O SUDS/RJ E A MUNICIPALIZAÇÃO – UM PROCESSO EM ANDAMENTO*

Eliana Pereira Azem**
Maria Manuela P.C.A. dos Santos***
Neuza Maria Nogueira Moysés****

1. Introdução; 2. Caracterização sumária do Estado do Rio de Janeiro; 3. A organização do processo; 4. Situação atual; 5. Limitações; 6. Considerações finais.

Relato do processo de municipalização das ações de saúde vivenciado no Suds/RJ, a partir de junho de 1988, tendo como foco o binômio centralização/descentralização e como pano de fundo a oportunidade propiciada pelo desenvolvimento do processo de reforma sanitária brasileira com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, a partir da assinatura de convênio em outubro de 1987.

Palavras-chave
Municipalização; centralização/descentralização; reforma sanitária brasileira; Suds.

1. *Introdução*

A organização do Estado brasileiro sob a forma de república federativa pressupõe a existência e repartição de competências para o conjunto da federação, bem como para os estados-membros. O federalismo tem um caráter complexo, sendo o Estado federal uma unidade constituída de múltiplas unidades. "É uma unidade porque seu território, ainda que dividido entre estados-membros, está inteiramente submetido ao poder central; porque sua população, (...) forma um só povo; e porque os órgãos do Governo federal impõem sua vontade a todo o povo."[1]

O federalismo, enquanto forma de organização do Estado, supõe a existência de relações intergovernamentais, articuladas entre os três níveis de Governo (federal, estadual e municipal), com conseqüente distribuição e divisão de poder; caracteriza-se também por duas leis: a da autonomia, por um lado, e, por outro, a da participação entre as coletividades-membros e o Estado federal.[2]

* Trabalho apresentado ao II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e ao III Congresso Paulista de Saúde Pública – São Paulo, 2 a 7.8.89.

** Subsecretária de Municipalização da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

*** Secretária de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

**** Assessora-chefe da Subsecretaria de Municipalização da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. (Endereço das autoras: Rua México, nº 128, 8º andar, sala 833 – Centro – Rio de Janeiro, RJ.)

[1] Dallari, Sueli G. *Municipalização dos serviços de saúde*. São Paulo, Brasiliense, 1985.

[2] Ver, a respeito, Dallari, Sueli G. op. cit. p. 17-9.

O federalismo formal do Estado brasileiro, historicamente, não encontrou sua configuração correlata,[3] apesar de, no início da República Velha, colocar-se a idéia do associativismo municipal e as Constituições, desde a de 1891, fazerem referência a possibilidades de acordos intermunicipais, de criação de regiões com autonomia, tendo a Constituição de 1967 e o art. 164 da Emenda Constitucional nº 1/69 preconizado a criação das regiões metropolitanas, bem como leis complementares institucionalizando o poder regional. Na prática, o Estado brasileiro, excluindo pequenos surtos de maior diálogo entre as distintas esferas de poder, tem como característica o desequilíbrio estrutural das relações intergovernamentais, tanto no âmbito econômico-financeiro e técnico-administrativo, como político-institucional.

A consolidação da União, com ênfase no papel do Executivo federal, elegendo-o como instância privilegiada de poder, característica marcante do projeto político-econômico desenvolvido nos anos, não muito distantes, do regime autoritário, descaracterizou de forma acentuada o federalismo brasileiro.

Aos estados e municípios se atribuiu o papel passivo de reprodutores de decisões e deliberações do Governo federal, aguardando, com grande dose de clientelismo, as benesses desse Governo.

Assistimos, assim, ao empobrecimento financeiro, político e administrativo das estruturas de poder estaduais e municipais e à centralização da organização do Estado nacional, sem que o projeto gerasse qualquer medida de impacto quanto à perspectiva redistributiva da renda e da riqueza nacional; as desigualdades, ao contrário, assumiram proporções crescentes.

Com a crise instalada a partir da constatação do esgotamento do "milagre brasileiro", do advento do processo de transição democrática, da implantação da "Nova República" e da explicitação do fracasso do projeto autoritário, instaurado nos anos posteriores a 1964, cresce a discussão em torno de um novo projeto político-social onde questões como a necessidade de descentralização do Estado brasileiro passam a figurar com destaque.

É dentro desse contexto e considerando a emergência de movimentos de reforma – no caso específico deste trabalho, no que respeita às políticas sociais e, em particular, à de saúde – que ganha corpo a descentralização e, em especial, a recuperação do poder local na organização e operacionalização do sistema de saúde via municipalização.

2. *Caracterização sumária do Estado do Rio de Janeiro*

O Estado do Rio de Janeiro, situado geograficamente na região Sudeste do País, é o menor estado da região em extensão territorial, com 43.305km^2, correspondendo a 0,52% do território nacional e 4,78% da região. Com uma população estimada, para 1989, de 13.642.900 habitantes e densidade demográfica de 315 hab/km^2, mais de 90% da sua população é urbana. Somente o município do Rio de Janeiro concentra aproximadamente 45% do total da população do Estado e a Re-

[3] Ver, a respeito, entre outros, trabalhos de: Vieira, Paulo R. Descentralização e cobertura de saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getulio Vargas, *13*(4):63-70, out./dez. 1979; Castro, José Nilo de. No poder regional–autonomia municipal e Constituinte. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getulio Vargas, *21*(1):2-9, jan./mar. 1987; Lobo, Thereza. Descentralização – uma alternativa de mudança. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getulio Vargas, *22*(1):14-24, jan./mar. 1988.

gião Metropolitana do Rio de Janeiro 80,6%, com uma densidade demográfica de 1.690 hab/km^2.[4]

O Estado como um todo é formado por 69 municípios (alguns de emancipação recente).

O Estado, que abrigou até a fundação de Brasília a sede do Distrito Federal – o que explica, em parte, a existência de ampla quantidade e qualidade de equipamentos urbanos – apresenta, desde os anos 40, a maior densidade demográfica entre os estados brasileiros.

No que respeita ao setor saúde, o Estado do Rio de Janeiro concentra, proporcionalmente, a maior capacidade instalada do setor público de atenção à saúde, detendo estabelecimentos federais, estaduais e municipais, com uma multiplicidade particularmente significativa de instituições operando na área.

Até 1987 abrigava a sede do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).

O Estado detém a relação de 3,15 médicos por 1.000 habitantes, a maior do País. Vale mencionar que todos os 69 municípios do Estado têm profissional médico residindo em seu território.

A complexidade da rede pública de estabelecimentos de saúde varia do primeiro ao terceiro nível de atendimento, ou seja, do atendimento primário simplificado ambulatorial nas quatro clínicas básicas ao atendimento complexo com internação em clínicas especializadas e envolvendo procedimentos cirúrgicos de ponta, como transplantes de órgãos. O Estado do Rio de Janeiro concentra nove hospitais universitários. Alguns estabelecimentos hospitalares nele sediados são de referência nacional, como o Instituto Nacional do Câncer (INCA), Hospital dos Servidores do Estado e o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Observando o fenômeno verificado no País como um todo, a capacidade instalada se distribui de forma não homogênea pelo estado, com grande concentração de equipamentos e serviços no município do Rio de Janeiro.

Foi no Estado do Rio de Janeiro, particularmente no município de Niterói, que no início dos anos 80 se desenvolveu experiência inicial de proposta de integração de serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, trabalhando com as diretrizes do Plano de Reorientação à Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social.[5]

3. *A organização do processo*

No desdobrar do processo de Reforma Sanitária, o marco histórico consistiu na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, os princípios finalísticos de universidade, eqüidade, integralidade e participação foram estabelecidos. Algumas ações estratégicas foram realizadas. Em 10.7.87, a Exposição de Motivos nº 31 dava o primeiro passo no sentido da implantação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (Suds).

[4] Fazem parte da região metropolitana do Rio de Janeiro os municípios de: Duque de Caxias, Itaboraí, Itaguaí, Magé, Mangaratiba, Maricá, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Paracambi, Petrópolis, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti.

