

Consórcios Intermunicipais de Saúde: o caso do Paraná, Brasil

Inter-municipal health consortia:
the case of Paraná State, Brazil

Sônia Cristina Stefano Nicoletto ¹

Luiz Cordoni Jr. ²

Nilson do Rosário Costa ³

Abstract

Inter-municipal health consortia emerged in Brazil's Unified National Health System (SUS) policy in the late 1980s. Municipal health administrators adhered to this strategy with the aim of upgrading health services supplied to the population. This research analyzes the profile of such consortia in Paraná State, focusing on specialized medical care. Data were obtained from reports by the State Health Council and questionnaires sent to all 20 existing municipal health consortia. Governmental Decree no. 1,101 and data published in 2000 on the profile of the health system in Paraná were used as references. Of the 399 municipalities in Paraná State, 81.5% have joined municipal consortia. Specialists are allocated by municipalities (4.4%), the State government (13.6%), or Federal Government (12.8%); another 69.2% are hired by the consortia themselves. The supply of consultations with specialists is either insufficient or inadequately distributed, and there are flaws in the referral and counter-referral system. Municipal health consortia serve as viable instrument for expanding and increasing the capacity of municipalities to supply specialized care, although there is a need for well-defined criteria, planning, and improving of the referral and counter-referral system.

Medical Specialties; Health Planning; Health Policy

Introdução

Para atender o princípio constitucional da integralidade ¹, várias estratégias têm sido implementadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) nos níveis primário, secundário e terciário de atenção. Podem ser citadas como exemplos a estratégia da Saúde da Família, no nível primário, e a recente criação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), voltado para o nível terciário, como componente pré-hospitalar para emergências clínicas ². Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) se constituem em importante estratégia para o desenvolvimento da atenção secundária, considerado importante mecanismo de regionalização da oferta pública de serviços ³.

O desenvolvimento harmônico entre os diversos níveis de atenção deve contribuir para a racionalidade administrativa e economia de recursos, evitando situações como a descrita por Scatena & Tanaka ⁴, que constataram, em municípios do Mato Grosso, Brasil, a transferência de procedimentos, tecnologias e recursos dos serviços hospitalares para os ambulatoriais sem concomitante avanço na atenção primária.

Entretanto, o que predomina na atenção secundária e terciária é a incorporação crescente e acrítica de novas tecnologias, fato que traz consigo o risco de excesso de encaminhamentos e de exames de apoio diagnóstico e terapêutico injustificados ^{5,6}. Assim, estudos que

¹ 18ª Regional de Saúde de Cornélio Procópio, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Cornélio Procópio, Brasil.

² Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Brasil.

³ Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

S. C. S. Nicoletto

18ª Regional de Saúde de Cornélio Procópio, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Rua Justino Marques Bonfim 27, Cornélio Procópio, PR 86300-000, Brasil.

nicoletto@onda.com.br

envolvem a prática de especialidades médicas são socialmente relevantes e contribuem para a racionalidade econômica e administrativa do SUS. Tais estudos podem permitir a construção concreta de diretrizes e mecanismos que permitam regular a incorporação de tecnologias e adequar a oferta dos serviços de saúde ao perfil demográfico e epidemiológico da população. Os CIS vêm oferecendo, sobretudo, atendimento ambulatorial especializado ⁷; portanto, estudos sobre eles são relevantes.

A idéia de consórcios intermunicipais é antiga: o primeiro foi implantado na região de Bauru, Estado de São Paulo, Brasil, em 1960, e estava voltado para a promoção social ⁸. Na área da saúde, os consórcios intermunicipais são mais recentes. O primeiro surgiu em 1986, também no Estado de São Paulo, na região de Penápolis ⁷. A *Lei 8.080* (Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990; 20 set.) definiu que os municípios poderiam formar consórcios para desenvolver em conjunto ações e serviços de saúde. O Ministério da Saúde (MS) apoiou a implantação de consórcios, avaliando a parceria entre os municípios como capaz de potencializar a atenção à saúde ⁹. Dentro desta lógica, os CIS foram sendo implantados nos estados brasileiros.

No Paraná, Brasil, em 1992, a oferta pública de consultas especializadas estava pouco disponível, devido à dificuldade de o governo estadual contratar recursos humanos para atuar nos Centros Regionais de Especialidades. Assim, os consórcios foram estimulados e implantados, visando solucionar o problema ¹⁰. A partir deste momento, os consórcios passaram a assumir, progressivamente, a responsabilidade de organizar e ampliar a assistência médica ambulatorial especializada.

