

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



***“Avaliação do processo de implementação do Consórcio Intermunicipal
de Saúde da região do Teles Pires”***

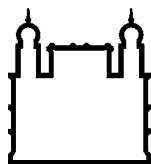
por

Cristina Santos Botti

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Elizabeth Artmann
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Angélica dos Santos Spinelli*

Brasília, dezembro de 2010.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

***“Avaliação do processo de implementação do Consórcio Intermunicipal
de Saúde da região do Teles Pires”***

apresentada por

Cristina Santos Botti

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. João Henrique Gurtler Scatena

Prof. Dr. Carlos Alberto de Matos

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Artmann — Orientadora principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

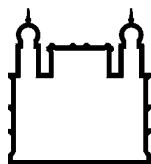
B751 Botti, Cristina Santos
Avaliação do processo de implementação do consórcio
intermunicipal de saúde da região do Teles Pires no Estado de Mato
Grosso-MT. / Cristina Santos Botti. - Brasília: s.n., 2010.
143 f.; tab., graf.

Orientadores: Artmann, Elizabeth; Spinelli, Maria Angélica

Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Brasília, 2010.

1. Consórcios de Saúde. 2. Regionalização. 3. Formulação de
Políticas. 4. Financiamento em Saúde. 5. Planejamento em Saúde.
6. Brasil. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.1068



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



A U T O R I Z A Ç ã O

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Brasília, 13 de dezembro de 2010.

Cristina Santos Botti

CG/Fa

DEDICATÓRIA

*Ao meu filho Gabriel, minha jóia preciosa,
que soube compreender e participar de todos
os meus momentos percorridos nesta
travessia;*

AGRADECIMENTOS

Ao Flávio, pelo companheirismo, compreensão e carinho como esposo e pai, pelas minhas ausências em função do mestrado;

Aos meus pais Sebastião e Lindanívea e aos meus irmãos Anderson e Sandra, pelos ensinamentos da vida, apoio incondicional e estímulo para vencer cada etapa deste desafio;

À Prof^a. Dra. Beth Artmann pela confiança em mim depositada, orientação precisa e pelos ensinamentos transmitidos mesmo pela distância, na condução e concretização deste trabalho;

À Prof^a. Dra Maria Angélica pela dedicação, incentivo e pela competência nos momentos sempre oportunos de discussão e aprendizagem;

À Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, na pessoa de Augustinho Moro, pelo apoio e liberação para esta formação;

Aos membros do Consórcio do Teles Pires pela receptividade e disponibilidade das informações, demonstrando assim sua visão de interesse público;

Às amigas e companheiras de toda hora, Ingrid e Norma, pelos momentos de amizade, estudo e motivação nesta caminhada em busca de um ideal comum;

Aos Prof. Dr. Scatena e Prof. Dr. Carlos Matos, solícitos em participar da banca de defesa, cujo conhecimento e contribuições foram valiosos para mim.

À todos aqueles que direta ou indiretamente foram solidários e possibilitaram a realização deste estudo.

E finalmente, agradeço ao Senhor Deus, que tem sempre guiado os meus passos e abençoado a minha vida.

EPÍGRAFE

O que me faz esperançoso não é a certeza do achado, mas o mover-me na busca.

(Paulo Freire)

RESUMO

Esta dissertação avaliou o processo de implementação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da microrregião do Teles Pires, no contexto da regionalização de atenção à saúde. O consórcio de saúde é uma associação entre os municípios e surgiu como uma forma de viabilizar o acesso à população a diferentes especialidades e serviços de saúde de forma regionalizada e cooperativa. A estratégia metodológica utilizada foi um estudo de caso único. O consórcio selecionado é o mais antigo do estado. Foi elaborado um Modelo Teórico de Avaliação e as categorias de análise e julgamento corresponderam às seguintes dimensões: contexto externo, contexto político organizacional e contexto assistencial. A coleta de dados foi realizada a partir da análise documental, dados secundários dos Sistemas Oficiais de Informação e entrevistas semi-estruturadas. Investigou-se a influência dos determinantes contextuais sobre o grau de implantação do Consórcio. O contexto político organizacional foi analisado segundo as categorias de “triângulo de governo” de Matus, incorporadas nos roteiros semi-estruturados aplicados aos atores-chave com poder decisório. Para a análise das entrevistas utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo. A análise da dimensão assistencial focou a categoria de instrumentos formais de planejamento, acessibilidade e disponibilidade. Os resultados apontaram que, apesar dos avanços obtidos pela implantação do Consórcio, como estratégia de reorganização da assistência à saúde na microrregião, o grau de implantação alcançado pelo Consórcio foi intermediário. Constatou-se, em relação ao contexto externo, um cenário favorável que fortaleceu o processo de implementação do Consórcio. O contexto assistencial revelou a baixa utilização dos instrumentos formais de planejamento e dificuldade no enfrentamento dos problemas de gestão da assistência a saúde. As subdimensões de acessibilidade e disponibilidade apresentaram fragilidades em relação à carência de médicos especialistas e da capacidade instalada da microrregião. Este estudo concluiu que é imprescindível a condução pela esfera estadual na implementação das políticas de saúde e do monitoramento e avaliação deste importante instrumento de cooperação intergovernamental, no processo de regionalização.

Palavras-Chave: Regionalização, Consórcio Intermunicipal de Saúde, Avaliação e Acesso

ABSTRACT

This dissertation has evaluated the process of implementation of the Intermunicipal Health Consortium from Teles Pires's micro region, in the context of the regionalization of attention to the health. The health consortium is an association among the municipal districts and they appeared as a way of enabling the access to the population to different specialties and health services in a regionalized and cooperative way. The methodological strategy used in this study was an only case study. The chosen consortium is the oldest one in the state. A Theoretical Model of Evaluation was elaborated and the analysis and judgement categories corresponded to the following dimensions: external context, political organizational context and assistance context. Data collection was accomplished based on the documental analysis, secondary data of the Official Systems of Information and semi-structured interviews. The influence of the contextual determinants on the level of implantation of the Consortium was investigated. The political organizational context was analyzed according to Matus's "government triangle", incorporated in the semi-structured syllabuses applied to the key actors with decision power. For the analysis of the interviews the Collective Subject's Speech was used. The analysis of the assistance dimension focused on the category of formal instruments of planning, accessibility and availability. The results pointed that, in spite of the progresses obtained by the implantation of the Consortium, as reorganization strategy of the attendance to the health in the micro region, the degree of implantation reached by the Consortium was intermediate. Concerning the external context, favorable scenery which strengthened the process of implementation of the Consortium was verified. The assistance context it showed the low utilization of the formal instruments of planning and difficulty facing the problems of management of the health assistance. The accessibility and availability sub dimensions showed fragilities concerning the lack of specialist doctors and the micro region's installed capacity. This study concluded that the conduction by the state sphere in the implementation of health policies is indispensable and also the need of the monitoring and evaluation of this important instrument of intergovernmental cooperation, in the process of regionalization.

Key Words: Regionalization, Intermunicipal Health Consortium, Evaluation and Access

LISTA DE SIGLAS

CDC– Centers for Disease Control and Prevention
CGR – Colegiado de Gestão Regional
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIS – Consórcio Intermunicipal de Saúde
CIS RTP – Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COSEMS – Conselho de Secretários Municipais de Saúde
NOAS /SUS – Norma Operacional de Assistência em Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
PACIS – Programa de Apoio ao Consórcio Intermunicipal de Saúde
PAICI - Programa de Apoio ao Desenvolvimento e Implementação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde
PAP/VS – Programação das Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde
PDI – Plano Diretor de Investimento
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PPI – Programação Pactuada e Integrada
SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial
SIH – Sistema de Informação Hospitalar
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIOPS – Sistema de Informação do Orçamento Público da Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADROS

QUADRO 1 – Dimensões do Modelo Teórico da Avaliação	30
QUADRO 2 – Aspectos Físicos e Territoriais dos municípios da região do Teles Pires	47
QUADRO 3 – Distribuição dos municípios do CISRTP por faixa populacional- Mato Grosso - 2008	49
QUADRO 3 – Escores Obtidos em relação à Matriz de Análise e Julgamento para a avaliação do Grau de Implantação do CISRTP	59
QUADRO 4 – Lotacionograma do CISRTP – 2008	63
QUADRO 5 – Estrutura Decisória do CISRTP	65
QUADRO 6 – Tipos de Leitos por Especialidades dos municípios do CISRTP - 2008	76
QUADRO 7 - Percentual de Pacientes internados por procedência e local de internação 2000 e 2008	80

TABELAS

TABELA 1 – Consórcios Intermunicipais de Saúde de Mato Grosso por município sede e ano de constituição	42
TABELA 2 - Aspectos Demográficos dos municípios da região do CISRTP	47
TABELAS 3 – Condições Sócio - Econômicas da Região do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Teles Pires e Mato Grosso - 2000	52
TABELA 4 - Taxa de Mortalidade Infantil por 1000 NV dos municípios do CISRTP 2000 e 2008	53
TABELA 5 – Taxa de Mortalidade por 100.000 hab.por cinco principais grupos de causa segundo os municípios do CISRTP	54
TABELA 6 – Número de Internações por município por residência, CISRTP 2000-2008	55
TABELA 7- Classificação do Grau de Implantação do CISRTP -	58
TABELA 8 – Financiamento das Ações do CISRTP por fonte de financiamento	70

2004-2008

TABELA 9 – Estabelecimentos de Saúde dos municípios do CISRTP por tipo de unidade, 2008	75
TABELA 10- Número de Profissionais de Saúde, segundo ocupação, dos municípios do CISRTP, 2008	77
TABELA 11 – Cobertura Populacional das Equipes da Saúde da Família da região do CISRTP, 2000 a 2008	78

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Triângulo de Governo de Matus	18
FIGURA 2 – Modelo Lógico da Intervenção	28
FIGURA 3 – Modelo Teórico da Avaliação do Programa	29
FIGURA 4 – Mapa dos Consórcios Intermunicipais de Saúde	43
FIGURA 5 – Mapa dos Municípios da Região do CISRTP	47
FIGURA 6 – Pirâmide Populacional dos municípios da Região do Consórcio do Teles Pires – 2000 e 2008	50
FIGURA 7 – Índice de Desenvolvimento Humano da Região do Teles Pires, Mato Grosso e Brasil, 2000	51
FIGURA 8 - Taxa de Mortalidade Infantil da Região do CISRTP	53
FIGURA 9 - Taxa de Internação por 10 mil habitantes da região do CISRTP, segundo ano de internação – 2000-2008	56
FIGURA 10 - Organograma do CISRTP	65
FIGURA 11 – Cobertura Populacional das Equipes de Saúde da Família na região do CISRTP 2000-2008	79
FIGURA 12 – Índice de Utilização dos Serviços do Hospital Regional por municípios no ano de 2008	81

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista	133
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	136
APÊNDICE C – Decisões das Reuniões do Conselho Diretor	138
APÊNDICE D – Deliberações das Reuniões do Conselho Fiscal	139
APÊNDICE E – Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implementação	140

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	
2 - REFERENCIAL TEÓRICO.....	06
2.1 – A estratégia da Regionalização.....	06
2.2 – Os Consórcios Intermunicipais no contexto da regionalização.....	09
2.3 – Política, Planejamento e Gestão.....	15
2.4 – Avaliação de Políticas e Programas de Saúde.....	19
2.5 - Acesso em Saúde.....	22
3 - OBJETIVOS.....	25
3.1 - Objetivo Geral.....	25
3.2 -Objetivos Específicos.....	25
4 - ESTRATÉGIA METODOLÓGICA.....	26
4.1. - Desenho do Estudo.....	26
4.2 - Lócus da Pesquisa.....	26
4.3 - Modelo Teórico da Avaliação.....	27
4.4 – Análise e Processamento dos Dados.....	33
4.5 – Análise das Entrevistas.....	35
4.6 – Aspectos Éticos.....	37
5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
5.1 - Os Consórcios em Mato Grosso.....	38
5.2 – Estudo de Caso: O Consórcio Intermunicipal da Região do Teles Pires.....	46
5.2.1 – Contexto Externo.....	46
5.2.1.1 – Aspecto Físico e Territorial.....	46
5.2.1.2 – Contexto Demográfico.....	48
5.2.1.3 – Contexto Sócio Econômico.....	51
5.2.1.4 - Contexto Epidemiológico.....	52
5.3 – Avaliação do Grau de Implementação do CIS RTP.....	57
5.3.1 – Contexto Político Organizacional.....	59
5.3.1.1 – Projeto de Governo.....	60
5.3.1.2 – Capacidade de Governo.....	61
5.3.1.3 – Governabilidade.....	63
5.3.2 – Contexto Assistencial.....	71

5.3.2.1 – Instrumentos de Planejamento e Regionalização.....	72
5.3.2.2 – Disponibilidade.....	74
5.3.2.3 – Acessibilidade.....	78
5.4 – Análise do Discurso do Sujeito Coletivo.....	82
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	116
REFERÊNCIAS.....	121
APÊNDICES.....	132

1 – INTRODUÇÃO

O Brasil constitui um Estado Federativo, estruturado em quatro níveis político - administrativos: a união, os estados, o Distrito Federal e os municípios. Neste sistema os municípios brasileiros são entes federados com autonomia política, administrativa e financeira e com competências constitucionais bem estabelecidas (MENDES & PESTANA, 2004).

Este aspecto implica que as instâncias de governos interessadas em transferir atribuições de gestão devem implementar estratégias bem-sucedidas para obter a adesão dos governos locais. No caso do Sistema Único de Saúde (SUS), esta adesão envolve o custo político e financeiro para que estados e municípios assumam a responsabilidade pública pela oferta universal dos serviços de saúde (ARRECHE, 1999).

A implantação do SUS consolida-se com a regulamentação das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, e no artigo 198 da Constituição Brasileira consta que: “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade” (BRASIL, 1988). O artigo 7º da Lei nº 8080/90 reafirma as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Brasileira e define competências frente à criação das redes regionalizadas e hierarquizadas de saúde, nas quais a direção municipal do SUS deve participar do planejamento, programação e organização, em articulação com sua direção estadual.

Essa concepção hierárquica foi assumida pelas normas operacionais do SUS: Normas Operacionais Básicas (NOB 01/91, NOB 01/93, NOB 01/96) e a Normas Operacionais da Assistência (NOAS 01/01 e 01/02) com o objetivo de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, na perspectiva de garantir o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência.

A Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB SUS 01/93) aponta a regionalização como um dos pressupostos que fundamentou a construção do SUS, entendida como:

uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo. (BRASIL, 1993).

O processo de regionalização é uma estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, sendo esta uma diretriz que orienta a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores objetivando garantir o direito da população à saúde, reduzindo desigualdades sociais e territoriais e promovendo a equidade.

Como parte do processo de consolidação do SUS foi instituído o Pacto pela Saúde, em 2006 (BRASIL, 2006a), envolvendo os três níveis de governo e as entidades representativas de trabalhadores e usuários. A proposta é que a partir da sua assinatura, os gestores assumam o compromisso de cumprir o conjunto de responsabilidades que compõe este Pacto, que privilegia a ênfase nas necessidades de saúde da população, o compromisso sanitário e a responsabilidade pública.

Na dimensão do Pacto pela Gestão, um dos componentes do Pacto pela Saúde, a regionalização é definida como o eixo estruturante a partir do qual serão delineadas e ordenadas as ações para o cumprimento pelos gestores estaduais e municipais das respectivas responsabilidades relativas à descentralização, ao financiamento, ao planejamento, à programação, ao controle social e à educação em saúde.

Os municípios do interior do Brasil têm enfrentado dificuldades na implementação do Sistema Único de Saúde, conforme as normalizações vigentes. A falta de recursos humanos e financeiros, a dificuldade de acesso ao uso de tecnologia de diferentes níveis de complexidade e custo e a inexistência de estrutura física adequada, além da distância que dificulta o atendimento à saúde, são os entraves mais comuns que levam os dirigentes municipais a procurar alternativas de gestão (GIL, 2000b).

Foi no âmbito da Norma Operacional Básica NOB 01/96 que os Consórcios Intermunicipais de Saúde passaram a ser considerados, no contexto da regionalização e

hierarquização da rede de serviços, como principal estratégia para articulação e mobilização dos municípios, com coordenação estadual, de acordo com características geográficas, demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, principalmente, a vontade política expressa pelos diversos municípios, considerando a especificidade do pacto federativo brasileiro

Torres (1995) refere-se a esta forma de articulação definindo que:

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

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) surgem neste contexto, apresentando-se como uma prática de gestão inovadora no sistema de saúde no Brasil, de forma a viabilizar o acesso da população a diferentes especialidades e serviços, de forma regionalizada e cooperativa. O CIS é visto como uma associação entre os municípios para a realização de atividades conjuntas referentes à promoção, proteção e recuperação, possibilitando a viabilização financeira de investimentos e contribui para a otimização da rede de assistência, inclusive em relação à organização da referência, possibilitando melhor atendimento às necessidades de saúde das populações.

Segundo Abrucio & Costa (1998, p. 133), “os consórcios foram implantados, no contexto federativo, como iniciativas de correção de distorções da gestão do sistema com potencial de consolidar o processo de descentralização de forma cooperativa e coordenada”.

No Brasil, os CIS constituíram-se no princípio dos anos 80, no Estado de São Paulo, com a experiência pioneira do município de Penápolis. Nos anos 90 e após a regulamentação do SUS pelas Leis Orgânicas de Saúde foi observada franca expansão deste tipo de associação (GIL, 2000a). Um estudo sobre a avaliação dos consórcios de saúde no Brasil revelou que 95% dos municípios envolvidos eram de pequeno porte, com menos de 50 mil habitantes, o que reforça a importância desse tipo de cooperação na superação de problemas comuns (GIL, 2000b). No ano de 2008, os CIS no Brasil estavam constituídos em 12 estados, totalizando 176 CIS.

Segundo Mendes (1998), os consórcios não foram concebidos como uma releitura crítica da municipalização do SUS, mas como uma solução pragmática aos problemas de déficits da atenção secundária à saúde. Para este autor, foram soluções de

baixo para cima, realizadas no vácuo deixado pela fragilidade regulatória das Secretarias Estaduais de Saúde e através de uma lógica eminentemente política. Mas, sem dúvida, os consórcios intermunicipais de saúde foram estimulados pela municipalização do SUS, sem, contudo, significar uma crítica a esse movimento de descentralização. Na realidade, acabaram por criar mais um subsistema público de serviços de saúde, fora das normas do SUS.

Nas análises das experiências, os consórcios acumulam posições favoráveis e desfavoráveis. As desfavoráveis em geral associam os consórcios aos efeitos negativos da descentralização, avaliada como descoordenada, pulverizada, atomizada e fragmentada. Os consórcios nessa posição são vistos como competitivos com as funções da esfera estadual ao organizarem a oferta regional (MENDES, 1998). As opiniões favoráveis, por sua vez, reforçam que a adoção de consórcios propiciou o estabelecimento de relações intergovernamentais cooperativas com potencial de superar dificuldades para organizar os serviços de saúde frente às responsabilidades decorrentes da descentralização (GUIMARÃES & GIOVANELLA, 2004).

No Estado de Mato Grosso a criação dos CIS teve início no ano de 1995, sendo que os primeiros consórcios a serem implantados foram aqueles com referências em Unidades Estaduais. A estratégia do CIS em Mato Grosso, ao viabilizar a constituição de unidades de referência de média e alta complexidade, pretendia garantir o acesso à assistência ambulatorial, hospitalar e de serviços aos cidadãos de regiões antes não assistidas.

Como o impacto contemporâneo dos consórcios nos Sistemas Regionais de Saúde permanece ainda pouco explorado, fazem-se necessários novos estudos que dêem conta dos consórcios existentes em todo o país. Estudos que também revelem suas características, suas motivações e seus resultados para que se tenha melhor compreensão da sua magnitude e importância no processo de regionalização e de alternativas na atenção à saúde da população.

Um estudo realizado pela SES/MT no período de 1995 a 2000, relacionado aos CIS, mostrou um aumento da resolução regional na assistência ambulatorial e hospitalar, expresso na redução dos encaminhamentos de procedimentos dos municípios do estado para a capital Cuiabá e para outros estados da União, sendo um dos fatores para esta redução, a ampliação da oferta de serviços especializados no interior, por intermédio das unidades consorciadas (MOTA, 2002).

A partir do ano de 2000, a SES não mais analisou os resultados apresentados pela operacionalização dos CIS, bem como o acesso aos serviços de saúde e o comportamento dos indicadores de mortalidade e morbidade nas microrregiões. Existe dificuldade para a verificação da efetividade das ações produzidas pelos CIS, em parte pela inexistência de um monitoramento sistematizado de informações, como também a falta de instrumentos e metodologias de avaliação pela área técnica da SES (SES, 2002), e esta estratégia necessita ser rigorosamente monitorada e avaliada, principalmente quanto ao aspecto de indução da ampliação dos serviços de saúde prestados à população.

Tomando por base o pressuposto acima referido, este estudo pretende responder a seguinte pergunta avaliativa: em que medida a estratégia do Consórcio Intermunicipal de Saúde melhorou o acesso aos serviços de média e alta complexidade, na microrregião do Teles Pires no Estado de Mato Grosso?

O Consórcio Intermunicipal de Saúde estudado foi o da Microrregião do Teles Pires em virtude de ser o primeiro Consórcio implantado em Mato Grosso, por ser um dos pioneiros que se sustenta há quinze anos, por ter a primeira unidade pública a prover especialidades no interior, por ser considerado um caso de sucesso e pelo fato de possuir como Unidade de Referência, o Hospital Regional de Sorriso, localizado no município de mesmo nome na região Médio-Norte mato-grossense.

A incorporação da avaliação, como prática sistemática nos diversos níveis de serviço, poderá propiciar aos gestores as informações requeridas para a definição de estratégias e novos instrumentos de intervenção para a consolidação do SUS em Mato Grosso.

2 - REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. A Estratégia da Regionalização

A regionalização é uma diretriz do SUS e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde. Apresenta como um dos seus principais objetivos: garantir o acesso próximo aos usuários do SUS, resolubilidade e qualidade às ações e serviços de Saúde (MENDES & PESTANA, 2004).

A regionalização como estratégia de construção de sistemas integrados de saúde tem sido ao longo da história da proteção social um dos fundamentos internacionalmente consensuais, principalmente se considerarmos os sistemas universais unificados nacionalmente. Tradicionalmente, sua fundamentação está associada à capacidade de reduzir desigualdades sociais e territoriais, promover a universalidade e a integralidade da atenção, racionalizar gastos e otimizar os recursos, além de representar um processo de fortalecimento da descentralização e maior participação dos cidadãos no processo de tomada de decisão.

Esta estratégia é defendida pelos princípios organizativos do SUS com vistas a organizar efetivamente uma rede de atenção hierarquizada e de busca de maior equidade. Foi assumida pelas Normas Operacionais do SUS e impulsionada principalmente pela Norma Operacional da Assistência NOAS SUS 01/ 2001 e 01/2002, pela necessidade de se organizar com mais efetividade os serviços de saúde e melhorar o acesso da população a eles, pois a grande maioria dos municípios brasileiros é de pequeno porte e com baixa capacidade institucional, o que traz dificuldades quanto à capacidade de planejamento do sistema bem como a organização das redes assistenciais adequada para o atendimento da população (SOUZA, 2001). A efetivação da regionalização ainda sofre dificuldades no fortalecimento dos espaços regionais e na cooperação intermunicipal.

No contexto internacional, os autores Bankauskaite *et al* (2007) mostram que a organização dos sistemas de saúde em alguns países da Europa e no Canadá apresenta-se descentralizada, porém esta estrutura descentralizada não implica numa descentralização propriamente dita, considerando que esses países apresentam diversidades pela sua estrutura administrativa bem como na legislação vigente,

existindo em um mesmo país variações de regiões. Nos países europeus, alguns possuem os sistemas públicos centralizados tais como Irlanda, Portugal, Espanha, Inglaterra, Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales e outros como, Dinamarca, Finlândia, Itália, Noruega e Suécia possuem sistema descentralizado

No Canadá, verifica-se que desde os anos 80 o processo de organização do sistema de saúde ocorreu a partir da regionalização, porém concomitantemente com a descentralização. Nesse país, Lewis e Kuori (2004) afirmam que “a regionalização foi um remédio proposto pelo diagnóstico da fragmentação e incoerência na gestão dos serviços e sistemas de saúde, para acabar com a atomização do sistema”.

Já na America Latina, nos princípios da década de 90 houve um retrocesso em relação à gestão da saúde nos países desse bloco, com predominância da fragmentação do sistema de saúde, muitas vezes atomizada pelo baixo gasto com a saúde e pela baixa qualidade dos serviços de saúde. Porém, os processos de descentralização e regionalização foram implantados com graus variados de articulação, sempre com maior destaque para a descentralização (VIANA *et al.*, 2010).

Em relação aos conceitos, há uma falta de consenso em relação à definição de regionalização em saúde. Alguns autores definem-na como “um esquema de implantação racional dos recursos da saúde organizados segundo uma disposição hierárquica na qual é possível uma máxima atenção nos centros primários enquanto os demais serviços vão sendo apropriadamente utilizados de acordo com as necessidades individuais do paciente” (ARTMANN & RIVERA, 2003).

Segundo Gil (2006), a regionalização do Sistema Único de Saúde constitui estratégia prioritária do Ministério da Saúde para garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais; promover a equidade e a integralidade da atenção; racionalizar os gastos e otimizar os recursos; e potencializar o processo de descentralização.

Mas foi a NOAS-SUS 01/01 (BRASIL, 2001) que definiu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, ao estabelecer que:

O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o

acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2001).

Estudos mostram que em 20 anos do Sistema Único de Saúde, apesar da regionalização estar presente na Constituição Federal e nas leis e portarias como mecanismo de descentralização, integralidade e hierarquização da saúde, foi apenas com a instituição da NOAS que a regionalização passou a ganhar peso e significado dentro do sistema, apesar de ser ainda uma regionalização normativa, e não provocar uma mudança na organização do sistema, ou seja, não foi um processo dinamizador de pactuação política a partir de um planejamento regional, com regiões vivas, territórios vivos, onde se discute as necessidades e desigualdades da região, que dêem conta das demandas regionais e dos compromissos e metas assumidas diante da complexidade da realidade social (VIANA *et al.*, 2008).

Visando avançar na superação dessas fragilidades, a implantação do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) apresentou mudanças significativas para a execução do SUS, a partir da substituição do processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão e da regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização.

A estratégia da regionalização promovida pelo Pacto pela Gestão no SUS introduziu importantes aperfeiçoamentos no modelo inicial proposto na NOAS, sendo o mais relevante o reconhecimento da lógica flexível da dinâmica social e sanitária da esfera local. Possibilitou este aperfeiçoamento principalmente porque reconhece as regiões de saúde como campos políticos e não apenas unidades territoriais, o que permite fortalecer a governança do processo de regionalização, tornando-o, inclusive, mais horizontalizado (OUVERNEY, 2008).

O Pacto pela Saúde ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização da saúde como estratégia essencial para consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS, sendo uma das responsabilidades gerais da gestão compartilhada pelas três esferas de governo “coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção à saúde, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região” (BRASIL, 2006a p.43.).

Sendo assim, a regionalização assume novamente o status de processo principal na redefinição dos pressupostos do modelo de descentralização estabelecido no SUS, que passa a ser orientada pelos princípios de territorialização, flexibilidade, cooperação, co-gestão, financiamento solidário, subsidiariedade e participação e controle social (BRASIL, 2008).