[5] Para maior detalhamento, ver Moisés, Neuza M.N. Projeto Niterói; uma tentativa de recuperação da história recente. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getulio Vargas, *23*(1):46-63, jan. 1989.

Começava a reordenação administrativo-gerencial do Sistema Nacional de Saúde.

O Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, criava o Suds e, a partir daí, um número subseqüente de medidas foi sendo editado sob as mais diversas formas[6] para possibilitar as modificações administrativas e legais necessárias ao processo.

Desta forma, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde foi implantado no Estado do Rio de Janeiro, em outubro de 1987, a partir do convênio assinado entre o MPAS/MS e o Governo do estado, através da Secretaria de Estado de Saúde.

O Suds/RJ buscou na municipalização um caminho em direção à descentralização dos serviços de saúde. A proposta tem como objetivo a maior proximidade dos serviços em relação à população, o que se tem conseguido alcançar através do gerenciamento único, ao nível municipal, como responsabilidade dos secretários municipais de Saúde.

A Subsecretaria para Assuntos do Interior, incumbida de implantar o processo, iniciou contatos com as Prefeituras e Secretarias Municipais de Saúde. Os prefeitos interessados foram orientados no sentido de encaminhar ofício ao presidente da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS/RJ), solicitando a municipalização.

Paralelamente eram elaborados os instrumentos legais exigidos tanto pela legislação estadual, quanto pela federal para possibilitar a transferência dos recursos físicos, humanos e financeiros às administrações municipais.

A minuta de Convênio de Municipalização elaborada pela Subsecretaria para Assuntos do Interior foi objeto de negociação junto aos Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde, com participação ativa do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). A minuta definitiva foi submetida à apreciação e à aprovação da CIS/RJ, bem como objeto de análise da Assessoria Jurídica do Suds/RJ.

Foram constituídas equipes técnicas multiprofissionais absorvendo servidores dos quadros do Inamps e da Secretaria de Estado de Saúde. Essas equipes, divididas por regiões do Estado (ver mapa com divisão – anexo 1), ficaram responsáveis pelo acompanhamento e assessoramento dos municípios.

A partir da manifestação formal das prefeituras, da vontade de ver municipalizada a rede de saúde local, foram abertos processos para cada município solicitante.

O passo seguinte foi o estabelecimento de um roteiro básico de Plano de Ação de Saúde distribuído para cada município, constando dos seguintes itens: diagnóstico do município com suas características geo-demográficas; indicadores sócio-econômicos; características do meio ambiente; organização política e do sistema de saúde local (ver anexos 2-A e 2-B).

As equipes técnicas procederam à análise dos Planos de Ação de Saúde apresentados e, com base na capacidade instalada da rede pública, neles contida, e nos projetos para investimentos na rede pública local, bem como nos programas específicos a serem desenvolvidos pela rede (ex.: saúde da mulher), foi feita a orçamentação referente aos valores mensais e anuais a serem repassados através do Convênio de Municipalização.

Fizeram parte integrante dos processos de municipalização:

[6] Ver, a respeito, Brasil, MPAS/Inamps. *Coletânea da legislação básica (Suds).* 5. ed. Brasília, 1989.

- ofício do prefeito solicitando a municipalização;
- Plano de Ação;
- análise do Plano de Ação com síntese do mesmo e parecer conclusivo a respeito;
- desenho da rede pública de saúde local hierarquizada;[7]
- relação nominal das unidades de saúde pertencentes ao município, ao estado e ao Inamps, com as respectivas capacidades instaladas (número de consultórios médicos, de equipos odontológicos (especificamente para tratamento completado (TC) e para procedimentos), bem como número de turnos de funcionamento de cada unidade de saúde;
- convênio de adesão à municipalização;
- termo aditivo ao convênio, onde consta o repasse dos recursos físicos, financeiros e humanos (anexo 3);
- plano de aplicação dos recursos financeiros (conforme determina a Portaria MPAS nº 4.236, de 12 de maio de 1988, atualmente modificado pela Portaria MPAS nº 4.468, de 31 de maio de 1989).

3.1 Metodologia

A partir dos dados constantes do processo, foram calculados os valores a serem repassados aos municípios para custeio da rede pública local e a ser municipalizada (estadual e do Inamps), com base na capacidade instalada, adotando-se os parâmetros da PT MPAS nº 3.046/82, à exceção do número de consultas médicas necessárias por habitante/ano, estabelecido em três, podendo, em alguns casos,[8] chegar a cinco.

Na área de odontologia, estimou-se que um equipo poderia gerar 880 procedimentos/mês, funcionando em dois turnos, ou 47 tratamentos completados (TC)/mês, no caso exclusivo do atendimento à faixa etária de 7 a 14 anos, matriculada na rede pública de ensino do município.

Consideraram-se quatro consultas médicas por hora, 22 dias no mês e 12 meses no ano, para os consultórios médicos.

As unidades ambulatoriais foram divididas em três tipos, de acordo com o seu grau de complexidade (porte). As tipo *P*, que geram 80% do seu potencial de consultas de porte II (definição de portes segundo a PT no MPAS/SSM nº 314 de 3 de julho de 1985) e 20% de porte III; as do tipo *S* que geram consultas até porte IV, ficando, para efeito de cálculo, como 80% de porte II e 20% de porte IV. As do tipo *T*, que geram consultas até porte V, ficando, para efeito de cálculo, 80% do porte II e 20% do porte V.

Este critério pareceu-nos o mais prático, considerando-se que, apesar da complexidade de uma unidade, cerca de 80% dos atendimentos ambulatoriais se resolvem através de uma consulta.

Calculou-se o valor de custeio de um consultório, funcionando em um turno, durante um mês, nas unidades *P*, *S* e *T*. A esses valores acrescentou-se o valor de custeio do atendimento básico gerado pelas consultas médicas potenciais (40% do número de consultas médicas potenciais), chegando-se a um número que, multiplicado pelo produto (número de consultórios vezes número de turnos) deu-nos o re-

[7] Nos municípios em que há instituições filantrópicas, estas são incluídas na rede hierarquizada.

[8] A adoção de cinco consultas hab./ano foi artifício utilizado quando da orçamentação do repasse de municipalização para municípios com menos de 10 mil habitantes e precária capacidade instalada, visando possibilitar a implantação de uma estrutura menos precária de atendimento à saúde. Alguns desses municípios não possuem sequer secretaria municipal de saúde.

passe mensal a ser feito para cada tipo de unidade definida, na área do atendimento médico ambulatorial. Os valores para o cálculo foram os da Portaria MPAS/SSM mais recente, que estipula o pagamento de serviços para convênios do Inamps com órgãos governamentais.

Quanto aos investimentos, procedeu-se à análise dos projetos específicos, levando-se em conta o Plano de Ação do município, ou seja, a situação atual e as prioridades para o desenvolvimento do sistema de saúde.

3.2 Formulários utilizados

Em função dos parâmetros estabelecidos foram elaborados os formulários correspondentes, visando a sistematização das informações (anexos 4-A e 4-B).

A parte referente à capacidade instalada foi transposta para o formulário que constitui o anexo 4-A para cada prestador – município, estado e Inamps – onde constam o nome da unidade, seu tipo (*P,S,T*), número de consultórios médicos, número de turnos da unidade, produto do número de consultórios pelo número de turnos, número de equipos odontológicos para TC por unidade e seu potencial, número de equipos odontológicos para procedimentos e seu potencial, e, no caso de hospitais, o número e o potencial anual de internação em clínica médica, clínica pediátrica, clínica psiquiátrica, clínica cirúrgica e clínica obstétrica.

O somatório dos produtos consultórios/turnos médicos, do potencial de TC e de procedimentos e do potencial de internação por prestador foi transposto para o formulário de orçamentação no seu respectivo campo (prefeitura, estado, Inamps).