Com a implantação de CIS no Paraná, foram surgindo vários questionamentos. Qual o perfil dos consórcios? Qual será o ponto de equilíbrio entre oferta de clínica básica e consultas especializadas? Qual a contribuição dos CIS em relação às consultas especializadas? As consultas especializadas oferecidas já são suficientes para atender os usuários do SUS? Existe relevância nos questionamentos, pois há necessidade de uma adequada oferta de serviços nos três níveis do sistema, tendo por fim atender de forma efetiva a população coberta pelo SUS. Diante das interrogações, este estudo objetivou analisar o perfil dos consórcios intermunicipais de saúde do Paraná, focalizando a assistência médica especializada ambulatorial em 2000.

Metodologia

Foram objeto de estudo os vinte CIS do Paraná que estavam implantados em 2000. Meirelles ¹¹ (p. 354) conceitua consórcios como “*acordos firmados entre entidades (...) sempre da mesma espécie, para a realização de objetivos de interesse comum*”. Logo, foram consideradas consórcios todas as associações de municípios que tivessem como objetivo oferecer consultas especializadas à população de uma região.

Fontes primárias e secundárias foram utilizadas. Os dados de fontes primárias foram obtidos por meio de questionário. Para a obtenção dos dados secundários foram solicitados à comissão de acompanhamento de municipalização e consórcios intermunicipais do Conselho Estadual de Saúde os relatórios de abril de 1999 e janeiro de 2001. Os dados populacionais foram coletados da página de Internet do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>, acessado em 07/Jul/2001). Os dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) foram coletados da página de Internet do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sai/cnv/papr.def>, acessado em 15/Fev/2002).

Os dados do SIA são as quantidades de consultas registradas, por município, em 2000. Foram consideradas as consultas médicas do grupo 2 – urgência e emergência (códigos: 0201102 a 0201104) e clínica básica (códigos: 0201201 a 0201216) – e do grupo 7 – consultas especializadas (códigos: 0701202 a 0701220 e 0701222 a 070123), aqui excluídas as consultas por acidente de trabalho (0701201) e de medicina do trabalho (0701221). Os dados referentes aos municípios integrantes de consórcios foram agrupados segundo a área de abrangência dos mesmos.

O questionário foi validado por meio da resposta e análise do mesmo por dois dirigentes de consórcios selecionados, havendo apenas a sugestão de pequena modificação, que foi incorporada. Os questionários foram enviados aos consórcios após contato telefônico para esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa e orientações. Todos os dirigentes consentiram em participar. Foram organizados envelopes, cada um contendo a correspondência de apresentação, o termo de consentimento livre e esclarecido, o questionário e um envelope para o retorno, já selado e com remetente e destinatário preenchidos. Após sessenta dias, inúmeros telefonemas e comunicações por e-mail, obteve-se o retorno de 95,0%. Do único consórcio

que não respondeu fizeram-se apenas as análises permitidas com os dados secundários.

Os dados coletados foram tratados por intermédio de processamento computadorizado – Epi Info 6.04b e Microsoft Excel – e analisados com base numérica e percentual.

Os parâmetros para a análise dos dados sobre as consultas médicas foram extraídos do anexo da *Portaria nº 1.101* (<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>, acessado em 10/Jul/2002), que propõe os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS e da publicação *Perfil do Sistema de Saúde no Estado do Paraná*¹². O referido anexo da portaria sugere que se exclua a população adstrita ao sistema de atenção médica supletiva quando se for definir o perfil assistencial do SUS. A publicação do Paraná demonstrou que 78,4% das pessoas não estavam cobertas por planos de saúde privados. Em relação às consultas médicas, o parâmetro propõe entre 2 a 3 consultas por habitante/ano. No documento do Paraná consta que foram oferecidas 2,3 consultas por habitante/ano. Esta pesquisa estabeleceu, pois, como parâmetros, uma população de 78,4% – assistida pelo SUS – e uma cobertura de 2,3 consultas por habitante/ano.

A pesquisa também utilizou o detalhamento da cobertura das consultas médicas ambulatoriais, que estão apresentadas no anexo da portaria, com a seguinte distribuição: 15,0% em urgência e emergência; 62,7% em clínica básica; e 22,3% em consultas especializadas, estas com percentuais especificados para cada especialidade (<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>, acessado em 10/Jul/2002).

O estudo foi dividido em três abordagens: a primeira identificou as principais características dos consórcios, a segunda dimensionou os recursos humanos e analisou a oferta das consultas médicas, e a última verificou a existência de referência e contra-referência e os principais problemas nesta questão.

O projeto de pesquisa, bem como o termo de consentimento livre e esclarecido, foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina. O comitê solicitou o anonimato dos participantes; desse modo, os CIS foram designados com letras do alfabeto.

