabilidade, participação e interação deles poderá haver resultados positivos.

Os parâmetros de cobertura utilizados nesta pesquisa são ainda provisórios, pois foram retirados de consulta pública feita pelo Ministério da Saúde

em 2001 e não há, até o momento, normalização alguma. Portanto, a discussão sobre parâmetros nesta pesquisa somente teve o papel de levantar questões sobre este aspecto. A cobertura de uma especialidade requer debates. Em geral, a população alvo no SUS parece estar representada somente por uma parcela da população com renda mais baixa e não por toda população brasileira. Em estudo realizado em um consórcio do Paraná, ficou demonstrado que 19,8% da população atendida era analfabeta e 49,0% possuíam somente o primeiro grau incompleto; apenas 1,4% possuíam o 3º grau completo (FERRAES; NICOLETTO; CORDONI JÚNIOR, 1998). Quanto às especialidades, certamente existe variação entre a necessidade da população para cada especialidade. Além disso, com a escassez de recursos financeiros, também é preciso haver prioridades dentro da oferta de consultas especializadas.

Paralelamente à implantação do Sistema Único de Saúde vem caminhando no país uma lógica de mercado, pela qual a saúde freqüentemente tem sido entendida como uma mercadoria – tanto para quem oferece o serviço de saúde como para o quem recebe. Nesse contexto, há uma tendência de se centrar a ação exclusivamente na quantidade de consultas e exames especializados. No entanto, para oferecer serviços de saúde com qualidade e resolutividade, é preciso se lançar mão de ferramentas importantes como o planejamento, a avaliação e a epidemiologia.

Em uma sociedade de consumo de bens e serviços, estimula-se o consumo à medida que se cria uma oferta. A oferta de consultas especializadas está totalmente vinculada à inserção do especialista no consórcio e à disponibilidade de ele produzir consultas. A capacidade do consórcio em atender o paciente está baseada na lógica de disponibilidade de consultas – o médico disponibiliza x consultas diárias para atender o paciente. No entanto, valorizar a organização da oferta segundo o perfil de necessidades da população requer uma nova lógica de programação e distribuição de serviços especializados, que precisa ultrapassar o simples sistema de distribuição de cotas segundo o tamanho populacional. Há necessidade de se criar indicadores que permitam medir e avaliar a adequação e

resolutividade da oferta de serviços especializados. Talvez, aqui, também, deva valer o princípio da equidade, beneficiar mais quem precisa mais.

Ficou evidente que a referência e a contra-referência de pacientes são deficientes e que apenas a padronização da guia não as efetua. A autonomia da prática médica e a dificuldade dessa classe profissional de se enquadrar nas normas podem estar interferindo nesta questão. Ao se verificar que, para uma mesma especialidade, um paciente demora um dia e outro, meses para conseguir uma consulta, fica evidenciada uma desigualdade de acesso entre os usuários do consórcio. A referência e a contra-referência adequadas em um sistema de saúde são imprescindíveis, e ações neste campo precisam ser implantadas.

Os relatórios realizados pelos funcionários do guichê revelam papel importante na elucidação de dificuldades encontradas diariamente com os pacientes que chegam para serem atendidos no Consórcio, inclusive, evidenciam que muitos dos problemas estão sendo causados por agendamentos realizados de forma inadequada. Esse tipo de relatório permite detectar os problemas, possibilitando realizar algumas intervenções visando à resolução deles.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que neste momento histórico está em fase de implantação no país, é uma estratégia de regionalização através da qual se propõe, entre outros objetivos, integrar os sistemas municipais e permitir que o gestor estadual exerça o papel de coordenador e mediador da regionalização e organização da assistência. Com certeza a NOAS trará mudanças na atuação e organização dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Em síntese, os consórcios promovem a organização e a ampliação da assistência médica especializada oferecida à população paranaense e, mesmo com as dificuldades apontadas, o Consórcio Intermunicipal de Saúde é uma estratégia em construção que tende a se efetivar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Sua implantação é um dos caminhos viáveis para potencializar a assistência médica especializada, mas eles precisam ser vistos como um instrumento de gestão

de serviços de saúde que deva ser utilizado com critérios, planejamento e com um adequado sistema de referência e contra-referência.

Por um lado, a grande adesão dos dirigentes dos consórcios à realização desta pesquisa e suas expectativas pelos resultados pode indicar que eles estão abertos para avaliações e esperam a colaboração da pesquisa científica para apontar caminhos que possam desencadear processos de superação das dificuldades encontradas por eles. Por outro lado, como uma parte da pesquisa foi realizada com questionários respondidos pelos próprios dirigentes existe a possibilidade de alguma informação não corresponder totalmente com a realidade, embora se tomou o cuidado de utilizar também os relatórios do Conselho Estadual de Saúde para evitar possíveis distorções.

Há de se recomendar aos atores responsáveis pelos destinos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde que abram mais espaço para os trabalhadores de saúde e os usuários nos fóruns de discussão sobre consórcios e nas reuniões de planejamento, buscando melhor qualificar os serviços de saúde oferecidos. Dessa maneira, também, colaboram para que cada ator inserido no campo da saúde assuma a responsabilidade que lhe cabe.

É importante ressaltar que os Consórcios Intermunicipais de Saúde se tornarão mais legítimos à medida que se integrarem efetivamente no âmbito do SUS, respeitando sua legislação, e contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde e do nível de satisfação do usuário.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C. Médicos e assistência médica: estado, mercado ou regulação? uma falsa questão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.659-676, out./dez. 1997.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR: 6023**: informações e documentação - referências - elaboração. Rio de Janeiro, ago. 2000.

\_\_\_\_\_. **NBR: 10520**: informações e documentação - apresentação de citações em documentos. Rio de Janeiro, jul. 2001a.

\_\_\_\_\_. **NBR: 14724**: informações e documentação – trabalhos acadêmicos. Rio de Janeiro, jul. 2001b.

AUED, C. Consórcio Intermunicipal de Saúde de Paranavaí. In: PARANÁ. Conselho Estadual de Saúde. **Controle social e Consórcio Intermunicipal de Saúde**. Curitiba:Secretaria da Saúde, 1996, p.19-20.

BADUY, R. S.; CORDONI JÚNIOR, L. Programa saúde da família em Londrina: construindo novas práticas sanitárias. **Espaço para a Saúde**, v.1, n.1, p. 65-90, dez.1999. Disponível em: <[http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n1/doc/artigos/saude\\_da\\_familia.htm](http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n1/doc/artigos/saude_da_familia.htm)>. Acesso em: 10 maio 2001.

BASTOS, F. A.; MISOCZKY, M. C. **Avançando na implantação do SUS**: Consórcios Intermunicipais de Saúde. Porto Alegre: Dacasa, 1998. 107p.

BERTONE, Arnaldo A. Proposta da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. In: PARANÁ. Conselho Estadual de Saúde. **Controle social e Consórcio Intermunicipal de Saúde**. Curitiba:Secretaria da Saúde, 1996a, p.16.

\_\_\_\_\_. Consórcios Intermunicipais de Saúde: uma estratégia rumo à regionalização. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n.16, p.36-39, dez. 1996b.

BLEJMAR, B.; ALMEIDA, M. Mudança organizacional e transformação social. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. **A Educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento em mudança. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999, v.1, p.17-45.