Para proceder à orçamentação, foi tomado como unidade de custo o valor de consultório/turno/mês. Multiplicando-se o valor dos consultórios/turno pelas suas respectivas unidades de custo, obtinha-se o valor do repasse mensal para cada tipo de unidade.

Com relação ao atendimento odontológico, multiplicando-se o valor do campo total correspondente a procedimentos e tratamento completado (TC) pelo seu valor, obtinha-se valor de repasse dessas unidades.

Para obter o valor anual, multiplicava-se os totais mensais por 12 meses.

Com relação à parte hospitalar, o campo total corresponde ao potencial anual das internações, multiplicado pelos valores atualizados da PT do MPAS/SSM onde é estipulado o pagamento de serviços médicos prestados por órgãos governamentais conveniados com o Inamps. Obtendo-se o valor do repasse anual por especialidade (clínica médica + pediatria, cirurgia, psiquiatria e obstetrícia).

Cabe informar que nesse tópico, para todas as internações considerou-se um valor médio, ficando a clínica cirúrgica como porte III e as restantes como porte II.

No caso de atendimento de emergência, considerados como consulta médica porte III, atribuiu-se o percentual que o sistema público local absorve, considerando a sua necessidade total/ano como 15% do número de consultas necessárias à população.

Totalizados os valores anuais e mensais de custeio da rede pública, acrescentou-se um percentual, estipulado em 30% para desenvolvimento de recursos humanos, obtendo-se o valor mensal e o anual de repasses (custeio + desenvolvimento de recursos humanos) para cada município.

Os repasses para investimento foram determinados de acordo com o valor do repasse global ao Suds/RJ, para esse fim, e atendendo às prioridades de cada plano municipal.

4. Situação atual

Foram municipalizados, utilizando esta metodologia, a partir de 17.6.88, os seguintes municípios: Araruama, Arraial do Cabo, Bom Jardim, Bom Jesus de Itabapoana, Cabo Frio, Cambuci, Cachoeiras de Macacu, Campos, Cantagalo, Carmo, Casemiro de Abreu, Conceição de Macabu, Cordeiro, Duas Barras, Duque de Caxias, Itaguaí, Itaocara, Laje do Muriaé, Macaé, Maricá, Miracema, Natividade, Nova Friburgo, Paracambi, Petrópolis, Porciúncula, Rio Claro, Rio das Flores, Santa Maria Madalena, Santo Antônio de Pádua, São Fidélis, São João da Barra, São João de Meriti, São Sebastião do Alto, Saquarema, Silva Jardim, Sumidouro, Teresópolis, Trajano de Moraes e Volta Redonda (anexo 1).

Aderiram ao Suds/RJ os municípios de Nova Iguaçu e Rio de Janeiro, sem que manifestassem interesse imediato em municipalizar a rede do Estado e do Inamps. O cálculo do repasse para a rede municipal foi feito utilizando-se os mesmos parâmetros.

Após calculado o orçamento, as equipes técnicas encarregaram-se de orientar os secretários municipais de saúde e os contadores das prefeituras no correto preenchimento dos Planos de Aplicação (PA).

A avaliação do cumprimento das metas físicas contidas no Plano de Avaliação (PA 07), vem sendo feita através de análise dos formulários Pais-3 recebidos mensalmente. Os Pais-3 especificam as metas físicas cumpridas mensal e individualmente pelas unidades de saúde.

No segundo semestre de 1988 foram repassados cerca de NCz$ 12.000.000,00 para custeio das ações de saúde nos municípios e cerca de NCz$ 19.000.000,00 para investimento.

As diversas etapas de trabalho foram desenvolvidas com base em parâmetros técnicos contidos em documentos oficiais, bem como em orientações da Subsecretaria para Assuntos do Interior.

Para assinatura dos termos aditivos referentes ao exercício de 1989, as equipes técnicas procederam ao levantamento das alterações ocorridas na capacidade instalada dos diversos municípios, bem como à avaliação da programação de investimento elaborada para 1988 e à análise das propostas de investimento para 1989.

A Superintendência de Planejamento do Suds/RJ introduziu, para 1989, algumas modificações na metodologia de cálculo, basicamente no que tange ao porte das unidades, ao número de consultas/médico, ao número de procedimentos/turno e cálculo dos atendimentos básicos.

Os parâmetros anteriormente utilizados trabalhavam com uma média de produção relativamente homogênea; os parâmetros modificados tenderam a privilegiar as redes de maior complexidade.

Além dos recursos físicos, humanos e financeiros repassados aos municípios, foram transferidas competências administrativo-gerenciais em relação à rede e gradualmente, através de resoluções específicas, o Secretário de Estado de Saúde vem transferindo competências antes de responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde e do Inamps para as secretarias municipais, objetivando ampliar o grau de autonomia das mesmas no que respeita ao sistema local (anexo 6).

Entre outras, foram delegadas competências na área de vigilância epidemiológica, controle de contas da rede privada, gerenciamento dos recursos humanos, controle e emissão das autorizações de internações hospitalares (AIH).

Os municípios apresentam trimestralmente prestação de contas dos recursos repassados usando formulários estabelecidos pelo MPAS, tendo em vista que as

transferências dos referidos recursos são feitas diretamente à conta do município pela Previdência Social, ficando a Secretaria de Estado de Saúde responsável pela autorização das guias de autorização de pagamento (GAP).

Até o mês de junho de 1989, 64 municípios, de um total de 69, haviam firmado convênio de adesão ao Suds/RJ.

Os cinco municípios restantes estão com seus processos em fase conclusiva.

Paralelamente e em apoio ao processo de municipalização, projetos de treinamento em áreas estratégicas vêm sendo desenvolvidos pela Secretaria de Estado de Saúde em convênio com instituições como o Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (Cepesc), do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP – Fiocruz) e o Instituto de Ação Cultural (Idac) vinculado ao Conselho Estadual de Direitos da Mulher. Os cursos têm o objetivo prioritário de preparar quadros municipais para o desempenho das atividades que o processo de municipalização vem transferindo aos diversos municípios.

Foram realizados os cursos:

- Básico em vigilância epidemiológica (CBVE);
- Administração de material;
- Gerência da rede assistencial;
- Atualização em desenvolvimento de recursos humanos (CADRHU);
- Práticas educativas no trabalho com a mulher.

5. *Limitações*

Apesar de o processo de municipalização das ações de saúde estar completando um ano, desde que foram assinados os primeiros convênios, parece-nos um período muito pequeno de tempo para uma avaliação dos resultados obtidos.

Por outro lado, tal avaliação deverá levar em conta aspectos de produção de serviços, além de outros mais relevantes vinculados diretamente ao caráter qualitativo do processo, bem como de seus resultados.

Tais avaliações não podem deixar de considerar que a descentralização das ações de saúde demanda a reordenação e reorganização progressiva das secretarias municipais para assumir os novos encargos, tendo esses problemas caráter político, técnico e administrativo.

Podemos, numa primeira aproximação, apontar, de forma resumida, algumas limitações:

- o processo de municipalização, no que concerne à orçamentação, está, praticamente, centrado na produção de serviços, com ênfase no ato médico; se pensarmos na complexidade das variáveis que envolvem o binômio saúde/doença, veremos que esta não é a forma desejável;
- descentralizar envolve um repensar a prática das diversas instâncias e instituições participantes; envolve, necessariamente, uma opção e decisão política; não basta o fazer imediato; requer trabalhar a complexidade de poderes e saberes cristalizados ao longo do processo histórico de formação das estruturas envolvidas; requer acreditar no novo;
- o processo de financiamento abarca grandes limitações, desde a precariedade dos recursos até os mecanismos de repasse, com os constantes atrasos de liberação;
- a histórica irrelevância que tem sido dada à questão dos recursos humanos no setor saúde, no que respeita às formas de inserção, mecanismos de qualificação,

formação e valorização contribui, em muito, para estabelecer limitações ao processo de municipalização;

- o próprio esvaziamento e empobrecimento dos estados e municípios, anteriormente mencionados, são fatores limitantes do processo.