Considerando esses aspectos, a regionalização do SUS, neste estudo, é entendida como um processo de planejamento integrado e territorialidade, com a construção e conformação de desenhos que respeitem as realidades locais, estabelecendo os Colegiados de Gestão Regional (CGRs) como espaços de co-gestão, além dos espaços já constituídos em normas anteriores: Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e Conselhos, em busca da superação dos déficits e da maior equidade. Destaca-se ainda a necessidade da institucionalização deste processo a partir da inserção dos instrumentos de planejamento: Planos de Saúde (PS), Plano Diretor de Regionalização e de Investimento (PDRI).

O processo de configuração dos sistemas regionais e microrregionais de saúde deve buscar atender adequadamente as necessidades e características de cada região, proporcionando ao usuário as ações e serviços o mais próximo. Segundo Lavras (2002 p. 35), “a regionalização constitui-se de um processo ascendente, respeitando as competências e autonomias dos entes federativos e os avanços conseguidos no processo de municipalização do SUS”.

2.2. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde no contexto da Regionalização

Os consórcios, em sua grande maioria, surgiram para dar conta das necessidades específicas de oferta de serviços de saúde nos municípios, ou como forma de regionalizar a assistência à saúde.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 241, com redação alterada pela Emenda Constitucional nº 19 cita que:

a União, os estados, o Distrito federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos.

O consórcio é um pacto voluntário, firmado entre governos com a finalidade de alcançar objetivos comuns, mediante a soma de esforços e a articulação de recursos físicos, financeiros e tecnológicos, na busca de soluções dos problemas compartilhados. Está previsto na Lei Orgânica da Saúde como meio de integração entre sistemas municipais de saúde na perspectiva da gestão única, para o desenvolvimento, em conjunto, das ações e serviços que lhes correspondam. Não se caracteriza, entretanto, como instância de gestão e nem substitui a responsabilidade de nenhuma esfera de governo (VIANA *et al.*, 2002).

Em 1990, a legislação do SUS previu expressamente a existência dos consórcios públicos, na Lei 8.080/1990 no:

“Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ “2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.”

Na saúde, o consórcio tem sido utilizado para o enfrentamento de problemas de diferentes naturezas, seja para gerenciar unidades de saúde especializadas ou para aquisição de medicamentos e insumos básicos médico-hospitalares, entre outros. O Consórcio é um importante instrumento para a consolidação do SUS, principalmente quando se considera a hierarquização e regionalização da atenção à saúde (BRASIL, 2007). Os CIS, além de contribuir para a redução de iniquidade no acesso aos serviços de saúde, são considerados uma ferramenta de articulação do desenvolvimento microrregional. Vários estudos (GIL, 2000; NEVES, 2001; GUIMARÃES, 2001) apontam os seguintes fatores que propiciam, condicionam e motivam a formação de consórcios em saúde: aperfeiçoar recursos tecnológicos e humanos, ganho de escala, racionalidade técnica e ampliação da oferta de serviços seriam obtidas a partir da constituição de consórcios.

Apesar dos estudos evidenciarem as vantagens na conformação dos consórcios, constatando que o CIS é um importante mecanismo presente no processo de regionalização, por toda a experiência já vivenciada e a consolidação do arcabouço

jurídico e normativo, a sua implantação não decorreu de uma política de planejamento regional assegurada pelos entes federados, ao contrario surgiu pela ausência de proposta de regionalização conduzida pelos estados.

Luisa Guimarães (2001), ao estudar as características dos CIS do sistema brasileiro, concluiu que:

O consórcio é um instrumento de cooperação intergovernamental que utilizado em um estado federativo tem potencialidades para superar dilemas decorrentes de assimetrias e iniquidades prévias dos sistemas que comprometem a organização do sistema regional (GUIMARÃES, 2001 pg. 69).

A autora argumenta que a indução das políticas públicas para a resolução das desigualdades regionais, decorre de cooperação intergovernamental, tendo em vista a complexidade no processo de descentralização do Estado federado brasileiro.

Os estudos citados demonstram, de uma forma geral, que os consórcios de saúde no Brasil se organizam em torno dos serviços assistenciais especializados, constituindo-se como uma sociedade civil de direito privado, porém é importante frisar que este processo organizativo, tanto na sua formalização quanto na sua implementação devem ser estabelecidos dentro das premissas do Sistema Único de Saúde, garantindo a integralidade, o acesso universal e a equidade.

Cabe aqui ressaltar que o Consórcio não é gestor de nenhum Sistema Municipal de Saúde; não é um centralizador de recursos; não interfere na autonomia municipal; não substitui as responsabilidades e competências do gestor estadual (BRASIL, 1997). Esta situação é reforçada a partir da análise de Pestana & Mendes (2004), que afirmam que os consórcios de saúde não foram concebidos a partir de uma releitura crítica do intenso processo de municipalização do SUS, mas sim pela necessidade de apontar soluções para os problemas de déficit na atenção secundária.

A Lei n. 11.107 (BRASIL, 2005) denominada Lei de Consórcios Públicos e da Gestão Associada de Serviços Públicos, dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Segundo Ribeiro (2007)

Trata-se da primeira lei brasileira dedicada exclusivamente à disciplina de instrumentos de cooperação federativas. Constitui-se, por isso, em um marco, do início do processo de institucionalização das relações federativas (RIBEIRO, 2007 pg.11).

Em 2007, foi regulamentada a Lei dos Consórcios através do Decreto n. 6.017 (BRASIL, 2007a), sendo mais um elemento privilegiado para a consecução dos

objetivos pertinentes aos consórcios públicos no Brasil.

Esta Lei permitiu o consórcio público ser instrumento tanto de cooperação entre entes da mesma natureza como de diferentes naturezas, ou seja, entre municípios, entre estados ou com a participação conjunta de diferentes entes federados. Além disso, com a nova Lei, ao constituir o consórcio público, os entes podem optar quanto à adoção da personalidade jurídica de direito público (associação pública) ou de direito privado (RIBEIRO, 2007).

Nesse sentido, Bastos (2007) afirma que a instituição da legislação específica (a Lei e o Decreto) contribuiu também para a definição da personalidade jurídica dos consórcios, questão sobre a qual havia diversas controvérsias. A regulamentação enfatizou a importância dos consórcios como mecanismos de governança regional, favorecendo novas soluções em gestão pública, normatizando de modo inédito no país a figura do governo regional.

Neves (2006) também reforça que esta normatização, altera a natureza dos consórcios, antes constituídos como entes privados que se convertem em entes públicos, o que fortaleceu o seu papel dentro do sistema regional de saúde e o seu direcionamento nos objetivos do SUS. Com isso, muitos consórcios constituídos inicialmente como entes privados iniciaram medidas para sua conversão em entes públicos.

Segundo análise da área técnica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), as principais inovações desta legislação foram:

- Promove maior estabilidade ao acordo de cooperação federativa;
- Estabelece normas de contabilidade pública para a gestão financeira e orçamentária do consórcio público em conformidade com os pressupostos da responsabilidade fiscal;
- Prevê a possibilidade de participação de todos os entes da federação no consórcio público: União, Estados, Distrito Federal e Municípios;
- Define consórcio público como instrumento para o estabelecimento de relações cooperativas federativas para realização de objetivos de interesse comum;

- Permite que o consórcio público seja constituído com personalidade jurídica de direito público (associação pública) ou de direito privado;
- Define a subordinação do consórcio público às normas de direito público para licitação, celebração de contratos, admissão de pessoal, execução de receitas e de despesas e prestação de contas;
- Prevê a possibilidade de conversão de consórcios administrativos para consórcio público com a opção por uma das modalidades de personalidade jurídica de direito público ou de direito privado;
- Determina que os consórcios públicos na área da saúde se submetam aos princípios, diretrizes e normas do SUS.

Entretanto, é importante destacar que a implantação de um consórcio público de saúde, no formato proposto pela Lei dos Consórcios Públicos, deverá estar em conformidade com a legislação pertinente bem como as orientações e as diretrizes do Pacto pela Saúde, na dimensão do Pacto da Gestão do SUS, devendo orientar-se por meio da organização de uma rede regionalizada e solidária, ou seja, os consórcios não se configuram apenas como instrumentos de apoio aos municípios e sim, como instrumentos de cooperação e coordenação federativa (CUNHA, 2004).

A organização de um consórcio é entendida como um processo e inicia-se com a articulação entre os gestores municipais, tendo como base o pacto e a negociação entre eles. Deve ser elaborado um instrumento de formalização do consórcio que explicita: o município-sede; a criação da pessoa jurídica administradora e todos os aspectos e questões pactuadas pelos municípios que o integram.

O instrumento consorcial deve constar dos seguintes elementos: objeto, duração, sede e foro, obrigação dos consorciados, atribuições e poder decisório, admissão e exclusão de consorciados, sanções por inadimplência, alocação de recursos, prestação de contas, observância das normas do SUS, controle social e definição da necessidade ou não da criação de pessoa jurídica de direito privado para gerenciar o consórcio (BRASIL, 1997).

A estrutura administrativa de um consórcio pode ser constituída da seguinte forma: por um Conselho de Gestão Regional (composto em geral pelos Secretários de Saúde, representando os municípios), que é o nível máximo de deliberação, responsável

pela condução política do consórcio; por um Conselho Fiscal, responsável pela sua condução financeira e por uma Secretaria Executiva, responsável pela implementação das ações.

Os consórcios em Mato Grosso apresentam características semelhantes aos demais consórcios brasileiros quanto à estrutura e funcionamento, porém se distinguem, quanto à participação da SES e sua inserção em proposta de mudança do espaço regional de decisão, como também pela diversidade da natureza pública das unidades de referência (GUIMARÃES & GIOVANELA, 2004).

Para o desenvolvimento das suas ações, o consórcio necessita de equipes técnicas e administrativas, compostas de recursos humanos oriundos dos municípios integrantes, ou contratadas mediante seleção pública, sob o regime Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Em relação à participação da comunidade, ou seja, o controle social, no CIS ele deve ser exercido por intermédio dos conselhos municipais de saúde, que devem ser integrantes dos CIS a fim de possibilitar a ampla divulgação à população das ações e atos realizados, e a fiscalização da execução das ações e serviços de saúde, contidos nos Planos de Saúde. Os Conselhos de Saúde (estadual e municipal) devem participar da discussão sobre a necessidade, a viabilidade e as estratégias das políticas dos Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde e devem aprovar sua implementação quando atender aos princípios do SUS (BRASIL, 1997).

Os recursos para o financiamento das atividades do consórcio devem ser, conforme estabelece o artigo 195 da Constituição, oriundos da seguridade social “financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da Lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios”. Sendo assim, esse financiamento é originado: do Tesouro Municipal, da Secretaria de Estado, do Ministério da Saúde e de doações, aplicações, convênios e acordos decorrentes de parcerias com instituições públicas e privadas.

A forma específica de transferência desses recursos depende da habilitação dos municípios às diferentes condições de gestão. Em geral, o financiamento é realizado por meio de uma combinação de três fontes básicas: quotas dos municípios consorciados (definidas segundo critérios populacionais e/ou utilização dos serviços), recursos provenientes diretamente da União e recursos provenientes das secretarias estaduais da saúde (BRASIL, 1997).

Desde o início do processo de organização do consórcio, até sua formalização e implementação de ações, deve ser estabelecida e observada a perfeita consonância com as diretrizes do SUS. As atividades desenvolvidas pelo Consórcio devem compor um plano de trabalho específico a partir das necessidades dos municípios que, da mesma forma, integrará a Programação Pactuada e Integrada - PPI do estado, que deverá ser apreciada pela Comissão Intergestores Bipartite Estadual e os Comissões Intergestores Bipartite Regional (BRASIL, 1997).

Os consórcios favorecem estratégias de descentralização na direção de objetivos gerais do SUS para a regionalização e a hierarquização da oferta de serviços. Favorecem ainda a construção de sistemas regionais pactuados, respeitando o fluxo natural da demanda existente, facilitando o acesso e buscando conferir maior eficiência no uso dos serviços (NEVES, 2006).

Na prática, o consórcio pode ser utilizado como instrumento de estímulo ao planejamento local e regional em saúde, auxiliando tanto no desenvolvimento quanto na efetivação do Plano Diretor de Regionalização e de Investimentos (PDRI). Os CIS ainda devem compor de forma coordenada com os Colegiados de Gestão Regional (CGR).

2.3 – Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde (PP&G)

As políticas públicas em saúde, segundo Levcovitz (2003 p.20), podem ser definidas “como estudos sobre o papel do Estado na política de saúde, a relação Estado-sociedade, como o Estado reage às condições de saúde da população e aos seus determinantes, através da definição de propostas e prioridades para a ação pública”. Desta forma, as políticas públicas integram um campo social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e do ambiente natural, social e do trabalho.

Nesta lógica, Maingón (1992), em estudo apresentado na Oficina Regional da Organização Mundial de Saúde sobre os conceitos de política, concluiu que “política (*policy*) se refere aos processos tanto sociais, políticos como econômicos, que conduzem a forma de execução das decisões das quais se adaptam ou acrescentam os valores de uma parte ou de toda uma sociedade”.

Esta formulação aproxima-se do conceito estabelecido por Paim & Teixeira (2006).

Entende-se como *política de saúde* a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao *poder* em saúde (*Politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de *diretrizes, planos e programas* de saúde (*Policy*) (PAIM & TEIXEIRA, 2006, p. 74).

Neste contexto, podemos dizer que a articulação e a integração das políticas sociais foram concebidas desde a Constituição de 1988, a qual determinou que a saúde é um direito de todos os cidadãos brasileiros e dever do estado, mediante “políticas sociais e econômicas abrangentes que reduzam o risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Elas se materializam através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam, em cada contexto, e condicionam seus resultados (LUCCHESI, 1996).

Em estados federativos, como é o caso do Brasil, os estados e/ou municípios são dotados de autonomia política, sendo assim, desempenham função de gestão de políticas públicas, por própria iniciativa, ou por adesão a algum programa proposto por outro nível mais abrangente de governo, resguardados pelo princípio da soberania (ARRETCHE, 2004).

Muito embora a Lei 8080/90 tenha definido as atribuições de cada esfera de governo no desenvolvimento das suas funções, os gestores exercem as suas funções e cumprem as suas responsabilidades de forma compartilhada, ou seja, a gestão pública da saúde é exercida por diversos entes governamentais e não governamentais, e cabe a esses gestores assumirem a liderança da negociação política voltada para o processo decisório (NORONHA *et al.*, 2008.). Isto principalmente quando se trata do processo de descentralização político administrativa, que induz ao redirecionamento do poder local, no qual a transferência de responsabilidade entre os entes federados impõe a capacidade de adaptação ao novo papel.

Cabe então aos gestores a assunção das funções gestoras do SUS, sendo definidas como "um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessária para a implementação de políticas na área da saúde" e podendo-se identificar quatro grandes

grupos de funções (macro-funções) gestoras na saúde: a formulação de políticas e planejamento; o financiamento; a coordenação, a regulação, o controle e a avaliação do sistema/ redes e dos prestadores públicos ou privados; e, a prestação direta de serviços de saúde (BRASIL, 2007b, p. 30). Estas funções contribuíram para a definição do papel e das atribuições dos gestores.

A formulação de políticas pode ser entendida como “um processo mediante o qual a autoridade política estabelece os objetivos gerais que se pretende alcançar, os meios através dos quais deverá atuar para alcançá-los e a enunciação de ambos em termos claros e precisos.” (TEIXEIRA, 2010 *apud* OPS; CPPS p.20). O planejamento constitui-se assim, de uma importante ferramenta para a implementação das políticas públicas de saúde.

Na literatura nacional e latina americana, há diversos estudiosos que postulam sobre o tema planejamento em saúde. Como exemplo cita-se um estudo de revisão (PAIM & TEIXEIRA, 2006) no qual se realiza um levantamento bibliográfico relativo a produção e divulgação do conhecimento sobre o tema, ou seja, um balanço do estado da arte em Política, Planejamento e Gestão em Saúde (PP&G).

Planejar, para Matus, é governar, é conduzir o processo, é tentar submeter ao condutor do processo o conhecimento dos acontecimentos cotidianos, a seqüência de uma direção para o alcance dos objetivos e promover a mudança quando surgem obstáculos no percurso, ou seja, quem governa é quem tem a capacidade de decidir e a responsabilidade de conduzir (MATUS, 1997).

Para o autor governar exige articular constantemente três variáveis: **projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade**, articulação que compõe o **Triângulo de Governo** (Figura 1). Nesta perspectiva, o autor idealizou uma proposta metodológica intitulada de Planejamento Estratégico Situacional (PES) como um método para planejar a intervenção de um determinado ator no governo, a partir de sua situação (MERHY, 1999). Este novo modelo é centralizado na análise dos problemas existentes, na sua identificação, na situação existente, nos atores envolvidos, na capacidade de produção social, em suma, concentra o plano de ação em problemas, oportunidades e ameaças.

Para Artmann (2000, p.3), o PES “é um método de planejamento por problemas e trata, principalmente, dos problemas mal estruturados e complexos para os quais não

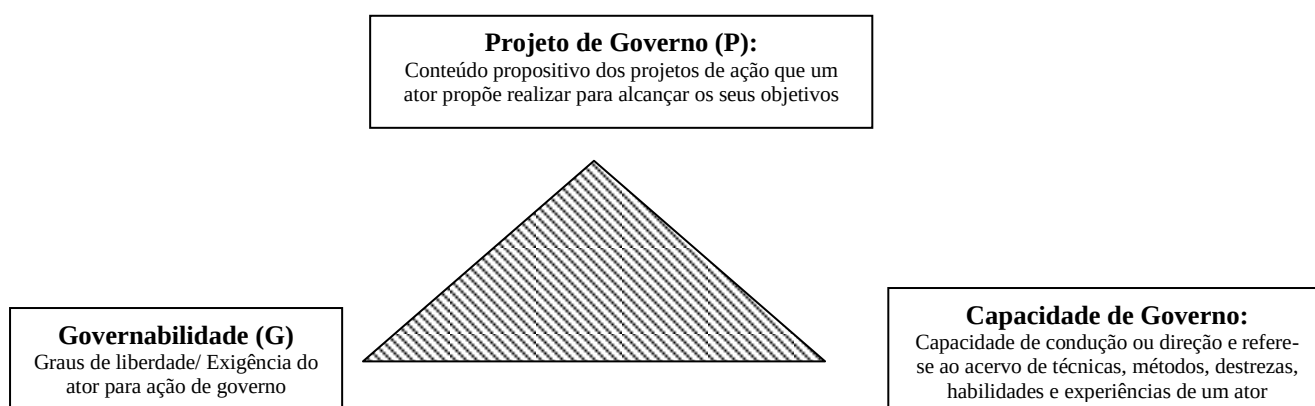
existe solução normativa ou previamente conhecida como no caso daqueles bem estruturados.”

Ainda para Artmann & Rivera (1999), com base na integração da abordagem do Agir Comunicativo de Habermas e do Planejamento Estratégico Situacional, o planejamento é visto como um conjunto de práticas que permitam uma gestão por compromissos, um modelo de gestão negociado, de ajustamento mútuo e comunicativo, ou seja o planejamento pode ser estabelecido em uma organização como uma poderosa ferramenta , pois possibilita a interação e o envolvimento entre os sujeitos (ator social) a partir da ação comunicativa.

No que diz respeito ao estudo proposto, não tomamos uma discussão mais aprofundada do PES, por ser um método bastante complexo.

Para fins desse estudo, as práticas de planejamento e gestão para a implementação das políticas que compõem a metodologia, foram conduzida considerando o **triângulo de governo** proposto por Matus, como dimensão estratégica do contexto político organizacional. Esses elementos referenciais explicativos foram utilizados como uma forma de entender como se procede o processo organizacional do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires para a implemetação de políticas e programas de saúde.

Figura 1: TRIÂNGULO DE GOVERNO DE MATUS



Fonte: Matus, 1997

O projeto de governo se refere ao conteúdo das proposições dos projetos de ações, ou seja, a agenda, o plano, que dependem do interesse, da possibilidade de ação e da capacidade de desenhar propostas. Para Matus, nenhum plano é melhor do que a capacidade de escolher problemas e desenhar intervenção.

A governabilidade, se refere às variáveis que são controladas pelo ator ou seja, o grau de exigência e de demandas relacionadas ao conjunto de variáveis que o ator necessita para realizar o seu projeto.

Por fim, a Capacidade de Governo, diz respeito à capacidade técnica, ou seja, a capacidade de condução e de direção, aliada à expertise do dirigente isto é, ao domínio de técnica, métodos e habilidades que a equipe de governo dispõe para melhorar a sua capacidade de governo (MATUS, 1997).

2.4. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde

A avaliação faz parte de um conjunto de práticas presentes no cotidiano, ou seja, um profissional está sempre realizando um modo de avaliação, no dia a dia do seu trabalho, sem que organize as informações e as atividades que são desenvolvidas. Porém, a avaliação serve para direcionar ou redirecionar a execução das atividades, ações e programas, ou seja, deve subsidiar a tomada de decisão sobre um programa, ou uma intervenção. De acordo com Worthen (1997):

Avaliação possui diferentes conceitos e significações. Para um grupo de autores “avaliação, investigação ou mensuração tem o mesmo significado”. Para outros, *avaliação é um julgamento profissional*. Avaliação também é definida como o *acesso da dimensão para o qual podem-se alcançar objetivos específicos*. Outros comparam avaliação com auditoria ou com diversas variantes do controle de qualidade. O ato de coletar e promover informação para possibilitar tomada de decisão para um funcionamento mais inteligente é outro conceito adotado por alguns teóricos (*apud* MOREIRA, 2002 pg. 8).

Vários autores discutem sobre a definição de avaliação entre os quais se destacam:

Donabedian (1984, *apud* MOREIRA 2002) conceitua avaliação como “um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância, efetividade e impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos”.

Contandriopoulos *et al.* (1997, p. 31) afirmam que “a avaliação baseia-se fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”.

Para Patton (1997):

A avaliação é a coleta de dados sistemáticos de informações sobre atividades, características e efeitos de programas para o uso de pessoas específicas, para reduzir as incertezas, melhorar a efetividade e tomar decisões com respeito ao que aquele programa está fazendo e resultando.

Este autor dá ênfase à necessidade de compreensão da racionalidade da intervenção, bem como ressalta a importância do envolvimento dos usuários potenciais da avaliação e o uso de informações-chaves para a tomada de decisões.

Para Tanaka & Melo (2001) a avaliação, além do julgamento de valor e da tomada de decisão, também envolve a medição e/ou comparação de fenômenos.

Com base nestas definições podemos concluir que a avaliação constitui-se de um importante instrumento a ser utilizado em todo o processo de gestão de políticas públicas, pois possibilita medir as condições existentes, o processo de trabalho e os resultados obtidos.

Vários estudos foram e vêm sendo impulsionados para a avaliação de políticas e programas de saúde, inicialmente decorrente de uma demanda na questão do financiamento dos programas sociais o que contribuiu para o aumento dos gastos públicos, bem como pela necessidade do acompanhamento da implantação de programas e para a melhoria da qualidade dos serviços e dos programas. Segundo Sanders (2004, p.2) “a avaliação deveria ser instrumento indispensável de toda e qualquer iniciativa que utiliza recursos públicos e afeta os membros de uma sociedade, independente do estágio em que o programa se encontra”.

Para este estudo, utilizamos como referencial teórico da avaliação, a definição utilizada por Patton (1997), pois enfoca a avaliação do processo, com o propósito de se conhecer melhor a situação que se pretende avaliar, em busca de explicações possíveis

da situação e redirecionamento das atividades e ações da intervenção, como proposta nesta pesquisa.

A abordagem a ser desenvolvida, neste estudo, é a análise de implantação ou implementação, que segundo Nemes & Ferraz (2009 p.3) “é recomendada no estudo de programas com pouca especificidade tecnológica, multiplicidade de estratégias, execução em contextos variados e pouca definição do grau desejável de sua efetivação”.

Já as autoras Hartz & Vieira da Silva (2005) reforçam que a avaliação de implementação :

Apresenta como foco da avaliação a relação entre a intervenção (políticas, programas, serviços e ações) e seu contexto de inserção na produção dos efeitos, o que se torna particularmente importante quando a intervenção é complexa, com múltiplos componentes e contingenciais (HARTZ & VIEIRA DA SILVA, 2005, p.11).

Segundo essas autoras, este tipo de análise permite reconhecer nas intervenções as interferências da influência dos elementos do contexto externo e político organizacional e, possam ser melhor entendidas e explicadas se a relação do sucesso ou insucesso, se deve àquela intervenção.

Para Denis & Champagne (1997, p.55), a análise de implantação se apóia conceitualmente no estudo da influência sobre três componentes:

Componente 1- dos determinantes contextuais no grau de implantação das intervenções, em que se busca entender as características contextuais que podem explicar as variações observadas no grau de implantação;

Componente 2- das variações da implantação na sua eficácia – visa explicar os efeitos observados a partir da implantação da intervenção, ou seja, da análise dos componentes da intervenção;

Componente 3- da influência entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados (avaliação do processo) – permite explicar as variações dos efeitos após a introdução de uma intervenção e a influência dos fatores contextuais que podem contribuir para aumentar os efeitos (interação sinérgica) ou diminuí-los (interação antagônica).

Segundo esses autores, a análise de implantação valoriza o conjunto de fatores que podem influenciar uma intervenção, em que uma mesma intervenção pode apresentar diferentes contextos. Além disso, esse tipo de estudo possibilita uma melhor

interpretação e compreensão do desempenho das práticas sociais ressaltando, assim, a importância da avaliação focada na utilização, pois permite emitir um julgamento mais preciso em função de fatores de esclarecimento do sucesso ou insucesso de uma intervenção (PATTON, 1997).

Considerando que neste trabalho será avaliada a implementação do Consórcio Intermunicipal de Saúde de Saúde do Teles Pires, cuja ênfase se deu nos componentes processo e resultado desta intervenção, a implementação pode ser entendida como um conjunto de atividades pelas quais se pretende que um objetivo seja alcançado. Sob este aspecto, a análise de implantação será a mais adequada para este caso, pois define a efetividade do programa, mostrando até onde ele conseguiu atingir os resultados esperados, os objetivos propostos e a mudança provocada na população alvo.

A categoria do “acesso” foi utilizada como dimensão estratégica da análise de implementação, por se considerar que, um dos propósitos da criação dos consórcios é melhorar o acesso aos serviços de saúde.

2.5- Acesso em Saúde

O princípio da equidade no acesso orienta os sistemas de saúde de vários países, principalmente os europeus. No Brasil, as ações e os serviços de saúde públicos e privados, contratados e conveniados, que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, obedecendo ainda os princípios organizativos e doutrinários deste sistema. Um destes princípios é a equidade no acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, ou seja, o SUS deve assistir toda a população de forma universal, igualitária e hierarquizada (TRAVASSOS, 2004).

O Brasil ainda enfrenta um grande desafio no desenvolvimento e no cumprimento de uma política de saúde equânime, em decorrência dos limitados recursos financeiros, das desigualdades sociais entre as instâncias federadas, do aumento de demandas e da falta de definição de prioridades na alocação de serviços, para a garantia de acesso igualitário, e a adequação da oferta às necessidades dos indivíduos e grupos populacionais.

Em um estudo realizado por Cunha & Vieira da Silva (2010) foi identificado que a articulação entre as dimensões da acessibilidade, tanto em relação à organização dos serviços, quanto aos aspectos geográficos, mediada pelos recursos de poder dos usuários, não tem sido enfatizada, assim como a análise das razões pelas quais esses problemas persistem.