BORGES, M. Secretários de saúde discutem consórcio. **Folha de Londrina**, Londrina, 30 jun. 2001. Disponível em: <<http://www.bonde>>. Acesso em: 30 jun. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <[http://www.jol.com.br/legis/leis/Lei\\_8080\\_90.htm](http://www.jol.com.br/legis/leis/Lei_8080_90.htm)>. Acesso em: 3 abr. 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142, de 28 dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <[http://www.jol.com.br/legis/leis/Lei\\_8142\\_90.htm](http://www.jol.com.br/legis/leis/Lei_8142_90.htm)>. Acesso em: 3 abr. 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. 20p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **NOB/96, vigilância sanitária, Consórcio Intermunicipal de Saúde, recursos humanos para a saúde**. Ouro Preto, 1996. 71p. Relatório final da oficina de trabalho.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **NOB-SUS 001/96**, Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS. Brasília: M.S., 1997a. 36p. Publicado no D.O.U. de 6/11/96.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O consórcio e a gestão municipal em saúde**. Brasília: SPSA, 1997. 30 p. Oficina de trabalho realizada em julho de 1997b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde. In: \_\_\_\_\_. **RELATÓRIO FINAL DA CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**, 10., 1996, Brasília. **Relatório...** Brasília: o Ministério, 1998a. 102 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Descentralização - Consórcios**. 1998b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/descen/consorci/consorc/.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual para a organização de atenção básica**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 1999. 40p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos:** (Res. CNS 196/96). Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. 87p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à saúde:** aprofundando a descentralização com garantia de equidade no acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b. 34p. 2ª versão preliminar para discussão interna do MS e exposição à CIT em 20/07/200. Não publicado.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência a Saúde. Consulta pública nº 01 de 08 de dezembro de 2000. Parâmetros norteadores do planejamento e controle assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 dez. 2000c. Seção 1. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/materia.asp?id=679803600>>. Acesso em: 27 dez. 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 95/GM de 26 de janeiro de 2001. Anexo: **Norma Operacional de Assistência à Saúde /SUS**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/Gm/GM-095.htm>>. Acesso em: 14 abr. 2001.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1977. 1269p.

CAMPOS, C. E. A. **A desordem da demanda:** os inquéritos de morbidade, demanda e utilização sob a perspectiva do planejamento em saúde, um estudo de caso. 1991. 167f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994. 175p.

\_\_\_\_\_. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, jan. 1999. Disponível em:<<http://www.scielo.org/cqi-bin/fbtext?got=last&pid=S0102-311X1999000100019&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 15 jan. 2001.

CAMPOS, G. W. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. de C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.141-144, jan./mar. 1997.

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

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.647-654, jul./set. 1999.

CARVALHO, B. G. **Internações hospitalares em Londrina: 1990 - 1998**. 2000. 122f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde, Londrina.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JÚNIOR, L. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001. cap.2, p.27-59.

CARVALHO, Gilson; ROSEMBURG, C. P.; BURALLI, K. O. Avaliação de ações e serviços de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.24, n.1, p.72-87 jan./fev. 2000.

CARVALHO, Guido I.; SANTOS, L. **Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90) Sistema Único de Saúde**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1995. 394p.

CHAMMÉ, S. J. Intervenção sanitária na saúde e doença: o avanço das discussões. In: CANESQUI, A. M. (Org). **Ciências sociais em saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 1999. p.1-17.

COELHO, J. R. G. P.; VELOSO, C. Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n.17, p.36-38, mar. 1997.

COHN, A. et al. O acesso em discussão: o viés da racionalidade e o viés da carência. In: \_\_\_\_\_. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991. cap.3, p.67-92.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A. C. (org.) **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1994. p.225-244.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES EM SEGURIDADE SOCIAL. **Consórcios intermunicipais de saúde: SUS tente essa idéia!**. 2000.

Disponível em: <<http://www.cntsscut.org.br/index41.htm>>. Acesso em: 28 maio 2000.

CONGRESSO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 17., 2001. **Gestão do SUS**: integrada, participativa e solidária nos três níveis de governo. Arapongas, 2001. Relatório Final.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.44/94, de 12 agosto de 1994. Resolve sobre as especialidades médicas reconhecidas pelo conselho federal de medicina para efeito de registro de qualificação de especialistas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 ago. 1994. p.12.414. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/>>. Acesso em: 15 jun. 2001.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.455/95, de 11 agosto de 1995. Resolve reconhecer a acupuntura como especialidade médica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 ago.1995. p.12.675. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/>>. Acesso em: 15 jun. 2001.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO NORTE DO PARANÁ. **Manual auxiliar de atividades desenvolvidas no CISNOP**. Cornélio Procópio: [s.n.],1997.

\_\_\_\_\_. Edital nº 001/200: Abertura das inscrições para o Concurso Público. **A Voz do Povo**, Cornélio Procópio, edição 10-19 de abr., p. 4, 2000a.

\_\_\_\_\_. Edital nº 007/2000: Resultado final do Concurso. **A Voz do Povo**, Cornélio Procópio, edição 11-20 jun., p. 3, 2000b.

\_\_\_\_\_. **CISNOP seu funcionamento**. Cornélio Procópio: [s.n.], 2000c. 34p. Mimeografado.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Estado deve gerir e controlar saúde. **Folha de São Paulo**, Cotidiano, p.1, 13 ago. 1997.

CORDONI JUNIOR, L. Consórcios. **Folha de Londrina**, Londrina, 01 out. 2000. Caderno 1. Saúde Londrina, p.2.

COSTA, N. R. Políticas sociais e crise do estado: relativizando crenças cognitivas. **Revista Ciências da Saúde**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.28-34,1996.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.103-107, jan./mar. 1997.

DIAS, N. L. C. Consórcio Intermunicipal de Saúde de Campo Mourão. In: PARANÁ. Conselho Estadual de Saúde. **Controle social e Consórcio Intermunicipal de Saúde**. Curitiba: Secretaria da Saúde, 1996. p.12-13.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. Medicina na Sociedade de Classes. In:\_\_\_\_\_. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976. Cap. 2, p.29-68.

FERRAES, A. M. B.; NICOLETTO, S. C. S.; CORDONI JÚNIOR, L. **Avaliação de serviços prestados pelo consórcio intermunicipal de saúde do norte do Paraná**. 1998. 78f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde, Londrina.

FERRAES, A. M. B.; NICOLETTO, S. C. S.; CORDONI JÚNIOR, L.; PETRIS, A. J. Avaliação do consórcio intermunicipal de saúde do norte do Paraná sob o ponto de vista do usuário. **Espaço para a Saúde**, v.2, n.1, p.113-132, jun., 2000. Disponível em: <[http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/Avaliação\\_CISNOP-artigo%20revisado.htm](http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/Avaliação_CISNOP-artigo%20revisado.htm)>. Acesso em: 12 jul. 2000.

FERRAES, A. M. B.; NICOLETTO, S. C. S.; CORDONI JÚNIOR, L. Programa Linha da Saúde: acesso a serviços especializados. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 7., 2001, Santos. **Resumos...** São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública, 2001, p.37-38, ref. A234-018.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**, São Paulo: Hucitec, 1998. 190p.

FONTES, A. Consórcios intermunicipais: um instrumento para o planejamento local. **Revista de Administração Municipal**, Rio de Janeiro, v.38, n.198, p. 46-56, jan./mar. 1991.

FURTADO, L. A. C.; TANAKA, O. Y. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.32, n.6, p.587-595, dez.1998.

GERCHMANN, L. RS possui 2 consórcios no interior. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 28 jul. 1997.

GONTIJO, L. T. et. al. Sete cidades e uma história comum. **Espaço para a Saúde**, Curitiba, v.3, n. 3, p.11-13, maio 1994.

GUTIERREZ, P. R. **A municipalização e a experimentação de modelos assistenciais em Londrina: os dilemas e as descontinuidades do processo**. 1999. 175f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

HORTALE, V. A.; PEDROSA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.231-239, jan./mar. 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População. Censo Demográfico 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/censo2000/>>. Acesso em 16 abr. 2001.

JUNQUEIRA, L. A. P. ; INOJOSA, R. M. O processo de municipalização na política de saúde em São Paulo. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.5, p.130-52, set./out. 1997.