6. *Considerações finais*

Mesmo considerando as dificuldades e limitações que o processo de municipalização ainda apresenta, acreditamos que o mesmo não só é desejável como possível.

As experiências históricas de centralização já permitem extrair um balanço negativo de seus resultados.

O momento político de crítica à forma de organização do Estado brasileiro, o reconhecimento público do fracasso de seu projeto político, o surgimento e crescimento de processos de reforma nos mais diversos campos e, em especial, na área de saúde, onde os anos 80 acumularam um salto altamente positivo no repensar e agir na área, despontam como extremamente favoráveis ao surgimento e execução de novos projetos.

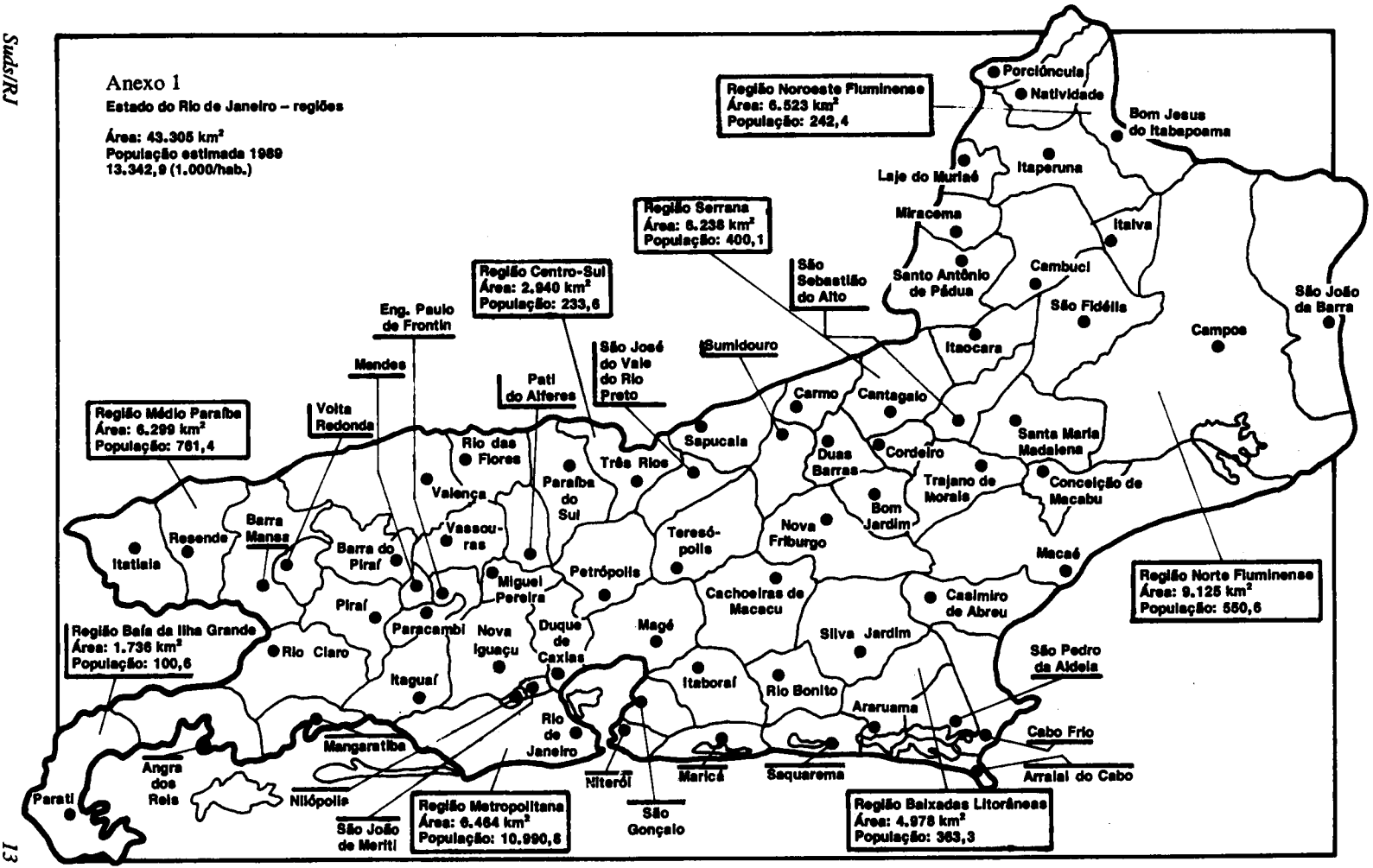
Experiências desenvolvidas ainda nos anos 70, mesmo que isoladamente, por alguns municípios brasileiros, de implantação, administração e gerência de redes municipais de saúde demonstraram que, mesmo em condições gerais desfavoráveis, elas foram possíveis e tiveram resultados favoráveis.

A sociedade civil brasileira está a cobrar, cada vez mais, sua participação nos projetos a ela destinados, num quadro de progressiva redemocratização do País, onde a descentralização é um componente de peso, embora não seja, em si mesma e exclusivamente, uma solução.

Outros países têm procurado, na valorização da esfera municipal de poder, alternativas de organização social e política apropriadas, com resultados consideráveis.

Acreditamos, em síntese, que sem ser a saída para todos os problemas que o setor saúde tem enfrentado e enfrentará, a municipalização, dentro do processo de reforma sanitária brasileira, é uma estratégia viável e desejável. O Estado do Rio de Janeiro reuniu, especificamente, condições que permitiram iniciar o processo.

Aviá-lo, criticá-lo, repensá-lo e propor modificações em seus rumos, com a lucidez de que, dialeticamente, a realidade é processo, contradição e conflito, e que a história, quem faz são os homens, é tarefa de todos nós.


Anexo 1
Estado do Rio de Janeiro – regiões
Área: 43.305 km²
População estimada 1989
13.342,9 (1.000/hab.)
Região Noroeste Fluminense
Área: 6.523 km²
População: 242,4
Região Serrana
Área: 6.238 km²
População: 400,1
Região Centro-Sul
Área: 2.940 km²
População: 233,6
Região Médio Paraíba
Área: 6.299 km²
População: 761,4
Região Baía da Ilha Grande
Área: 1.736 km²
População: 100,6
Região Metropolitana
Área: 6.464 km²
População: 10.990,6
Região Baixadas Litorâneas
Área: 4.978 km²
População: 363,3
Região Norte Fluminense
Área: 9.125 km²
População: 550,6
Porciúncula
Natividade
Bom Jesus do Itabapoana
Laje do Muriaé
Itaperuna
Miracema
Italva
Santo Antônio de Pádua
Cambuci
São Fidélis
São João da Barra
Campos
Itaocara
São Sebastião do Alto
Sumidouro
São José do Vale do Rio Preto
Pati do Alferes
Eng. Paulo de Frontin
Mendes
Volta Redonda
Rio das Flores
Três Rios
Sapucaia
Carmo
Cantagalo
Duas Barras
Cordeiro
Santa Maria Madalena
Trajano de Morais
Conceição de Macabu
Bom Jardim
Nova Friburgo
Teresópolis
Paraíba do Sul
Valença
Vassouras
Barra Mansa
Resende
Itatiaia
Barra do Piraí
Piraí
Paracambi
Miguel Pereira
Petrópolis
Nova Iguaçu
Duque de Caxias
Magé
Cachoeiras de Macacu
Casimiro de Abreu
Macaé
Silva Jardim
São Pedro da Aldeia
Cabo Frio
Arraial do Cabo
Araruama
Saquarema
Rio Bonito
Itaboraí
Rio Claro
Itaguaí
Rio de Janeiro
Niterói
São Gonçalo
Maricá
Mangaratiba
Ângra dos Reis
Parati
Nilópolis
São João de Meriti

Anexo 2-A
Roteiro básico do Plano de Ação de Saúde
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria para Assuntos do Interior
Suds-RJ
Roteiro para o Plano de Ação da Municipalização

Etapas

1. Introdução

2. Histórico do município
Origem, emancipação, etc.

3. Diagnóstico do município

3.1 Descrição e detalhamento por tabelas, gráficos, etc. das características geográficas, demográficas, sócio-econômico-culturais, ambientais, sanitárias, etc.