“O conceito de acesso é complexo e amplo, e muitas vezes não há concordância entre os pesquisadores a respeito do emprego do termo “acesso” ou acessibilidade” o que resulta uma forma equívoca em relação ao seu uso nos serviços de saúde. Segundo Travassos, 2004, autores utilizam o termo acessibilidade, outros utilizam o termo acesso e outros utilizam ambos os termos. Starfield (2002), que diferencia acessibilidade quando relativo a aspectos da oferta de serviços de acesso quando se relaciona ao modo como os indivíduos vivenciam a experiência de acessibilidade.

A partir da revisão da literatura sobre acesso, vários autores apontam e buscam explicitar melhor estas definições não se limitando apenas às etapas de procura e entrada no serviço de saúde, mas envolve também a qualidade do cuidado.

Acesso é um conceito multidimensional, em que cada dimensão expressa um conjunto de características da oferta que atua aumentando ou obstruindo a capacidade dos indivíduos de utilizarem os serviços de saúde (TRAVASSOS, 2004).

Penchansky & Thomas (1981) conceituam o termo acesso como o grau de ajuste entre clientes e o sistema de saúde, uma interpretação da idéia desenvolvida por Donabedian (*apud* TRAVASSOS, 2004), que emprega o termo acessibilidade “caráter ou qualidade do que é acessível”.

Para Hortale (2000, p.232), o acesso, na dimensão social é considerado como “a categoria fundamental, independente das justificativas que possam ser dadas para a sua não-efetivação e deve funcionar no modelo como uma categoria de valor, ou seja, uma referência a ser atingida em qualquer serviço e ser o orientador de todas as políticas.”

A contribuição de Penchansky & Thomas (1981) está na ampliação do conceito de acesso a outros atributos e identificam várias dimensões que compõem o conceito de acesso:

Disponibilidade (availability): a relação entre o volume e o tipo de serviços (e recursos) existentes e o volume e tipo de necessidades dos clientes. Referem-se à adequação da oferta de médicos, dentistas e outros provedores; de estruturas como clínicas e hospitais, e de programas e serviços especializados, tais como saúde mental e cuidados de emergência.

Acessibilidade (accessibility): a relação entre a localização do serviço e a localização dos clientes, levando-se em consideração os recursos necessários ao transporte dos clientes, tempo de viagem, distância e custo. Ou seja, refere-se à existência dos recursos no lugar e no momento em que é requerido e necessário para os usuários.

Adaptabilidade (accomodation): a relação entre o modo como os recursos da oferta são organizados para admitir os clientes (o que inclui sistemas de marcação de consulta, horários de funcionamento, possibilidade de ingresso direto, serviços telefônicos), a habilidade dos clientes de se ajustarem a esses fatores e a percepção sobre a conveniência dos mesmos.

Capacidade aquisitiva (affordability): a relação entre os preços dos serviços, os planos de saúde aceitos ou os depósitos requeridos, e a renda dos clientes, sua capacidade de pagamento e se dispõem de seguro de saúde. Enfoca-se a percepção do cliente sobre a vantagem do serviço em relação ao custo total, na medida do seu conhecimento sobre preços, custo total e possibilidades de crédito.

Aceitabilidade (acceptability): a relação entre as atitudes dos clientes em face das características pessoais e técnicas dos provedores e as reais características destes, bem como as atitudes do provedor em face das características pessoais dos clientes. (Penchansky & Thomas, 1981, p.3)

Considerando que as características ou os atributos das práticas, serviços, programas do sistema de saúde contribuem para o aprofundamento do estudo avaliativo da intervenção realizada neste estudo, adotamos as dimensões da concepção de acesso empregada pelos autores descritos acima, pois buscamos uma visão mais abrangente deste conceito, não nos limitando apenas na referência de acesso geográfico.

Para tanto, neste trabalho foram utilizadas as subdimensões definidas por esses autores: acessibilidade e disponibilidade, pois permitem fazer uma relação entre a oferta de serviços e os usuários, ou seja, “os indivíduos deveriam ter acesso ao sistema no momento e no lugar necessário, através de um ponto de entrada bem definido e conhecido” (PENCHANSKY & THOMAS 1981).

3 - OBJETIVOS

3.1 - Objetivo Geral

Avaliar a implementação do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Teles Pires no Estado de Mato Grosso, em relação à melhoria do acesso no contexto da regionalização da atenção à saúde.

3.2 - Objetivos Específicos

- Descrever a conformação e organização do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires (CIS RTP) como parte no processo da regionalização;
- Caracterizar o contexto político organizacional e externo do CIS RTP;
- Identificar em que medida a implementação do CIS RTP tem facilitado a acessibilidade e disponibilidade aos serviços de saúde de média complexidade no período 2000-2008;
- Analisar a influência do contexto político organizacional e externo sobre o grau de implementação do CIS do Teles Pires.

4 – ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

4.1 - Desenho do Estudo

Este estudo consistiu em uma pesquisa avaliativa sobre a implementação do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Teles Pires. A análise de implantação apoiou-se em um estudo de caso único que permitiu compreender o fenômeno dentro de um contexto de vida real (YIN, 1994). Vale ressaltar ainda que o objeto desta pesquisa requeresse uma formatação com estas características para fornecer um conhecimento detalhado sobre a dinâmica e o funcionamento da intervenção estudada.

O período de estudo compreendeu o ano de 2000 e o de 2008, cuja escolha representou os dois momentos de transição da gestão estadual. No ano de 2000, em que o processo de regionalização sob condução do gestor estadual adquiriu força política e suporte técnico adequado no estado. Além disso, correspondeu ao momento no qual a regionalização se destacou no cenário nacional por meio da transição dos mecanismos contidos nas Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS SUS 01/01 e 01/02) para o momento de implantação do Pacto pela Saúde (2006), sugerindo captar as influências dessas normas de regulação do SUS no processo de regionalização no estado.

4.2 – Lócus da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido na microrregião do Teles Pires, localizada na região norte do Estado de Mato Grosso, a cerca de 400 quilômetros da capital (Cuiabá). A unidade de análise foi o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Teles Pires.

Recorremos ao estudo de caso deste consórcio por que: a) foi o primeiro CIS a ser constituído no estado, ou seja, maior tempo de experiência e sustentabilidade; b) tem como referência uma Unidade Estadual de Saúde; c) há disponibilidade de informações a partir de um estudo concluído no ano de 2000; d) apresenta 100% de adesão dos municípios e f) é um modelo de organização baseado na regionalização.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Teles Pires foi constituído em 1995, caracterizando-se por ter como referência um Hospital Público Estadual.

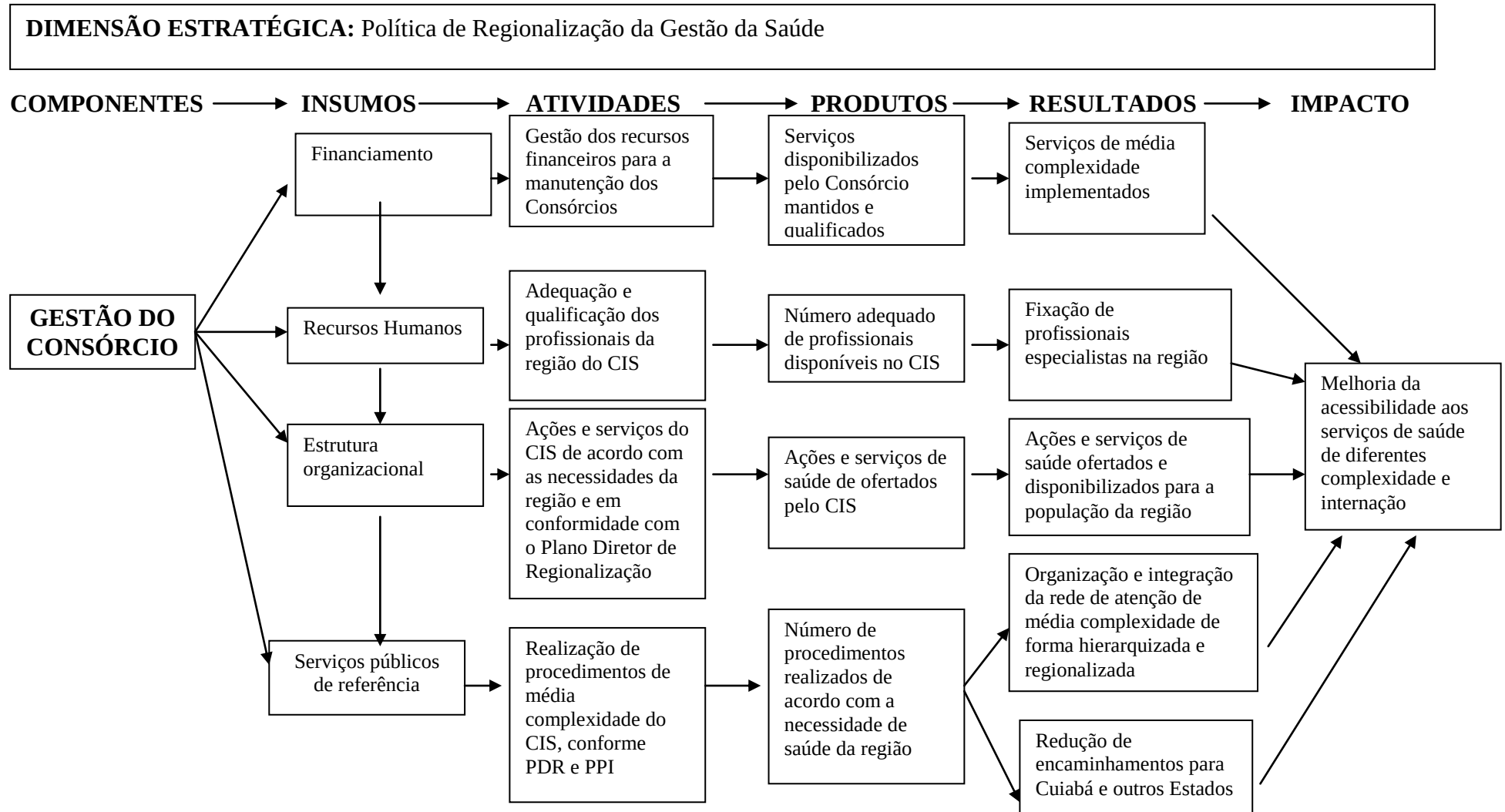
A sede do Escritório Regional de Saúde localiza-se no município de Sinop e a sede do Consórcio Intermunicipal do Teles Pires funciona em um prédio no município de Sorriso – MT. O Consórcio garante a oferta de serviços nas seguintes especialidades médicas: cardiologia, neurologia, otorrinolaringologia, traumatologia-ortopedia, anestesiologia, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, pediatria, cirurgia buco-maxilo facial, urologia, radiologia, vascular, pneumologia e clínica médica. Em relação ao apoio diagnóstico terapêutico dispõe de: endoscopia, ultrassonografia, mamografia, eletroencefalograma, eco cardiograma, tomografia e densitometria.

Todos os municípios da microrregião Teles Pires participam do CIS complementando desta forma a oferta de serviços públicos de saúde. Os municípios integrantes do CIS estão localizados em uma região de intensa produção de soja e do extrativismo de madeira, sendo eles: Cláudia, Feliz Natal, Ipiranga do Norte, Itanhangá, Lucas do Rio Verde, Nova Maringá, Nova Mutum, Nova Ubiratã, Santa Carmem, Santa Rita do Trivelato, Sinop, Sorriso, Tapurah, União do Sul e Vera. Cabe informar ainda que o município de Nova Maringá não pertence à microrregião do Teles Pires e sim à microrregião Médio Norte Matogrossense.

4.3 – Modelo Teórico de Avaliação

Para subsidiar este estudo foi desenvolvido o Modelo Lógico da Intervenção (Figura 2), onde se pode demonstrar como o programa idealmente funcionaria, devendo estar embasado em uma teoria suscetível de ser confrontada com os fatos (MEDINA *et al.*, 2005).

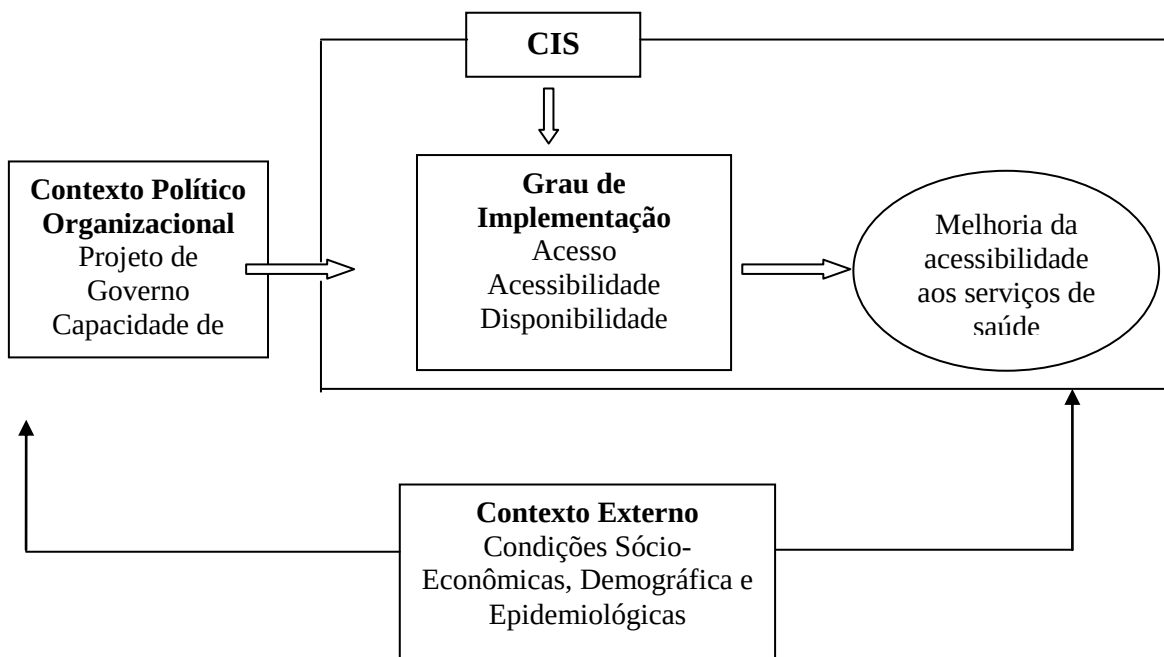
Figura 2: Modelo Lógico da Intervenção



O Modelo Teórico de Avaliação do Consórcio utilizado como referência foi adaptado do Modelo proposto por HARTZ (2005), o qual mostra que a implementação de um programa passa a sofrer as influências do contexto no qual está inserido conforme figura 3.

Como toda avaliação implica um julgamento, cujo veredicto baseia-se numa comparação entre aquilo que se deseja avaliar e uma situação ideal ou equivalente, o desenho da avaliação refere-se à forma, através da qual, essa comparação foi feita (VIEIRA DA SILVA & FORMIGLI, 1994).

Figura 3: Modelo Teórico de Avaliação do Programa



Fonte: Adaptado de Hartz, 1999

Foram utilizadas as seguintes dimensões e subdimensões, (Quadro 1):

Quadro 1: Dimensões do Modelo Teórico da Avaliação

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES
Contexto Externo	- Contexto Sócio Econômico - Contexto Demográfico - Contexto Epidemiológico
Contexto Político Organizacional	- Projeto de Governo - Capacidade de Governo - Governabilidade
Contexto Assistencial	- Instrumentos formais de Planejamento e Regionalização - Acessibilidade - Disponibilidade

Estratégias e procedimentos do estudo:

1 – Para a primeira dimensão **Contexto Externo** foram levantadas as informações referentes ao perfil sócio econômico e epidemiológico dos municípios consorciados, entendendo-se por contexto externo “os determinantes dos agravos em suas dimensões de vulnerabilidade social e individual, o perfil epidemiológico contextualizado e a dimensão sistêmica do programa em relação com outras intervenções ou recursos intersetoriais” (SANTOS *et al.*, 2005, p.76).

Para a caracterização do contexto externo da região do estudo e de outras variáveis relacionadas a ele foram levantadas informações a partir dos grandes sistemas de informações oficiais: SIM, SINAN, SIA, SIH, SIOPS, CNES, IBGE, fontes locais (Secretaria de Estado de Saúde), entre outros. Foi realizado o levantamento dos dados secundários dos 15 municípios que congregam o consórcio.

Foram definidos para a categoria de análise do contexto externo os seguintes critérios:

- a) Aspecto Físico e territorial
- b) Contexto Demográfico
- c) Contexto Sócio Econômico e Sanitário

d) Contexto Epidemiológico

Foi construído um banco de dados e realizado o cálculo da média de algumas variáveis selecionadas e análise das séries temporais do período de 2000 a 2008 dos municípios pertencentes ao CISRTP para a caracterização da região do Consórcio, ou seja, da microrregião do Teles Pires.

2 - Na segunda dimensão **Contexto Político Organizacional** com base na capacidade de gestão dos Consórcios, foram tomadas como referência as categorias relacionadas ao triângulo de Governo de Matus (1997) o qual destaca que, para garantir a governabilidade, as forças sociais necessitam de articulação dos três componentes:

a) O Projeto de Governo: referentes à direcionalidade, aos objetivos de governo. Nesta subdimensão os critérios analisados foram: plano de governo, prioridades do financiamento para saúde e iniciativas intersetoriais, entendidos aqui como a lógica organizacional do Consórcio, ou seja, a sua disposição hierárquica, as características da autoridade decisória, o sistema de incentivo financeiro, a alocação dos recursos financeiros, a articulação entre os gestores municipais com vistas à adesão ao consórcio.

b) A Capacidade de Governo: que compreende o conhecimento institucional acumulado, o conjunto de saberes e técnicas disponíveis para operar o projeto de governo e a política setorial. Nesta subdimensão os critérios analisados foram: perfil de direção, o grau de conhecimento sobre os objetivos deste programa, mecanismos institucionais de execução e gestão do trabalho (recursos humanos, política salarial).

c) A Governabilidade descreve os fundamentos políticos e financeiros para efetivação das políticas, que são os recursos e a margem de manobra política, ou seja, reúne dispositivos de poder (político, econômico) capazes de desencadear as decisões e os respectivos movimentos necessários para que os objetivos e as metas sejam alcançados. Nesta subdimensão os critérios analisados foram: base de apoio político, relacionamento entre os gestores para definição de políticas, autonomia financeira, conhecimento sobre as normas e regras de transferência e prestação de contas.

3 - Para a terceira dimensão **Contexto Assistencial** foram definidas as seguintes subdimensões: gestão e organização do Consórcio, disponibilidade e acessibilidade. Sob este aspecto buscou-se analisar como a gestão pode influenciar as práticas setoriais da atenção. Nesta subdimensão foram consideradas as características relacionadas ao processo de planejamento e regionalização do consórcio em que foram verificadas as

práticas de planejamento, a utilização dos instrumentos de gestão e como o consórcio está inserido no planejamento regional.

Para caracterizar as subdimensões relacionadas à disponibilidade e acessibilidade foram tomados os seguintes critérios: existência de sistema de marcação de consultas, sistemas de referência, proporção da população adscrita na rede básica, melhoria da acessibilidade geográfica e cobertura assistencial.

Este conjunto de variáveis das dimensões do contexto político organizacional e do contexto assistencial serviu de base para elaborar os roteiros das entrevistas semi-estruturadas, e para sistematizar a análise documental. Estes dados foram obtidos com a aplicação de entrevistas semi-estruturadas com roteiros compostos por questões fechadas e abertas (Apêndice A).

As entrevistas foram realizadas com os informantes-chave, conforme a estrutura decisória do consórcio, os quais foram definidos em função da importância, do grau de conhecimento para o fornecimento da maior diversidade de informações estratégicas a respeito do tema em estudo. Foram entrevistados: Gestor Estadual de Saúde atual, Gestor Estadual de Saúde do ano de 2000, Secretário Executivo do CIS Teles Pires, Diretor Geral do Hospital Regional, presidente do Conselho Diretor, presidente do Conselho Técnico e representante do Conselho Fiscal do CIS RTP.

É importante salientar que a escolha dos atores entrevistados deveu-se em função de posição, representatividade e grau de conhecimento do ator para o fornecimento das informações estratégicas relacionadas ao tema da pesquisa

O instrumento utilizado para as entrevistas foi um roteiro que constava de 35 questões semi estruturadas, ou seja, aquelas em que o informante fala livremente sobre o tema proposto, porém limitado por um roteiro de questões a serem pontuadas no momento da entrevistas. A escolha da utilização deste tipo de perguntas abertas deu-se pelo fato de buscar a opinião dos indivíduos sobre o tema abordado, como um produto qualitativo. Os pontos abordados no roteiro apresentavam-se divididos em quatro subdimensões: Projeto de Governo, Capacidade de Governo, Governabilidade e implementação, que foram elaborados para atender e responder a matriz de análise e julgamento proposta.

As entrevistas foram previamente agendadas com a secretaria executiva do Consórcio, de acordo com a disponibilidade de cada entrevistado, sendo conduzidas

pela autora, no município sede do CIS, Sorriso, no município de Nova Ubatã no mês de novembro de 2009 e em Cuiabá nos meses de maio e junho de 2010. No início de cada entrevista foi feita uma introdução onde foram explicitados os procedimentos gerais tais como: objetivos da pesquisa, duração da entrevista, a finalidade da gravação, a garantia do sigilo das informações, do anonimato dos entrevistados e da guarda do material. Sendo assim, realizadas a partir da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido dos entrevistados.

Os depoimentos foram registrados utilizando-se como recurso em aparelho digital MP4, mediante a permissão dada pelo sujeito da pesquisa.

Os dados secundários foram levantados a partir da pesquisa documental, considerando o horizonte temporal do estudo (2000 – 2008). Procedeu-se a análise dos seguintes documentos:

a) Documentos oficiais tais como: Processo dos Convênios entre o estado e o Consórcio, Relatório de Prestação de Contas do Tribunal de Contas do Estado, exercício de 2008, Parecer das Contas Anuais de Gestão – Exercício 2008 do Ministério Público e do Tribunal de Contas do Estado

b) Documentos de Gestão do CIS: Demonstrativo de produção de serviços do CISTP, Demonstrativos financeiros do CISTP, Balanço Anual do CISTP de Prestação de Contas, Estatuto do Consórcio, Lotacionograma, Atas das reuniões do Conselho, Demonstrativo de repasses dos municípios ao CISTP.

4.4 – Análise e Processamento dos Dados

A matriz de análise e julgamento empregada neste estudo foi elaborada a partir de uma adaptação que teve, como referência a metodologia proposta por Vieira da Silva *et al.* (2007), em que se construiu uma imagem-objetivo da descentralização da saúde no Brasil. Fizeram parte desta matriz as dimensões e subdimensões propostas no estudo; para possibilitar o julgamento da intervenção foram definidas na matriz os indicadores/critérios com seus respectivos padrões e pesos atribuídos para cada um dos itens das dimensões (ANEXO E). O contexto externo não integrou esta matriz.

Para a classificação do grau de implementação da intervenção foi estabelecida uma pontuação para a matriz de análise e julgamento. Foram atribuídos 100 pontos para a dimensão do contexto político institucional e 100 pontos para a dimensão do contexto assistencial, totalizando 200 pontos. Estes pontos foram distribuídos, segundo as subdimensões: projeto de governo, capacidade de governo, governabilidade, gestão e regionalização, disponibilidade e acessibilidade.

A valoração dos pontos foi atribuída conforme a sua relevância dentro do contexto do estudo e foi uma adaptação da matriz construída em uma conferência de consenso para a pesquisa “Avaliação da Descentralização da Atenção à Saúde na Bahia” (SOUZA *et al*, 2005). Estes pontos ainda foram redistribuídos pela categoria de análise que somadas forneceram a pontuação máxima esperada. As informações obtidas a partir das questões estruturadas das entrevistas, documentos e dados dos sistemas de informações foram analisadas e pontuadas. A pontuação obtida, ou seja, a observada foi comparada com ao total de pontos esperados máximos. A classificação de cada dimensão foi conseguida pela diferença de percentual entre a pontuação máxima e aquela observada.

O sistema de escores adotado neste caso para classificar o grau de implementação foi uma adaptação do estudo do desenvolvido por Vieira da Silva *et al* (1999). Partindo-se desta análise, para cada dimensão e subdimensão, foi realizada a classificação do grau de implementação como **incipiente, intermediário e avançado** a partir da “imagem- objeto proposta” (VIEIRA DA SILVA *et al*. 1999). Entende-se por imagem objetivo como “uma situação futura que se deseja construir partindo da identificação de uma situação presente insatisfatória possível de ser modificada” (OPS; CPPS, 1975, *apud* TEIXEIRA p. 35, 2010).

Os pontos de corte para a classificação das dimensões foram:

- *Incipiente*: ≥ 0 e $\leq 33,3\%$
- *Intermediário*: $> 33,3\%$ e $\leq 66,6\%$
- *Avançado*: $> 66,6\%$

O grau de implementação alcançado foi dado a partir do escore final obtido:

$$\text{Escore final} = \frac{\text{Pontuação Obtida}}{\text{Pontuação Máxima}} \times 100$$

Onde:

Pontuação Obtida = $\sum$ da pontuação obtida de cada dimensão

Pontuação Máxima = $\sum$ Somatória da pontuação máxima de cada dimensão

4.5 – Análise das entrevistas

As questões abertas das entrevistas foram analisadas pelo método do discurso do sujeito coletivo (DSC) construído a partir da utilização de algumas figuras metodológicas (expressões-chave, idéias-centrais), e que culmina em um discurso-síntese, com conteúdos de sentido semelhante (LEFEVRE & LEFEVRE, 2000). Segundo os autores, dos depoimentos abordados são elaborados uma síntese com o mesmo sentido reunindo-se assim em um só discurso, como se fosse um só indivíduo. Sendo assim, para Lefèvre & Lefèvre (2005 pag. 25), o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) consiste numa forma não matemática, nem metalingüística de representar (e de produzir) de modo rigoroso, o pensamento de uma coletividade, o que se faz mediante uma série de operações sobre os depoimentos, que culmina em discursos-síntese que reúnem respostas de diferentes indivíduos, como discursos de sentido semelhante.

A escolha desta estratégia deveu-se ao fato de se poder trabalhar na perspectiva do saber, da intencionalidade e do que pensamento dos sujeitos da pesquisa, fundamentando-se no seu conhecimento e sua opinião sobre o assunto, na forma fiel e subjetiva.

Sendo assim, o Discurso do Sujeito Coletivo representa a compreensão acerca do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires pelos atores chave que ocupam ou ocupavam posições importantes no Consórcio e na Secretaria de Estado.

Etapas da análise de discursos

1ª Etapa:

As entrevistas foram transcritas e digitadas integralmente pela própria pesquisadora, contribuindo com a familiaridade das “falas”. Para a organização do

material foi elaborado um quadro síntese, o Instrumento de Análise de Discurso (IAD) em que os sujeitos foram identificados pela letra E, e numeradas conforme a ordenação das entrevistas. Os depoimentos foram analisados pelo método do DSC que pressupõe a identificação das expressões-chave e das idéias centrais para a produção dos discursos-sínteses, ou seja, dos discursos do sujeito coletivo:

- **Expressões chave:** As expressões chave (ECH) são pedaços, trechos do discurso, que revelam a essência do conteúdo do discurso ou a teoria subjacente e devem ser destacados pelo pesquisador.