LIMA, A. P. G. **Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde**. 1998. 162f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

\_\_\_\_\_. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, out./dez. 2000.

LIMA, A. P. G; PASTRANA, R. M. Articulação de municípios em consórcios intermunicipais de saúde: uma inovação dentro do SUS. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6., 2000, Salvador. **Anais...** Salvador: Abrasco, 2000. 1 CD room.

LIMA, S. Governo reajusta atendimentos do SUS. **Folha de Londrina**, Londrina, 27 jun. 2002. Caderno Geral, p.9.

LONDRINA. Secretaria Municipal da Saúde de Londrina. Saúde organiza marcação de consultas para reduzir espera. **Boletim Informativo da Saúde**, Londrina, v. 5, n. 25, p.7, jan./mar. 2001.

LOPES, M. A. R. **Constituição Federal**: atualizada até 31.12.2000. 6.ed., São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001. 291p.

MACHADO, E. N.M. A Organização da atenção secundária e terciária no nível local: os consórcios intermunicipais de saúde. In: MENDES, E. V. (Org.) **Organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. cap.12, p.293-317.

MACHADO, M. H. As profissões e os SUS: arenas conflitivas. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 14, p. 44-47, ago.1996.

\_\_\_\_\_. (Coord.). **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 244p.

MARABÁ (Pará). Prefeitura Municipal. **Consórcio Inermunicipal de Saúde dos Municípios do Araguaia e Tocantins**. Marabá: [s.n.], 2000. 11p.

MARGARIDA, A. S.; TIRONI, C. L.; LIMA, M. da G. Centrais de marcação de consultas especializadas e de leitos hospitalares. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n.16, p.67-69, dez. 1996.

MATO GROSSO. Secretaria do Estado de Saúde de Mato Grosso. **Consórcios – Informações**. 2000. Disponível em: < <http://www.saude.mt.gov.br/index07main02a2.html>>. Acesso em: 28 maio 2000.

MEDAUAX, O. Convênios e consórcios administrativos. **Boletim de Direito Administrativo**, São Paulo, v.11, n. 8, p.451-461, ago. 1995.

MEIRELLES, H. L. **Direito administrativo brasileiro**. 19.ed., São Paulo: Malheiros, 1994. p.354-356.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. 300p.

\_\_\_\_\_. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E. V. (Org.) **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998a. cap.1, p.17-55.

\_\_\_\_\_. Erros e acertos no novo caminho. **Jornal do Brasil**, Belo Horizonte, 8 fev. 1998b. Caderno Saúde em Minas, p 38.

\_\_\_\_\_. **Programa de reforma do sistema estadual de saúde do estado da Bahia**: sistemas microrregionais de serviços de saúde e consórcios intermunicipais de saúde. Brasília: [s.n.], 2000. Relatório de consultoria.

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do Cebes**, São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.125-141.

MINAYO, M. C. S. Quantitativo e qualitativo em indicadores de saúde: revendo conceitos. In: COSTA, M. F. L.; SOUZA, R. P. **Qualidade de vida: compromisso da epidemiologia**. Belo Horizonte: Coopmed/Abrasco, 1994. 290p.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? **Carderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-262, jul./set. 1993.

MÜLLER, M. S.; CORNELSEN, J. M. **Normas e padrões para teses, dissertações e monografias**. 3. ed., Londrina: Ed. UEL, 2001. 126p.

MÜLLER NETO, J. Saúde ganha novos rumos em Mato Grosso. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n.17, p. 30-35, mar., 1997.

NICOLETTO, S. C. S.; FERRAES, A. M. B.; CORDONI JÚNIOR, L. Referência e contra-referência: é realidade? In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 7., 2001, Santos. **Resumos...** São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública, 2001, p.170, ref. B6-028.

NOAS-SUS 01/2001 instrumentos e processos balanços e perspectivas. **Jornal do CONASEMS**, Brasília, v.5, n.77, p. 8-9, nov. 2001.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994. 176p.

NOVAES, H. M. **Contribuição ao estudo de ações integradas em serviços de saúde**. Análise conceitual e apreciação em programas selecionados na América Latina. 1989. 257f. Dissertação (Habilitação a Livre Docência) - Departamento de Prática de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública, São Paulo.

\_\_\_\_\_ La formación del medico para acciones en los sistemas locales de salud. **Educación Médica y Salud**, vol. 24, n.4. p.363-378, 1990.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. cap. 18, p.455-466.

PARANÁ. **Plano estadual de saúde. Propostas básicas.** Movimento Paraná novos caminhos. Curitiba, 1994. 26 p. Mimeografado.

PARANÁ. Plano estadual de saúde do Paraná 1997-1998. Diretrizes básicas e métodos de gestão na secretaria de estado de saúde do Paraná. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n.16, p.17-21, dez. 1996.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. **Relatório de avaliação e acompanhamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde**, Curitiba: Secretaria da Saúde, 1997. 4p.

\_\_\_\_\_. Lei complementar nº 82. **Diário Oficial**, Curitiba, 24 jun. 1998a. seção poder executivo, v.134, n.5277. p.1-5.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano. **Consórcios Intermunicipais**. 1998b. Disponível em: <<http://www.pr.gov.br/celepar/sedu/wwwsedu/consmun.html>>. Acesso em: 20 mar. 2001.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. Comissão de Acompanhamento da Municipalização e Consórcios. **Perfil dos Consórcios Intermunicipais de Saúde**. Curitiba: Secretaria da Saúde, 1998c.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. Comissão de Acompanhamento da Municipalização e Consórcios. **Relatório de atividades**. Curitiba: Secretaria da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas. Diretoria de Contas Municipais. **Prestação de contas dos Consórcios Intermunicipais – exercício de 2000 documentos integrantes**. Curitiba: [s.n.], 2000. Mimiografado.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. **Levantamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde ano 2001**. Curitiba: Secretaria de Saúde, 2001a.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. **Plenária de gerenciamento de Consórcios Intermunicipais de Saúde**. Curitiba:[s.n.], 2001b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. **Resoluções do Conselho Estadual de Saúde do Paraná desde sua instalação até a convocação da 5ª Conferência Estadual de Saúde**. Curitiba: Secretaria da Saúde, 2001c, 314p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Instituto de Saúde do Paraná. **Consórcio Paraná Saúde**. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/Sesa\\_fazendo/Consorcio\\_medicamento/consorcio\\_paraná.htm](http://www.saude.pr.gov.br/Sesa_fazendo/Consorcio_medicamento/consorcio_paraná.htm)>. Acesso em: 1 jul. 2001d.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Instituto de Saúde do Paraná. **Consórcios Intermunicipais de Saúde**. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/Sesa\\_fazendo/Consocios/consorcios.htm](http://www.saude.pr.gov.br/Sesa_fazendo/Consocios/consorcios.htm)>. Acesso em: 1 jul. 2001e.

\_\_\_\_\_. **Associação dos Consórcios e Associações Intermunicipais de Saúde do Paraná**. Curitiba:[s.n.], 17 de dez. 2001f. 5p. Ata de Criação.

RIBEIRO, J. M. Os Consórcios Intermunicipais no SUS: parceria e cooperação técnica. **Espaço para a Saúde**, Curitiba, v.3, p. 41-42, maio 1994.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). **Planejamento e Políticas Públicas (IPEA)**. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.173-220, 2000.

ROSSELLI, D. et al. Estimación de la oferta de médicos especialistas en Colombia con el método de captura-recaptura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v.9, n.6, p.393-398, jun. 2001.

SANTANA, J. P. de. Recursos humanos: desafios para os gestores do SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 14, p. 33-37, ago. 1996.