Resultados

Principais características

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná divide o território do Estado em 22 Regionais de

Saúde. Cada regional tem como sede um município pólo. Os CIS estavam presentes em 81,8% das Regionais de Saúde. Em duas Regionais de Saúde com consórcios, havia dois CIS implantados em suas áreas de abrangência. Dos 20 CIS existentes, 17 eram denominados consórcios e 2, associações. Em 15 CIS, a composição municipal era exatamente igual à das Regionais de Saúde. O primeiro foi implantado em 1992 e o último em fevereiro de 2000.

Dos 399 municípios paranaenses, 81,5% faziam parte de CIS. Esses municípios totalizavam uma população de 5.378.636 habitantes, o que correspondia a 56,3% da população do Estado (9.558.454 habitantes). Em todas as faixas populacionais existiam municípios consorciados. Dos municípios consorciados, 77,5% possuíam populações de até 50 mil habitantes. Analisando os dados por faixa populacional, verificou-se maior tendência de consorciamento entre os municípios menores (Tabela 1).

Em relação à composição dos CIS, o número de municípios variou de 7 a 28, formando populações totais entre 44.821 e 756.041 (Tabela 2). Em 90,0% dos CIS, a sede era o município de maior população, variando de 14.344 a 446.822 habitantes (Tabela 2).

Como foram identificados três municípios que apareciam em dois CIS ao mesmo, optou-se por levar em conta tais municípios como pertencentes apenas aos CIS localizados na Regional de Saúde a eles correspondentes, para evitar a duplicidade na base populacional.

Recursos humanos e a oferta de consultas médicas

A partir desta fase, os resultados do consórcio G, que não respondeu o questionário, deixam de ser apresentados.

Todos os consórcios contrataram médicos. Em quatro deles (consórcios E, Q, R e S) (Tabela 2), a totalidade de consultas foi realizada exclusivamente por médicos contratados pelos consórcios.

Foram identificados 607 médicos (Tabela 2) atuantes nos consórcios, totalizando 611 relações de trabalho. A diferença entre número de médicos e relações de trabalho aparece porque quatro médicos apresentaram dois vínculos empregatícios. Os tipos de relações de trabalho apresentados foram vínculo municipal (4,4%), estadual (13,6%), federal (12,8%) e diretamente contratado pelos consórcios (69,2%). As relações de trabalho dos médicos contratados pelos consórcios estavam divididas em duas categorias: 79,0% recebiam por consulta realizada e 21,0% estavam sob o regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

Tabela 1

Distribuição dos municípios do Paraná, segundo faixas populacionais, categorias (consorciado e não consorciado) e municípios consorciados por faixa populacional. Paraná, Brasil, 2000.

Faixas populacionais (em habitantes)	Categorias				Total		Municípios consorciados por faixa populacional %
	Município consorciado		Município não consorciado		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
Total	325	81,5	74	18,5	399	100,0	81,5

Tabela 2

Consórcios intermunicipais de saúde, segundo total de municípios, população total, população do município-sede, total de médicos especialistas que cada consórcio possui, total de consultas realizadas no ano, relação entre consultas realizadas e as programadas no ano. Paraná, Brasil, 2000.

Consórcios Intermunicipais de Saúde	Municípios	População total	População do município-sede	Total de médicos especialistas	Total de consultas	Consultas realizadas por consultas programadas (%)
A	25	346.451	80.420	40	92.736	100,0
B	28	248.589	75.663	26	64.824	100,0
C	18	322.117	98.189	58	39.060	98,7
D*	22	267.605	90.621	37	110.076	100,0
E**	6	44.821	20.951	5	4.380	100,0
F	9	148.680	52.318	12	14.064	92,0
G***	15	235.362	62.190	-	-	-
H	23	263.569	46.868	21	86.520	100,0
I	27	321.878	67.118	30	48.180	100,0
J	19	756.041	446.822	92	154.392	80,5
K	8	120.838	14.344	54	13.962	100,0
L	25	469.293	245.066	62	95.244	80,2
M	9	155.264	48.430	22	31.056	100,0
N	16	297.231	107.820	24	54.576	91,1
O	22	271.584	39.580	22	63.360	100,0
P	10	115.620	57.390	35	27.636	95,9
Q	8	473.898	288.465	25	16.920	100,0
R	7	82.109	30.013	6	10.368	100,0
S	17	169.299	32.245	14	22.188	92,8
T	11	268.387	155.002	22	33.892	77,3
Total	325	5.378.636	2.059.515	607	983.434	92,4

*,** Consórcios que possuíam municípios figurando simultaneamente em outro consórcio; * Um município ficou somente no CIS C;
** Dois municípios ficaram somente no CIS J; *** Não respondeu o questionário.