- **Idéias Centrais:** A Idéia Central (IC) é um nome ou expressão lingüística que revela, descreve e nomeia, da maneira mais sintética e precisa possível, o(s) sentido (s) presentes em cada uma das respostas analisadas e de cada conjunto homogêneo de expressões chave

Discurso do sujeito coletivo (DSC): reunião das expressões-chave presentes nos depoimentos, que contêm idéias centrais, ou ancoragens, de sentido semelhante ou complementar, constituindo a principal figura metodológica que procura tornar mais clara uma forma de pensar sobre um fato, uma norma ou conduta humana.

2ª Etapa:

Nessa etapa foram efetuadas diversas leituras de cada resposta dada pelo entrevistado, isoladamente. Em decorrência do grande número de questões, as entrevistas ficaram extensas, apresentando muitos dados, sendo selecionadas para esta análise 16 questões. Optou-se por esquematizar o Instrumento de Análise de Discurso dentro das dimensões orientadas na matriz de julgamento. As respostas dos entrevistados foram identificadas e delas extraídas as expressões chave, que foram representadas em itálico e de forma sublinhada. A ação a seguir consistiu em identificar as idéias centrais, a partir das expressões chave de cada depoimento, sendo que estas idéias foram posteriormente agrupadas, como forma de categorização, em que apresentavam a mesma conotação, facilitando assim o processo de construção do DSC.

3ª Etapa:

A partir de cada idéia central deu-se a construção do Discurso do Sujeito Coletivo, ou seja, foram agregadas cada uma das partes do depoimento, compondo uma forma discursiva e coesa que representasse a coletividade.

4.6 - Aspectos Éticos

Em cumprimento com a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido à apreciação da Comissão de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ – RJ, sendo aprovado em 14/09/2009 a partir do Parecer nº 142/09 CAAE: 0154.0.031.000-09.

Para o desenvolvimento deste trabalho foi solicitada a autorização para a realização do estudo junto ao gestor estadual e para a Secretaria Executiva do Consórcio e foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Num primeiro bloco será apresentado um breve panorama da situação dos Consórcios em Mato Grosso, e os resultados da análise das três dimensões abordadas: contexto externo, contexto político organizacional e de contexto assistencial que influenciaram o grau de implementação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires (CISRTP), objeto deste estudo.

Na segunda parte deste item, será apresentada a análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) com o objetivo de compreender esta abordagem de contextos através do pensamento coletivo dos sujeitos e como forma de obter o cruzamento da análise quantitativa e qualitativa, com o intuito de melhor compreender o objeto da pesquisa pela possibilidade de registrar os diversos pontos de vista sobre a intervenção estudada.

5.1 - Os Consórcios de Saúde em Mato Grosso

O Estado de Mato Grosso possui grande extensão territorial, população de 2.854.642 habitantes (IBGE, 2007), densidade demográfica de 3,1 hab./km² com 141 municípios, a maioria deles (82%) apresentando população abaixo de 20 mil habitantes. A extensão territorial, a dispersão populacional, o predomínio de municípios pouco estruturados com baixo grau de desenvolvimento de atividades e serviços urbanos constituem fatores que dificultam a interiorização de serviços especializados assim como a manutenção de recursos humanos qualificados que garantam um atendimento integral à saúde da comunidade.

Outro aspecto a ser considerado é a concentração de serviços especializados na capital, o que representa maiores gastos e dificuldade de acesso às populações do interior do estado em decorrência das barreiras geográficas.

Os Consórcios constituem sistemas abrangentes nas microrregiões e a partir de parcerias estabelecidas, entre os governos municipais, os municípios pactuam regras de financiamento de serviço e de acesso ampliando, assim, a oferta de especialistas médicos e de serviços de maior densidade tecnológica.

Em Mato Grosso, a descentralização da atenção e da gestão dos recursos e das ações e serviços em saúde deu-se nos meados do ano de 1995, em cumprimento ao Plano Estratégico do Governo, que orientava a gestão a partir da diretriz “Regionalização, Descentralização e Novos modelos assistenciais” (MÜLLER NETO & LOTUFO, 2002). Esta ação ocorreu a partir do processo de articulação e cooperação técnica com os municípios, sendo o estado o responsável por esta condução.

A cooperação teve início com a estruturação dos municípios do ponto de vista gerencial, ou seja, na estruturação dos conselhos municipais de saúde e fundo municipal de saúde para, assim, prepará-los à habilitação nas formas de gestão da NOB/96. Concomitantemente a SES também passou a se organizar para a condução deste processo, no espaço regional. Várias iniciativas decorreram neste período tais como: fortalecimento dos Escritórios Regionais de Saúde, unidades administrativas desconcentradas responsáveis pela condução da política estadual de saúde nas regiões; a implantação das Comissões Intergestores Bipartite Regionais, espaço necessário para a negociação e pactuação com os municípios; a implantação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, estratégia para a interiorização dos serviços de saúde e o incentivo financeiro para a Atenção Básica com o objetivo da implantação de Equipes da Saúde da Família.

Cabe aqui ressaltar que o processo de regionalização no estado, antecedeu as Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS), o que veio a reforçar ainda a descentralização dos serviços especializados tais como: hemorrede, reabilitação, saúde mental e os centros especializados para o tratamento da AIDS.

A Secretaria Estadual de Saúde (SES/MT) adotou a partir do ano de 1995, como uma das abordagens de descentralização, a via da regionalização, constituindo atualmente 16 Escritórios Regionais de Saúde, com a finalidade de descentralizar as ações e oferecer cooperação técnica aos municípios de sua abrangência e o seu Plano Diretor de Regionalização da Assistência foi constituído de cinco macrorregiões de saúde e 14 microrregiões de saúde. A SES/MT adotou, também em 1995, incentivo para a formação de Consórcios Intermunicipais de Saúde como um componente da política de governo do estado, empreendida pela gestão estadual, como integrante da proposta de organização regional do sistema de atenção à saúde (MOTA, 2002).

Segundo GUIMARÃES (2001, p. 134),

A vinculação da regionalização com o consórcio de saúde ocorreu porque a SES concluiu que tal instrumento seria potencialmente valioso para fortalecer a construção de parcerias e promover a cooperação intergovernamental para a solução dos problemas de uma região.

No ano de 1995, foi iniciado um amplo processo de discussão, objetivando esclarecer e sensibilizar a negociação junto a grupos de municípios, a respeito do significado dos Consórcios. Para a sua constituição a Secretaria Estadual de Saúde desencadeou um processo de sensibilização junto aos municípios, partindo do seguinte roteiro:

- Ampla discussão a respeito das finalidades do Consórcio, com os municípios potencialmente interessados;
- Definição da programação de especialidades médicas e serviços de apoio diagnóstico que atenda a necessidades de assistência dos municípios;
- Escolha da Unidade Ambulatorial e Hospitalar de Referência;
- Aprovação da Lei Autorizativa Municipal da Câmara de Vereadores de cada município;
- Criação do Consórcio, com aprovação dos instrumentos e procedimentos jurídicos que estabelecem as diretrizes, os direitos e deveres dos municípios consorciados;
- Assinatura do termo de Convênio com a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, onde se estabelece sua participação financeira no custeio das atividades do consórcio (MOTA, 2002, p. 95 e 96).

Segundo MOTA (2005) os CIS em Mato Grosso assumiram variadas formas de organização e de gestão dos serviços de saúde, de forma a atender às diferentes realidades e necessidades da população de suas microrregiões.

O CIS/MT foi proposto como instrumento de formalização dos pactos de cooperação, para o provimento de serviços de apoio diagnóstico e de especialidades médicas de referência para a atenção básica, implantada em cada município.

Os objetivos apresentados para o consórcio foram de caráter *administrativo*, substituição de responsabilidades tradicionalmente concentradas no Estado; *político*, reforço do papel dos municípios na gestão setorial; financeiro, otimização e ordenamento da utilização dos recursos disponíveis; *organizativo*, oferta da assistência especializada e *estratégica*, conjugação da cooperação e da assistência técnica (GUIMARÃES, 2002, p.103)

O funcionamento e a organização dos CIS no estado, quanto à natureza da unidade de referência, são definidos a partir dos cinco modelos descritos a seguir:

- 1º Modelo: O Hospital de Referência é o hospital público que pertence à SES-MT/ (Hospital Regional). Neste modelo, a SES-MT assegura o custeio do hospital (salários, medicamentos, alimentação, manutenção, reforma e ampliação, etc.), enquanto o CIS assume a complementação dos salários de médicos, garantindo um nível salarial que permita a interiorização de especialidades e serviços antes inexistentes em unidades públicas, no interior do Estado. Nestes CIS, a SES-MT garante também um incentivo aos servidores, através da participação na produção.
- 2º Modelo: tem como referência o hospital público municipal o município sede que mantém a unidade hospitalar. O custo com salários de médicos e serviços ofertados é rateado entre os municípios e a SES-MT na relação de dois para um, respectivamente.
- 3º Modelo: o hospital de referência é uma unidade publicizada cujo controle o município recebeu através de um arrendamento ou de uma entidade, municipalizando-a e dividindo a gestão da mesma com o CIS. As unidades hospitalares são mantidas pelos municípios e o custo com médicos especialistas é rateado da mesma forma que no modelo anterior.
- 4º Modelo: uma unidade da SES-MT é referência para urgência, emergência, internação e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) e o CIS compra o atendimento ambulatorial e parte do apoio diagnóstico especializado na rede privada. Nestes, semelhantemente ao primeiro modelo, a SES-MT mantém as unidades hospitalares, garante incentivo salarial para os servidores através de participação na produção e os municípios complementam salários de médicos especialistas e compram atendimento ambulatorial e parte do apoio diagnóstico na rede privada.
- 5º Modelo: o CIS compra quase a totalidade da necessidade do atendimento na rede privada, negociando pacotes que incluem: consultas, internação, cirurgia e SADT. Uma parcela menor do atendimento é realizada por uma unidade de um dos municípios consorciados. Este modelo surgiu em decorrência de que na região consorciada não havia hospitais públicos em condições de oferecer atendimento nas especialidades necessitadas pelos municípios. (MOTA, 2005, p. 4 – 5)

Atualmente no Estado de Mato Grosso existem 15 Consórcios que atendem 125 municípios (80,1%), cobrindo 65,2% da população mato-grossense. Em relação à modalidade jurídica, conforme a Lei 11.107/2005 apresenta as seguintes características: 01 de direito privado e não adequado a Lei (CIS Alto Tapajós); 14 adequados a Lei sendo 03 de direito privado e 11 de direito público (Tabela 1).

Tabela 1: Consórcios Intermunicipais de Saúde do Estado de Mato Grosso, por município sede e ano de constituição – Mato Grosso - 2009

CONSÓRCIOS	MUNICÍPIO SEDE	ANO DE CONSTITUIÇÃO	NATUREZA DA UNIDADE
Teles Pires	Sorriso	1995	Estadual
Alto Tapajós	Alta Floresta	1997	Municipal
Baixo Araguaia	Confresa	1997	Municipal
Médio Araguaia	Água Boa	1998	Estadual
Oeste De Mato Grosso	Cáceres	1998	Estadual
Sul De Mato Grosso	Rondonópolis	1998	Estadual
Médio Norte	Tangará Da Serra	1998	Privada
Norte De Mato Grosso	Colíder	1999	Estadual
Vale Do Peixoto	Peixoto De Azevedo	1999	Municipal
Garças Araguaia	Barra Do Garças	2000	Municipal
Araguaia	São Félix Do Araguaia	2002	Municipal
Vale Do Juruena	Juína	2002	Municipal
Vale Do Arinos	Juara	2004	Municipal
Vale Do Guaporé	Pontes E Lacerda	2006	Estadual
Centro Norte	Diamantino	2006	Unidade Filantrópica

Fonte: COCASS/SAS/SES/MT

Figura 4: Mapa dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Mato Grosso - 2009



Fonte: COORE/SAS/SES/MT

A Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso criou incentivo financeiro aos municípios participantes dos Consórcios pela regulamentação da Portaria nº. 074/2002 (SES, 2002) em que promove o Programa de Apoio ao Desenvolvimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (PACIS) aos municípios consorciados no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Os recursos do PACIS eram repassados a partir da pactuação de um per capita mensal, variável de acordo com a complexidade dos exames necessários aos usuários encaminhados para o hospital de referência do consórcio.

O Governo do Estado de Mato Grosso aprovou duas leis estaduais que regulamentam o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Uma é a Lei nº 8.189 (MT, 2004a), que dispõe sobre o funcionamento em regime de co-gestão de Hospitais Municipais, que são referência de Consórcio. A outra é a Lei nº. 8.190 (MT, 2004b), que instituiu normas gerais de parceria entre o estado e os Consórcios Intermunicipais de Saúde.

O custeio das ações dos Consórcios também conta com a celebração de convênio entre o estado e os municípios consorciados em que cada instância repassa recursos diretamente ao CIS. Todos os CIS eram conveniados com a Secretaria de Estado, onde eram pactuados os direitos e deveres de cada uma das partes, valores a serem repassados pela concedente e da prestação de contas.

Os municípios participantes de cada Consórcio após assinatura do Termo de Compromisso de Adesão pactuam um per capita mensal, variável de acordo com a quantidade e a complexidade dos exames necessários dos usuários encaminhados para o hospital de referência do consórcio.

No ano de 2008 passou a vigorar a Portaria nº. 087(SES, 2008) que instituiu o Programa de Apoio ao Desenvolvimento e Implementação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (PAICI), que visa o repasse de incentivo aos municípios consorciados, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Com isto a SES/MT repassa aos 11 consórcios o valor correspondente a 50% da cota de participação mensal financeira de cada município, na modalidade fundo a fundo regulamentada pelo Decreto Estadual nº 1.455 de 17/07/2008 que dispõe sobre o Sistema de Transferência Voluntária de Recursos Financeiros do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde. Os quatro consórcios que apresentam como referências os hospitais regionais ainda se mantêm o repasse através da celebração de convênio, sendo eles:

1. **CIS Norte Matogrossense:** 55% da produção mensal global do SIA e SIH; contrapartida da SES de 100% da cota de participação dos municípios; custeio operacional do Hospital Regional de Colíder e incentivo a promoção da saúde indígena.
2. **CIS do Teles Pires:** 55% da produção mensal global do SIA e SIH; repasse de 50% da cota de participação dos municípios; custeio operacional do Hospital Regional de Sorriso e incentivo a Casa de Apoio Santa Maria.
3. **CIS Oeste Mato-grossense:** 70 % da produção mensal global do SIA e SIH; repasse de 60% da cota de participação dos municípios; custeio operacional do Hospital Regional de Cáceres; repasse de interiorização e incentivo a Casa de Apoio de Cáceres “O Bom Samaritano”.

4. **CIS Sul Mato-grossense:** 30,25% da produção mensal global do SIA e SIH; repasse de 60% da cota de participação dos municípios e custeio operacional do Hospital Regional de Rondonópolis.

No ano de 2008 a SES/MT repassou aos CIS aproximadamente R\$ 28 milhões através de convênios e R\$ 1 milhão pelo Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde (PACIS). O valor recebido pelo CIS do Teles Pires foi de R\$ 2,4 milhões de repasse da fonte estadual de recursos representando 8,6% do montante total dos recursos repassados. Os recursos do CISTP são também provenientes do recurso federal, através da produção assistencial, decorrente do cadastro do Hospital Regional de Sorriso no SUS, sendo o montante no ano de 2008 de R\$ 1,9 milhões (MATO GROSSO, 2009).

Os principais problemas relacionados à operacionalização dos consórcios apontados em um relatório do Departamento de Auditoria do SUS - DENASUS no ano de 2008 referem-se a: atraso no depósito da contrapartida pelos municípios consorciados; inadimplência por parte dos consorciados em relação à pactuação; rotatividade de profissionais contratados e dificuldade na contratação de alguns especialistas; insatisfação quanto ao percentual do repasse da produtividade dos funcionários no Hospital Regional; demanda reprimida nos atendimentos de determinadas especialidades médicas; não cumprimento e/ou interpretação vigente em relação à legislação pertinente.

Apesar desses impasses apresentarem características bastante complexas, considerando a gestão do Consórcio e o envolvimento com o serviço público, e ainda não terem sido equacionados adequadamente, a experiência dos Consórcios em Mato Grosso mostra resultados positivos na organização do espaço regional do sistema dos serviços de saúde do estado.

5.2 – Estudo de Caso – Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires (CIS RTP)

Nesta etapa do trabalho, apresentamos os resultados do estudo de caso do CIS RTP. Como este trabalho compreende uma análise do grau de implementação, os resultados foram sistematizados conforme o Modelo Lógico da Avaliação e da Matriz de Análise e Julgamento, a partir análise das seguintes dimensões: Contexto Externo, Contexto Político Organizacional e Implementação.

5.2.1 - Contexto Externo

A descrição do contexto externo constituiu-se na caracterização do perfil demográfico, sócio econômico e sanitário e epidemiológico, em que se buscou compreender a influência do contexto externo sobre o processo de implementação do CIS RTP em um dado momento, ou seja, no período compreendido de 2000 e 2008.

5.2.1.1 - Aspecto Físico e Territorial

O Consórcio do Teles Pires localiza-se na região Norte do estado, na microrregião do Teles Pires. Sua área territorial é de 92.902,02 km². Possui 302.936 habitantes e está a uma altitude de 382 metros acima do nível do mar, conforme o Quadro 2.

A agropecuária e a indústria madeireira são as principais atividades econômicas da região que concentra o principal pólo madeireiro do estado. O dinamismo da moderna agropecuária, principalmente a produção de grãos, manifesta-se fortemente nesta região, destacando-se o município de Sorriso, que ocupa o terceiro lugar em relação à economia do estado. Já Sinop destaca-se pela atividade industrial, sendo um pólo da indústria madeireira do estado.

Figura 5: Mapa dos Municípios do Consórcio Intermunicipal da Região do Teles Pires – Mato Grosso - 2008



Quadro 2 – Aspectos Físicos e Territoriais da Região do Consórcio Intermunicipal do Teles Pires – Mato Grosso - 2008

Aspectos	Indicadores
Localização Geográfica	Macrorregião Norte Matogrossense, Microrregião do Teles Pires
Municípios	Cláudia, Feliz Natal, Itanhangá, Ipiranga do Norte, Lucas do Rio Verde, Nova Maringá, Nova Mutum, Nova Ubitatã, Santa Carmem, Santa Rita do Trivelato, Sinop, Sorriso, Tapurah, União do Sul e Vera
Área Geográfica em Km2	92.902,02 Km2
Densidade demográfica (hab/km2)	3,26
Hidrografia	Grande Bacia Amazônica
Clima	Equatorial quente e úmido
Temperatura	Temperatura média de 24°C com a maior máxima de 40°C e a menor mínima de 4°C
Principais atividades econômicas	Agricultura, pecuária e comércio

Fontes: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE
Secretaria de Planejamento do Estado do Mato Grosso – SEPLAN

5.2.1.2 – Contexto Demográfico

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires contemplava, no ano de 2000, uma população de 199.603 habitantes e, segundo dados do Censo Populacional do IBGE, no ano de 2008 a estimativa populacional era de 302.936 habitantes, o que representa uma taxa de crescimento populacional de 5,35 na região neste período, enquanto o estado de Mato Grosso apresentou um crescimento populacional de 2,1%. Os municípios que apresentaram maiores taxas de crescimento neste período foram: Lucas do Rio Verde, Sorriso e Feliz Natal. Já Tapurah e União do Sul apresentam decréscimo no crescimento populacional (Tabela 2).

A região apresenta uma densidade demográfica de 3,26 hab./km², valores próximos ao do estado. É formada por 15 municípios, 12 deles com menos de 20 mil habitantes e com uma população coberta pelo CISTP de 302.936 habitantes representando 10,24% da população residente em Mato Grosso no ano de 2008, que comparado com o ano de 2000, a população coberta foi de 195.304 habitantes, 7,97% da população mato-grossense. Esta variação demonstra um incremento de 28,5% na população coberta pelo CISTP.

A distância média dos municípios consorciados do município de Sorriso, sede do Consórcio é de 112 km, sendo o mais próximo da sede, Lucas do Rio Verde e o mais distante o município de União do Sul 250 km (com 130 km de estradas não pavimentadas). Já a distância em relação da capital Cuiabá é de aproximadamente 473 km, sendo o município mais próximo Nova Mutum (230 km) e o mais distante União do Sul (Tabela 2).

A malha viária para o acesso, tanto à Sorriso quanto para Cuiabá é pavimentada, com exceção de Cláudia, União do Sul, Santa Rita do Trivelato, Tapurah e Intanhangá que apresentam alguns trechos não pavimentados. No ano 2000, este acesso era predominantemente por estradas não pavimentadas, somente três municípios, tinham estradas pavimentadas. O investimento em estradas favoreceu o acesso dos munícipes ao atendimento da referência regional Sorriso e Sinop. Anteriormente as estradas constituíam barreira geográfica que dificultava a utilização dos serviços de saúde pelo usuário.

Tabela 2 - Aspectos demográficos dos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires. Mato Grosso, 2000 e 2008

Municípios	População		Taxa Anual de Cresc. (2000 -2008)	Densidade Demo gráfica	Distancia	
	2000	2008			Cuiabá (Km)	Sorriso (Km)
Cláudia	10.249	11032	0,92	2,89	620	160
Feliz Natal	6.769	10769	5,97	0,94	520	133
Ipiranga do Norte	-	4376	-	1,27	490	66
Itanhangá	-	4911	-	1,69	471	121
Lucas do Rio Verde	19.316	32255	6,91	8,81	400	60
Nova Mutum	3.950	24.368	4,92	2,61	270	152
Nova Maringá	14.818	5803	7,10	0,50	431	-
Nova Ubiratã	5.654	8125	4,63	0,64	510	79
Santa Carmem	3.599	4486	2,79	0,67	500	110
Santa Rita do Trivelato	-	2615	-	0,56	350	180
Sinop	74.831	110513	4,99	27,88	504	80
Sorriso	35.605	57799	6,24	6,18	430	-
Tapurah	11.561	11020	-0,59	2,45	430	112
União do Sul	4.196	4106	-0,27	0,89	680	250
Vera	9.055	9468	0,55	3,21	490	63
Região Teles Pires	199.603	302.936	5,35	3,26	473	112
Mato Grosso	2504353	2957732	2,10	3,27	-	-

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE
Secretaria de Planejamento do Estado do Mato Grosso – SEPLAN
Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso – SES

Em relação distribuição da população dos municípios do consórcio (Quadro 3), a três municípios apresentam populações maiores de 20 mil habitantes (20%) e os demais municípios apresentam populações abaixo de 20 mil indicando o predomínio de pequenas concentrações populacionais, ou seja, esta região caracteriza-se por municípios com grande extensão territorial e populações pequenas e dispersas.

Quadro 3 - Distribuição dos municípios do Consórcio Intermunicipal do Teles Pires por faixa populacional. Mato Grosso, 2008

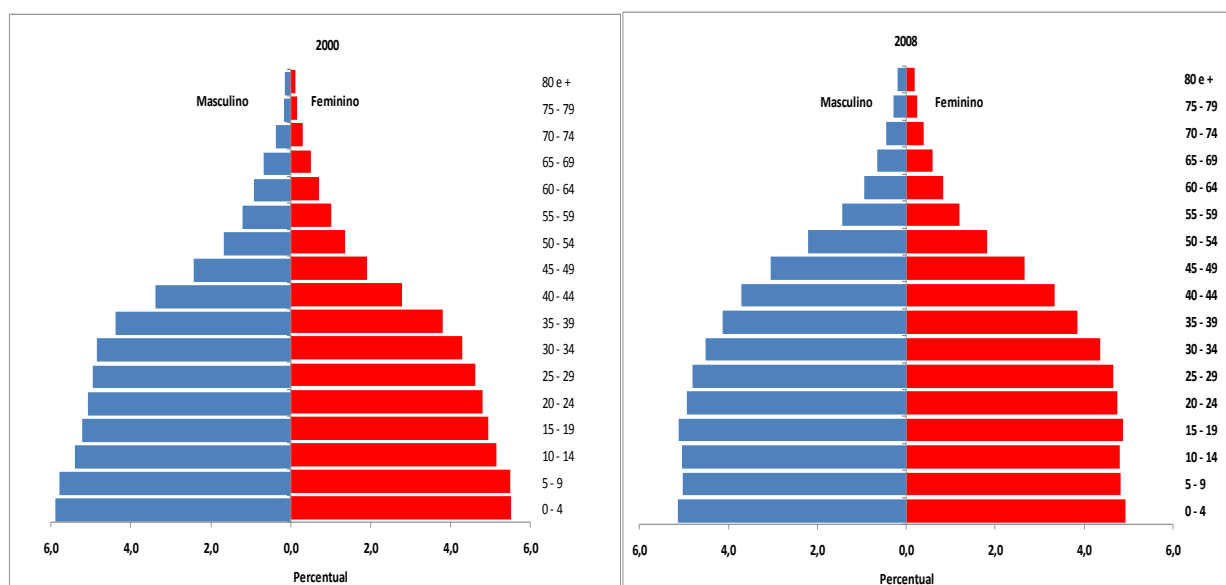
POPULAÇÃO	MUNICÍPIOS	
	Nº	%
Pop. < 10.000 hab.	8	53,3
Pop. 10.000-19.999 hab.	4	26,7
Pop. >= 20.000 hab.	3	20

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE

Em relação à distribuição da populacional dos municípios do consórcio no ano de 2000 apresentava-se: 52,6% de homens e 47,4% de mulheres. Cerca de 23,0% da população possuía entre zero e nove anos, outros 20,7% estavam na faixa etária entre 10 e 19 anos, 37,2% da população situava-se na faixa de idade entre 20 e 39 anos e os habitantes da terceira idade (acima de 60 anos) representavam 3,5% da população, segundo dados do Censo Populacional do IBGE do ano de 2000. O que demonstra um maior percentual de população jovem. A idade mediana da população dos municípios do CISRTP ano de 2000 era de 23,1 anos de idade, já no ano de 2008 passou para 24,9 anos de idade.

No ano de 2008, a distribuição populacional dos municípios consorciados, representada pela pirâmide etária (Figura 6), permite verificar que 20,4% da população estão na faixa etária entre 0 e 9 anos, 20,1% na faixa etária de 10 a 19 anos, 36,3% entre 20 a 39 anos, 19,0% de 40 a 59 anos, e a população de ≥ 60 anos, 4,2%. Comparado este panorama ao do ano 2000, observa-se que ainda existe expressiva concentração da população na faixa de idade jovem, característica de regiões em desenvolvimento.