SANTOS, L. Consórcios Intermunicipais de Saúde e controle social. In: PARANÁ. Conselho Estadual de Saúde. **Controle social e Consórcio Intermunicipal de Saúde**. Curitiba:Secretaria da Saúde, 1996, p.12-13.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. A descentralização da saúde no estado de Mato Grosso, Brasil: financiamento e modelo de atenção. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v.8, n.4, p.242-249, jun. 2001.

SCHNEIDER, A. C. **Consórcios Intermunicipais de Saúde: instrumento de organização do sistema de saúde**. 1998. 104f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro.

SCHÖELLER, C. C. D. Santa Catarina: um estado de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n.17, p.64-66, mar. 1997.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho**. São Paulo: Hucitec, 1993. 229 p.

SCHWARTZMAN, S. A qualidade no espaço universitário: conceitos, modelos e situação atual. In: CONGRESSO INTERNACIONAL QUALIDADE E EXCELÊNCIA NA EDUCAÇÃO, 1., 1993, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.airbrasil.org.br/simom/gamaf.htm>>. Acesso em: 28 abr. 2001.

SILVA, L. M. V. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo: Abrasco, v.4, n. 2, p. 331-339, 1999.

SILVA, S. F. da. **A Construção do SUS a partir do município**. São Paulo: Hucitec, 1996. 116 p.

SOTO, S. C.; RUEDA, J. J. V. El ejercicio de la medicina em el contexto médico-social del año 2000. **Rev. Esp. Salud Pública**, v.73, n.1, p. 13-24, 1999.

SOUZA, A. N. Formação médica, racionalidade e experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo: Abrasco, v.6, n. 1, p. 87 - 96, 2001.

SOUZA, M. F. Saúde da Família provoca inovações nas instituições de ensino superior. **Saúde da Família**, Brasília: M.S., v.1, n.2, p.8-11, 2000.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. Hucitec/Abrasco, São Paulo, Rio de Janeiro, 1995.

VAZ, C. J. **Consórcios Intermunicipais**. 1997. Disponível em: <<http://www.federativo.bndes.gov.br/dicas/D097.htm>>. Acesso em: 28 maio 2000. Auxiliar de Pesquisa: Emiliano Caccia-Bava.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Médicos para la salud: estrategia mundial de la OMS para reformar la enseñanza de la medicina y la práctica médica en pro de la salute para todos**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1996. 24p.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A**

### **Questionário**



**Universidade Estadual de Londrina  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento Materno Infantil e Saúde Coletiva  
Mestrado em Saúde Coletiva**

## **OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DO PARANÁ E A ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA**

### **QUESTIONÁRIO E INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO**

**LONDRINA**

**2001**

Desde já agradecemos a sua colaboração e contribuição para a pesquisa científica e desejando obter qualquer informação comunique-se com os e-mail abaixo:

PESQUISADORA:  
SONIA CRISTINA STEFANO NICOLETTO  
E-Mail: [nicoletto@onda.com.br](mailto:nicoletto@onda.com.br)

ORIENTADOR:  
PROF. DR. LUIZ CORDONI JÚNIOR  
E-Mail: [cordoni@sercomtel.com.br](mailto:cordoni@sercomtel.com.br)

**Por favor, preencha o Questionário com letra de forma ou datilografado. Obrigado.**

### **Instruções para o preenchimento da página 01 do Questionário**

#### **IDENTIFICAÇÃO:**

- 1. NOME DO CONSÓRCIO:** Preencher o campo com o nome completo  
**SIGLA:** atual do Consórcio Intermunicipal de Saúde
- 2. MUNICÍPIO SEDE:** Preencher o campo com o nome do município onde se localiza a sede do consórcio por extenso (completo).
- 3. DATA DE CRIAÇÃO:** Preencher com a data oficial que foi criado o Consórcio.

#### **A. MUNICÍPIOS:**

- 4. MUNICÍPIOS CONSORCIADOS:** Listar os nomes completos dos municípios consorciados.

**OBSERVAÇÃO:** Se houve alguma alteração em relação aos municípios ou populações desde a criação do Consórcio favor colocar uma observação nesta questão 4.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA – MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA 01  
**QUESTIONÁRIO - CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DO PARANÁ**

1. NOME DO CONSÓRCIO: \_\_\_\_\_

SIGLA: \_\_\_\_\_

2. MUNICÍPIO SEDE: \_\_\_\_\_

3. DATA DE CRIAÇÃO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**A. MUNICÍPIOS E POPULAÇÕES:**

4. MUNICÍPIOS CONSORCIADOS

NOME DO MUNICÍPIO
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.
21.
22.
23.
24.
25.
26.
27.
28.
29.
OBSERVAÇÕES:

## Instruções para o preenchimento da página 02 do Questionário

### B. OFERTA DE ESPECIALIZADAS

#### 5. CONSULTAS ESPECIALIZADAS PROGRAMADAS E REALIZADAS

No campo "**Total de Consultas PROGRAMADAS em 2000**" colocar o número total de consultas de cada especialidade que foram PROGRAMADAS em 2000 para serem oferecidas a população de abrangência do Consórcio. Se não possuir a especialidade favor colocar o número zero ( 0 ). **Favor acrescentar especialidades no final se houverem outras.**

No campo "**Média de Consultas REALIZADAS por mês em 2000**" preencher com o número de consultas REALIZADAS em 2000 de cada especialidade. Se não possuir a especialidade favor colocar o número zero ( 0 ). **Favor acrescentar especialidades no final se houverem outras.**

**OBSERVAÇÃO:** Se desejar utilize este campo para descrever informações importantes relacionadas às consultas especializadas programadas e realizadas em 2000.

**B. OFERTA DE ESPECIALIDADES****5. CONSULTAS ESPECIALIZADAS PREPROGRAMADAS E REALIZADAS EM 2000**

ESPECIALIDADE MÉDICA	Total de Consultas <u>PROGRAMADAS</u> em 2000	Média de Consultas <u>REALIZADAS</u> por mês em 2000
1. ANGIOLOGIA		
2. CANCEROLOGIA		
3. CARDIOLOGIA		
4. CIRURGIA GERAL		
5. CIRURGIA PLÁSTICA		
6. CIRURGIA VASCULAR		
7. CLÍNICA CIRÚRGICA		
8. DERMATOLOGIA		
9. ENDOCRINOLOGIA		
10. GASTROENTEROLOGIA		
11. GERIATRIA		
12. GINECOLOGIA		
13. GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA		
14. HEMATOLOGIA		
15. HOMEOPATIA		
16. INFECTOLOGIA		
17. NEFROLOGIA		
18. NEUROCIRURGIA		
19. NEROLOGIA		
20. OBSTETRÍCIA		
21. OFTALMOLOGIA		
22. ORTOPEDIA		
23. OTORRINOLARINGOLOGIA		
24. PEDIATRIA		
25. PNEUMOLOGIA		
26. PROCTOLOGIA		
27. PSIQUIATRIA		
28. REUMATOLOGIA		
29. TSILOGIA		
30. UROLOGIA		
31.		
32.		
OBSERVAÇÃO:		

## Instruções para o preenchimento da página 03 do Questionário

### C. ESPECIALIDADES MÉDICAS:

#### 6. NÚMERO DE ESPECIALISTAS E TIPO DE VÍNCULO:

No campo “**Nº Médico(a)(s)**” colocar o número total de médico(a)(s) que atende(m) a respectiva especialidade, caso não tenha a especialidade colocar o número zero ( 0 ), **se houver outra especialidade que não esteja listada favor acrescentar no final.**

No campo “**TIPO DE VINCULO**” assinalar os vínculos com os quais os médicos **trabalham no Consórcio**:

- “**MUN.**” = contratado por Município cedido para o Consórcio
- “**EST.**” = contratado pelo Estado cedido para o Consórcio
- “**FED.**” = contratado pelo nível Federal cedido para o Consórcio
- “**CLT**” = contratado direto pelo consórcio
- “**PROD.**” = recebem por produção pelo consórcio

#### **Exemplo:**

Na especialidade **Cardiologia** existem **2** médicos cardiologistas: um médico com **dois** vínculos – um **estadual** e outro **CLT** (conta-se 2 vínculos) – e outro médico com um vínculo **CLT** (conta-se 1 vínculo) = **Total de vínculos com o Consórcio em Cardiologia = 3** Então em **Cardiologia** será assinalado no quadro “**CLT**” = **2** e no quadro “**EST**” = **1**

**ATENÇÃO:** Entende-se por vínculo uma carga horária de 20 horas semanais ou uma produção diária de 16 consultas ou menos.