3.2 Diagnóstico de saúde do município, com indicadores epidemiológicos conhecidos, perfil da rede prestadora de serviços de saúde pública e contratada com mapa demonstrativo de sua localização, capacidade instalada de consultórios e leitos, quantificação e distribuição dos recursos humanos por categoria e especialidade e por unidade prestadora de serviços de saúde, etc.

3.3 Características geodemográficas

3.3.1 Situação geográfica do município
Seus limites, divisão territorial (distritos), meios de acesso (rede viária), principais rodovias que cortam o município, e aquelas de acesso entre as sedes e os distritos, citanto se são pavimentadas ou não, bem como a distância do percurso e o tempo médio; situar o município em termos de distância do percurso e o tempo médio da capital e dos municípios vizinhos; citar outros meios de transporte em uso.

3.3.2 Aspectos demográficos
Sua área terrestre em km^2, sede e de seus distritos, densidade demográfica (número de habitantes/km^2), estimativas populacionais para 1980, concentração da população na área urbana e rural (distritos), distribuição por faixa etária e sexo.

3.4 Indicadores sócio-econômico-culturais

3.4.1 Atividades econômicas principais no município
Distribuição da população economicamente ativa por setores de atividades (grandes grupos, vide Censo, IBGE, 1980 e/ou agência IBGE local, em caso de municípios recém-emancipados).

3.4.2 Renda
Distribuição por faixa de rendimento médio familiar em salários mínimos (fonte: a mesma de 3.4.1).

3.4.3 Educação
Rede de ensino municipal, estadual, federal e particular por oferta de ensino de primeiro, segundo e terceiro graus, escolas técnicas; matrículas de crianças na faixa escolarizável (7 a 14 anos), na rede de ensino (fonte: Núcleo de Educação e Cultura da Secretaria Estadual de Educação e da Secretaria Municipal de Educação); distribuição da população por grau de instrução (fonte: Censo, IBGE, 1980).

3.4.4 Habitação

Domicílios do município por condição de ocupação, número de cômodos e de moradores, na sede e distrito (rural) (fonte: Censo, IBGE, 1980); citar se existem áreas de favelização, invasões (posseiros) e áreas de assentamentos de famílias (Plano Nacional de Reforma Agrária).

Domicílios providos de iluminação elétrica na sede e distritos (fonte: CERJ e Censo, IBGE, 1980). Número de ligações da rede de abastecimento de água potável na sede e distritos (domicílios), (existe estação de tratamento, d'água?); tipo de abastecimento: rede geral, poço ou nascente, outra forma (fonte: Censo, IBGE, 1980 e CEDAE).

Tipo de instalação sanitária: rede geral, fossa séptica, fossa rudimentar e outra (fonte: Censo, IBGE, 1980); (existe estação de tratamento dos dejetos sanitários?).

Lixo doméstico: destino (recolhimento por veículos, tipo e qualidade de toneladas/dia); por carroças; aterro sanitário, queima, lixeiras em terrenos baldios, etc., lixo industrial: destino.

3.5 Características do meio ambiente

Recursos naturais do município, atividades extrativas e de transformação de produtos minerais e químicos (localização e fonte da informação); áreas de poluição industrial (pólos e/ou distritos industriais, citar localização).

Atividades de agropecuária e pesca, tipo de culturas, uso de pesticidas agrícolas (fonte: prefeitura, IBGE e Emater).

Rios que banham município, lagoas, mangues, etc.

Matas: áreas de desmatamento, reservas ecológicas.

Urbanização: percentual de áreas tidas como urbanizadas no município (fonte: prefeitura).

Focos de vetores (mosquitos transmissores de doenças: *Aedes*, anofelinos, etc.).

3.6 Organização social

Escrever os componentes básicos da estrutura social, se possível quantificando-os: escolas, clubes de esportes e lazer, teatros, cinemas, igrejas (católica, evangélica e afins), outros cultos, umbanda, clubes de serviço, associações de classe (médica, comercial e industrial, OAB, etc.), associações de moradores, sindicatos, etc. *Principais reivindicações.*

3.7 Organização política

Câmara de vereadores: sede, número de representantes, projetos.

Prefeitura.

Organograma básico com as secretarias.

Política de Governo: diretrizes básicas traçadas, em geral e em particular, de saúde e saneamento.

Orçamento e despesa referentes aos anos anteriores, orçamento para este ano, cópias da publicação em diários locais e/ou oficial, discriminação do orçamento em despesas globais e específicas para secretaria municipal de saúde, com percentual aplicado (programado e o efetivamente gasto), discriminar verbas próprias do orçamento municipal daquelas oriundas dos convênios ou outras fontes de recursos.

Projetos em andamento da rede de saneamento básico, investimentos realizados e solicitados, áreas em km de rede (extensão); quantificar o valor em cruzados novos.

Projetos em andamento de redes de serviços de saúde: construção de unidades, tipo e porte, reformas, ampliações, equipamentos, etc. Fontes de investimento solicitado, previsão de liberação, se está incluído na POI (Programação e Orçamen-

tação Integrada) solicitada pela SES/Inamps ao final do exercício de 1988; outros investimentos já realizados ou planejados a curto, médio e longo prazos e justificativas.

3.8 Organização do sistema de saúde

CIMS – Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde.

Descrever sua composição atual, estrutura interna, sede, telefone, cronograma de reuniões e outras atividades, freqüência e interesse demonstrados na participação dos membros, se tem regimento interno, atas, e se as decisões e/ou deliberações são registradas; o papel que está tendo na integração dos serviços de Saúde, dificuldades, obstáculos à sua ação; época de instalação.

Conselho de saúde – se existe no município, sua composição básica (membros, entidades), sua participação junto à CIMS e serviços de saúde, papel que tem desempenhado.

Secretaria Municipal de Saúde.

Época de criação.

Atribuições básicas (se são exclusivas do campo da saúde ou se atuam também na promoção social, etc.).

Organograma básico (croqui da hierarquia básica).

Atuais encargos no município.

Organograma básico da rede de serviços próprios do município de acordo com o perfil de atendimentos prestados à população (utilizar mapa com legendas, etc.).

Principais programas de saúde desenvolvidos no município.

Anexo 2-B
Secretaria de Estado de Saúde
Projeto de Municipalização da Saúde
Diagnóstico de Saúde

1. Dados dos serviços de saúde

1.1 Localização geográfica no município; mapa com tipo de unidades e localização.

2. Capacidade instalada

2.1 Recursos humanos existentes
Perfil por categoria: médicos, odontólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, etc.
Carga horária.
Tipo de vínculo (CLT, efetivo, cedido de outro órgão, etc.).
Plano de cargos e salários: se existe ou se há proposta, isonomia, etc.

2.2 Recursos físicos
Instalações: - área construída
- área livre
Número de leitos
Número de consultórios: - médicos
- odontológicos
Número de salas de apoio: imunização; curativo; hipodermia; almoxarifado; laboratórios; farmácia; outras.

2.3 Recursos materiais permanentes
Equipamentos específicos: microscópio mono ou binocular, estufa, autoclave, geladeira (para conservar vacinas), estetoscópio, aparelho de pressão (adulto, criança), otoscópio, espéculos vaginais, balança (criança, adulto).
Viaturas: ambulância, kombi ou fusca.
Outros.

2.4 Recursos materiais de consumo
Combustível: gasolina, óleo lubrificante, pneus, acessórios.
Medicamentos: fonte, abastecimento regular ou irregular, compra ou doação.
Insumos básicos: material de apoio, idem, idem.