Figura 6: Pirâmide Populacional dos municípios da região do Consórcio da Região do Teles Pires – 2000 e 2008

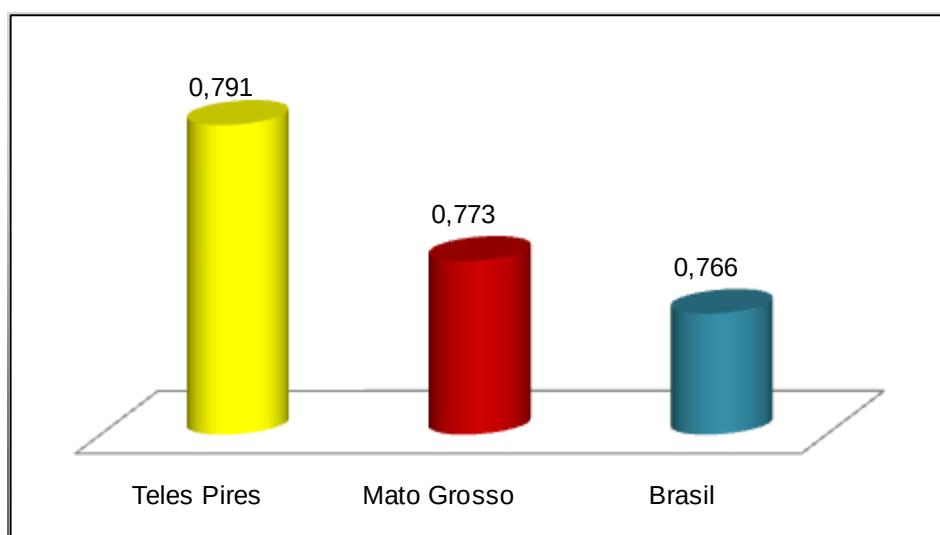


Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE

5.2.1.3 – Contexto Sócio Econômico e Sanitário

O Índice de Desenvolvimento Humano que os municípios integrantes do consórcio possuíam no ano de 2000, segundo a classificação da ONU, considerado médio (Figura 7). O IDH do Consórcio do Teles Pires (0,791) é superior ao do Estado de Mato Grosso (0,773) e ao do Brasil (0,766). Dentre os componentes do IDH, os que apresentaram valores maiores foram os da educação e longevidade. O município de Sorriso apresenta o mais alto índice de desenvolvimento humano de Mato Grosso estimado em 0,824, já o município de Nova Maringá, pertencente à microrregião de Diamantino, apresenta o mais baixo índice entre os municípios consorciados (0,740).

Figura 7- Índice de Desenvolvimento Humano da Região do Teles Pires, Mato Grosso e Brasil, 2000



Fonte: Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

Em 2000 a região do consórcio do Teles Pires contava com 46,52% da população abastecida com água encanada, enquanto que a média no mesmo ano no Estado de Mato Grosso era de 52,8%. A coleta do lixo neste ano cobria 70,4% dos domicílios urbanos dos municípios consorciados, enquanto no mesmo período a média no estado era de 87,6% e no Brasil 91,2% dos domicílios que possuíam coleta de lixo (Tabela 3).

Quando se analisa o financiamento em saúde, observa-se que os gastos com saúde per capita no conjunto dos municípios consorciado são de R\$ 347,20, bem mais elevado que o conjunto dos municípios do estado. Também o percentual dos recursos próprios aplicados em saúde é mais elevado (23,53%), o que demonstra o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000 por parte dos municípios da microrregião.

Tabela 3 - Condições Sócio Econômicas e Sanitárias da Região do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Teles Pires. Mato Grosso

Indicadores	Região do Teles Pires	Mato Grosso
Taxa de Alfabetização(%)	77,2	76,41
População abastecida com água encanada (%)	46,52	52,8
Domicílios Urbanos com Acesso à Coleta de Lixo(%)	70,4	87,6
Rede de Esgoto (%)	0,35	15,66
IDH	0,791	0,773
Gastos com Saúde per capita	347,2	238,1
Recursos próprios em saúde - EC 29/00 (%)	23,53	11,24

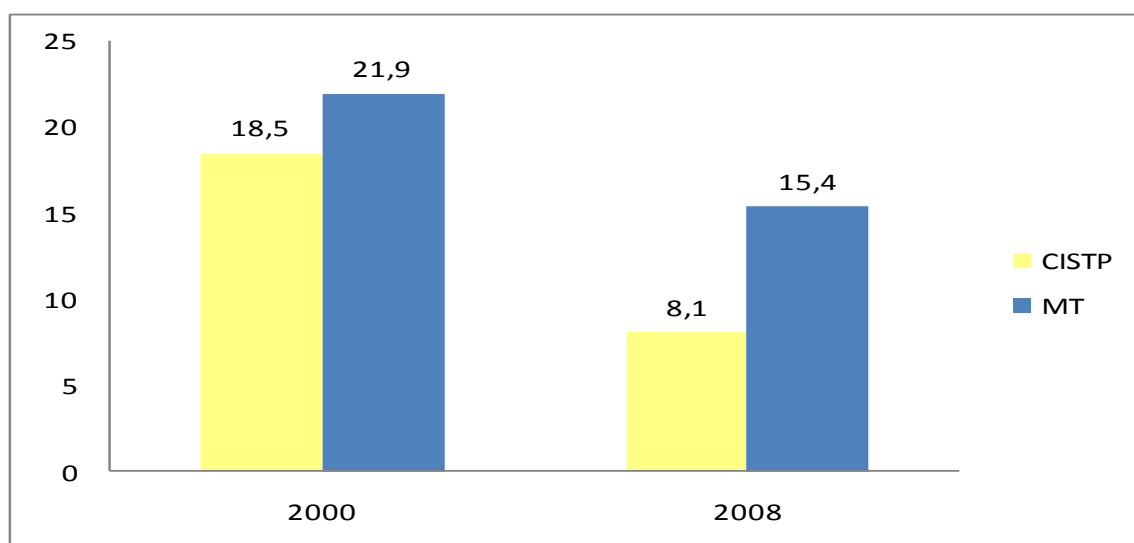
Fonte: DATASUS/MS – SIOPS - MS

5.2.1.4 – Contexto Epidemiológico

Mortalidade Infantil

A taxa de mortalidade infantil da região do Teles Pires no ano 2000 foi de 18,5 por mil nascidos vivos enquanto que em Mato Grosso ela foi de 21,98 por mil nascidos vivos. No período de 2000 e 2008 (Tabela 4 e Figura 8) observa-se queda considerável da mortalidade infantil na região do Teles Pires, passando esta taxa para 8,80 óbitos por mil nascidos vivos, uma redução de 52,4%%.

Figura 8 - Taxa de mortalidade infantil (1.000 NV), da Região do Consórcio Intermunicipal do Teles Pires. Mato Grosso, 2000 – 2008



Fonte: SIM/SINASC/Secretaria Estadual de Saúde/SES/Mato Grosso

Tabela 4 - Taxa de Mortalidade Infantil por 1000 nascidos vivos dos municípios consorciados da região do Teles Pires. Mato Grosso, 2000 e 2008

Município	TMI/1.000 NV	
	2000	2008
Cláudia	23,8	8,4
Feliz Natal	12,1	11,0
Ipiranga do Norte	(...)	0,0
Itanhangá	(...)	0,0
Lucas do Rio Verde	17,7	8,5
Nova Maringá	71,4	11,8
Nova Mutum	24,6	10,8
Nova Ubatã	28,6	0,0
Santa Carmem	0,0	15,2
Santa Rita do Trivelato	(...)	0,0
Sinop	19,3	8,3
Sorriso	8,4	11,6
Tapurah	9,7	7,1
União do Sul	40,5	0,0
Vera	36,9	6,8
Região Teles Pires	18,5	8,8
Mato Grosso	21,9	15,41

Fonte: SIM/SINASC/Secretaria Estadual de Saúde/SES/Mato Grosso

Mortalidade Proporcional por grupo de causas

Em relação à Taxa de Mortalidade Proporcional por grupos de causas, as principais causas de morte nos municípios consorciados do Teles Pires em 2008 foram os óbitos por causas externas, destacando-se com as maiores taxas os municípios de Nova Ubiratã, Nova Maringá e União do Sul (Tabela 5). Em seguida, estão os óbitos por doenças do aparelho circulatório e as neoplasias. Este quadro se diferencia do Estado que apresenta em primeiro lugar as doenças do aparelho circulatório, seguida das neoplasias e causas externas.

Tabela 5 - Taxa de Mortalidade (100.000 habitantes) por cinco principais grupos de causas, segundo municípios do Consórcio do Teles Pires. Mato Grosso, 2000 e 2008

Municípios	Cap 1		Cap 2		Cap 9		Cap 10		Cap 20	
	2000	2008	2000	2008	2000	2008	2000	2008	2000	2008
Cláudia	9,8	9,1	58,5	117,8	68,3	54,4	9,8	9,1	97,6	63,5
Feliz Natal	-	9,3	14,8	46,4	14,8	46,4	-	37,1	177,3	74,3
Ipiranga do Norte	-	-	-	45,7	-	114,3	-	22,9	-	45,7
Itanhangá	-	40,7	-	40,7	-	81,4	-	-	-	40,7
Lucas do Rio Verde	5,2	27,9	10,4	55,8	72,5	55,8	10,4	27,9	88	86,8
Nova Maringá	0	17,2	25,3	-	75,9	137,9	25,3	0	177,2	172,3
Nova Mutum	33,7	15,6	40,5	31,2	33,7	50,7	13,5	19,5	87,7	85,7
Nova Ubiratã	-	12,3	17,7	61,5	35,4	61,5	17,7	24,6	88,4	110,8
Santa Carmem	-	22,3	83,4	-	111,1	89,2	-	-	111,1	44,6
Santa Rita do Trivelato	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76,5
Sinop	13,4	15,4	30,7	61,5	90,9	86	17,4	26,2	96,2	75,1
Sorriso	5,6	31,1	33,7	51,9	78,6	70,9	19,7	27,7	84,3	65,7
Tapurah	8,6	-	51,9	36,3	103,8	108,9	17,3	27,2	207,6	90,7
União do Sul	71,5	-	23,8	24,4	23,8	24,4	23,8	-	95,3	121,8
Vera	22,1	10,6	33,1	52,8	121,5	31,7	-	42,2	110,4	95,1
Total	12,5	18,5	32,6	53,1	78,2	72,6	15	24,4	104,2	78,2

Fonte: SIM/SES/MT

Cap. 1: Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias

Cap. 2: Neoplasias

Cap. 9: Doenças do Aparelho Circulatório

Cap. 10: Doenças do Aparelho Respiratório

Cap. 20: Causas Externas de Morbidade e Mortalidade

Em relação à evolução do número de internações hospitalares, no conjunto de municípios da região do CIS RTP, no período de 2000 a 2008, nota-se que não houve uma mudança expressiva em relação ao aumento, ou à redução das internações, mantendo praticamente uma oscilação constante. A exceção foi o município de Lucas

do Rio Verde que apresentou um aumento expressivo no período. Porém, quando se analisa o número de internações por 100 habitantes, nestes anos, observa-se um decréscimo de 27,20%. Em 2000 ocorriam 2,72 internações por 100 habitantes, passando no ano de 2008 para 1,98 por 100 habitantes. (Tabela 6).

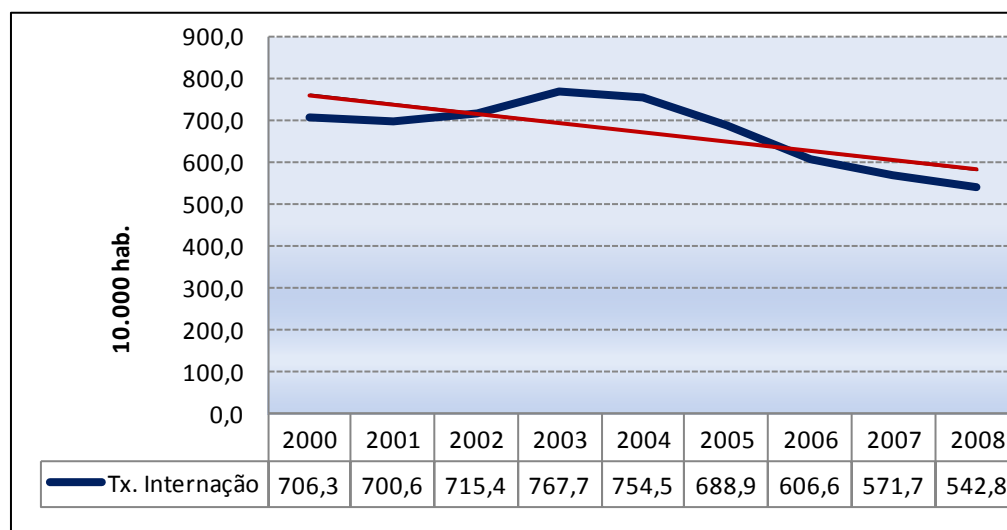
De 2000 para 2008 a taxa de internação por 10.000 habitantes apresenta tendência decrescente, passando de 706,30 para 542,80 por 10.000 habitantes ano, uma redução de 23,20% nesta taxa, acompanhando a mesma linha de tendência do estado, no período (Figura 8).

Ainda com relação às internações hospitalares, ao analisar as causas a partir dos agravos segundo a Classificação Internacional de Doenças CID 10, as que mais se destacaram no período de 2000 a 2008 foram: as doenças do aparelho respiratório, algumas doenças infecciosas e parasitárias e as doenças do aparelho geniturinário. Esta situação nos aponta o baixo nível de complexidade da assistência hospitalar nesses municípios. As internações das doenças do aparelho circulatório e as neoplasias apresentaram-se mais elevadas nos municípios de Sorriso e Sinop.

Tabela 6 - Número de internações por município de residência, Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires. Mato Grosso, 2000 – 2008

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total geral
Claudia	568	448	629	863	997	773	653	598	553	6082
Feliz Natal	168	161	111	161	149	84	73	96	103	1106
Ipiranga do Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Itanhangá	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Lucas do Rio Verde	291	632	787	861	973	853	830	1091	1095	7413
Nova Maringá	151	122	136	148	184	117	80	99	95	1132
Nova Mutum	362	376	448	588	418	362	469	530	522	4075
Nova Mutum	58	86	71	44	93	93	93	98	112	748
Santa Carmem	85	74	74	73	54	62	61	58	43	584
Santa Rita do Trivelato	-	-	6	11	17	15	20	23	20	112
Sinop	2091	2010	2634	3238	2837	2956	2715	2513	2053	23047
Sorriso	815	886	1047	1194	1164	1242	979	1132	1053	9512
Tapurah	394	411	430	549	546	597	393	277	239	3836
Uniao do Sul	122	75	63	93	72	57	56	43	38	619
Vera	343	323	304	420	452	443	224	90	101	2700
Total geral	5448	5604	6740	8243	7956	7654	6647	6648	6028	60968

Figura 9- Taxa de internação (10.000 hab.) da região do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires, segundo ano de internação. Mato Grosso, 2000 – 2008



Com relação à análise do contexto externo destacando os fatores externos que podem facilitar ou dificultar o processo de implementação do CIS RTP, este estudo revelou que houve avanços neste período estudado. Vimos que os municípios da microrregião apresentam que um cenário favorável a este processo, pois as características relacionadas ao crescimento populacional, densidade demográfica e condições sócio econômicas contribuíram para a organização da oferta e a qualificação dos serviços de saúde na microrregião do Teles Pires. Esse conjunto de fatores favoráveis também influenciou no perfil epidemiológico com a redução dos coeficientes da mortalidade e dos indicadores de internação hospitalar, promovendo a melhoria na qualidade de vida da população da microrregião. No entanto, a natureza das internações nos leva a questionar sobre a resolubilidade da atenção básica na microrregião.

5.3 - AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLEMENTAÇÃO DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA REGIÃO DO TELES PIRES

O estudo da influência do contexto político institucional e de implementação para a eficácia dos programas contribui para levantar fatores explicativos que facilitam ou dificultam a implantação de uma intervenção (HARTZ *et al*, 1997).

Neste sentido, a abordagem do contexto político institucional utilizou como referencial teórico, o triângulo de governo postulado por Matus, no qual cada vértice correspondeu a uma dimensão de governo (projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade) e a do contexto de Contexto Assistencial utilizou como subdimensão a gestão e organização assistencial do Consórcio. Considerando este aspecto, a análise dos contextos do CISRTP foi realizada através da pesquisa documental, dados dos sistemas de informação e a partir das entrevistas que foram transcritas e analisadas conforme as dimensões propostas para este trabalho. As bases de evidências foram transportadas para a Matriz de Análise e Julgamento, que foram pontuadas, possibilitando a classificação do grau de implantação segundo a dimensão, subdimensões e por cada uma das categorias de análise.

A tabela 7 apresenta a pontuação que cada dimensão, subdimensão e categoria de análise receberam, após a realização do trabalho de campo.

Tabela 7 - Classificação do Grau de Implementação do Consórcio Intermunicipal da Região do Teles Pires por: Dimensão, subdimensão e Categorias de Análise

Dimensões	PM	PO	%	Subdimensão	PM	PO	%	Categorias de Análise	PM	PO	%
Contexto Político Institucional				Projeto de Governo	35	24	68,5	Plano de Governo	13	07	53,8
								Financiamento para o CIS	12	11	91,6
								Iniciativas Intersetoriais	10	06	60,0
				Capacidade de governo	30	22	73,3	Perfil da Direção	15	13	86,6
								Gestão do Trabalho	15	09	60,0
				Governabilidade	35	27	77,1	Base de Apoio Político	12	08	66,6
								Relacionamento entre os gestores para a definição de políticas para o CIS	11	09	81,8
									12	10	83,3
								Autonomia Financeira			
TOTAL	100	73	73,0				100				
Contexto Assistencial				Gestão e Organização Assistencial				Inst. Planejamento e Regionalização	30	16	53,3
								Disponibilidade	35	17	48,6
								Acessibilidade	35	21	62,8
TOTAL	100	54	54,0								

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires atingiu um escore global de 63,5%, considerando os contextos analisados da dimensão político institucional e da dimensão assistencial, foi classificado como *Intermediário* a partir da imagem objetiva proposta (Quadro 4).

Na avaliação do contexto político institucional do CIS RTP o escore obtido foi de 73% sendo classificado como *avançado*. A subdimensão melhor avaliada foi a de governabilidade (77,7%) e a que obteve menor percentual foi a de projeto de governo (68,5%).

Na avaliação do contexto assistencial do CIS RTP obteve o escore de 54% sendo classificado como *intermediário*. A subdimensão melhor avaliada foi a de acessibilidade (60,0%) e a que obteve o menor percentual foi a de disponibilidade (48,6%).

Quadro 4 – Escores obtidos em relação à Matriz de Análise e Julgamento para a avaliação do processo de implementação do CISTP

Dimensões	Pontos Máximos	Pontos Obtidos	%	Subdimensões	Pontos Máximos	Pontos Obtidos	%
Contexto Político Institucional	100	73	73%	Projeto de Governo	35	24	68,5
				Capacidade de Governo	30	22	73,3
				Governabilidade	35	27	77,1
Contexto Assistencial	100	54	54%	Gestão e Organização da Assistência	30	16	53,3
				Acessibilidade	35	21	60,0
				Disponibilidade	35	17	48,6
Total	200	127	63,5		200	127	63,5

5.3.1 – Contexto Político Institucional

A análise do contexto político institucional do CIS RT para todas as subdimensões, ou seja, projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade, obteve o escore de 73%, sendo classificado como grau de implementação *avançado*.

Quando avaliada separadamente estas subdimensões apresentaram escore acima de 66,6%,

Avaliando ainda esta dimensão, segundo as categorias de análise, os itens que apresentaram melhores resultados foram os de perfil da direção, financiamento para o Consórcio, relacionamento entre os gestores e autonomia financeira que obtiveram graduação acima de 80%, sendo classificado assim como *avançado*. As categorias de análise que apresentaram menor pontuação foram plano de governo (53,8%) e Gestão do Trabalho (60%), sendo classificado como implementação *Intermediária* para estas categorias (Tabela 7).

5.3.1.1 – Projeto de Governo

Do total dos 35 pontos a serem alcançados, a subdimensão projeto de governo obteve 24 pontos (68,5%), assim distribuídos: plano de governo obteve sete pontos dos 13 da pontuação máxima (53,8%), financiamento para o consórcio obteve 11 dos 12 pontos possíveis (91,6%) e seis pontos dos 10 da pontuação máxima para a categoria de iniciativas intersetoriais. O escore final alcançados pelo CIS RTP na avaliação da subdimensão de projeto de governo à luz do grupo de evidências obtidas foi de 68,5%, classificado como *avançado*.

O projeto de governo que tange aos consórcios centrou-se no aumento da oferta assistencial de especialidades para os municípios dispersos e do interior do estado. A decisão política na sua implantação foi motivada pela indução da esfera estadual na constituição deste consórcio, como parte da política estadual de saúde que favoreceu o seu desenvolvimento e a sua configuração no espaço regional (GUIMARÃES, 2001)

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires (CIS RTP) foi constituído inicialmente sob a forma de *associação civil sem fins lucrativos*, considerada de utilidade pública e filantrópica, desprovido de personalidade jurídica própria. Em dezembro de 2007 foi reestruturado sob a forma de *associação pública, com personalidade jurídica de direito público*, devendo reger-se pela Constituição Pública, Constituição Estadual de Mato Grosso, pelas Leis Orgânicas dos municípios e pelas diretrizes da Lei 11.107/2005, que dispõe sobre as normas gerais de consórcios públicos, e ainda, pelas demais legislações pertinentes.

Para a participação do município no CISRTP, cada município teve que obter a Lei Municipal de autorização, firmada pelo seu Presidente e pelos Prefeitos dos novos consorciados.

A sua criação deu-se em 28 de julho de 1995 e os municípios integrantes do CISRTP eram apenas sete (Cláudia, Lucas do Rio Verde, Sinop, Sorriso, Santa Carmem, Vera e Tapurah); atualmente é composto por 15 municípios.

Em relação ao processo de descentralização da gestão, no que tange à organização do sistema de gestão da saúde dos municípios partícipes do CISRTP, no ano de 2000, este apresentava a seguinte situação: os municípios de Nova Mutum, Sinop, Lucas do Rio Verde e Nova Maringá eram habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) os demais eram Plena da Atenção Básica conforme a NOAS. Com o advento do Pacto pela Saúde, no ano de 2006, a maioria dos municípios consorciados aderiu a ele no ano de 2008, a partir da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG), exceto os municípios de Sinop e Itanhangá. A adesão ao Pacto substitui os anteriores processos de habilitação, pela adesão solidária aos termos de compromisso de gestão que estabelece metas e compromissos para cada ente da federação, onde os municípios passam a ser gestores plenos da responsabilidade por seus munícipes (BRASIL, 2006).

Como mencionado nesta dimensão, o plano de governo obteve o menor escore (68,5%). Apesar do apoio político do governo estadual no seu processo de implantação, os entrevistados não se referiram espontaneamente quanto à priorização do consórcio enquanto estratégia para o processo de regionalização expresso na política de saúde estadual ou municipal de saúde. As ações empreendidas pelo CISRTP para a implementação de políticas estavam baseadas mais no compartilhamento de valores entre a esfera estadual e municipal do que em termos de oferta de serviços de saúde àquela população, pois, a alocação de recursos não é orientada pelos critérios de danos e riscos à saúde da população.

5.3.1.2 – Capacidade de Governo

Do total dos 30 pontos da pontuação máxima a ser alcançada, a subdimensão Capacidade de Governo obteve 22 pontos (73,3%) assim distribuídos: o

perfil da direção obteve 13 pontos dos 15 pontos máximos (86,6%) e a gestão do trabalho nove pontos dos 15 pontos máximos (60,0%). A classificação final alcançada pelo CISRTP na avaliação da subdimensão Capacidade de Governo foi *avançado*.

A investigação da perícia da equipe dirigente do consórcio revelou um grupo de gestores com envolvimento e compromisso com a gestão do Sistema Único de Saúde, de acordo com os seus princípios constitucionais. Os resultados demonstraram que a equipe dirigente aposta no consórcio como forma de expandir a oferta dos serviços de saúde especializados e isto denota a preservação deste projeto.

No âmbito da gestão do trabalho, o quadro de recursos humanos do CISRTP está constituído por profissionais: servidores do estado, concursados e contratados; cedidos pela prefeitura; e contratados pelo consórcio por CLT. Convém ressaltar que a organização de uma instituição não é limitada apenas pela qualidade de sua equipe dirigente, mas também pelos demais servidores, “pois um líder necessita de servidores”, conforme a capacidade de governo formulada por Matus (2000).

O lotacionograma da unidade administrativa do CISRTP permite um quadro de pessoal de 60 funcionários, sendo 07 comissionados e 53 empregados. No entanto, no ano de 2008, o Consórcio contava com 49 funcionários sendo três comissionados e 46 empregados pelo regime CLT (Quadro 5), ou seja, dentro do limite autorizado pelo lotacionograma. Os profissionais de saúde estão lotados no Hospital Regional.

O custeio dos profissionais de saúde é realizado pelo Consórcio, que recebe os recursos do estado e dos municípios para fins de complementação salarial dos profissionais do Hospital Regional. Os recursos financeiros são provenientes da celebração de convênio e da produção ambulatorial e hospitalar. Esta política de incentivos melhorou o desempenho dos profissionais e permitiu a sua fixação na microrregião, por tornar mais atrativo o mercado de trabalho no interior e ainda elevou a qualidade dos serviços oferecidos, segundo os entrevistados. No entanto, o pagamento de gratificação pelo Consórcio aos servidores, corresponde na verdade, a recursos financeiros da própria Administração Pública. É preocupante com a maneira de pagamento destes profissionais, sob a forma de produtividade tornando-se parte integrante do salário dos profissionais.

Segundo Santos (2000):

A defesa da criação de uma personalidade jurídica, civil ou comercial visa encontrar soluções para as dificuldades administrativas advindas da falta de personalidade jurídica do consórcio [...], mas hoje o que prepondera não é o interesse em buscar soluções para problemas existentes na administração pública, mas, simplesmente, fugir ao regime do direito público, ou seja, que lhes permitam gerir a coisa pública sem as “amarras da administração pública” (SANTOS 2000 p. 5).

É nesse contexto que o Consórcio, por um lado é uma alternativa para a oferta de serviços especializados a partir dos incentivos aos profissionais de saúde e por outro é uma “válvula de escape para o estado” no atendimento das demandas dos profissionais na microrregião. Outro fato que chama a atenção é que a partir de 2007 o CISRTP passou a sua personalidade jurídica de direito público, conforme a Lei nº 11.107/2005 e com isso deva atender todas as leis cabíveis.

Quadro 5: Lotacionograma do CISRTP – Mato Grosso – 2008

Cargo/ Função	Comissionado	Empregado (CLT)
Secretário Executivo	01	
Diretor do Depto Administrativo	01	
Assistente Administrativo		13
Auxiliar Administrativo		01
Técnico de Enfermagem		01
Auxiliar de Farmácia		22
Auxiliar de Serviços Gerais		05
Auxiliar de Ortopedia		01
Estagiário	01	
TOTAL	03	46

Fonte: Consórcio Intermunicipal do Teles Pires - 2008

5.3.1.3 – Governabilidade

A governabilidade foi a dimensão que apresentou melhor escore (77,1%), ou seja, pode-se afirmar que foi o vértice mais forte do triângulo matusiano e que assegurou o direcionamento do projeto de governo. Do total dos 35 pontos máximos a serem alcançados obteve 27 pontos, assim distribuídos: base de apoio político obteve oito pontos (66,6%), relacionamento entre os gestores para a definição de políticas para

o Consórcio obteve nove pontos (81,8%) e dez pontos para a autonomia financeira (83,3%). A classificação final pelo CISRTP para esta dimensão foi *avançado*.

Pode-se inferir, neste estudo, que a equipe dirigente do consórcio apresenta governabilidade sobre a gestão do Consórcio, pois tem o apoio técnico, político e financeiro da gestão federal, estadual e municipal. Outro elemento importante é a adesão de 100% dos municípios da microrregião na constituição deste consórcio, o que caracteriza uma importante coesão política.

Em relação ao funcionamento do CISRTP, os municípios criaram um estatuto no ano de 2000, o qual foi atualizado, em 25 de julho de 2008. O CISRTP tem um funcionamento colegiado e está constituído da seguinte estrutura organizacional (Figura 10):

Conselho Diretor – é um órgão deliberativo, constituído pelos prefeitos dos municípios consorciado sendo presidido por um prefeito municipal, eleito pelos seus pares, e com um mandato de dois anos;

Conselho Técnico – é o órgão que tem por finalidade assegurar a execução das políticas e ações prestadas pelo Consórcio. É constituído pelos secretários Municipais de Saúde dos municípios consorciados;

Conselho Fiscal - é o órgão de controle social e fiscal constituído por um representante de cada Conselho Municipal de Saúde; é presidido por um de seus membros eleito com mandato de dois (02) anos;

Secretaria Executiva - é o órgão que tem como objetivo executar as atividades do consórcio, e é constituído por um Secretário Executivo, apresentado e contratado pelo Presidente do Conselho Diretor após sua aprovação pelo Conselho Diretor.