Quanto à pergunta sobre consultas programadas e realizadas, a maioria dos dirigentes dos CIS (57,9%) respondeu não haver diferença entre elas (Tabela 2).

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

Além do número de especialistas já existentes nos CIS, 68,4% dos diretores afirmaram a necessidade de contratar mais médicos de “especialidades já existentes”. Os dirigentes dos CIS desejavam contratar um total de 76 especialistas e os mais citados foram otorrinolaringologistas (13,2%), oftalmologistas (13,2%), neurologistas (11,8%) e ortopedistas (10,5%).

Os dirigentes de 84,2% dos CIS responderam que necessitavam contratar especialistas de “especialidades não ofertadas” para compor o quadro de pessoal do consórcio.

Os 13 CIS que responderam que desejam contratar mais médicos de especialidades que “já” possuíam, também relataram que precisavam contratar médicos de especialidades que “não” possuíam. Se fossem contratados todos os especialistas referidos pelos dirigentes, eles passariam de um total de 607 para 751.

No Paraná, em 2000, segundo o SIA, foram realizadas 2.047.925 consultas de urgência e emergência, 15.557.836 consultas de clínica básica e 3.003.050 consultas especializadas (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sai/cnv/papr.def>, acessado em 15/Fev/2002). Comparando estas consultas com o parâmetro, obtiveram-se, respectivamente, 79,2% de consultas de urgência e emergência, 144,0% de consultas básicas e 78,1% de consultas especializadas. Analisando as consultas médicas somente nos municípios consorciados, obtiveram-se os resultados demonstrados na Tabela 3.

Comparando-se os dados registrados no SIA com o parâmetro, verificou-se que as consultas de urgência e emergência estão abaixo do preconizado em 65,0% dos consórcios; as consultas básicas superam o preconizado em todos eles, e as consultas especializadas estão abaixo do indicado em 90,0% dos CIS (Tabela 3).

Do total das consultas especializadas (983.434) apresentadas pelos dirigentes dos CIS, 96,2% estão apresentadas na Tabela 3, visto que, nas respostas dos questionários apareceram consultas de buco-maxilo, clínica geral, clínica médica, esterilidade, ginecologia, mastologia, obstetrícia e ginecologia e pediatria que não estão incluídas nas consultas especializadas definidas pelo parâmetro.

A Tabela 3 permite inferir que 56,0% das consultas especializadas registradas no SIA foram realizadas pelos consórcios.

Conforme os dados do SIA (Tabela 4), somente as consultas de cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, nefrologia, oncologia e ortopedia superam o preconizado pelo parâmetro. Delas, somente a cardiologia e a ortopedia estão presentes em todos os consórcios.

Nenhum consórcio ofertou consultas de alergologia e de medicina física (fisiatria) (Tabela 4).

Do total de consultas em doença vascular periférica e neurologia do SIA, os consórcios realizaram, respectivamente, 99,8% e 83,2%. Um dado que chamou a atenção foi a relação entre o total de consultas de proctologia produzidas pelos CIS e o apresentado no SIA (252,3%) (Tabela 4), cuja interpretação necessitaria de dados mais detalhados.

Na Tabela 4, observa-se que as duas únicas especialidades que apresentaram cobertura adequada em relação ao parâmetro são cardiologia e ortopedia (103,2% e 105,1%, respectivamente). Como já observado, elas estão contempladas nos vinte CIS, mas, ao analisarmos estas duas especialidades de forma focalizada (Tabela 5), constata-se que em ambas a proporção SIA/parâmetros é muito irregular entre os CIS, como também é irregular a relação entre CIS/SIA, quando se comparam os diversos CIS.

Na totalidade de consultas em cardiologia e ortopedia, os CIS estão contribuindo, respectivamente, com 53,3% e 52,4% (Tabela 5).

Referência e contra-referência

A grande maioria (84,2%) dos dirigentes dos CIS afirmou que os pacientes dos municípios estavam sendo encaminhados para os consórcios com guias padronizadas de referência, preenchidas pelo médico que referenciou. Em relação à contra-referência, 57,9% dos CIS responderam que utilizavam guia padronizada. Em 52,6% dos CIS, os dirigentes responderam que possuíam tanto guia padronizada de referência como a de contra-referência.