3. Produção de serviços
Internações para clínicas básicas: gineco-obstetrícia, pediatria, clínica cirúrgica, clínica geral e psiquiatria.
Leitos necessários.
Leitos existentes nos serviços filantrópicos.
Leitos existentes nos serviços credenciados.
Consultas para clínicas básicas.
Consultas necessárias.
Consultas produzidas por serviços filantrópicos.
Consultas produzidas por serviços credenciados.
Há déficit de consultas?
Visitas epidemiológicas.
Exames laboratoriais.
Raios X.

Patologia clínica.
Especialidades.
Urgências.

4. Referência para outros municípios
Tipos de encargos e formas (formulário, telefone, ambulância, etc.).

4.1 Referência dentro do município
Como estão se desenvolvendo as ações integradas de saúde?
Há atendimento universal a toda a população em qualquer serviço público de saúde?

Anexo 3

Termo aditivo nº 1/89

Termo aditivo ao convênio que entre si celebram, de um lado, o Estado do Rio de Janeiro, através da Secretaria de Estado de Saúde e, de outro lado, o município de com interveniência do Inamps objetivando a adesão ao Suds/RJ.

Pelo presente instrumento, de um lado o Estado do Rio de Janeiro, doravante denominado Estado, neste ato representado pelo Secretário de Estado de Saúde, José Carvalho de Noronha, e, de outro lado, o município de , doravante denominado município, neste ato representado pelo Prefeito Municipal , e interveniência do Inamps, neste ato representado pelo seu chefe do escritório regional, Apparício Francisco Vieira Marinho, resolvem firmar o presente Termo Aditivo ao convênio celebrado em 31 de março de 1989, visando aditar procedimentos adequados à transferência de recursos necessários à operacionalização do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), no exercício de 1989, e disciplinadores da correta aplicação dos mesmos, bem como suplementar as normas de acompanhamento, controle e avaliação do programa, nos termos e condições estabelecidos nas seguintes cláusulas:

Cláusula primeira: do objeto

O presente Termo Aditivo tem por objetivo definir e disciplinar os procedimentos pelos quais deverão ser transferidos e aplicados os recursos financeiros necessários à operacionalização do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde no Município, no exercício de 1989 e normatizar, suplementarmente, a sistemática de acompanhamento, controle e avaliação do programa.

Cláusula segunda: dos recursos financeiros

Com a finalidade de garantir as necessárias condições de operacionalização do Suds no Município, através da descentralização executiva das ações de saúde, o Estado deverá repassar recursos financeiros do Suds ao Município no valor de NCz$ (-), distribuídos em ( ) parcelas mensais, conforme nota de empenho nº , de de 1989, em favor da secretaria municipal de saúde, unidade orçamentária Suds, atividade 2027. Centro de custos 9532, elemento de despesa 322.30, recursos estes que serão mantidos em conta específica da Secretaria Municipal de Saúde, no Banco do Brasil S/A, agência conta nº , para custeio das unidades constantes da relação em anexo 1.

§ 1º Os recursos do Suds repassados pelo Estado ao Município, no momento consignado no *caput* dessa cláusula, deverão ser aplicados em conformidade com o disposto no Plano de Aplicação e Cronograma de Desembolso anexo, os quais, devidamente autenticados pelos signatários deste Termo Aditivo, ficam fazendo parte integrante do presente instrumento. Excepcionalmente, a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), atendendo à razões técnico-financeiras, poderá propor, observada a legislação vigente, o remanejamento de recursos do

Plano de Aplicação – de que trata este parágrafo – à Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS/RJ), que decidirá.

§ 2º O Município deverá alocar, à conta do orçamento municipal, do exercício de 1989 da Secretaria Municipal de Saúde, o montante de NCz$, nos próximos exercícios, no mínimo, o mesmo percentual de participação para a área de saúde no seu orçamento, em relação ao presente exercício.

§ 3º O valor consignado do parágrafo anterior, com participação do Município, deverá ser aplicado, integralmente, às finalidades do Suds/89, e de conformidade com o previsto no Plano de Ação que é parte integrante do Convênio ora aditado.

Cláusula terceira: da liberação de recursos financeiros

A liberação dos recursos financeiros a serem repassados pelo Estado será procedida em ( ) parcelas mensais, sucessivas e calculadas em conformidade com o estabelecido na cláusula sétima do convênio de / / e o Cronograma de Desembolso (anexo 2), observando-se, ainda, a necessidade de apresentação, pelo Município, da prestação de contas referente aos recursos anteriormente transferidos pelo Estado, para execução do Plano de Ação do Suds/89 pelo Município.

Parágrafo único. A liberação dos recursos, a partir da parcela do mês de de 1989, estará condicionada à apreciação, pelo Estado, da prestação de contas correspondentes às parcelas referentes ao primeiro e segundo trimestres, e assim, sucessivamente, com relação aos períodos trimestrais subseqüentes.

Cláusula quarta: obrigações do Município

Além da delegação de administração direta das unidades públicas de saúde, estabelecida na cláusula segunda do convênio de adesão ao Suds/RJ, o Estado delegará à Secretaria Municipal de Saúde o gerenciamento das ações assistenciais prestadas por terceiros, mediante contrato, convênio ou credenciamento, no âmbito da jurisdição da Prefeitura Municipal, anteriormente exercidas pelas divisões/serviços locais de medicina social do Inamps, descentralizadas para o Suds/RJ através do convênio Suds/RJ 01/88 e da Portaria MPAS/GM nº 4370, de 2 de dezembro de 1988.

§ 1º As rotinas e fluxos decorrentes dessa delegação serão estabelecidos em atos específicos da Secretaria de Estado de Saúde.

§ 2º A programação físico-orçamentária da prestação de serviços médico-assistenciais e SADT por terceiros será estabelecida entre as partes, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, constando de termo aditivo específico.

Cláusula quinta: da prestação de contas

O Município apresentará, trimestralmente, ao Estado, a prestação de contas da aplicação dos recursos referidos no *caput* da cláusula segunda, na forma estabelecida pela Resolução CIS/RJ nº 89 de / /

§ 1º A prestação de contas da aplicação dos recursos deverá observar normas estabelecidas nas Portarias MPAS/GM nº 4236, de 12 de maio de 1988, e 4370, de 2 de dezembro de 1988 e demais disposições, devendo ter a seguinte sistemática:

a) devem ser apresentadas até 15 (quinze) dias após o término do trimestre à Secretaria, que as examinará e sobre elas emitirá parecer no prazo de 15 (quinze) dias, incorporando-as à prestação de contas do Suds/RJ;
b) se houver irregularidades, o Estado concederá o prazo de 15 (quinze) dias para que o Município adote providências para saná-las, comunicando a decisão oficialmente ao Secretário Municipal de Saúde;

c) se as irregularidades não forem sanadas dentro do prazo estabelecido ou se as prestações de contas não forem apresentadas pela Secretaria Municipal de Saúde no prazo previsto acima, o Estado proporá à CIS/RJ a suspensão da liberação de novas parcelas, sem embargo das demais providências cabíveis;

d) a suspensão da liberação de novas parcelas só poderá ocorrer na hipótese configurada na letra *c*;

e) as prestações de contas não excluem os trabalhos de auditoria porventura realizados pelos órgãos de controle interno e externo, tanto estaduais como federais.

§ 2º A prestação de contas deverá comprovar, também, a aplicação da contrapartida do Município, fazendo referência específica aos recursos aplicados em pessoal, inclusive da parcela decorrente deste Termo Aditivo.

Cláusula sexta: do acompanhamento, controle e avaliação

O processo de acompanhamento, controle e avaliação do Suds/90 no Município será executado pela CIMS e submetido ao Conselho Municipal de Saúde.
Parágrafo único. A CIMS encaminhará, trimestralmente, à CIS relatório de acompanhamento, controle e avaliação do Suds/89, contendo as informações necessárias, devidamente documentadas, bem como as devidas apreciações técnicas e administrativas, com ênfase nos seguintes aspectos:

a) qualidade de assistência prestada à população, bem como de outras ações de saúde desenvolvidas;
b) cobertura assistencial;
c) execução orçamentária e financeira;
d) grau de integração político-administrativa;
e) avaliação do desempenho do sistema de saúde;
f) nível de participação popular e de democratização das decisões.