**OBSERVAÇÃO:** Se desejar utilize este campo para descrever informações importantes relacionadas aos vínculos médicos.

**C. ESPECIALIDADES MÉDICAS****6. NÚMERO DE ESPECIALIDADES E TIPO DE VÍNCULO**

Obs.: MUN. = Município

EST. = Estadual

FED.= Federal

CLT = Contratados pelo Consórcio pela CLT PROD.= Recebem por consulta via Consórcio

ESPECIALIDADE MÉDICA	Nº Médico(a)(s)	TIPO DE VÍNCULO (Colocar nº)				
		MUN.	EST.	FED.	CLT	PROD.
1. ANGIOLOGIA						
2. CANCEROLOGIA						
3. CARDIOLOGIA						
4. CIRURGIA GERAL						
5. CIRURGIA PLÁSTICA						
6. CIRURGIA VASCULAR						
7. CLÍNICA CIRÚRGICA						
8. DERMATOLOGIA						
9. ENDOCRINOLOGIA						
10. GASTROENTEROLOGIA						
11. GERIATRIA						
12. GINECOLOGIA						
13. GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA						
14. HEMATOLOGIA						
15. HOMEOPATIA						
16. INFECTOLOGIA						
17. NEFROLOGIA						
18. NEUROCIRURGIA						
19. NEROLOGIA						
20. OBSTETRÍCIA						
21. OFTALMOLOGIA						
22. ORTOPEDIA						
23. OTORRINOLARINGOLOGIA						
24. PEDIATRIA						
25. PNEUMOLOGIA						
26. PROCTOLOGIA						
27. PSIQUIATRIA						
28. REUMATOLOGIA						
29. TSIOLOGIA						
30. UROLOGIA						
31.						
32.						
OBSERVAÇÃO:						

## Instruções para o preenchimento da página 04 do Questionário

### 7. PARA ATENDER COM INTEGRALIDADE AS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DE ABRANGÊNCIA DO CONSÓRCIO:

Responder **sim** se o Consórcio já tem alguma(s) especialidade(s) médica(s) ( Ex.: Neurologia), mas o número de médicos é insuficiente para atender a demanda de pacientes encaminhados ao Consórcio (Tem lista de espera na especialidade).

Se a resposta for positiva (**sim**) relacionar no quadro abaixo:

- A(s) especialidade(s) e o número de médico(s) necessário(s) a mais.  
Ex.:Neurologia = 2 ( **2** significa o Número de Médicos **a mais** necessário)
- A média de consultas mensais **a mais** necessária da respectiva especialidade.

**OBSERVAÇÃO:** Se desejar utilize este campo para descrever informações importantes sobre as especialidades.



## Instruções para o preenchimento da página 05 do Questionário

7.2 Responder **sim** se o Consórcio necessita contratar especialidade(s) médica(s) que **Não Tenha**.

Se a resposta for positiva (**sim**) relacione no quadro abaixo:

- A(s) especialidade(s) e o número de médico(s) necessário(s)

Ex.: Oncologia = 1 ( **1** significa o Número de Médico(s) Necessário(s) da Especialidade que **não existe** no Consórcio)

- A Média de Consultas Mensais Necessárias da Especialidade que **não existe** no Consórcio

**OBSERVAÇÃO:** Se desejar utilize este campo para descrever informações importantes sobre as especialidades.



**Instruções para o preenchimento da página 06 do Questionário****D. REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA**

As questões **8, 9, 10 e 11** são auto explicativas. Assinalar a(s) resposta(s) mais adequada(s).

**D. REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA:**

8. Os pacientes dos municípios são encaminhados para o Consórcio com uma Guia Padronizada de Referência preenchida pelo médico(a) do município que encaminhou o paciente?  
( ) Sim ( ) Não
9. Os pacientes que são consultados pelo(a)s médico(a)s do Consórcio são encaminhados de volta para o município de origem com uma Guia Padronizada de Contra-Referência?  
( ) Sim ( ) Não
10. Abaixo estão descritas situações que podem acontecer na Referência (Encaminhamento) de pacientes ao Consórcio. Assinale a(s) alternativa(s) que tem acontecido predominantemente no seu Consórcio:
- ( ) O paciente vem consultar no Consórcio sem nenhuma Guia de Encaminhamento.
- ( ) O paciente vem consultar no Consórcio com alguma Guia de Encaminhamento mas com dados incompletos (Ex. Município, Idade, Especialidade, etc).
- ( ) O paciente vem consultar no Consórcio com Guia de Encaminhamento mas o Motivo do Encaminhamento está em branco.
- ( ) O paciente vem consultar no Consórcio com Guia de Encaminhamento mas o Motivo do Encaminhamento está preenchido de forma incorreta. (Ex.: “uma consulta”, “um retorno”, etc).
- ( ) A Guia de Encaminhamento descreve um quadro relativo a uma Especialidade e o Encaminhamento é para outra Especialidade.
- ( ) Outra Situação. Qual? \_\_\_\_\_
- 
11. Em relação a Contra-Referência dos pacientes consultados no Consórcio para o Município de origem, qual é a faixa percentual de pacientes que saem do Consórcio após a consulta com a Guia de Contra-Referência preenchida?
- ( ) 100% a 75% ( ) 74% a 50%
- ( ) 49% a 25% ( ) menos de 25%
- ( ) Não sei

DATA DO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2001.

NOME DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO:

---

TELEFONE: (    ) \_\_\_\_\_ FAX TELEFONE: (    ) \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE B**

**Formulário para a Coleta de Dados das Guias de  
Referência e Contra-Referência**





## **APÊNDICE C**

**Correspondência de Apresentação da Pesquisa para os  
Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná**



**Universidade Estadual de Londrina**  
**Centro de Ciências da Saúde**  
**Departamento Materno Infantil e Saúde Coletiva**  
**Mestrado em Saúde Coletiva**

Londrina, 02 de Abril de 2001.

Prezado(a) Senhor(a),  
Responsável pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde.

Estamos realizando uma pesquisa acadêmica intitulada "OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DO PARANÁ E A ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA". Esse estudo tem como objetivo **analisar os Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná focalizando a assistência médica especializada.**

Para uma parte da pesquisa necessitamos obter dados sobre os Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná, razão pela qual precisamos da vossa valiosa colaboração e atenção.

Conforme contato anterior por telefone, estamos encaminhando em anexo um Questionário sobre os Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná juntamente com instruções para seu preenchimento contendo 14 (quatorze) folhas. Gostaríamos de poder contar com sua colaboração para que o Questionário seja respondido com a máxima precisão e enviado, no máximo 30 (trinta) dias, após o recebimento do Questionário. Embora se trate de trabalho acadêmico, o mesmo servirá como subsídio para a melhoria dos Consórcios de todo o Paraná, razão pela qual necessitamos do vosso empenho.



Universidade Estadual de Londrina  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento Materno Infantil e Saúde Coletiva  
Mestrado em Saúde Coletiva

Para retorno do Questionário estamos enviando um envelope com destinatário e remetente preenchidos e, ainda, com **selo suficiente** para ser encaminhado via correio como “**carta registrada**”.