Sobre as situações predominantes que estavam acontecendo na referência dos pacientes aos consórcios, 89,5% dos dirigentes referiram que “o paciente vem consultar no CIS com guia de encaminhamento, mas com os dados incompletos”; 68,4% mencionaram que “o paciente vem consultar no consórcio com guia de encaminhamento, mas o motivo do encaminhamento está preenchido de forma incorreta”; 36,8% mencionaram que a “guia de encami-

Tabela 3

Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), segundo consultas apresentadas no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), consultas realizadas pelos CIS, relação entre as consultas apresentadas no SIA com o parâmetro*, relação das consultas especializadas realizadas pelos CIS com as consultas especializadas apresentadas no SAI. Paraná, Brasil, 2000.

CIS	Consultas no SIA			Consultas CIS Especializada	Consultas SIA pelo parâmetro			CIS por SIA (%)
	Urgência e emergência	Clínica básica	Especializada		Urgência e emergência (%)	Clínica básica (%)	Especializada (%)	
A	111.393	726.004	118.306	90.396	118,9	185,3	84,9	76,4
B	55.492	461.573	59.531	61.584	82,5	164,2	59,6	103,3
C	133.902	527.560	40.170	39.060	153,7	144,9	31,0	97,2
D	29.418	700.671	201.871	97.584	40,6	213,6	187,6	48,3
E	1.789	91.895	2.274	4.080	14,8	181,3	12,6	179,4
F	19.882	178.690	14.917	14.064	49,4	106,3	25,0	94,3
G	19.693	390.551	60.716	-	30,9	146,8	64,2	-
H	96.978	504.369	91.671	86.520	136,0	169,3	86,5	94,4
I	14.302	603.275	43.876	44.544	16,4	165,8	33,9	101,5
J	400.259	1.214.643	449.109	145.728	195,7	142,1	147,7	32,4
K	-	212.166	13.964	13.962	-	155,3	28,7	99,9
L	42.071	797.363	136.589	94.140	33,1	150,3	72,4	68,9
M	34.273	247.806	26.668	31.056	81,6	141,2	42,7	116,4
N	122.330	559.852	99.490	52.980	152,2	163,9	83,2	53,2
O	55.942	478.155	79.142	61.248	76,2	155,7	72,5	77,4
P	37.704	194.471	33.192	26.436	120,6	148,8	71,4	79,6
Q	212.435	798.096	127.556	16.878	165,7	149,0	66,9	13,2
R	150	161.035	20.553	10.368	0,7	173,5	62,2	50,4
S	11.696	412.497	20.395	22.188	25,5	215,5	30,0	108,8
T	-	405.914	46.186	33.100	-	133,8	42,8	71,7
Total	1.399.709	9.657.586	1.686.173	945.916**	96,2	158,8	78,0	56,0

CIS por SIA: relação das consultas especializadas realizadas pelo CIS com as consultas especializadas apresentadas no SIA;

* O cálculo do parâmetro foi feito com 78,4% da população de cada CIS e uma cobertura de 2,3 consultas por habitante em 2000. Do total de consultas que deveriam ser oferecidas foram estabelecidas 15,0% para as consultas de urgência e emergência, 62,7% para a clínica básica e 22,3% para as consultas especializadas; ** Somente as consultas especializadas apresentadas pelos CIS.

nhamento descreve um quadro relativo a uma especialidade e o encaminhamento é para outra especialidade”.

Em relação à contra-referência, 89,5% mencionaram que menos de 50,0% dos pacientes saíram do seu consórcio com guias de contra-referência preenchidas pelos médicos especialistas.

Discussão

A expansão de consórcios no Paraná, após a mudança de governo do Estado em 1995, pode indicar algum grau de determinação política no processo, merecendo ser investigado. Em um estudo realizado sobre os CIS brasileiros, Lima & Pastrana¹³ referiram que a implantação deles, por um lado, estava sendo realizada por meio de amplos debates dos atores envolvidos e em conformidade com a necessidade

de assistência da população dos municípios, mas, por outro lado, estava acompanhada de interesses clientelistas de gestores.

Segundo estudos realizados por Lima^{14,15}, em 1997, o percentual de municípios consorciados era: Rio Grande do Sul, 12,0%; Santa Catarina, 29,0%; Paraná, 69,0%; São Paulo, 12,0%; Minas Gerais, 75,0%; Mato Grosso, 52,0%; e Paraíba 4,5%. Tanto no estudo brasileiro como no presente artigo, o Paraná apresentou grande proporção de municípios participantes de consórcios.

O estudo confirmou a tendência apontada por Mendes⁷ e Ribeiro & Costa³ quanto à concentração dos serviços de maior complexidade em um município-sede, sendo essa a lógica de estruturação da maioria dos consórcios de saúde no Brasil.

Com o processo de municipalização, os empregos para médicos na esfera federal vêm perdendo campo⁶. Esta pesquisa evidenciou os

Tabela 4

Especialidades, segundo parâmetro, consultas apresentadas no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), consultas apresentadas pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), relação entre as consultas do SIA e o parâmetro, relação das consultas apresentadas pelos CIS com as apresentadas pelo SIA, Paraná, Brasil, 2000.