Cláusula sétima: da vigência

O presente Termo Aditivo vigorará a partir da data de sua assinatura até dia 31 de dezembro de 1989.
Parágrafo único. Este Termo Aditivo poderá ser extinto, em parte ou no todo, mediante a celebração de novo termo aditivo, segundo o consenso dos convenentes.

Cláusula oitava: da rescisão

O presente Termo Aditivo poderá ser rescindido pelo descumprimento de qualquer das obrigações ou condições pactuadas, ou pela superveniência de norma legal ou fato administrativo que o torne formal ou inexeqüível, ou ainda, por ato unilateral dos convenentes, mediante prévio aviso daquele que se desinteressar, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, observada, antes, a prestação de contas dos recursos financeiros já concedidos.

Parágrafo único. Na hipótese de rescisão deste instrumento, os signatários adotarão as providências da sua competência, objetivando a manutenção, em pleno funcionamento, da rede de serviços existentes no Município, sem qualquer prejuízo para o usuário.

Cláusula nona: da publicação

O Estado, no prazo de 20 (vinte) dias, contados da assinatura deste Termo Aditivo, providenciará a sua publicação, em extrato, no seu Diário Oficial e encaminhará cópia à Ciplan para que providencie sua publicação no Diário Oficial da União.

Cláusula décima: da auditoria

O Estado providenciará, até o 5º (quinto) dia útil seguinte ao de sua assinatura, o encaminhamento de cópia autenticada do presente instrumento ao seu Tribunal de Contas e à Contadoria Seccional da Secretaria de Estado de Fazenda, junto à Secretaria de Estado de Saúde.

Cláusula décima primeira: do foro

Fica eleito o Foro da Cidade do Rio de Janeiro para dirimir eventuais questões oriundas da execução deste Termo Aditivo, renunciando as partes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Cláusula décima segunda: exclusão de responsabilidade

Ficam mantidas todas as disposições e cláusulas do Convênio firmado em 31 de março de 1989, ora editado.

E assim, por estarem de pleno acordo e ajustados, depois de lido e achado conforme, o presente Termo Aditivo vai, a seguir, assinado pelos representantes das partes, dele se extraindo as cópias necessárias, de igual teor e forma, para publicação e execução.

Rio de Janeiro, 31 de março de 1989.

Secretário Municipal de Saúde	Prefeito Municipal
Apparício Francisco V. Marinho Chefe do escritório regional do Inamps/RJ	José Carvalho de Noronha Secretário de Estado de Saúde

Levantamento básico, por unidade, dos consultórios médicos (por tipo de unidade), dos equipos odontológicos (para TC e procedimento) e dos leitos hospitalares, com suas potencialidades, para fins de orçamentação, pertencentes...

.....

Suds/RJ – Município..... Ano 198.....

Unidade / Tipo	Atendimento ambulatorial									Atendimento hospitalar								
	Médico					Odontológico												
Consultórios / Equipos Odonto. / Leitos / Potencialidades	Consultórios	Nº turnos	Potencial mensal do consultório/turno médico = consultórios médicos x nº turnos			Equipos p/TC e procedimento com potencial mensal				Nº leitos Clínica médica	Nº leitos Pediatria	Potencial anual Clínica méd. + pediatria	Nº leitos Cirurgia	Potencial anual Cirurgia	Nº leitos Psiquiatria	Potencial anual Psiquiatria	Nº leitos Obstetrícia	Potencial anual Obstetrícia
			P	S	T	TC	Potencial TC	Procedimento	Potencial Procedimento									
Total			Δ	Δ	Δ		Δ		Δ			Δ		Δ		Δ		Δ

Δ A transportar para folha de orçamentação

Anexo 4-A

Anexo 4-B

Levantamento básico para programação orçamentação do Suds – Rio de Janeiro

Município .....

Ano 198.....

Natureza do atendimento			Potencial mensal do consultório Turno médico/Odonto.				Potencial anual internações				Orçamentação Cz$		Produção potencial (anual)	Necessidade
			Pref.	Est.	Inamps	Total	Pref.	Est.	Inamps	Total	Anual	Mensal		
Atendimento ambulatorial	Outros	Atend. básico												
	Consultório médico x turnos	Unidades P												
		Unidades S												
		Unidades T												
	Odonto-logia	Procedimentos												
		TC												
Atendimento hospitalar	Clínica médica + Ped. porte II													
	Cirurgia - porte III													
	Psiquiatria - porte II													
	Obstetrícia													
	Emergência Porte III da consulta méd.													
Total														

Obs.: Ao valor do atendimento médico, acrescentou-se o valor do atendimento básico.

População do município
Fonte: IBGE/

Anexo 5

Municípios municipalizados
Suds/RJ 1988/89

Região	Município
Baía da Ilha Grande	Angra dos Reis
Baixadas litorâneas	Araruama
	Arraial do Cabo
	Cabo Frio
	Cachoeiras de Macacu
	Casimiro de Abreu
	Saquarema
	Silva Jardim
	Rio Bonito
	São Pedro D'Aldeia
Norte fluminense	Campos
	Conceição de Macabu
	Macaé
	São Fidélis
	São João da Barra
Noroeste fluminense	Bom Jesus de Itabapoana
	Cambuci
	Italva
	Itaocara
	Itaperuna
	Laje do Muriaé
	Miracema
	Natividade
	Porciúncula
	Santo Antônio de Pádua
Médio Paraíba	Barra Mansa
	Barra do Piraí
	Piraí
	Resende
	Rio Claro
	Rio das Flores
	Valença
	Volta Redonda

(Continua)

(Continuação)

Região	Município
Centro-Sul	Eng. Paulo de Frontin
	Mendes
	Miguel Pereira
	Paty de Alferes
	Sapucaia
	Três Rios
Metropolitana	Duque de Caxias
	Itaboraí
	Itaguaí
	Nilópolis
	Niterói
	Nova Iguaçu
	Maricá
	Mangaratiba
	Magé
	Paracambi
	Petrópolis
	Rio de Janeiro
	São Gonçalo
	São João de Meriti
Serrana	Bom Jardim
	Cantagalo
	Carmo
	Cordeiro
	Duas Barras
	Nova Friburgo
	Santa Maria Madalena
	São Sebastião do Alto
	Sumidouro
	Teresópolis
	Trajano de Moraes

Anexo 6

Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Convênio que entre si celebram o Estado do Rio de Janeiro, através da Secretaria de Estado de Saúde e o Município de Itaperuna objetivando a adesão ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – Suds/RJ.

Ao 1º dia do mês de junho de 1989, o Estado do Rio de Janeiro, neste ato representado pelo Excelentíssimo Senhor Governador do Estado do Rio de Janeiro, Wellington Moreira Franco, e pelo Excelentíssimo Senhor Secretário de Estado de Saúde, Dr. José Carvalho de Noronha, neste termo denominado simplesmente Estado, e o município de Itaperuna, neste ato representado pelo Excelentíssimo Senhor Prefeito, Pericles Ferreira Oliver de Paula, doravante denominado simplesmente Município, resolvem celebrar o presente convênio que se regerá pela Lei Federal nº 6.229, de 17 de julho de 1975, pelo Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, pelas normas da Lei Estadual nº 287, de 4 de dezembro de 1979 e do seu Regulamento baixado pelo Decreto nº 3.149, de 28 de abril de 1980, pelas normas da legislação tributária pertinente, conforme a autorização do Excelentíssimo Senhor Governador, no processo administrativo nº E-08/02487/88, e consoante as cláusulas e condições seguintes:

Cláusula primeira: objeto

O presente Convênio tem por objetivo estabelecer as bases para uma programação integrada entre as partes convenentes, através da descentralização executiva das ações de saúde, visando a melhoria do atendimento dos serviços de saúde no município.