Figura 10: Organograma do CIS RTP – Mato Grosso - 2008

Fonte: CIS RTP

Além do estatuto, destaca-se no quadro 6 a estrutura decisória do CIS RTP, contemplando participantes, função e funcionamento.

Quadro 6: Estrutura Decisória do Consórcio Intermunicipal da Região do Teles Pires, Mato Grosso - 2008

Componentes	Participantes	Função	Funcionamento
Conselho Diretor	Prefeitos	Definir a política patrimonial e financeira, e os programas de investimento do Consórcio.	Presidido por um representante de prefeitos, eleito. Reuniões trimestrais convocadas pelo Presidente Decisão por voto
Conselho Técnico	Secretários Municipais de Saúde	Acompanhar e fiscalizar os serviços prestados a população do consórcio.	Presidido por representante dos secretários municipais de Saúde Reunião Mensal Emissão de parecer técnico para subsidiar a reunião do Conselho Diretor
Conselho Fiscal	Representantes dos Conselhos Municipais de Saúde	Acompanhar e fiscalizar as operações financeiras do Consórcio	Presidido por um representante de conselheiros municipais. Reunião trimestral Avaliação e aprovação da proposta orçamentária e da prestação das contas
Secretaria Executiva	Secretária Executiva	Administração e execução das atividades do Consórcio Articulação entre os municípios consorciados	Nomeada pelo presidente do Conselho Diretor, cargo comissionado Apresentação do planejamento e execução das atividades e da prestação de contas

Fonte: Estatuto Interno do Consórcio de Saúde da Região do Teles Pires, 2008

Sobre o sistema decisório, a maioria das reuniões do CIS RTP é sediada na própria sede do consórcio, podendo ser realizada esporadicamente em algum município, por solicitação do gestor. As atas das reuniões do Conselho Diretor do ano de 2008 mostraram que ocorreram 08 reuniões sendo 06 reuniões ordinárias e 02 extraordinárias, cumprindo assim o que rege o estatuto do CIS RTP (artigo 16 da Seção 5).

Observou-se que as reuniões apresentam pautas definidas para a discussão, e que geralmente os temas se referem a questões de caráter financeiro e orçamentário tais como: reajuste salarial (principalmente do profissional médico), aditivo do convênio, prestação de contas, entre outros. Verificou-se que os assuntos abordados nas reuniões eram referentes à compra de serviços, problemas relacionados à operacionalização tanto dos municípios quanto aos que envolvem o Hospital Regional de Sorriso e a articulação com a Secretaria Estadual de Saúde, um fator conflitante entre os participantes, conforme as atas analisadas (Apêndice C)

As decisões são tomadas através de consenso entre os membros do Conselho Diretor. Foi possível constatar que houve implementação no número dessas reuniões ao se comparar com o estudo de Guimarães (2001). A autora relata que o Conselho Diretor reuniu-se quatro vezes e os temas pautados foram também relativos à questão financeira e orçamentária.

Nessas reuniões é que são oportunizados o intercâmbio e a integração entre os secretários municipais de saúde. Nos depoimentos são valorizados estes espaços por proporcionarem uma melhor inter-relação de trabalho, que garantem a confiabilidade e viabilidade das ações propostas pela equipe dirigente do consórcio.

As atas das reuniões do Conselho Fiscal demonstraram que foram realizadas 04 reuniões ordinárias no ano de 2008, em conformidade com o estatuto interno do CIS RTP (Apêndice D).

O objetivo principal destas reuniões é a análise e aprovação das contas contábeis e financeiras quadrimestrais do CIS RTP, entregues pela Secretária Executiva aos representantes dos conselhos municipais, contendo a seguinte documentação: extrato das contas correntes, demonstrativos de saldo e das despesas, relação de empenhos, produção do Hospital Regional de Sorriso e o relatório referente ao pagamento das diárias da Casa de Apoio. Além das questões contábeis e financeiras, apenas em uma

delas foi abordada outra temática, no caso o serviço de neurologia do Hospital Regional. As dúvidas dos conselheiros são esclarecidas pelo contador do CISRTP. Com relação à participação dos representantes dos conselhos municipais de saúde verificou-se que a média de frequência é de 66%.

O conselho fiscal aprovou as contas contábeis, sem um debate efetivo sobre as questões referentes às ações do consórcio e sua resolubilidade na população da microrregião. A fala de um entrevistado ilustra esta situação *“se realiza somente uma análise do que foi gasto, e em seguida se faz uma ata como se o conselho estivesse aprovando e todos assinam, então não tem muito o que fazer praticamente é uma reunião e já aprova o que veio do Conselho Técnico”*. A representação da sociedade civil organizada ainda é incipiente e fragilizada na discussão e no conhecimento de assuntos de relevância para o Sistema Único de Saúde.

Financiamento das Ações Consorciadas

Na gestão financeira é fundamental salientar que a cooperação intergovernamental foi um dos principais componentes da garantia e da viabilidade dos pactos e acordos financeiros. Destaca-se o fato da Unidade de Referência, o Hospital Regional, ser estadual e a articulação entre os municípios permitem o compartilhamento na capacidade de gestão dos recursos financeiros. Abrúcio discute a dificuldade de serem mantidos os pactos entre os entes federados.

*“A soberania compartilhada só pode ser mantida ao longo do tempo caso se estabeleça uma **relação de equilíbrio entre a autonomia dos pactuantes e a interdependência entre eles**. Este equilíbrio revela-se essencial, pois as Federações são, por natureza, marcadas pela diversidade e pelo conflito, por um lado, e pela necessidade de compatibilizar, democraticamente, os propósitos locais com os nacionais, por outro. É preciso estabelecer, então, um relacionamento intergovernamental que evite a desagregação, a descoordenação e a competição selvagem entre os entes federativos, construindo um ambiente de cooperação sob um marco pluralista”*. (Abrucio, 2001, p.35)

Os conflitos devem ser processados e negociados de forma consensual entre estado, municípios e a gestão do CISRTP e percebe-se que esta situação tem uma relação direta com a capacidade de financiamento e articulação, que garante a sustentação financeira do Consórcio, no cumprimento das atribuições no SUS.

As informações a seguir correspondem aos mecanismos utilizados para o repasse de recursos para o financiamento das ações do CISRTP, que compreende as seguintes modalidades:

- **Recursos federais:** aqueles provenientes da produção ambulatorial e hospitalar, realizadas pelo Hospital Regional de Sorriso;

- **Recursos Estaduais:** são aqueles provenientes da celebração de convênio do estado com o CISRTP. O recurso estadual corresponde à contrapartida de 50% do total da participação de cada município. Além disso, a SES assumiu um compromisso com o Consórcio no repasse concernente de 55% da produção assistencial (SIA/SIH) que são utilizados para o pagamento de complementação salarial dos médicos e de outros profissionais de saúde do hospital. Este rateio interno do Hospital Regional é feito da seguinte forma: 23,33% para profissionais de Nível Superior do SUS- Médicos, 16,67% para os Níveis de Apoio, Assistente e Técnico, 15% para os profissionais de Nível Superior do SUS - Não Médicos.

A SES também é responsável pelo repasse a título de custeio operacional do Hospital tal como: recursos humanos, materiais, medicamentos, equipamentos e de manutenção (água, luz, telefone, ampliação e reformas) e repasse para o custeio da casa de apoio.

- **Recursos municipais:** refere-se à participação financeira dos municípios, o rateio entre os municípios. Os recursos provêm do fundo municipal de saúde e são repassados mensalmente. O valor é calculado com base na utilização dos serviços do Hospital Regional. No ano de 1997 era realizado da seguinte forma: 60% com base populacional e 40% de utilização. Porém no mesmo ano, em função dos encargos ficou definido pelo Conselho Diretor uma nova distribuição, passando para 50% per capita e 50% para a utilização dos serviços.

O critério de rateio das despesas foi novamente alterado no ano de 2005 passando para 20% o per capita populacional e para 80% o de utilização. Esta é a base de cálculo para a interiorização, ou seja, é utilizada para o pagamento da complementação do salário dos médicos. O valor a ser pago por cada município, como cota de contribuição mensal é feito da seguinte forma: calcula-se o total de médicos do Hospital Regional e multiplica-se pelo complemento a ser pago e o total deste valor corresponde a esta base de cálculo que é rateado pelos municípios consorciados, o que equivale ao valor mensal a ser pago. Um profissional médico recebeu do CISRTP a

complementação salarial de R\$ 6.081,00 (Seis mil e oitenta e um reais) no ano de 2008. Os entrevistados avaliam como adequada a regra para o rateio para os custos operacionais do Consórcio. Porém, há certa tensão quanto ao município de Sorriso que apresenta maior cota de utilização dos serviços do Consórcio, um assunto que já está sendo discutido pelo Conselho Diretor.

Em 2001 o convênio celebrado entre a SES e o CISRTP era o Convênio nº 041/2001, que tinha vigência até 2002. No ano de 2002, foi feito o Primeiro Termo Aditivo, com o prazo até 2003. No ano de 2003, foi celebrado um novo Convênio nº 030/2003, com duração de um ano, mas podendo ser prorrogado por cinco anos.

O convênio vigente no ano de 2008 foi o Convênio 030/2003, contendo 12 termos aditivos. A finalidade do aditamento esteve relacionada aos reajustes do aporte financeiro que são realizados entre as partes para a manutenção do Consórcio.

O valor global do Convênio 030/2003, no seu 12º Termo de Aditivo é de aproximadamente R\$ 4.981.268,72/ano com a seguinte distribuição:

- Repasse referente à contrapartida: R\$ 1.369.268,72
- Repasse referente ao Custeio do Hospital Regional: R\$ 1.068.000,00
- Repasse para a produtividade SIA/SIH: R\$ 2.400.000,00
- Repasse para custeio da Casa de Apoio: 144.000,00

Este foi o montante assumido pelo estado, já com relação aos repasses da cota de participação dos municípios o valor foi de R\$ 2.738.537,45

Quando se analisa o Primeiro Termo do Convênio 030/2003, assinado em outubro de 2003, o valor global era de R\$ 1.452.000,00, constatando-se assim um incremento no orçamento nestes cinco anos de aproximadamente 230%, o equivalente a 46% ao ano.

Tabela 8: Financiamento das Ações do CISRTP por fonte de financiamento, 2004-2008, Mato Grosso

FONTE FINANCIAMENTO	ANO					Total
	2004	2005	2006	2007	2008	
Contra Partida Estadual	762.223,00	460.662,37	762.223,20	908.365,94	1.369.268,72	4.262.743,23
Contra Partida Municipal	1.524.446,00	921.324,74	1.524.446,50	1.816.731,18	2.738.537,45	8.525.485,87
Custeio do Hospital Regional	1.682.537,97	1.071.000,00	1.428.000,00	1.220.739,00	1.068.000,00	6.470.276,97
Produção SIA SIH	1.949.401,58	1.701.280,54	2.400.000,00	2.162.547,20	2.400.000,00	10.613.229,32
Casa de Apoio	42.000,00	61.000,00	144.000,00	101.590,00	144.000,00	492.590,00
Outros	224.000,00					224.000,00
Total	6.184.608,55	4.215.267,65	6.258.669,70	6.209.973,32	7.719.806,17	30.588.325,39

Fonte: SES/MT

A liberação dos recursos ocorre em parcelas mensais através de um cronograma de desembolso constante em um Plano Operativo do Consórcio e mediante os comprovantes dos depósitos das participações financeiras de cada município consorciado, comprovante de guias de recolhimento do FGTS, INSS e IRRF e demais tributos estaduais e municipais e comprovantes da Folha de Pagamento do Pessoal contratado pelo Consórcio do mês correspondente. A receita total do Consórcio no ano de 2008 foi de R\$ 7.719.806,17, dos quais foram pagos aos profissionais médicos o valor de R\$ 5.864.187,44 correspondendo a 76% do repasse global. Em relação aos gastos com a compra de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros procedimentos foi de R\$ 340.226,79. O custo aproximado por habitante no ano de 2008 foi de R\$ 23,63.

A média das despesas total com recursos próprios dos municípios consorciados destinados ao custeio do Consórcio é de 4,25%, sendo que os municípios de Sorriso, Itanhangá e Cláudia apresentam maior despesa (7,99%, 7,55%, 6,25%) respectivamente. Chama atenção o fato do município de Itanhangá ser um dos municípios com menor população, menor recurso próprio, e um dos que mais aplica os seus recursos no Consórcio, isto se dá pelo fato do município apresentar carência na estrutura dos serviços de saúde.

A prestação de Contas do recurso repassado deve ser apresentada ao Escritório Regional de Sinop, sendo realizado trimestralmente. Após a análise efetuada a equipe técnica emite um Parecer Técnico Contábil e o encaminha para a SES para o acompanhamento e controle do convênio.

Em conformidade com a RESOLUÇÃO nº 02/2004 *que dispõe sobre a prestação de contas das associações civis, sem fins lucrativos, responsáveis pela gestão*

dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, a prestação das contas anuais do CISRTP também é apresentada ao Tribunal de Contas do Estado. No ano de 2008 o relatório do Balanço das Contas Anuais do CISRTP apontou as seguintes irregularidades:

1. Recomendar à atual gestão a aplicação dos ditames da Lei de Licitações, nos casos de dispensa e/ou inexigibilidade;

2. Determinar a implementação do controle interno no âmbito do Consórcio.

Conforme relatório do Tribunal de Contas as irregularidades encontradas, referentes à fragmentação de despesa ou à falta de licitação, foram relevadas pela equipe, diante das dificuldades locais encontradas na contratação de pessoal médico e, quando contratados, na permanência desses profissionais na região, porém foi recomendado à gestão o enquadramento aos dizeres legais. Quanto ao Controle Interno, o Consórcio já implantou na sua estrutura administrativa. É importante ressaltar que as informações referentes à prestação de contas dos consórcios realizadas pelo Tribunal de Contas do Estado são disponibilizadas no site da instituição, o que favorece a transparência da gestão.

O mecanismo de prestação de contas é um dos componentes mais importantes para mudar as regras e estabelecer o desenvolvimento das novas práticas de monitoramento e avaliação da gestão (MATUS, 2000).

Pode-se, então, afirmar, a partir dos resultados encontrados que houve uma articulação entre projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade para implementar o Consórcio Intermunicipal da Região do Teles Pires, em que a governabilidade foi o vértice mais robusto do Triângulo de Governo proposto por Matus.

5.3.2 – Contexto Assistencial

Para a análise da dimensão do contexto assistencial, buscou-se verificar os resultados alcançados frente aos objetivos propostos pelo CISRTP no contexto da regionalização, ou seja, se as ações que são conduzidas produzem resultados positivos

aos beneficiários. Neste aspecto foram avaliadas a partir da Matriz de Análise e Julgamento as seguintes subdimensões: gestão e organização assistencial, disponibilidade e acessibilidade.

Na avaliação da dimensão do contexto assistencial, os resultados obtidos na graduação global, o escore foi de 54,0%, sendo classificado como *Intermediário*, segundo a imagem objetivo proposta.

A avaliação das subdimensões, segundo a pontuação máxima a ser alcançada, apresenta-se assim distribuído: instrumentos formais de planejamento e regionalização obtiveram 16 pontos do total de 30 pontos máximos (53,3%), disponibilidade obteve 17 pontos do total máximo de 35 pontos (48,6%) e Acessibilidade com 21 dos 35 pontos possíveis (60%).

A seguir estas subdimensões estão descritas detalhadamente.

5.3.2.1 – Instrumentos Formais de Planejamento e Regionalização

A avaliação desta subdimensão considerou-se que o CISRTP alcançou uma classificação de *intermediária*, conforme a sua pontuação obtida.

Esta subdimensão corresponde à operacionalização do CISRTP frente à política de regionalização, em cujo processo o planejamento poderia exercer a função de intensificar o fluxo das relações entre os atores que participam da gestão do sistema, podendo vir a constituir-se em um espaço dialógico de formulação de objetivos e estratégias de reorganização dos serviços de saúde no âmbito regional, tendo como base as diretrizes do Pacto pela Saúde, e de análise da situação de saúde da microrregião. (OLIVEIRA, 2000).

Partindo-se deste pressuposto, o CISRTP se configura como uma estratégia para a organização do sistema regional de saúde.

O planejamento das ações consorciadas está contido em plano de trabalho para o atendimento da documentação solicitada na celebração de convênio com o estado, ou seja, o protocolo de intenções do consórcio. Os entrevistados informaram que a alocação de recursos orçamentários para as ações do consórcio são previstos nos planos municipais de saúde e aprovados pela Câmara de Vereadores. No âmbito estadual, estes

recursos também estão previstos nos instrumentos de planejamento (Plano Estadual de Saúde, Plano de Trabalho Anual e Relatório de Gestão Anual).

Embora haja documentos, as práticas de planejamento ainda não estão incorporadas no cotidiano da instituição, são elaborados apenas em cumprimento burocrático. As ações planejadas para o Consórcio são feitas considerando a demanda espontânea, sem uma estrutura metodológica e não se articulam com as diretrizes da política de saúde e nem com a situação de saúde da microrregião. Para Leite *et al.* (2001) a implementação de um processo de planejamento estratégico, por parte dos consórcios, deve ser encarada como de vital importância pelos dirigentes municipais e pela entidade gestora do consórcio, uma vez que ele deve permitir a reflexão e a construção de uma visão conjunta do futuro para a microrregião, a qual norteará a atuação da entidade.

Em relação aos demais instrumentos de gestão, como o Plano Diretor de Regionalização e de Investimento (PDRI) e a Programação Pactuada da Assistência (PPI), o processo de sua elaboração é coordenado pela gestão estadual. No Plano Diretor de Regionalização elaborado em 2001, os consórcios apresentam-se inseridos na organização das referências regionais. Entretanto, no caso da PPI, que explicita os compromissos intermunicipais em termos da oferta de procedimentos assistenciais de média e alta complexidade, o consórcio não participa atualmente, da pactuação, somente os municípios. À época de sua implantação o consórcio participava deste processo. Os entrevistados da equipe dirigente do Consórcio demonstraram preocupação quanto a não inserção dos serviços do Consórcio na programação, uma vez que as informações referentes aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares não são inseridas nos sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde.

De acordo com BRASIL (1997), essa articulação intermunicipal tem relação direta com o papel do gestor estadual, que é, substancialmente, a de organizar o Sistema de Saúde no seu âmbito e disciplinar a referência, a contra-referência e a regionalização. Esta competência tem visibilidade, principalmente, na Programação Pactuada e Integrada- PPI-, discutida e aprovada na Comissão Intergestores Bipartite.

Tais achados apontam a necessidade de que esta situação deva ser aprofundada e discutida entre os três entes federativos, pois o consórcio não foi uma proposta isolada e sim uma cooperação intergovernamental (GUIMARÃES, 2001). Isto pressupõe que,

para a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços, é necessário a constante interação dos gestores nas diversas esferas de governo (SANTOS, 2000).

5.3.2.2 – Disponibilidade

A avaliação desta subdimensão considerou que o CISRTP alcançou uma classificação *intermediária*, conforme a pontuação obtida, o que informa que a magnitude e o tipo de recursos oferecidos são suficientes para atender as necessidades dos usuários da microrregião do Teles Pires, considerados: a capacidade instalada e os profissionais de saúde.

Capacidade Instalada

O CISRTP, desde a sua criação, vem aumentando a oferta de serviços aos municípios consorciados. Na microrregião do Teles Pires existem 160 unidades de saúde, nos diversos níveis de complexidade, listados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em dezembro de 2008. Tal número representa um incremento de 52,0% em relação ao ano de 2000, devendo-se principalmente ao aumento das unidades básicas de saúde e das clínicas especializadas (Tabela 9).

Do total desses estabelecimentos, a maioria corresponde a unidade básica de saúde/centro de saúde que representam 44,37% dos serviços de saúde informados, em decorrência principalmente da implantação do Programa Saúde da Família (PSF). Complementam-no 17 clínicas e ambulatórios especializados, 71 centros de saúde e 15 unidades de Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT). A rede hospitalar, incluindo os prontos socorros, soma um total de 10 unidades. O CNES indica também a existência de quatro Unidades Móvel pré-hospitalar urgência/emergência.

Em relação à rede hospitalar, a microrregião apresenta hospitais tanto públicos quanto privados, localizados nos seguintes municípios: Cláudia (01 privado); Lucas do Rio Verde (02 Privados); Nova Maringá (01 Municipal); Nova Mutum (01 Filantrópico); Sinop (02 Privados e 01 Filantrópico); Sorriso (01 Estadual e 01

Privado); Tapurah (01 Municipal) e Vera (01 Privado). Ao analisar o ano de 2000 verifica-se a existência de 11 unidades hospitalares, não ocorrendo, portanto, no período analisado, crescimento da rede da hospitalar. Naquele ano o município de Nova Maringá ainda não fazia parte do CISRTP.

Tabela 9 - Estabelecimentos de saúde dos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires por tipo de unidade. Mato Grosso, 2000 e 2008

Tipo de Estabelecimento	Quantidade	
	2000	2008
Centro de saúde/unidade básica	16	71
Posto de saúde	26	24
Consultório Médico	42	7
Clínica especializada/ambulatório especializado	-	17
Hospital geral	11	10
Unidade móvel terrestre	-	6
Unidade móvel pré-hospitalar	-	4
urgência/emergência	-	4
Unidade de vigilância em saúde	-	4
Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico	10	15
Pronto socorro geral	-	2
Total	105	160

Fonte: GESIAS/COCAAS/SUAS/SES-MT

Em relação à oferta de leitos, da rede SUS e da rede não SUS, por especialidades os municípios consorciados, no ano de 2008, apresentam a quantidade total de 505 leitos, dos quais 322 (63,8%) são de competência do SUS (Quadro 7). A maioria destes leitos se concentra nos municípios de Sorriso e Sinop. No ano de 2000 a região contava com 462 leitos, assim distribuídos 52,2% leitos de competência do SUS e 47,8% da rede não SUS. Houve um aumento de aproximadamente 9,31% de leitos no período estudado, bem inferior ao da população no período, de 50%.

O número de leitos por habitante no mesmo período foi de 1,66 leitos por 1000 habitantes. A oferta de leitos SUS corresponde a 1,06 leitos SUS por 1000 habitantes, não atendendo ao recomendado pela Organização Mundial de Saúde que é de quatro leitos por mil habitantes e a Portaria N 1.101/2002 GM/MS (2,5 a 3 leitos por 1000 habitantes). No entanto, em 2000 a oferta era de 2,4 leitos por mil habitantes, ratificando o fato de que o número de leitos não acompanhou o crescimento populacional da

microrregião, informando que é menor a disponibilidade de leitos hospitalares para os usuários da microrregião.

Quadro 7- Tipos de Leitos por especialidades dos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires. Mato Grosso, 2008

MUNICÍPIO	TIPO DE LEITOS													
	CIRÚRGICO		CLÍNICO		COMPLEMENTA R		OBSTETRÍCO		OUTRAS ESPECIALIDADE		PEDIÁTRICO		TOTAL	
	QDADE EXISTENT ES	QDAD E SUS	QDADE EXISTENT ES	QDAD E SUS	QDADE EXISTENT ES	QDAD E SUS	QDADE EXISTENT ES	QDAD E SUS	QDADE EXISTENT ES	QDAD E SUS	QDADE EXISTENT ES	QDADE SUS	TOTAL DE EXISTENTE S	TOTA SUS
CLAUDIA	2	2	11	4	0		5	4	0	0	5	4	23	14
LUCAS DO RIO VERDE	15	11	30	15	2	1	17	12	0	0	13	7	77	46
NOVA MARINGA	0		6	6			3	3	1	1	8	8	18	18
NOVA MUTUM	10	9	10	9	1	1	6	5	0	0	8	7	35	31
SINOP	19	12	69	32	6	4	32	19	0	0	30	12	156	79
SORRISO	56	49	34	28	10	0	17	12	3	3	24	20	144	112
TAPURAH	4	4	10	10	1	1	3	3	0	0	4	4	22	22
VERA	4	0	12	0	0	0	5	0	0	0	9	0	30	0
TOTAL	110	87	182	104	20	7	88	58	4	4	101	62	505	322

Fonte: GESIAS/COCAAS/SUAS/SES-MT

Em relação à oferta de profissionais de saúde na região do Consórcio do Teles Pires (Tabela 10), segundo dados do CNES, houve variações entre 2000 e 2008. A relação por mil habitantes, em 2000, foi de 0,20 profissionais por 1000 habitantes e no ano de 2008 de 1,65 profissionais médicos por mil habitantes o que representa 18% do total de profissionais de saúde. O número de profissionais médicos apresenta-se de acordo com os parâmetros da Portaria nº 1.101/2002 que é de um médico para mil habitantes. É importante salientar, que destes 502 médicos da microrregião, apenas 53 profissionais médicos que atendem o CISRTP, ou seja, são os que recebem o incentivo salarial correspondente a interiorização para complementar o salário do Hospital Regional. Sendo assim, a relação de profissionais médicos para o atendimento dos municípios consorciados é de 0,17 por mil habitantes.

O CISRTP complementa esses serviços médicos através da compra de consultas nas seguintes especialidades: Otorrinolaringologia, Pneumologia, Oftalmologia, Urologia, Cardiologia e Ortopedia. Estas especialidades foram citadas em todas as entrevistas como insuficientes para o atendimento na microrregião.

Tabela 10 - Número de profissionais de saúde segundo ocupação, dos municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires. Mato Grosso, 2008

Profissionais por ocupação	Total	%
Profissionais de Saúde	2271	81,89
Médicos	502	18,11
Total	2773	100

Fonte: GESIAS/COCAAS/SUAS/SES-MT

A maioria dos serviços prestados pelo Consórcio é realizada pelo Hospital Regional de Sorriso, unidade de referência da microrregião que conta com 112 leitos hospitalares, dos quais 10 leitos de UTI neonatal e 06 UTI adulto, e as seguintes especialidades: Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Pediatria, Urologia, Cirurgia Vascular, Neurologia, Neurocirurgia, Buco-Maxilo, Otorrinolaringologia, Traumatologia e Ortopedia.

Além desses serviços oferecidos pelo Hospital Regional, o Consórcio comprou no ano de 2008, para atender a demanda dos municípios e complementar os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, exames nas seguintes especialidades: teste ergométrico, ecocardiograma, ultrassonografia, densitometria, mamografia, endoscopia, eletroencefalograma e tomografia computadorizada.

O CISRTP vem aumentando progressivamente a disponibilidade de serviços especializados aos municípios consorciados, quando comparados com o ano de 2000, permitindo aos usuários dos municípios o acesso a este conjunto de serviços de saúde.

Apesar disso, ainda há necessidade de estratégias de ação para a expansão da oferta de serviços especializados na microrregião do Teles Pires, a partir da lógica da disponibilidade de especialistas e da adequação da capacidade instalada conforme a necessidade da população e que permita ao Consórcio a possibilidade de planejar a oferta de saúde.

5.3.2.3 – Acessibilidade

A avaliação desta subdimensão considerou que o CISRTP alcançou uma classificação *intermediária*, conforme a pontuação obtida.