Especialidades	Consultas parâmetro*		Consultas SIA	Consultas CIS	Consultas SIA pelo parâmetro (%)	Consultas CIS pelo SIA (%)
	%	n				
Alergologia **	0,2	19.398	-	-	-	-
Cardiologia	2,0	193.975	200.244	106.680	103,2	53,3
Cirurgia geral ***	2,3	223.071	125.248	63.300	56,6	50,1
Dermatologia †	1,1	106.686	86.455	52.708	81,0	61,0
Doença vascular periférica ††	0,2	19.398	17.913	17.880	92,3	99,8
Endocrinologia †††	0,4	38.795	45.036	33.324	116,1	74,0
Gastroenterologia	0,7	67.891	71.202	50.616	104,9	71,1
Hematologia	0,1	9.699	14.537	3.480	149,9	23,9
Medicina física §	1,2	116.385	-	-	-	-
Nefrologia	0,1	9.699	21.168	12.540	218,3	59,2
Neurocirurgia	0,1	9.699	6.537	3.324	67,4	50,8
Neurologia	1,2	116.385	107.546	89.508	92,4	83,2
Oftalmologia	2,8	271.565	253.011	109.968	93,2	43,5
Oncologia	0,3	29.096	61.040	6.876	209,8	11,3
Otorrinolaringologia	1,5	145.481	97.026	66.900	66,7	69,0
Proctologia	0,2	19.398	2.530	6.384	13,0	252,3
Psiquiatria	2,2	213.373	110.222	46.284	51,7	42,0
Reumatologia	0,4	38.795	18.297	11.832	47,2	64,7
Tisiopneumologia §§	1,0	96.988	40.997	32.772	42,3	79,9
Traumatologia-ortopedia §§§	2,9	281.264	295.575	154.824	105,1	52,4
Urologia	0,9	87.289	80.162	54.782	91,8	68,3
Outras #	0,5	48.494	30.427	21.934	62,7	72,1
Total	22,3	2.162.823	1.686.173	945.916	78,0	56,1

* Foi calculado com 78,4% da população dos vinte CIS; ** Inclui imunologia; *** Inclui todas as consultas de cirurgias: geral, cabeça e pescoço, pediátrica, plástica, torácica e vascular; † Inclui hansenologia; †† Angiologia; ††† Inclui metabologia; § Inclui fisioterapia; §§ Inclui pneumologia e tisiologia; §§§ Não inclui consulta de urgência; # Inclui acupuntura, geriatria, homeopatia e infectologia.

consórcios como uma fatia contemporânea do mercado do trabalho médico; porém, com intensa precarização do mesmo.

Os médicos vêm sendo contratados pelos consórcios especialmente por produção ou de acordo com a CLT. Somente um consórcio havia realizado concurso público. A recomendação de especialistas e do MS no assunto tem sido a de realização de concurso público, mesmo que a contratação seja em regime da CLT 9,16. Ao não realizarem concursos públicos, acabaram gerando polêmica, uma vez que os recursos financeiros dos CIS provêm exclusivamente de verbas públicas. Contudo, neste aspecto, muitos debates e reflexões serão ainda necessários, pois os recursos humanos, mesmo com concurso público, acabam não sendo contratados por nenhum dos três níveis de governo – municipal, estadual ou federal. Ribeiro & Costa 3 (p. 190), quando analisaram um consórcio de São Paulo, ressaltaram que o “(...) consórcio se cons-

titui 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)”.

A pouca variação entre as consultas programadas e realizadas pode indicar que não houve uma pré-programação das consultas e, conseqüentemente, o programado foi considerado igual ao realizado. No entanto, pode ser que as consultas realizadas apresentadas estejam “superestimadas”.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde 17, há cada vez mais países com número de médicos superior às necessidades. Na Colômbia, em 2001, foi realizado um estudo que visou estimar a oferta de médicos especialistas no país. Identificou-se que o número de especialistas foi duplicado em menos de uma década. Além disso, demonstrou-se que a neurocirurgia e a oftalmologia estão com o mercado

Tabela 5

Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), segundo consultas de cardiologia e ortopedia – parâmetro, Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), CIS, SIA pelo parâmetro e CIS pelas consultas do SIA. Paraná, Brasil, 2000.