Cláusula segunda: meios

O Estado, a fim de efetivar a descentralização mencionada na cláusula primeira, delega ao município de Itaperuna, por este instrumento, a administração direta das unidades de saúde integrantes da rede assistencial localizada na área de jurisdição municipal, juntamente com os bens móveis que as integram, acompanhados dos respectivos inventários que passam a integrar o presente termo.

Cláusula terceira: obrigações do Estado

O Estado obriga-se a:
I – transferir ao Município a responsabilidade da administração das unidades de saúde mencionadas na cláusula segunda;
II – exercer a função normativa e supervisora do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), ao nível local;
III – manter o pessoal do quadro efetivo ou contratado da SES, nas unidades de saúde locais;
IV – estabelecer as normas técnicas e avaliar o resultado dos programas de desenvolvimento pelo Município, no que concerne aos objetivos deste Convênio;
V – assegurar o fornecimento de medicamentos e produtos imunizantes, em consonância com as remessas recebidas da Ceme, mediante cronograma de suprimento previamente estabelecido e disponibilidade financeira das instituições envolvidas;
VI – proporcionar apoio técnico e meios de capacitação de recursos humanos de

nível profissional, técnico e auxiliar, através de recursos e treinamento em serviço, seminários e reuniões de pessoal.

Cláusula quarta: obrigações do Município

O Município obriga-se a:

I – administrar e exercer o controle operacional das unidades de saúde objeto deste Convênio, provendo-as de material de consumo e comprometendo-se a integrá-las à rede municipal de saúde, proporcionando à população, gratuitamente, assistência médico-sanitária, odontológica e farmacêutica, prevenção de doenças, atividades de saneamento do meio e demais atividades compreendidas no âmbito de uma unidade de cuidados de saúde;

II – apresentar ao Estado, através da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), em datas preestabelecidas, o Plano de Ação a ser desenvolvido no Município;

III – acatar as normas emanadas do Estado para funcionamento da rede de unidades do Município e permitir aos seus representantes credenciados acesso ao pessoal e à documentação técnica e administrativa;

IV – garantir o cumprimento das normas de vigilância epidemiológica e notificação de doenças, segundo os padrões estabelecidos pela SES;

V – garantir o cumprimento das normas do sistema de informações em saúde da SES;

VI – garantir o cumprimento das normas do sistema de custo em saúde da SES;

VII – cumprir os objetivos e metas fixados, de conformidade com os cronogramas de execução física, de acordo com a programação e orçamentação integrada, remetendo mensalmente ao Estado, em modelos estabelecidos pelo mesmo, relatório das atividades realizadas;

VIII – encaminhar mensalmente aos órgãos competentes a freqüência e demais ocorrências referentes ao pessoal lotado nas unidades mencionadas na cláusula segunda;

IX – zelar pela guarda e conservação dos bens móveis e dos prédios onde funcionam as unidades de saúde as quais lhe cabe administrar, bem como proceder à reposição dos equipamentos e material permanente, reforma e ampliação de instalações;

X – apresentar à SES até o 10º (décimo) dia útil, devidamente visado pelo Secretário Municipal de Saúde, ou pessoa credenciada, as informações estatísticas estabelecidas pelas normas da SES.

Cláusula quinta: pessoal

Os funcionários efetivos e celetistas em exercício nas unidades de saúde mencionadas na cláusula segunda serão mantidos com todos os seus direitos e vantagens, respeitadas as legislações que os regem.

§ 1º O Estado não se responsabiliza por indenizações decorrentes de contratação, pelo Município, de pessoal para a administração das citadas unidades de saúde.

§ 2º O Estado não será responsável, a qualquer título que seja, por quaisquer danos ou indenizações a terceiros, em decorrência de atos do Município, de seus prepostos ou contratantes.

Claúsula sexta: construções e benfeitorias

O Município somente poderá fazer construções ou benfeitorias nos imóveis onde funcionam as unidades de saúde supramencionadas de acordo com o Plano de

Ação aprovado pela CIS, após audiência das autoridades competentes e a expressa autorização do departamento do patrimônio imobiliário, da Secretaria de Estado de Justiça e do Interior.
Parágrafo único. As benfeitorias, que porventura vierem a ser realizadas pelo Município nas unidades de saúde, objeto do presente termo, passarão a integrar o patrimônio do Estado, sem que assista ao primeiro o direito a quaisquer indenizações.

Cláusula sétima: do custeio

Como participação no custeio dos serviços prestados à população, obriga-se o Estado, pelo Suds/RJ, a contribuir mensalmente com um subsídio apurado como se segue:
I – parcelas mensais, calculadas proporcionalmente à capacidade pública instalada existente no Município, demonstrada funcionante, e as relacionadas na cláusula segunda;
II – repasse de recursos adicionais numa proporção de 30% do total de recursos, calculado sobre a capacidade instalada, para aplicação no desenvolvimento de recursos humanos;
III – os recursos para investimento em reformas e construções serão liberados, ou providenciados junto a outras fontes, após aprovação do Plano de Ação pela CIS, através do termo aditivo específico;
IV – as parcelas mensais, referidas no item I, serão atualizadas de acordo com os reajustes previstos pelas portarias da Secretaria de Serviços Médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social para pagamento de convênios com os órgãos governamentais.
Parágrafo único. Os recursos financeiros transferidos pelo Estado e provenientes do Suds serão creditados integralmente e mensalmente em conta bancária específica, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde.

Cláusula oitava: da vigência, rescisão e alteração

O presente Convênio vigorará pelo prazo de 1 (um) ano e renovar-se-á, por iguais períodos, através da celebração de termo aditivo, podendo ser rescindido pelo descumprimento das obrigações pactuadas ou pela superveniência de norma legal ou fato administrativo que o torne formal ou materialmente inexeqüível ou, ainda, por ato unilateral, mediante aviso prévio da parte que dele se desinteressar, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias.
Parágrafo único. Mediante concordância das partes e através de termo aditivo, poderá, ainda, o presente Convênio, ser alterado a qualquer tempo.

Cláusula nona: publicação

O Estado, no prazo de 20 (vinte) dias, contados da assinatura do presente Convênio, providenciará a sua publicação, em extrato, no seu Diário Oficial e encaminhará cópia à Ciplan para que providencie sua publicação no Diário Oficial da União.

Cláusula décima: auditoria

O Estado providenciará, até o 5º (quinto) dia útil seguinte ao de sua assinatura, o encaminhamento de cópia autenticada do presente instrumento ao seu Tribunal de Contas e à Contadoria Seccional da Secretaria de Estado de Fazenda, junto à Secretaria de Estado de Saúde.

Cláusula décima primeira: foro

Fica eleito o foro da Cidade do Rio de Janeiro para dirimir eventuais questões oriundas da execução deste Convênio, bem como os termos aditivos que, como decorrência dele, vieram a ser firmados, renunciando as partes, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Cláusula décima segunda: exclusão de responsabilidade

O Estado não se responsabilizará por indenizações de qualquer natureza em decorrência de atos ou fatos vinculados à fiscalização e ao controle da execução orçamentária e da administração financeira.

Cláusula décima terceira: casos omissos

Os casos omissos serão resolvidos de comum acordo entre as partes convenentes.

E, por estarem assim acordadas, depois de lido e achado conforme, é o presente Convênio assinado pelos representantes das partes, dele se extraindo cópia para fins de publicação e execução.

Rio de Janeiro, de de 1989.

Secretário Municipal de Saúde	Prefeito Municipal
Apparício Francisco V. Marinho Chefe do escritório regional do Inamps/RJ	José Carvalho de Noronha Secretário de Estado de Saúde

Summary

THE SUDS/RJ AND MUNICIPALIZATION – AN ONGOING PROCESS

Report of the process of the health actions in Suds/RJ, since 1988, July having the binomial centralization/decentralization, as its form and as its back-cloth the opportunity propitiated by the development of the Brazilian sanitary reform, with the implantation of the Unified and Decentralized Health System, in the state of Rio de Janeiro (accord signed in October, 1987).