Também, segue em anexo, um **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, em duas vias, uma para ficar com vossa senhoria e **outra para ser devolvida assinada juntamente com o Questionário**. Este documento é uma formalidade necessária em pesquisa científica e garantirá a V. S<sup>a</sup> sigilo e anonimato.

Antecipadamente agradecemos a contribuição à nossa pesquisa e ressaltamos que ela tem como objetivo último demonstrar a contribuição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde na Assistência Médica Especializada e em nenhuma hipótese prejudicar o seu serviço.

Cordialmente,

Prof. Dr. Luiz Cordoni Junior  
Orientador da Dissertação

Sônia Cristina Stefano Nicoletto  
Mestranda em Saúde Coletiva

## **APÊNDICE D**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**



Universidade Estadual de Londrina  
 Centro de Ciências da Saúde  
 Departamento Materno Infantil e Saúde Coletiva  
 Mestrado em Saúde Coletiva

**PROJETO DE DISSERTAÇÃO:  
 OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DO PARANÁ E  
 A ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA  
 AUTORA DO PROJETO: SÔNIA CRISTINA STEFANO NICOLETTO  
 ORIENTADOR: PROF. DR. LUIZ CORDONI JÚNIOR**

Esta pesquisa tem como objetivo **analisar os Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná focalizando a assistência médica especializada**. A finalidade da pesquisa é acadêmica e deverá ser finalizada até dezembro de 2001. Mais detalhes do estudo estão explicados na correspondência anexa ao Questionário.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu \_\_\_\_\_  
 concordo em participar da pesquisa intitulada: OS CONSÓRCIOS  
 INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DO PARANÁ E A ASSISTÊNCIA MÉDICA  
 ESPECIALIZADA.

Compreendo que preencherei no Questionário informações  
 sobre o Consórcio Intermunicipal de Saúde ao qual pertenço.

Estou ciente de que as informações por mim fornecidas no  
 Questionário são confidenciais e quando divulgados os resultados da pesquisa  
 serão de forma global e anônimos. Também o meu nome nunca aparecerá no  
 relatório final da pesquisa ou em qualquer outro local ficando garantido pelos  
 pesquisadores o sigilo. Sei também que não receberei, nem efetuarei qualquer  
 pagamento.

Em caso de qualquer dúvida posso esclarecer com a própria  
 pesquisadora pelo telefone (0XX43) 523 4607 ou com o orientador da pesquisa pelo  
 telefone (0XX43) 371 2254. Entendo que tenho a liberdade de aceitar ou não  
 responder às perguntas do Questionário, sem qualquer prejuízo para mim.

Autorização: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2001.

Obs: Este termo tem duas vias. Uma deve ficar com o respondente do Questionário e a outra deve ser encaminhada juntamente com o Questionário para a pesquisadora.

## **APÊNDICE E**

**Correspondência Solicitando Permissão para Realizar a  
Pesquisa no Consórcio Intermunicipal de Saúde H**



Universidade Estadual de Londrina  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento Materno Infantil e Saúde Coletiva  
Mestrado em Saúde Coletiva

Londrina, 02 de Abril de 2001.

Aos Diretores Técnico e Administrativo do Consórcio Intermunicipal de Saúde

Venho pela presente, pedir permissão para a Mestranda Sônia Cristina Stefano Nicoletto, – enfermeira, funcionária da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná –, ter acesso aos registros documentais existentes no Consórcio sobre a assistência médica especializada.

A solicitação é devido à pesquisa que está sendo realizada sob a minha orientação com o título **“OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DO PARANÁ E A ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA”**. A pesquisa tem por objetivo analisar os Consórcios Intermunicipais de Saúde do Paraná focalizando a assistência médica especializada. Para uma parte mais específica da pesquisa necessitamos obter dados do Consórcio por meio dos relatórios e documentos.

Desde já existe o compromisso de retornar os resultados obtidos na pesquisa assim que concluída e estou à disposição para qualquer esclarecimento que seja necessário.

Antecipadamente agradeço a atenção e colaboração dos senhores à pesquisa.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Luiz Cordoni Júnior  
Orientador da Dissertação

**A N E X O S**

## **ANEXO A**

### **Evolução dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil**

ANO	<u>BA</u>	<u>ES</u>	<u>GO</u>	<u>MT</u>	<u>MG</u>	<u>PB</u>	<u>PR</u>	<u>PA</u>	<u>RJ</u>	<u>RS</u>	<u>RO</u>	<u>SC</u>	<u>SP</u>	<u>BRASIL</u>	
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	%
1985	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	0,6
1986	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	2,0
1989	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	3,3
1990	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	5	3,3
1991	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	6	3,9
1992	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	7	8	5,3
1993	-	-	-	-	1	-	4	-	-	1	-	-	7	13	8,5
1994	-	-	-	-	2	-	5	-	-	2	-	-	7	16	10,5
1995	-	-	-	1	30	-	10	-	-	2	-	-	8	51	33,5
1996	-	-	-	2	50	-	13	-	-	2	-	4	8	79	52,0
1997	-	-	-	5	54	1	16	-	-	2	-	5	8	91	59,7
1998	-	7	3	9	71	4	20	1	1	9	1	9	9	144	94,3
1999	2	7	1	9	72	7	20	1	4	9	0	9	11	152	100,0

Fonte: LIMA, 1998; LIMA; PASTRANA, 2000.

Figura: Quadro de Evolução dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil, 1985 a 1999.

## **ANEXO B**

### **Mapa do Paraná com os Consórcios Intermunicipais de Saúde Destacados**



## **ANEXO C**

### **Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CEP 012/01


Londrina, 22 de fevereiro de 2001.

Ao Sr. Dr.  
Prof. Luis Cordoni Júnior  
Departamento Materno Infantil e Saúde Comunitária  
Mestrado em Saúde Coletiva  
Centro de Ciências da Saúde  
Universidade Estadual de Londrina  
N e s t a

Prezado Senhor,

O Comitê de Ética em Pesquisa analisou e **aprovou** o Projeto de Pesquisa **“OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E A ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA”**, da Mestranda **Sônia Cristina Stefano Nicoletto**, bem como o Termo de Consentimento Informado que está de acordo com as normas da Resolução 196/96 - CNS.

Atenciosamente

  
Dr. Marcos Menezes Freitas de Campos  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Coordenador

**ANEXO D**

**Municípios do Paraná por Regional de Saúde**

## MUNICÍPIOS POR REGIONAL DE SAÚDE

<b>1ª R.S. – Paranaguá (7 mun.)</b>	
Antonina	Guaraqueçaba
Guaratuba	Matinhos
Morretes	Paranaguá
Pontal do Paraná (*)	<b>RA 01</b>
<b>2ª R.S. – Metropolitana (29 mun.)</b>	
Adrianópolis	Agudos do Sul
Almirante Tamandaré	Araucária
Balsa Nova	Bocaiúva do Sul
Campina Grande do Sul	Campo do Tenente
Campo Largo	Campo Magro (*)
Cerro Azul	Colombo (***)
Contenda	Fazenda Rio Grande (**)
Doutor Ulysses (**)	Lapa
Itaperuçu (**)	Piên
Mandirituba	Piraquara
Pinhais (**)	Quitandinha
Quatro Barras	Rio Negro
Rio Branco do Sul	Tijucas do Sul
São José dos Pinhais	
Tunas do Paraná (**)	<b>RA 02</b>
<b>3ª R.S. – Ponta Grossa (12 mun.)</b>	
Arapoti	Carambeí (*)
Castro	Ipiranga
Ivaí	Jaguariaíva
Palmeira	Piraí do Sul
Ponta Grossa	Porto Amazonas
São João do Triunfo	Sengés
	<b>RA 03</b>
<b>4ª R.S. – Irati (9 mun.)</b>	
Fernandes Pinheiro (*)	Guamiranga (*)
Imbituva	Inácio Martins
Irati	Mallet
Rebouças	Rio Azul
Teixeira Soares	<b>RA 17</b>