CIS	Cardiologia					Ortopedia				
	Parâmetro	SIA	CIS	SIA/parâmetro (%)	CIS/SIA (%)	Parâmetro	SIA	CIS	SIA/parâmetro (%)	CIS/SIA (%)
A	12.412	17.196	14.100	138,5	82,0	17.998	33.113	22.380	184,0	67,6
B	8.906	10.371	11.088	116,4	106,9	12.914	9.846	6.468	76,2	65,7
C	11.541	3.609	2.904	31,3	80,5	16.734	11.699	10.992	69,9	94,0
D	10.615	31.841	13.392	300,0	42,1	15.391	27.496	14.064	178,6	51,1
E	1.851	397	480	21,5	120,9	2.683	30	–	1,1	–
F	5.327	1.745	1.644	32,8	94,2	7.724	2.388	1.896	30,9	79,4
G	8.432	5.520	–	65,5	–	12.227	12.682	–	103,7	–
H	9.443	9.440	8.448	100,0	89,5	13.692	19.130	16.896	139,7	88,3
I	11.532	6.382	5.724	55,3	89,7	16.722	7.319	7.176	43,8	98,3
J	27.087	39.725	15.900	146,7	40,0	39.276	52.714	15.132	134,2	28,7
K	4.329	3.615	1.416	83,5	39,2	6.278	2.430	2.856	38,7	117,5
L	16.814	13.994	9.108	83,2	65,1	24.380	24.896	23.148	102,1	93,0
M	5.563	2.090	2.160	37,6	103,3	8.066	4.814	3.360	59,7	69,8
N	10.649	11.675	2.472	109,6	21,2	15.441	18.421	4.440	119,3	24,1
O	9.730	10.621	6.336	109,2	59,7	14.109	13.097	7.392	92,8	56,4
P	4.142	2.640	2.640	63,7	100,0	6.006	4.451	3.228	74,1	72,5
Q	16.979	18.339	240	108,0	1,3	24.619	27.329	588	111,0	2,2
R	2.942	3.477	1.920	118,2	55,2	4.266	8.411	3.360	197,2	39,9
S	6.066	2.028	1.236	33,4	60,9	8.795	6.039	6.720	68,7	111,3
T	9.616	5.539	5.472	57,6	98,8	13.943	9.270	4.728	66,5	51,0
Total	193.975	200.244	106.680	103,2	53,3	281.264	295.575	154.824	105,1	52,4

saturado, e outras especialidades – obstetrícia, ginecologia, neurologia, ortopedia, urologia, anesthesiologia, cardiologia, dermatologia e otorrinolaringologia – apresentavam taxas de crescimento acima da capacidade de vinculação ao sistema de saúde¹⁸. No Brasil, Machado⁶ analisou a distribuição dos profissionais médicos entre as regiões brasileiras e ressaltou que havia uma disparidade na inserção deles, dado que cerca de 75,0% estavam concentrados nas regiões Sul e Sudeste e, também, salientou que em muitos municípios não se encontrava um único médico. Com o presente estudo, ficou demonstrado que, para a população paranaense, ainda é preciso aumentar a contratação de alguns médicos de certas especialidades no âmbito do SUS para atender integralmente as demandas dos usuários, segundo as percepções dos dirigentes dos CIS e dos parâmetros utilizados.

A definição de parâmetros, tais como os fixados pela *Portaria nº 1.101* (<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>, acessado em 10/Jul/2002), é sempre motivo de controvérsia, especialmente no Brasil, que apresenta tanta diversidade

epidemiológica, demográfica e sócio-econômica. A portaria foi produto da análise de séries históricas de assistência médica de várias regiões do Brasil e do país como um todo, consultas a especialistas e consulta pública, pois não foram encontrados modelos padronizados por instituições internacionais, nem por outros países, que tenham sido objeto de publicação científica indexada para serem usados como referência (Saltz S, comunicação pessoal). Desta forma, sendo os parâmetros propostos na portaria produto de cristalização de práticas institucionais e pessoais, eles podem trazer embutidos vícios e equívocos consagrados pela prática. Portanto, não se pode afirmar que tais parâmetros têm validação científica. Entretanto, são os que estão disponíveis, permitindo, neste estudo, fazer uma primeira análise da oferta das consultas especializadas oferecidas pelos CIS. Seguramente, investigações com características regionalizadas precisarão ser realizadas, a fim de verificar a adequação ou não dos resultados alcançados.

A atenção primária, se bem organizada e com adequados recursos humanos e tecnoló-

gicos, pode resolver em torno de 85,0 a 90,0% das necessidades de saúde da população¹⁹. Os níveis secundário e terciário são referências para o nível primário e devem servir de contra-referência à população de forma adequada. Houve indícios, nesta pesquisa, de que a referência e a contra-referência de pacientes estão deficientes, e que a situação real pode ser pior do que foi indicado. Este mecanismo administrativo entre serviços é, de fato, muito importante em termos de racionalidade e efetividade, sempre valorizado em discursos e, infelizmente, pouco e mal implementado na prática.