De acordo com Acurcio e Guimarães (1996) a acessibilidade é definida por Donabedian (1990) como a capacidade do paciente obter, quando necessitar, cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente, ou seja, que permita que os serviços sejam utilizados mais facilmente pelos usuários.

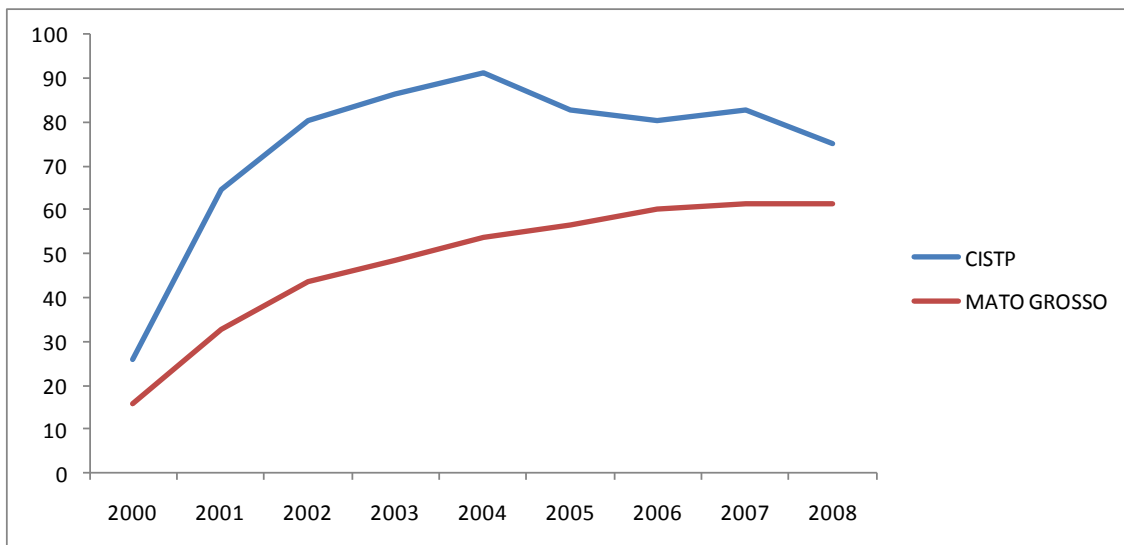
A atenção primária é a principal porta de entrada aos usuários do Sistema Único de Saúde. Neste sentido, os dados do Programa Saúde da Família da região do Consórcio do Teles Pires, no período de 2000 a 2008, informam uma boa cobertura (Tabela 12). O decréscimo de 9,20% no período de 2007 a 2008 é decorrente provavelmente da não ampliação das equipes de saúde da família no município de Sinop, frente ao crescimento populacional deste município no período. Porém, esses resultados situam-se sempre acima da média do estado (Tabela 11 e Figura 11). É importante destacar que o modelo de consórcio implantado em Mato Grosso esteve fortemente vinculado à organização da Atenção Primária, e havia incentivo financeiro aos municípios através do PACIS para o incremento destas atividades.

Tabela 11- Cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família na região do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires. Mato Grosso, 2000 – 2008

ANO	CISTP	MATO GROSSO
2000	25,82	15,7
2001	64,69	32,69
2002	80,18	43,79
2003	86,42	48,43
2004	91,2	53,85
2005	82,69	56,52
2006	80,19	60,2
2007	82,84	61,54
2008	75,26	61,41

Fonte: SIAB/SES/MT

Figura 11 - Cobertura Populacional das Equipes de Saúde da Família na região do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires. Mato Grosso, 2000-2008



Fonte: SES/MT

O quadro 8 apresenta os dados referentes à procedência do paciente e demonstra onde ocorreram as internações da população residente dos municípios consorciados. É importante informar que foi incluída neste quadro a referência por complexidade e segundo o que está preconizado no Plano Diretor de Regionalização do Estado. Tomou-se como primeira referência o município de Sorriso e como segunda Cuiabá. O município de São José do Rio Claro foi analisado no ano de 2000, pois o município de Nova Maringá ainda não fazia parte deste Consórcio e pertence à Regional de Saúde de Diamantino.

Verifica-se assim, que os municípios estão utilizando como referência os serviços de saúde da própria microrregião do Teles Pires. Isto é, utilizando serviços dos próprios municípios ou referenciando o paciente para Sorriso. Observou-se que o percentual de internações encaminhadas ao município de Cuiabá apresentou redução para a maioria dos municípios no período de 2000 e 2008. Tal fato nos indica que houve melhoria tanto no acesso quanto da resolução regional.

Quadro 8 : Percentual de pacientes internados , por procedência do paciente e local de internação 2000 – 2008, dos municípios do CISRTP – Mato Grosso

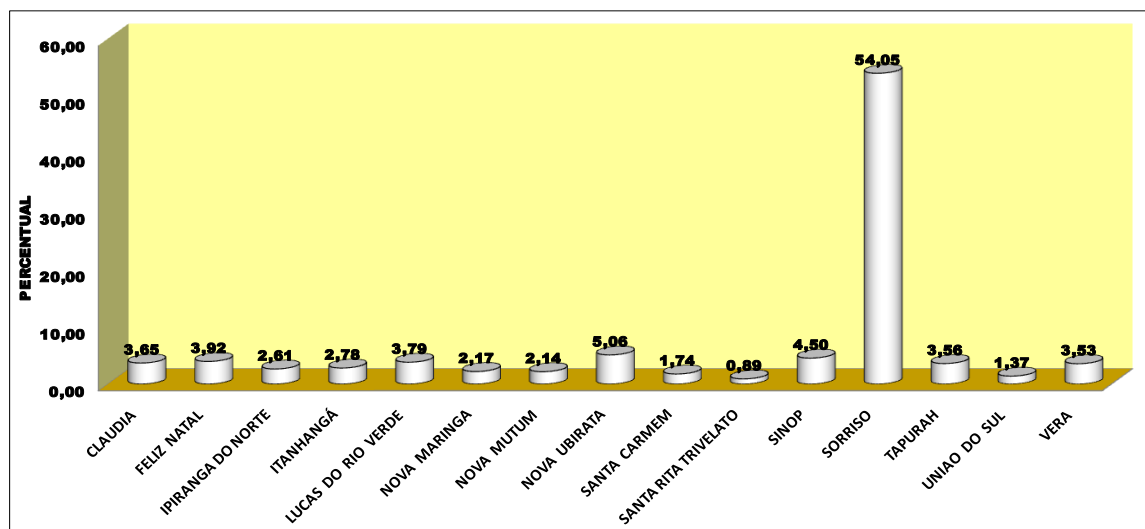
Ano	2000		2008	
	Nº	%	Nº	%
CLAUDIA	1074		865	
SORRISO	172	16,0	256	29,6
CLAUDIA	833	77,6	557	64,4
CUIABA	27	2,5	19	2,2
FELIZ NATAL	518		436	
SORRISO	186	35,9	387	88,8
CUIABA	14	2,7	24	5,5
IPIRANGA DO NORTE			1	
SORRISO			1	100,0
LUCAS DO RIO VERDE	655		2306	
SORRISO	232	35,4	255	11,1
CUIABA	57	8,7	104	4,5
LUCAS DO RIO VERDE	357	54,5	1919	83,2
NOVA MARINGA	283		257	
SORRISO		0,0	118	45,9
CUIABA	15	5,3	19	7,4
SAO JOSE DO RIO CLARO	265	93,6	116	45,1
NOVA MUTUM	903		1309	
SORRISO	72	8,0	192	14,7
CUIABA	77	8,5	81	6,2
NOVA MUTUM	731	81,0	1028	78,5
NOVA UBIRATA	207		399	
SORRISO	192	92,8	373	93,5
CUIABA	3	1,4	12	3,0
SANTA CARMEM	275		153	
SORRISO	86	31,3	100	65,4
CUIABA	17	6,2	5	3,3
SANTA RITA DO TRIVELATO			83	
SORRISO			72	86,7
CUIABA			4	4,8
SINOP	5770		6063	
SORRISO	539	9,3	272	4,5
CUIABA	358	6,2	239	3,9
SINOP	4798	83,2	5502	90,7
SORRISO	2395		3281	
SORRISO	2195	91,6	3049	92,9
CUIABA	153	6,4	155	4,7
TAPURAH	822		779	
SORRISO	156	19,0	647	83,1
CUIABA	19	2,3	34	4,4
UNIAO DO SUL	259		126	

SORRISO	56	21,6	94	74,6
CUIABA	16	6,2		0,0
VERA	936		386	
SORRISO	251	26,8	316	81,9
CUIABA	53	5,7	30	7,8
VERA	615	65,7		0,0

Fonte: SES/MT

No tocante à utilização dos serviços do Hospital Regional de Sorriso, observa-se que dentre os municípios consorciados Sorriso é o que apresenta maior percentual de uso do Hospital (54,05%), apesar de não apresentar a maior população, seguido de Nova Ubiratã e Sinop (Figura 12). Esta situação provavelmente ocorre pela facilidade de acesso ao Hospital Regional, que está localizado em Sorriso, o que tem sido objeto de conflito e discussões no âmbito interno do Consórcio, segundo a fala dos entrevistados.

Figura 12: Índice de Utilização dos Serviços do Hospital Regional por município no ano de 2008 – CIS RTP – Mato Grosso



Fonte: CIS RTP – 2008

A análise realizada revelou que apesar do Consórcio ampliar a oferta de serviços na microrregião, a partir da aquisição de procedimentos de apoio diagnóstico e de consultas especializadas e de ter uma boa cobertura da Saúde da Família, estas ações ainda não foram suficientes para melhorar as barreiras de acesso. Os obstáculos são aqueles relacionados ao modo de organização dos serviços na microrregião do

Consórcio, principalmente no sistema de referência e contra-referência e à existência de filas para a realização dos procedimentos eletivos e para consultas em algumas especialidades, segundo as falas dos entrevistados. Este fato revela a insuficiência de ações voltadas para a sua resolução e a pouca efetividade daquelas adotadas.

5.4 - ANÁLISE DAS ENTREVISTAS E CONSTRUÇÃO DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Neste item apresentam-se os Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) construídos a partir das entrevistas com os atores chave (Presidente do Conselho Diretor, Presidente do Conselho Técnico, Secretária Executiva, representante do Conselho Fiscal, Diretora do Hospital Regional de Sorriso, Gestor Estadual do ano de 2008, Gestor Estadual do ano de 2000). As entrevistas foram conduzidas por um roteiro semi-estruturado com 35 perguntas abordando as dimensões: I Projeto de Governo; II Capacidade de Governo; III Governabilidade; IV Contexto Assistencial.

Para a construção dos discursos foram analisadas 23 questões das entrevistas e algumas questões foram agrupadas por apresentarem o mesmo tema para a construção dos discursos.

Os discursos-síntese foram elaborados a partir das expressões-chave contidas nas principais idéias centrais e são apresentados conforme as dimensões descritas acima.

DIMENSÃO I – PROJETO DE GOVERNO

O projeto de governo é entendido aqui como o conjunto de proposições elaboradas pelos gestores municipais visando o alcance de seus objetivos que compromete uma mudança para uma situação esperada (MATUS, 1997). Esta dimensão apresenta-se composta por três questões extraídas das entrevistas.

As primeiras categorias de DSC foram identificadas a partir das duas primeiras questões “Qual é, em sua opinião, a missão do CISTP para a sua região? (como foi formulada; quem participou; foram levados em conta os interesses e estratégias dos

municípios envolvidos) Quais são, em termos gerais, os objetivos da CISTP para o sistema regional de saúde?”

Idéia Central: A principal missão do consórcio é viabilizar especialidades médicas para a microrregião de saúde.

Discurso do Sujeito Coletivo: A missão do Consórcio é realmente diminuir ou resolver os problemas para que não saia daqui o paciente. O CISRTP foi criado para trazer especialidades para o interior, arrecadando recursos para complementar salário a título de incentivo de interiorização. Inicialmente teve este objetivo, somar valores para o pagamento dos profissionais de saúde, organizando a região atendida pelo Hospital Regional de Sorriso, mantendo os profissionais de saúde no interior para poder descentralizar as ações de saúde da capital para o interior, regionalizando a saúde.

Idéia Central: O consórcio apóia o Hospital Regional de Sorriso complementando os serviços de saúde

Discurso do Sujeito Coletivo: O consórcio assumiu outras funções, que é de suprir as necessidades do Hospital Regional de Sorriso, ou seja, comprar serviços que faltam no hospital ou complementar algum serviço do hospital, o que garante o tratamento do usuário. Essa foi a estratégia para acabar com a demanda reprimida. É o apoiador do Hospital Regional, buscou realmente melhorar os atendimentos para toda região e toda a população daqueles municípios.

Idéia Central: A missão do consórcio é garantir os serviços de saúde no interior do estado

Discurso do Sujeito Coletivo: A missão do Consórcio veio muito nesta questão de garantir a assistência médica especializada e internação hospitalar através da parceira estado e municípios principalmente nas regiões do interior do estado que eram mais desassistidas. Ele nasceu num momento, em que houve uma maior participação dos municípios no complemento dos serviços onde o Sistema Único de Saúde não atingia, pois se viu a necessidade então de uma articulação entre estado e municípios e entendia-se que nem o município sozinho e nem o estado sozinho teria condições de dar conta

desse desafio. O CIS busca adquirir serviços em outras unidades de saúde, clínicas privadas e serviços para atender a população regional viabilizando exames de alta complexidade e até mesmo algumas cirurgias.

A terceira questão “Como é feita a previsão dos recursos financeiros? Como ele é orçado? Está previsto nos planos municipais, estadual, no PPA ou existem outros instrumentos?” Trouxe-nos duas categorias de discurso:

Idéia Central – Os recursos financeiros dos municípios estão previstos nos planos municipais de saúde e aprovados pela câmara dos vereadores.

Discurso do Sujeito Coletivo: Quando se implementa política, primeiro negocia, chega a acordos pactos em relação às metas e objetivos depois se define um plano de ação e após o plano é inserido no orçamento.

Anualmente, ao elaborar o orçamento, o estado tem a receita para os consórcios, prevista orçamentariamente e alocado. O Consórcio tem que estar previsto em todos os instrumentos legais de planejamento, com uma rubrica orçamentária normal, como se fosse qualquer outro programa. É também previsto no plano municipal de saúde, em que é feita toda a previsão, no final do ano passa para a aprovação pela câmara de vereadores.

Idéia Central: Os recursos do Consórcio são previstos no plano de trabalho anual aprovado pelo Conselho Diretor

Discurso do Sujeito Coletivo: No consórcio é feito um plano de trabalho em cima do gasto do mês do ano anterior. Então o orçamento é realizado com base no ano anterior e colocado um teto a mais, uma previsão de 10 a 15% a mais no âmbito dos municípios. Isto é discutido e consensuado pelos municípios e após, passa na reunião com o Conselho Diretor para aprovar o orçamento.

Comentários

Como todo o processo de descentralização o gestor municipal passa a dirigir o sistema de saúde mediante ao exercício das funções de coordenação, articulação, planejamento, controle e avaliação entre outras. O ponto fundamental é que o plano se constitui em um elo entre a política e a gestão, na medida em que explicita objetivos, recursos e competências, ou seja, o projeto de governo ou plano expressa a direção que pretende tomar a gestão. Sob esse aspecto, os discursos construídos demonstram que a concepção e a missão do consórcio apresentam-se explícitas para os atores envolvidos, ou seja, apresenta um foco que é garantir o acesso às especialidades médicas no interior do estado. Nesta perspectiva, o consórcio se apresenta como forma de garantir os serviços de saúde no espaço regional, na expectativa de superar as dificuldades dos municípios frente à descentralização.

Do ponto de vista da forma como se dá a priorização dos recursos orçamentários para o Consórcio, nota-se que estes estão previstos nos planos municipais dos municípios consorciados, seguindo todos os trâmites legais dos instrumentos de gestão. No entanto, verifica-se a dificuldade identificar o investimento nas ações do Consórcio que não está claramente definido como sendo uma prioridade nos planos. O que se constata também é que a previsão orçamentária é realizada em cima de valores repassados para o Consórcio no ano anterior, ou seja, não há uma articulação entre os atores envolvidos na redefinição dos recursos necessários e de uma perspectiva para o Consórcio quanto a sua dimensão pública, pressupondo também a falta de maior compreensão dos gestores sobre a inserção dos consórcios no sistema de saúde.

Matus postula:

(...) planejar é tentar submeter o curso dos acontecimentos à vontade humana, não deixar que nos levem e devemos tratar de ser condutores de nosso próprio futuro, trata-se de uma reflexão pela qual o administrador público não pode planejar isoladamente, esta se referindo a um processo social, no qual realiza um ato de reflexão, que deve ser coletivo, ou seja, planeja quem deve atuar como indutor do projeto (MATUS, 1997, p. 13).

Contrariamente a essa conceituação, há indícios de que a gestão pública municipal se caracteriza pelo imprevisto, pela revisão e atualização de planos de anos anteriores tomando como referência as circunstâncias emergenciais que vão

acontecendo no dia a dia e é dessa forma que acontece na região do Consórcio Intermunicipal de Saúde da região do Teles Pires.

DIMENSÃO 2: CAPACIDADE DE GOVERNO

Esta dimensão foi apreendida por um conjunto de oito questões, que expressam a perícia dos dirigentes para conduzir, manobrar e superar as dificuldades da mudança proposta, ou seja, refere-se à possibilidade de ação e ao controle dos efeitos desta ação.

A primeira questão: “Como funciona o sistema de decisão no CISTP? Qual o seu poder dentro do consórcio?” Nesta questão permitiu a construção de três discursos:

Idéia Central: O consórcio tem autonomia na tomada de decisão, a secretaria de estado tem o papel de apoiador.

Discurso do Sujeito Coletivo: Os municípios tinham total autonomia para adotar o que queriam e o que pactuar de especialidades e serviços a serem contratados. O papel do estado foi ser o apoiador na proposta do consórcio, a nossa participação era para que todos os municípios participantes priorizassem o programa de saúde da família e o atendimento secundário especializado ou hospitalar não substituísse a falta de rede básica. O estado só interferia quando havia alguma demanda que ultrapassasse a governabilidade e capacidade financeira. Na verdade, os consórcios têm sua autonomia, têm personalidade jurídica própria, onde o estado não interfere na sua gestão, contudo, deveria participar como um integrante.

Idéia Central: A responsabilidade da tomada de decisão é do conselho diretor do consórcio

Discurso do Sujeito Coletivo: O Conselho Diretor é responsável pela tomada de decisão. Então, é função dele tomar decisões que dependem de alterações de estatuto, alterações de algumas leis, do regimento interno do consórcio, o papel é atuar nas questões e nas demandas de maiores necessidades, no caso orçamentário, de legislação aprovação de convênios, aprovação de contas, aprovação de orçamento, essa é a função do Conselho Diretor.

Idéia Central: As decisões referentes a algumas demandas do Consórcio são definidas por consenso entre os secretários municipais de saúde

Discurso do Sujeito Coletivo: O presidente do consórcio é aberto nesse ato e sempre tem diálogo com os secretários. Então as decisões de algumas demandas são bem democráticas e são tomadas em conjunto com os secretários, por consenso, sendo o conselho diretor que bate o martelo, realmente.

A partir da segunda questão “O CISRTP é o consórcio de saúde mais antigo do Estado. Quais as causas da sua durabilidade (ou sustentabilidade) durante tanto tempo?” foram construídas quatro categorias de discursos.

Idéia Central – A sustentabilidade do consórcio é garantida pelo incentivo financeiro para o pagamento dos profissionais médicos e o suporte ao Hospital Regional.

Discurso do Sujeito Coletivo: O Consórcio foi criado justamente para isso, trazer o profissional para o interior, a título de incentivar o profissional e o que mais segura o consórcio é essa interiorização, que ele paga para os médicos e para os serviços que o hospital não tem. O suporte que ele dá ao Hospital Regional foi em benefício de todos os quinze municípios e da região inteira e o hospital não sobreviveria sem essa interiorização.

Idéia Central: A união dos gestores municipais garante a sustentabilidade do Consórcio em prol de um mesmo objetivo.

Discurso do Sujeito Coletivo A união dos prefeitos e dos secretários municipais de saúde em prol do objetivo do Consórcio faz com que a meta traçada seja cumprida pois, os interesse são comuns. Então é o benefício comum que supera as dificuldades que a região tem de buscar parceria com outros municípios e até mesmo com a capital. Pois, se não tivesse o Consórcio, não teríamos a estrutura que hoje existe, pois, foi através dele que se buscou toda essa estrutura de saúde que tem hoje aqui na região. E é isso que mantém os consórcios unidos.

Idéia Central – O aspecto econômico da região influenciado pela cultura dos imigrantes do sul do Brasil favoreceu a adesão dos municípios ao Consórcio.

Discurso do Sujeito Coletivo: Uma das causas é a questão econômica, é uma região realmente privilegiada e ainda existe uma cultura dos municípios da região que favoreceu porque alguns desses municípios têm uma forte presença de imigrantes da sul do país aonde já existia uma tradição de consorciamento. Este poder aquisitivo melhor, fez com que os municípios participem efetivamente com valores que podem fazer a diferença.

Idéia Central: A sustentabilidade é dependente da gestão do Consórcio.

Discurso do Sujeito Coletivo: A gestão faz com que o Consórcio permaneça, pois, hoje está funcionando em função dos presidentes, porque quando ele foi criado era uma entidade extremamente dinâmica, depois caiu, dependendo da gestão. Então, tiveram gestões que foram ruins e outras que foram bem melhor. Porque se for analisar essa questão de estado, o consórcio e o hospital já tinha fechado. Apesar da posição política da secretaria de não fazer nenhuma discriminação política partidária, ideológica e sim de uma política que era atender universalmente.

A construção dos discursos apresentados a seguir, foi feita a partir da resposta a três questões, cujas características se relacionam entre si e referem-se a um mesmo assunto “Fale-me um pouco sobre a relação estabelecida entre o CISRTP e os municípios consorciados; Houve maior integração política entre os municípios com o funcionamento do Consórcio? E quais são os laços políticos mais estreitos relativos ao seu município, entre quais Secretarias de outros municípios, com vereadores ou outros?”

Delas, foram extraídos cinco discursos:

Idéia Central: O Consórcio favoreceu a integração entre os municípios e o estado.

Discurso do Sujeito Coletivo: O Consórcio obrigou os municípios a estarem conversando e planejando, delineando as ações conjuntamente, além de integrar a região integrou também os municípios à Secretaria Estadual de Saúde, pois é obrigatório que a região se entenda dentro do objetivo para traçar a aplicação dos recursos do Consórcio para que cumpra as suas metas.

A adesão dos municípios foi se dando na medida em que viram os resultados positivos. Foi um processo pedagógico, um processo de ensinar pela experiência que é melhor a ir junto, do que ficar cada um de um lado.

Idéia Central: A integração entre os municípios era melhor na gestão passada devido à experiência dos gestores municipais.

Discurso do Sujeito Coletivo: No Conselho Técnico houve bastante aproximação entre os municípios, são bem integrados, uns ajudam os outros. Porém, na gestão passada foi melhor que a atual, até porque, na gestão passada você tinha secretários com mais experiência e nessa gestão teve município que já trocou de secretário três ou quatro vezes em dez meses Na verdade, hoje dá impressão que cada um quer cuidar do seu umbigo, cada secretário quer tratar do seu problema, poucos pensam em termos de regionalização cada um quer resolver o seu problema.

Idéia Central: Existem ações do Consórcio que tem interferência política geradas pelos gestores municipais.

Discurso do Sujeito Coletivo: Algumas ações do Consórcio deveriam ser desempenhadas de forma diferente, mas, tudo pára numa porta em que se chama partido e às vezes não aconteceu por burocracia política. Quando se trata de secretários, então para aí no partido, pois, aqueles que comungam das mesmas idéias ou que são da mesma sigla partidária têm um diálogo, já àqueles de partido contrário têm alguma dificuldade. Mas o Consórcio é bem neutro nessa parte e não há tanta interferência política, mas, talvez haja mais interferência de alguns interesses mais pessoais de alguns

gestores. Apesar disso, o Consórcio tem procurado aliar esta questão de interferência política em força política favorável ao fortalecimento do Consórcio na região.

Idéia Central: Os secretários municipais acham que o Consórcio tem que resolver a compra de serviços a partir das demandas.

Discurso do Sujeito Coletivo: Na visão de alguns secretários imaginam que o Consórcio resolva tudo, que o Consórcio tem que comprar serviço, comprar consulta em cima da demanda deles. Na verdade eles acham que o Consórcio tem que fazer tudo... Só que não é isso, cada um tem que fazer a sua parte, pois, o consórcio não tem como resolver tudo. Essa demanda que os municípios têm, é porque uma boa parte dos municípios não faz a atenção básica. Porque a partir do momento em que você tem uma atenção básica que realmente funcione você vai diminuir a sua questão do Consórcio, diminuir do hospital, a sua demanda vai diminuir drasticamente, quando você passa ter uma atenção básica de qualidade.

Idéia Central: O estado participa na cooperação técnica e financeira dos consórcios, mas, também contribui no gerenciamento dos conflitos.

Discurso do Sujeito Coletivo: O papel do estado aí é fundamentalmente cooperar técnico e financeiramente com os municípios, porém na hora dos conflitos há necessidade sim da participação da gestão estadual até porque afinal de contas gestão estadual tem a maior contribuição financeira no consórcio, então aí os próprios municípios procuram a gestão estadual no sentido de ajudá-los a solucionar estes problemas.

A sexta questão “Quais são os mecanismos de acompanhamento do desempenho do CIS?” Desta pergunta originou dois discursos do sujeito coletivo.

Idéia Central: A Secretaria Estadual de Saúde tem o setor de controle e avaliação que faz o acompanhamento das ações do consórcio, porém ele é pouco eficaz.

Discurso do Sujeito Coletivo: O Consórcio depois do processo inicial de implementação ele passou a fazer parte da rotina, ele entrou na estrutura burocrática da Secretaria. Este acompanhamento se dá através do setor controle a avaliação, junto da própria estrutura de acompanhamento das ações assistenciais, ambulatoriais e hospitalares da secretaria.

Este setor faz o acompanhamento no sentido de que se possa observar se os consórcios estão realmente cumprindo com o seu papel, ainda é um bastante superficial, pois, acompanha aquela aplicação básica dos recursos e se os consórcios cumpriram as suas metas, que teria que ser melhorado com instrumentos mais eficazes.

Idéia Central: O acompanhamento do funcionamento do consórcio é realizado na reunião do Conselho Técnico

Discurso do Sujeito Coletivo: A reunião do Conselho Técnico é o mecanismo de acompanhamento do funcionamento dos consórcios. O controle e avaliação ocorrem dentro do próprio consórcio, temos uma noção do que vai precisar ou não, se aquela demanda está diminuindo e o que não está mais precisando. Tem um relatório e uma planilha de quantitativo de serviços prestados com os valores pagos para os profissionais, valores gastos com compra de serviço com especialidade, toda a produção que nós repassamos para o hospital e que o hospital repassa, porém ainda precisaria melhorar esse relatório.

Em relação à sétima questão “O CISRTP possui número de profissionais suficientes e qualificados para atender a microrregião? Existe uma política de incentivo para a fixação dos profissionais de saúde? Qual o mecanismo de contratação?” Foram identificados quatro discursos:

Idéia Central: O Consórcio apresenta na sua estrutura administrativa um número suficiente de profissionais, mas, os profissionais de saúde ainda são insuficientes.

Discurso do Sujeito Coletivo: Na administração do Consórcio os funcionários são suficientes, porque a função do consórcio é administrar o recurso e não fazer a ação.