## MUNICÍPIOS POR REGIONAL DE SAÚDE

<b>5ª R.S. – Guarapuava (20 mun.)</b>	
Boa Ventura de São Roque (*)	Campina do Simão (*)
Candói (**)	Catangalo
Foz do Jordão (*)	Guarapuava
Goioxim (*)	Laranjeiras do Sul
Laranjal (**)	Nova Laranjeiras (*)
Marquinho (*)	Pinhão
Palmital	Porto Barreiro (*)
Pitanga	Rio Bonito do Iguaçu (**)
Prudentópolis	Turvo
Reserva do Iguaçu (*)	Virmond (**)
<b>RA 15</b>	
<b>6ª R.S. – União da Vitória (9 mun.)</b>	
Antônio Olinto	Bituruna
Cruz Machado	General Carneiro
Paula Freitas	Paulo Frontin
Porto Vitória	São Mateus do Sul
União da Vitória	
<b>RA 16</b>	
<b>7ª R.S. – Pato Branco (15 mun.)</b>	
Bom Sucesso do Sul (**)	Chopinzinho
Clevelândia	Coronel Domingos Soares (*)
Coronel Vivida	Honório Serpa (**)
Itapejara D'Oeste	Mangueirinha
Marianópolis	Palmas
Pato Branco (***)	São João
Saudade do Iguaçu (**)	Sulina
Vitorino	
<b>RA 14</b>	
<b>8ª R.S. – Francisco Beltrão (27 mun.)</b>	
Ampére	Barracão
Bela Vista da Caroba (*)	Boa Esperança do Iguaçu (**)
Bom Jesus do Sul (*)	Capanema
Cruzeiro do Iguaçu (**)	Dois Vizinhos (***)
Enéas Marques	Flor da Serra do Sul (**)
Francisco Beltrão	Manfrinópolis (*)
Marmeleiro	Nova Esperança do Sudoeste (**)
Nova Prata do Iguaçu	Pérola D'Oeste
Pinhal de São Bento (**)	Planalto
Pranchita	Realeza
Renascença	Salgado Filho
Salto do Lontra	Santa Izabel do Oeste
Santo Antônio do Sudoeste	São Jorge D'Oeste
Verê	
<b>RA 13</b>	

## MUNICÍPIOS POR REGIONAL DE SAÚDE

### 9ª R.S. – Foz do Iguaçu (9 mun.)

Foz do Iguaçu (\*\*\*)  
 Matelândia  
 Missal  
 Santa Terezinha de Itaipu  
 Serranópolis do Iguaçu (\*)

**RA 12**

### 10ª R.S. – Cascavel (25 mun.)

Anahy (**)	Boa Vista da Aparecida
Braganey	Cafelândia
Campo Bonito	Capitão Leônidas Marques
Cascavel	Catanduvas
Céu Azul	Corbélia
Diamante do Sul (**)	Espigão Alto do Iguaçu (*)
Guaraniaçu	Formosa do Oeste
Iguatu (**)	Ibema
Jesuítas	Iracema do Oeste (**)
Nova Aurora	Lindoeste
Quedas do Iguaçu	Santa Lúcia (**)
Santa Tereza do Oeste	Três Barras do Paraná
Vera Cruz do Oeste	

**RA 12**

### 11ª R.S. – Campo Mourão (25 mun.)

Altamira do Paraná	Araruna
Barbosa Ferraz	Boa Esperança
Campina da Lagoa	Campo Mourão (***)
Corumbataí do Sul	Engenheiro Beltrão
Farol (**)	Fênix
Goioerê	Iretama
Janiópolis	Juranda
Luiziana	Mamborê
Moreira Sales	Nova Cantu
Peabiru	Quarto Centenário (*)
Quinta do Sol	Rancho Alegre D'Oeste (**)
Roncador	Terra Boa (***)
Ubiratã	

**RA 11**

## MUNICÍPIOS POR REGIONAL DE SAÚDE

### 12ª R.S. – Umuarama (21 mun.)

Alto Piquiri	Altônia
Brasilândia do Sul (**)	Cafezal do Sul (**)
Cruzeiro do Oeste	Douradina
Esperança Nova (*)	Francisco Alves
Icaraíma	Iporã
Ivaté (**)	Maria Helena
Mariluz	Nova Olímpia
Perobal (*)	Pérola
São Jorge do Patrocínio (***)	Tapira
Umuarama (***)	Vila Alta (**)
Xambê	

**RA 10**

### 13ª R.S. – Cianorte (11 mun.)

Cianorte	Cidade Gaúcha
Guaraporema	Indianópolis
Japurá	Jussara
Rondon	São Manoel do Paraná (**)
São Tomé	Tapejara
Tuneiras do Oeste	

**RA 10/21**

### 14ª R.S. – Paranavaí (28 mun.)

Alto Paraná	Amaporã
Cruzeiro do Sul	Diamante do Norte
Guairaçá	Inajá
Itaúna do Sul	Jardim Olinda
Loanda	Marilena
Mirador	Nova Aliança do Ivaí
Nova Londrina	Paraíso do Norte
Pranavaí	Paranapoema
Porto Rico	Planaltina do Paraná
Santa Cruz do Monte Castelo	Querência do Norte
Santa Mônica (**)	Santa Isabel do Ivaí
São Carlos do Ivaí	Santo Antônio do Caiuá
São Pedro do Paraná	Tamboara
Terra Rica	

**RA 09**

## MUNICÍPIOS POR REGIONAL DE SAÚDE

<b>15ª R.S. – Maringá (30 mun.)</b>	
Ângulo (**)	Astorga
Atalaia	Colorado
Doutor Camargo	Floraí
Floresta	Flórida
Iguaçu	Itaguajé
Itambé	Ivatuba
Lobato	Mandaguaçu
Mandaguari (***)	Marialva
Maringá (***)	Munhoz de Mello
Nossa Senhora das Graças	Nova Esperança
Ourizona	Paranacity
Presidente Castelo Branco	Paiçandu
Santa Inês	Santa Fé
São Jorge do Ivaí	Santo Inácio
Uniflor	Sarandi
<b>RA 08</b>	

<b>16ª R.S. – Apucarana (16 mun.)</b>	
Apucarana (***)	Arapongas
Bom Sucesso	Borrazópolis
Califórnia	Cambira
Grandes Rios	Jandaia do Sul
Kaloré	Marilândia do Sul
Marumbi	Mauá da Serra (**)
Novo Itacolomi (**)	Rio Bom
Sabáudia	São Pedro do Ivaí
<b>RA 07</b>	

<b>17ª R.S. – Londrina (20 mun.)</b>	
Alvorada do Sul	Bela Vista do Paraíso
Cafeara	Cambe
Centenário do Sul	Florestópolis
Guaraci	Ibiporã
Jaguapitã	Jataizinho
Lupionópolis	Londrina(***)
Pitangueiras (**)	Miraselva
Prado Ferreira (*)	Porecatu
Rolândia	Primeiro de Maio
Tamarana (*)	Sertanópolis
<b>RA 06</b>	