Considerações finais

A pesquisa permitiu traçar um perfil dos consórcios no Paraná, confirmando algumas sus-

peitas, revelando algumas características peculiares e indicando a necessidade de aprofundamento em cada consórcio.

O CIS, no âmbito do SUS, está se configurando como importante mecanismo de inserção dos especialistas. Assim, a implantação de consórcios é vista como um dos caminhos viáveis para potencializar a assistência médica especializada.

Sendo os CIS relativamente novos na área da saúde, existe, ainda, uma série de questões que precisam ser debatidas. Fóruns de discussão sobre os consórcios intermunicipais de saúde precisam ser fomentados, com a participação de gestores, trabalhadores e usuários, buscando construir coletivamente soluções adequadas aos entraves existentes.

Resumo

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) surgiram no âmbito do SUS no final da década de 80. Os gestores municipais aderiram a essa estratégia, visando potencializar as ações e serviços de saúde oferecidos à população. Esta pesquisa analisou o perfil dos CIS do Paraná, Brasil, focalizando a assistência médica especializada. Os dados são dos relatórios sobre os consórcios realizados pelo Conselho Estadual de Saúde e dos questionários enviados para os vinte CIS. Os parâmetros utilizados foram a Portaria nº 1.101 e dados publicados do perfil do sistema de saúde do Paraná em 2000. Dos 399 municípios paranaenses, 81,5% integram CIS. Os especialistas são cedidos pelos municípios (4,4%), Estado (13,6%), união (12,8%), ou contratados pelo próprio CIS (69,2%). A oferta de consultas especializadas não é suficiente ou sua distribuição é feita de forma inadequada. Há falha no mecanismo de referência e contra-referência. O CIS é um instrumento viável para ampliar e potencializar a capacidade dos municípios em ofertar consultas especializadas; porém, há necessidade de ser utilizado com critérios, planejamento e adequado sistema de referência e contra-referência.

Especialidades Médicas; Planejamento em Saúde; Política de Saúde

Colaboradores

S. C. S. Nicoletto e L. Cordoni Jr. participaram de todas as etapas de elaboração do artigo, desde a coleta das informações até a redação final. N. R. Costa contribuiu com a forma de apresentação de alguns resultados e colaborou com a discussão.

Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Ribeiro JM, Costa NR. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). *Planej Polít Públicas* 2000; 1:173-220.
4. Scatena JHG, Tanaka OY. A descentralização da saúde no Estado de Mato Grosso, Brasil: financiamento e modelo de atenção. *Rev Panam Salud Pública* 2001; 8:242-9.
5. Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saúde Pública* 1997; 13:141-4.
6. Machado MH. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.
7. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1996.
8. Bastos FA, Misoczky M. Avançando na implantação do SUS: consórcios intermunicipais de saúde. Porto Alegre: Editora Dacasa; 1998.
9. Secretaria de Políticas de Saúde e de Avaliação, Ministério da Saúde. O consórcio e a gestão municipal em saúde. 2ª Ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde e de Avaliação, Ministério da Saúde; 1998.
10. Bertone AA. Consórcios Intermunicipais de Saúde: uma estratégia rumo à regionalização. *Divulg Saúde Debate* 1996; 16:36-9.
11. Meirelles HL. Direito administrativo brasileiro. São Paulo: Editora Malheiros; 1994.
12. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Perfil do sistema de saúde do Estado do Paraná. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 2002.
13. Lima APG, Pastrana RM. Articulação de municípios em consórcios intermunicipais de saúde: uma inovação dentro do SUS. In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva [CD-ROM]. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2000.
14. Lima APG. Os consórcios intermunicipais de saúde e o sistema único de saúde [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1998.
15. Lima APG. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* 2000; 16:985-96.
16. Carvalho GI, Santos L. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (leis 8.080/90 e 8.142/90) – Sistema Único de Saúde. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1995.
17. Organización Mundial de la Salud. Médicos para la salud: estrategia mundial de la OMS para reformar la enseñanza de la medicina y la práctica médica en prol de la salud para todos. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 1996.
18. Rosselli D, Otero A, Heller D, Calderón C, Moreno S, Pérez A. Estimación de la oferta de médicos especialistas en Colombia con el método de captura-recaptura. *Rev Panam Salud Pública* 2001; 9:393-8.
19. Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. Manual para a organização de atenção básica. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde; 1999.

Recebido em 05/Dez/2003

Versão final reapresentada em 28/Jul/2004

Aprovado em 03/Ago/2004