## MUNICÍPIOS POR REGIONAL DE SAÚDE

<b>18ª R.S. – Cornélio Procópio (22 mun.)</b>	
Abatiá	Andirá
Assai	Bandeirantes
Congonhinhas	Cornélio Procópio
Itambaracá	Nova América da Colina
Leópolis	Nova Santa Bárbara (**)
Nova Fátima	Ribeirão do Pinhal
Rancho Alegre	Santa Cecília do Pavão
Santa Amélia	Santo Antônio do Paraíso
Santa Mariana	São Sebastião da Amoreira
São Jerônimo da Serra	Sertaneja
Sapopema	Uraí
<b>RA 05</b>	
<b>19ª R.S. – Jacarezinho (22 mun.)</b>	
Barra do Jacaré	Cambará
Carlópolis	Conselheiro Mairinck
Figueira	Guapirama
Ibaiti	Jaboti
Jacarezinho	Japira
Joaquim Távora	Jundiá do Sul
Pinhalão	Quatiguá
Ribeirão Claro	Salto do Itararé
Santana do Itararé	Santo Antônio da Platina
São José da Boas Vista	Siqueira Campos
Tomazina	Wenceslau Braz
<b>RA 04</b>	
<b>20ª R.S. – Toledo (18 mun.)</b>	
Assis Chateaubriand	Diamante D'Oeste
Entre Rios do Oeste (**)	Guaíra
Marechal Cândido Rondon	Maripá (**)
Mercedes (**)	Nova Santa Rosa
Ouro Verde do Oeste	Palotina
Pato Bragado (**)	Quatro Pontes (**)
Santa Helena	São José das Palmeiras
São Pedro do Iguaçu (**)	Terra Roxa
Toledo	Tupãssi
<b>RA 18</b>	
<b>21ª R.S. – Telêmaco Borba (7 mun.)</b>	
Curiúva	Imbaú (*)
Ortigueira	Reserva
Telêmaco Borba	Tibagi
Ventania (**)	
<b>RA 03</b>	

## MUNICÍPIOS POR REGIONAL DE SAÚDE

<b>22ª R.S. – Ivaiporã (17 mun.)</b>	
Arapuã (*)	Ariranha do Ivaí (*)
Cândido de Abreu	Cruzmaltina (*)
Faxinal	Godoy Moreira
Ivaiporã	Jardim Alegre
Lindianópolis (**)	Lunardelli
Manoel Ribas	Mato Rico (**)
Mova Tebas	Rio Branco do Ivaí (*)
Rosário do Ivaí	Santa Maria do Oeste (**)
São João do Ivaí	
	<b>RA 19</b>

(\*): Municípios instalados em 1997.

(\*\*): Municípios instalados em 1993.

(\*\*\*): Municípios em gestão Plena do Sistema.

**ANEXO E**

**Programação Ambulatorial Mensal do Consórcio  
Intermunicipal de Saúde H**

Programação Ambulatorial Mensal (Período 20 dias)

De 21/02 À 20/03/2000

Municípios	População	Angio	Cardio	Gastro	Dermat	Endoc	Nefro	Ortop	Neuro	Otorr	Oftalm	CAF	Tis/Pn	Psq	Urol	Infecto	Reum	EEG	ECG	USG
	10.459	6	18	24	12	12	6	36	24	12	20	6	12	12	12	13	6	8	8	8
	22.203	12	38	50	25	25	12	76	50	25	42	12	25	25	25	29	12	15	15	15
	19.244	11	33	42	21	21	11	66	42	21	36	11	21	21	21	25	11	15	15	15
	31.676	17	54	70	35	35	17	109	70	35	59	17	35	35	35	41	17	25	25	25
	7.597	4	13	16	8	8	4	26	16	8	14	4	8	8	8	10	4	6	6	6
	46.334	26	79	102	51	51	26	159	102	51	87	26	51	51	51	60	26	35	35	35
	6.357	4	11	14	7	7	4	22	14	7	12	4	7	7	7	8	4	7	7	7
	12.855	7	22	28	14	14	7	44	28	14	24	7	14	14	14	17	7	8	8	8
	4.431	2	8	10	5	5	2	15	10	5	8	2	5	5	5	6	2	3	3	3
	3.298	2	6	8	4	4	2	11	8	4	6	2	4	4	4	4	2	3	3	3
	8.054	4	14	18	9	9	4	28	18	9	15	4	9	9	9	10	4	6	6	6
	3.776	2	6	8	4	4	2	13	8	4	7	2	4	4	4	5	2	3	3	3
	4.137	2	7	10	5	5	2	14	10	5	8	2	5	5	5	5	2	3	3	3
	14.242	8	24	36	16	16	8	49	36	16	27	8	16	16	16	18	8	10	10	10
	4.427	2	8	10	5	5	2	16	10	5	8	2	5	5	5	6	2	3	3	3
	3.737	2	6	8	4	4	2	13	8	4	7	2	4	4	4	5	2	3	3	3
	11.995	7	21	26	13	13	7	41	26	13	22	7	13	13	13	15	7	10	10	10
	2.586	1	5	6	3	3	1	9	6	3	5	1	3	3	3	3	1	2	2	2
	10.102	6	17	22	11	11	6	35	22	11	19	6	11	11	11	13	6	9	9	9
	8.259	5	14	18	9	9	5	28	18	9	15	5	9	9	9	11	5	6	6	6
	7.374	4	13	16	8	8	4	25	16	8	14	4	8	8	8	10	4	5	5	5
	6.552	4	11	14	7	7	4	23	14	7	12	4	7	7	7	8	4	5	5	5
	11.093	6	19	24	12	12	6	38	24	12	21	6	12	12	12	14	6	10	10	10
Total	260.788	144	447	576	288	288	144	896	576	288	488	144	288	288	288	336	144	200	200	200

Obs: Médicos em Férias:

**ANEXO F**

**Programação Física Orçamentária do Consórcio  
Intermunicipal de Saúde H**

Consultas Especializadas	Médicas	Quantidade Orçada	Valor do Procedimento R\$	Valor Orçado R\$
Consulta em Angiologia		168	2,55	428,40
Consulta em Cardiologia		704	2,55	1.795,20
Consulta em Cirurgia Geral		600	2,55	1.530,00
Consulta em Dermatologia		352	2,55	897,60
Consulta em Endocrinologia		352	2,55	897,60
Consulta em Infectologia		274	2,55	698,70
Consulta em Nefrologia		168	2,55	428,40
Consulta em Neurologia		904	2,55	2.305,20
Consulta em Oftalmologia		652	2,55	1.662,60
Consulta em Ortopedia		1.408	2,55	3.590,40
Consulta em Otorrinolaringologia		286	2,55	729,30
Consulta em Pneumologia		200	2,55	510,00
Consulta em Psiquiatria		352	2,55	897,60
Consulta em Reumatologia		168	2,55	428,40
Consulta em Tisiologia		52	2,55	132,60
Consulta em Urologia		352	2,55	897,60
Consulta para Hanseníase		52	2,55	132,60
Total		7.044		17.962,20

Fonte: Regional de Saúde, Paraná, 2000.

Figura: Quadro da Programação Física Orçamentária do Consórcio Intermunicipal de Saúde H, 2000.

## **ANEXO G**

### **Guia de Referência e Contra-Referência do Consórcio Intermunicipal de Saúde H**



## **ANEXO H**

**Mensalidades Repassadas dos Municípios Consorciados  
para o Consórcio Intermunicipal de Saúde H**

**DE 21/09 À 20/10/2000**

	Municípios	Mensalidade	Valor gasto
1.		1.354,00	2.496,58
2.		2.648,00	1.248,39
3.		2.589,00	4.752,50
4.		4.626,00	2.890,13
5.		1.004,00	1.910,63
6.		6.307,00	19.234,16
7.		1.314,00	1.1181,30
8.		1.366,00	10,00
9.		603,00	990,31
10.		520,00	391,30
11.		1.099,00	1.059,65
12.		472,00	644,83
13.		565,00	1.229,63
14.		1.789,00	3.836,97
15.		607,00	1.315,18
16.		623,00	823,46
17.		1.901,00	3.556,54
18.		302,00	1.492,44
19.		1.683,00	1.882,85
20.		1.074,00	2.669,67
21.		900,00	1.595,40
22.		867,00	3.657,95
23.		1.719,00	2.516,04
	Total	35.932,00	61.385,91