Agora tem que ver o seguinte, não vamos confundir o consórcio com o hospital porque é insuficiente. E temos conhecimento que falta, o Consórcio, o secretário de estado de saúde e até o governador sabe que faltam profissionais, porque muitos não têm vontade de virem para um lugar tão distante e permanecem nos grandes centros.

Existem gargalos em algumas especialidades médicas tipo ortopedia, cardiologia, gastroenterologia e ginecologia que é um problema sério. Ainda há necessidade de enfermeiros, de pessoas que trabalham com a maca, auxiliar de farmácia, ou seja, de todos os tipos profissionais. Todas as especialidades deveriam ter mais, para ter 24 horas de especialidades no Hospital Regional. E não é só o fator profissional, é também o espaço físico, tem esse problema de leitos do hospital. Muitas vezes cirurgias são canceladas por falta de leito.

Idéia Central: O número de profissionais é suficiente, o que há é o corporativismo dos profissionais médicos e falta de cumprimento da carga horária.

Discurso do Sujeito Coletivo: O Consórcio tem profissionais específicos e são suficientes que atendem as necessidades. Porém temos um problema seriíssimo, porque se for analisar hoje dentro do que o Consórcio paga, se você analisar a folha de pagamento, as horas extras, o médico trabalha pelo consórcio, no hospital, na clínica particular dele, atende o município como médico especialista aqui. Então se for calcular hora de trabalho do médico, ele não dorme, não come, não tem tempo para nada são 24 horas. Então os 53 médicos que temos no Hospital Regional, cumprissem o horário, não tínhamos essa demanda. A grande verdade é que sobra, é médico que não acaba mais.

Idéia Central: As contratações dos profissionais são feitas a partir de teste seletivo ou concurso público.

Discurso do Sujeito Coletivo: O Hospital Regional que faz a contratação por teste seletivo ou por concurso, e encaminha para o consórcio realizar o pagamento. O mesmo teste seletivo que o Hospital faz quem é para a área administrativa, auxiliar, então se aproveita esse teste seletivo e é feito contrato pelo regime celetista. porém a maioria dos médicos é concursada pelo estado.

Idéia Central: A única política de incentivo é essa de complementação da interiorização, para a fixação do profissional no interior.

Discurso do Sujeito Coletivo: O Consórcio foi criado para trazer o profissional para o interior, a título de incentivar o profissional e a única política de incentivo é essa de complementação da interiorização do salário. Esse incentivo financeiro é excelente e é através do Consórcio que ajuda a pagar a folha de pagamento do Hospital Regional. Então, o Consórcio é uma âncora na verdade do Hospital Regional e também é parceiro dos municípios, porque ele é que negocia toda essa demanda de fazer a contratação dos profissionais para o atendimento. Mas, muitas vezes esse incentivo é mal utilizado, o Consórcio utiliza mal, contratam profissionais ruins, contratam serviços nada bons, porque o importante é ter o serviço para oferecer, não importa se o serviço não tenha qualidade, tem que ter preço e tem que ter o serviço.

Para a oitava questão “Quais as principais dificuldades enfrentadas pelo CISTP na gestão do SUS na microrregião?”, encontramos cinco discursos:

Idéia Central: No processo inicial da criação dos Consórcios havia problemas de ordem política, técnica e financeira.

Discurso do Sujeito Coletivo: As dificuldades eram de ordem política, de ordem financeira, a falta de capacidade de governo, a falta técnica política, não existia uma política formulada, não tinha projeto, não tinha plano de saúde, não tinha experiência prévia de consórcio, não tinha dinheiro, não tinha capacidade de governo, não tinha técnicos, não tinha nada. Mas; tinha vontade, tinha disposição e acreditava-se na proposta dos consórcios.

Idéia Central: Existe dificuldade de fazer gestão em parceria com o estado e com o Hospital Regional.

Discurso do Sujeito Coletivo: A Secretaria Estadual de Saúde utiliza muito o Consórcio para a implementação de serviços, como a própria contratação de mão de obra além de outras. Porém; há uma grande dificuldade de fazer a gestão do consórcio

em parceria com a direção do hospital para discutir o serviço e da interlocução com o estado, o que é uma coisa que dificulta bastante, enfim de mostrar essa dificuldade e achar alternativa.

Idéia Central: A estrutura física e financeira do Hospital Regional para o atendimento da população da região não acompanhou o seu crescimento populacional

Discurso do Sujeito Coletivo: A dificuldade é justamente buscar ampliar o serviço dentro do hospital a sua a estrutura física e financeira, pois, desde que foi criado o hospital, não houve investimento, somente na recepção e nas alas de UTI, mas é pouco, devido ao crescimento da região. O grande desafio é justamente buscar ampliar o serviço dentro do hospital.

Idéia Central: A principal dificuldade está no acesso aos serviços eletivos no Hospital Regional de Sorriso.

Discurso do Sujeito Coletivo: O maior problema está em viabilizar o acesso aos serviços eletivos, especificamente os procedimentos cirúrgicos eletivos. Esse é um problema que está estabelecido dentro do Hospital. Os pacientes ficam até cinco anos em uma fila de espera no Hospital Regional de Sorriso, pois, você atende primeiro a urgência, atende a emergência e o eletivo tem os critérios de gravidade, idade e depois a ordem de chegada no cadastro.

Idéia Central: Problemas financeiros para viabilizar os serviços de alta complexidade.

Discurso do Sujeito Coletivo: O serviço de alto custo não se consegue comprar com a tabela SUS e muitas vezes nem com a tabela Unimed a compra ficava cara demais. E então como o Consórcio, que é órgão público e somos SUS também, então se realiza a licitação dos serviços. A qualidade continua a mesma e ganha-se na quantidade e satisfação.

A nona questão “Quais os aspectos facilitadores do CISRTP na gestão do SUS na microrregião?” foram extraídos dois discursos:

Idéia Central: O Consórcio facilitou o estabelecimento de profissionais especialistas na microrregião

Discurso do Sujeito Coletivo: O Consórcio facilitou o estabelecimento de profissionais especialistas na microrregião, pois, os municípios pequenos não conseguem ter o acesso a todas as especialidades. O Consórcio consegue o serviço na região, a aquisição de serviços de saúde fora do hospital a partir da minimização de custos e facilita isso para os municípios havendo a redução de pacientes que vão até a capital.

Idéia Central: A parceira entre os municípios e outras instâncias no espaço regional.

Discurso do Sujeito Coletivo: O consórcio fez parte dessa política de trabalhar em parceria com os municípios no espaço regional. O consórcio tenta fazer diálogo com todos os secretários e esse diálogo é pra participar também da ação, para eles identificarem as necessidades da região e informarem o que está para ser comprado e o que tem de melhor ali para oferecer aos municípios.

Então a vontade política, essa visão da necessidade e os parceiros políticos importantes como COSEMs e o próprio Ministério da Saúde que apoiou a experiência no início e depois, o apoio político do governo foi fundamental e é um grande instrumento de defesa não só dos seus interesses como do Sistema Único de Saúde.

Comentários:

Os diversos discursos do sujeito coletivo referentes à opinião dos atores chave sobre as questões da dimensão de capacidade de governo são compostas de vários aspectos importantes que revelam a condução e o gerenciamento das ações do Consórcio.

Considerando que o CISRTP está em funcionamento há 15 anos, os discursos apresentam uma diversidade de fatores para esta sustentabilidade tais como: recursos financeiros, aspecto econômico da região, a união dos gestores e a própria gestão do Consórcio, que se apresenta, tanto sob aspecto positivo quanto negativo, influenciada pela experiência dos gestores municipais, na mudança de gestão municipal.

Em relação ao sistema de decisório do Consórcio, a maioria dos discursos assinala que as decisões são assumidas pelo presidente do Consórcio e que as ações que não demandam recursos podem ser consensuadas entre os gestores municipais, mas, a decisão final é do Conselho Diretor na figura do presidente. Esta função do presidente está previsto no estatuto do Consórcio.

A literatura nos mostra que a capacidade de governo (MATUS, 1997) apresenta-se centrada principalmente nas variáveis da liderança e da expertise do dirigente. Sendo o presidente do Consórcio a figura central da estrutura do consórcio é o seu papel dirigir, gerenciar, administrar e controlar. Percebe-se nos discursos, que há uma liderança do Presidente e o envolvimento dos demais atores no processo de condução do Consórcio.

Nos discursos produzidos sobre a integração entre os municípios nota-se que o Consórcio favoreceu a integração dos municípios da microrregião, primeiro pelo processo inicial de indução e pelos esforços da SES em buscar estas parceiras. E em segundo lugar, a própria necessidade dos municípios pequenos e dispersos em buscar essa união. Quando comparado as experiências publicadas de consórcios de outros estados, não se percebe a forte presença do estado na condução do processo (GIL, 2000, GUIMARÃES 2001, NEVES, 2001). Hoje o papel da SES se restringe ao apoio técnico e financeiro, não sendo mais condutor do processo. Nota-se ainda nos discursos que ocorre clientelismo político em alguns casos e estes são influenciados principalmente pelos gestores municipais, entretanto não se verificou este fato, na gestão do Consórcio. Os gestores têm ainda a visão de que o Consórcio é o responsável pelo fornecimento dos serviços assistenciais, e não como uma alternativa para a provisão dos serviços especializados ambulatorial e hospitalar.

A questão da adequação do quadro técnico às necessidades da microrregião, ou seja, à capacidade de responder à assistência à saúde de governo, os discursos destacam de forma contraditória a questão do profissional médico. Alguns discursos enfatizam

que há falta de especialistas médicos, outros mostram o não cumprimento da jornada de trabalho e os vários vínculos empregatícios exercidos pelo profissional médico, comprometendo a disponibilidade da oferta de serviços na microrregião. Este fato questiona o comprometimento dos atores do processo em relação aos aspectos de incentivo à interiorização, não enfrentado seja pelo Consórcio, seja pela SES.

O acompanhamento do desempenho do Consórcio é realizado tanto pela SES quanto pelo conselho técnico do Consórcio, porém não há uma sistematização na análise dos dados, não existem instrumentos de acompanhamento eficazes. Existem planilhas e relatórios com os dados, mas são insuficientes para demonstrarem se os resultados das ações do Consórcio são positivos ou negativos. A análise deve ter como foco as responsabilidades, as tarefas, as atividades e o recurso gasto, permitindo avaliar os resultados obtidos.

Os discursos referentes às facilidades e dificuldades enfrentadas pelo Consórcio na gestão do SUS na microrregião destacaram inicialmente que, no seu processo de implantação havia dificuldades financeiras, técnicas e políticas, os quais alguns foram gradativamente solucionados no período de implantação. Entretanto algumas dificuldades ainda persistem, quanto ao aspecto financeiro que ainda não foram superados, principalmente com relação à compra de serviços de alta complexidade, o acesso aos serviços eletivos e a falta de estrutura do Hospital Regional para o atendimento da população da microrregião. Muitas das dificuldades constatadas no Consórcio são evidenciadas no Sistema Único de Saúde como mostram os estudos de Arretche (2000), Mendes (2001) e Vieira da Silva (2007).

Vale mencionar que a relação entre a gestão do Hospital Regional e a gestão do Consórcio apresenta discordâncias e dificuldades de diálogo, fato este que está intimamente relacionado à disputa do poder. Segundo Cunha (2004), as relações intergovernamentais embora tenham características comuns, nem sempre são harmoniosas. Por outro lado, a análise dos aspectos facilitadores nos permite verificar que a parcerias entre o COSEMs, o governo estadual e governo federal expressam em efeitos positivos no processo de implementação do Consórcio e essas parcerias trazem a questão da perícia dos gestores como elemento da capacidade de governo.

DIMENSÃO 3 – GOVERNABILIDADE

Esta dimensão foi apreendida por quatro questões relacionadas à governabilidade do Consórcio que aqui é entendida como as condições necessárias à implementação das ações do Consórcio.

Em relação à primeira questão “Qual a autonomia do gestor, em relação para aos recursos repassados?” foram extraídos os seguintes discursos:

Idéia Central: O consórcio tem autonomia para a gestão dos recursos, exceto daqueles repassados pelo convênio do estado.

Discurso do Sujeito Coletivo: O consórcio tem autonomia total na questão da aplicação dos recursos, têm autonomia para traçar ou planejar quais as necessidades e as demandas da região. Porém, o recurso que é do incentivo financeiro do estado e repassados por convênio, estes são especificados no plano de trabalho comprometido com determinadas ações a serem cumpridas. São recursos financeiros específicos para o que se pode gastar, a autonomia é pequena.

Idéia Central: Os recursos que não demandam grandes valores são discutidos no conselho técnico.

Discurso do Sujeito Coletivo: As ações e as metas para a compra de serviço e para o pagamento dos prestadores são definidas na reunião do Conselho Técnico, desde que não envolva grandes valores e dentro do orçamento. Mas, na verdade a gestão do recurso é feita pelo presidente do Conselho Diretor.

A segunda questão era “Como se dá o processo de prestação de contas? (Há Relatório de Gestão; a quem são prestadas as contas; qual é a periodicidade; são prestadas contas dos resultados alcançados? Há pactuação de resultados; há pactuação quanto ao modo de avaliação, há participação na definição das metas e indicadores a serem avaliados; a prestação de contas é apresentada publicamente?” três discursos foram identificados:

Idéia Central: A prestação de contas é apresentada trimestralmente ao Conselho Fiscal e ao Tribunal de Contas do Estado.

Discurso do Sujeito Coletivo: O Consórcio presta contas da parte financeira ao Tribunal de Contas do Estado que faz o acompanhamento. Trimestralmente é feita também a prestação de contas e apresentado o relatório, a planilha do que foi gasto no mês anterior dois ou três meses para o Conselho Fiscal.

Idéia Central: A Secretaria de Estado de Saúde faz o acompanhamento mensal dos recursos do convênio.

Discurso do Sujeito Coletivo: As contas são prestadas para o Escritório Regional de Saúde, em cima dos planos pactuados. No estatuto do consórcio rege que a apresentação é trimestral, porém optamos em fazer mensal. A Secretaria de Saúde do Estado faz um acompanhamento do convênio do estado, essa prestação de contas segue o que o convênio reza aonde o recurso deve ser aplicado, o pessoal do convênio audita essas contas *in loco* após os consórcios prestarem as contas à secretaria, o setor faz toda a análise.

Idéia Central: A prestação de contas é aprovada pelo Conselho Diretor em cima das definições do Conselho Técnico.

Discurso do Sujeito Coletivo: No final do ano temos a prestação de contas geral e é feita a votação. O Conselho Diretor vota em cima do que o conselho técnico define, se o conselho técnico não reclamou, o Conselho Diretor sabe que alguém viu e acha que as contas estão corretas, todo mundo concorda. É feito em ata, mas é necessário passar pelo Conselho Diretor para a aprovação das contas.

Na terceira questão “Na sua avaliação as regras de utilização do CISTP são adequadas? O rateio das despesas como é? Funciona?” foram identificadas duas categorias de discurso.

Idéia Central: O mecanismo de rateio funciona e é feito em cima da base populacional e da utilização dos serviços do hospital.

Discurso do Sujeito Coletivo: O mecanismo de rateio do Consórcio funciona, não tem muitas reclamações. Funciona assim, dentro do Hospital Regional conta o que eles utilizam. Em cima da utilização dos serviços do Hospital Regional é calculada a mensalidade dos municípios, então esta é a base de cálculo do Consórcio para a interiorização, ou seja, é o recurso que é repassado para os médicos, a título de interiorização. O rateio é feito em cima do total do complemento dos médicos, a base de cálculo é de 80% em cima da utilização do hospital o que cada município utiliza do hospital entre exames, consultas, cirurgias, enfim todos os serviços e 20% com base sobre a população dos municípios.

Idéia Central: O município de Sorriso apresenta a maior utilização do consórcio, apesar de não ter a maior população.

Discurso do Sujeito Coletivo: Existem algumas distorções em relação à quantidade de uso, no caso o que manda mais paciente paga mais, no caso do de Sorriso é sempre o campeão deles o que mais paga, em função da utilização dele ser maior e a população dele não ser a maior. E temos Sinop que tem maior população. Essa é a pequena distorção em relação ao valor, mas é uma questão que está sendo discutida no consórcio. Embora, existem pessoas de outro município que vem à Sorriso e pegam consulta por que tem parente que mora no município e vai direto ao pronto atendimento e isto pode e tem contribuído para isso.

A quarta questão foi “Quais são os principais espaços de comunicação entre a CISTP, as SMS e a SES (fóruns, CIB regional, Colegiado de Gestão, encontros, outros)? (como foram criados; qual o objetivo; como funcionam; que temas ocupam maior parte das discussões; quem participa; qual sua avaliação, quanto a este processo; quais são as vantagens; quais são as desvantagens)”. Puderam-se identificar cinco categorias de discursos:

Idéia Central: No processo inicial da criação dos consórcios os canais de comunicação eram informais, eram discussões com os gestores.

Discurso do Sujeito Coletivo: Os canais inicialmente eram informais, pois este Consórcio levou aproximadamente um ano de negociações, de conversa e discussão entre os prefeitos individualmente para superar as divergências políticas partidárias, as divergências regionais, uma série de conflitos e interesses. Existia um acordo que é atender os interesses tanto dos municípios quanto do estado, no caso o interesse do estado era garantir essa assistência, e as definições das prioridades fossem feitas pelos próprios municípios. Não chegamos impondo programa, este programa aquele atendimento, esta especialidade ou aquela, ouviu-se as demandas dos municípios, e assim foi construída a proposta.

Idéia Central: As reuniões do Conselho Técnico funcionam como espaço de discussão e pactuação entre os municípios.

Discurso do Sujeito Coletivo: Hoje existe um espaço entre o Consórcio e secretarias municipais que são as reuniões. As reuniões do Consórcio são bimestrais, está no estatuto que exige seis reuniões do Conselho Técnico, quatro reuniões do Conselho Diretor e quatro do Conselho Fiscal, além das reuniões ordinárias, ocorrem também as extraordinárias. Nas reuniões periódicas entre os municípios participantes, os secretários municipais que formam o conselho técnico ou o Conselho Diretor dos prefeitos titulares, são discutidas as ações do consórcio. O secretário pede pauta, o hospital pede pauta, mas, nem sempre essas reuniões são resolutivas, apenas quando foca justamente o objetivo.

Idéia Central: Os assuntos freqüentemente discutidos nas reuniões do Consórcio são a insatisfação frente aos serviços do Hospital Regional e a compra de serviços.

Discurso do Sujeito Coletivo: O Consórcio do Teles Pires onde está localizado o Hospital Regional de Sorriso é um Consórcio que a Secretaria de Saúde utiliza muito para dar suporte ao Hospital e existe assim uma insatisfação dos serviços dentro do hospital o que mais tem é para a compra de serviços, os problemas existentes nos

municípios, onde o Consórcio pode estar resolvendo, em cima da demanda e em cima do hospital regional.

O Consórcio é uma união de municípios e o Hospital está aí para esses municípios, eles se sentem com força para que o outro também apóie para que tenha, para que resolva este descontentamento que eles têm sobre um assunto específico, mas a maioria é compra de serviços, troca de serviços, troca de experiências.

Este descontentamento com o Hospital tinha que ser discutido porque o consórcio é o apoiador do Hospital, é o parceiro do Hospital. Houve momentos em que o consórcio realmente compareceu foi parceiro, onde o Hospital participava das reuniões, eram convidados os representantes do corpo clínico, representantes da enfermagem, dos funcionários administrativo, mas agora a relação do Consórcio com a Secretaria de Estado é meio complicada. Torna-se necessário reunir e colocar as dificuldades, as angústias, pois, elas não são diferentes, e discutir ações que solucionem os problemas que são comuns, para cumprir as suas metas ou então que possa levar o serviço que aquela região esteja necessitando.

Idéia Central: O Consórcio não participa mais das reuniões do Colegiado de Gestão Regional.

Discurso do Sujeito Coletivo: O Consórcio participava das reuniões de Colegiado Regional, porém começou a empurrar serviço, colocar na responsabilidade do Consórcio, e na realidade eram da competência do Escritório Regional. A partir de então, ficou um pouco político jogando nas costas do Consórcio e diminuímos a participação. Pois, tudo tem um custo e um limite financeiro, que é o Convênio com o estado e município e assim, tomamos a decisão de que o Consórcio não iria se envolver. O presidente do Conselho Técnico participa de todas as reuniões do Colegiado e as questões que são levadas ao Colegiado são para discussão da compra de um determinado serviço. Na verdade a questão dos consórcios é discutida dentro do consórcio mesmo, não tem que levar assunto do consórcio na CIB, nos CGR regionais. Na verdade deveria, mas realmente não é levado, se resolve na reunião do Conselho Técnico e do Conselho Diretor.

Idéia Central: O Consórcio raramente é tema de discussão nas reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde.

Discurso do Sujeito Coletivo: O conselho municipal de saúde nunca chamou o Consórcio, só o conselheiro é que vem no Conselho Fiscal. Inclusive em todos os conselhos municipais, se fala muito pouco do Consórcio exceto Sorriso, que tem um foco maior, pelo fato da presidente do Conselho ser de Sorriso e ser mais atuante. Os conselhos dos outros municípios discutem muito pouco a questão do Consórcio nos Conselhos Municipais de Saúde. Porém, o Consórcio é ainda muito limitado, não vai até os conselhos para passar a real função dele, pois muitos conselhos municipais de saúde não têm conhecimento e nem a população tem o conhecimento do que é um Consórcio, então precisaria mais pessoas para realizar esse trabalho de intercâmbio.

Comentários

Frente aos discursos analisados, correspondente à dimensão governabilidade, relacionado à questão da autonomia financeira do gestor, podemos inferir que o presidente do Conselho Diretor apresenta autonomia referente aos recursos próprios do Consórcio, pois o montante financeiro advindo do convênio com estado deve estar expresso em um plano de trabalho. A definição da aplicação dos recursos financeiros é discutida entre os Secretários Municipais de Saúde no Conselho Técnico, mas é aprovada pelo Conselho Diretor. Tal atitude demonstra que há uma relação de trabalho e confiança entre os participantes dos municípios e a equipe dirigente do Consórcio. Quanto à prestação de contas da gestão financeira do Consórcio, estas são disponibilizadas conforme rege o estatuto do Consórcio, são apresentadas anualmente ao Tribunal de Contas do Estado, mensalmente a Secretaria Estadual de Saúde e trimestralmente ao Conselho Fiscal. Entretanto, a maioria dos gestores municipais não toma conhecimento da prestação de contas anual, que é aprovada em reunião do Conselho Diretor por acreditar na sua veracidade, configurando mais um ato burocrático.

Em relação ao sistema de rateio das despesas, por parte de cada consorciado e a forma de repasse de recursos de cada participante, para a realização das despesas do Consórcio, os discursos demonstram que as regras são claras e funcionam, à exceção de

um dos discursos, que demonstra o descontentamento em relação ao município de Sorriso, sede do Consórcio, pois supera a utilização dos serviços, apesar de não ter a maior população. Este fato é explicado por Ribeiro & Costa (1999), que é “um típico problema de governabilidade da associação está na obtenção de bônus políticos ao sediar o consórcio ou centralizar a oferta dos principais serviços”.

Segundo Matus:

A governabilidade do sistema não é indiferente à capacidade de governo nem à profundidade das mudanças pretendidas pelo projeto de governo (triângulo de governo). As relações de força políticas e econômicas, internas e externas, geradas em torno da equipe de governo e de seu projeto, explicam o balanço da governabilidade. (MATUS, 1996)

Os espaços de comunicação entre o Consórcio, estado e municípios, foram enfatizados nos discursos como necessários para as discussões e pactuações. Observa-se, entretanto, a não participação do consórcio nos Colegiados de Gestão Regional, pelo desconforto expresso, quando participavam das reuniões, fato este que fragiliza esta instância principalmente no que tange à assistência à saúde no espaço microrregional. Dentre os principais motivos apresentados é que não é o espaço para a discussão de assuntos do consórcio e sim para assuntos referentes ao espaço regional. Uma das justificativas para a não participação está no fato de que os gestores municipais já estão envolvidos nesse processo e podem estar esclarecendo questões pertinentes ao consórcio. Os assuntos do consórcio, segundo os informantes, devem ser discutidos nas reuniões do Conselho Técnico e entre os mais relevantes estão a compra de serviços e a insatisfação com os serviços prestados pelo Hospital Regional.

Outro aspecto relevante é a participação parcial dos representantes municipais dos conselhos de saúde, no Conselho Fiscal, que deve acompanhar os recursos financeiros aplicados no Consórcio e a aprovação das contas e com a participação parcial dos representantes de conselheiros municipais. Apesar do conselho ser um espaço de defesa do SUS, percebe-se inibida a sua participação na discussão de assuntos referentes ao consórcio. Por outro lado esta participação incipiente muitas vezes é ocasionada pelo desconhecimento da maioria dos conselheiros do papel do Consórcio do Teles Pires.

É notório o reconhecimento destes espaços para a discussão do Sistema Único de Saúde, pois se configuram como espaços permanente de pactuação, co-gestão e de decisão, mediante a identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções.

para a organização da rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutive (BRASIL, 2009).

DIMENSÃO 4: CONTEXTO ASSISTENCIAL

Nesta dimensão foram construídos os discursos referentes a sete questões das entrevistas, que estão relacionadas com o processo de implementação do Consórcio Intermunicipal da Região do Teles Pires.

A primeira questão desta dimensão era “Fale-me um pouco sobre o modo como se dá o processo de planejamento das atividades a serem realizadas pelo CISTP: (qual a metodologia de planejamento utilizada; os municípios participam desse processo; como?) Existe um Plano Regional de Saúde para o CISTP? (ou, se não houver Plano: o CISTP realiza planejamento de suas atividades.” A partir dela, foram identificados três discursos apresentados a seguir:

Idéia Central: O plano de trabalho é feito para os recursos do convênio com o estado e para atender as demandas

Discurso do Sujeito Coletivo: O recurso financeiro repassado pelo estado é negociado em um plano de trabalho quando é assinado o convênio. Assim, se trabalha com o plano de trabalho e um cronograma de desembolso que passa pela aprovação do Conselho Diretor e às vezes passa pelo Conselho Técnico, às vezes não passa, esse plano de trabalho é mais para o estado, para o convênio.

Idéia Central: Não é realizado um planejamento para os recursos próprios do Consórcio.

Discurso do Sujeito Coletivo: O recurso extra que é do imposto de renda, que é um recurso próprio do CIS é discutido com o conselho técnico as demandas de cada município e em cima desta demanda reprimida e é levado para essa reunião, decide e reúne com o Conselho Diretor só para aprovar a compra de serviços.

Idéia Central: O plano de trabalho é feito por burocracia, pois não há histórico para saber o que será necessário naquele período.

Discurso do Sujeito Coletivo: Nós temos que adaptar, com o tempo, época de chuva, uma doença, época de outras doenças, não tem como se saber exatamente o que vai precisar, não temos um histórico do que vai precisar para fazer o plano de trabalho. Assim, nós nos adaptamos a necessidade, porque este negócio de plano de trabalho para o ano inteiro se faz por burocracia mesmo!

Na segunda questão “Como se dá o sistema de regulação no âmbito dos municípios consorciados? Há um sistema informatizado? Há médicos reguladores?” foram identificados três discursos a seguir:

Idéia Central: A regulação era realizada pela Central de Regulação Estadual e Regional a partir de uma cooperação intergovernamental

Discurso do Sujeito Coletivo: A experiência da regulação em Mato Grosso é pioneira. A regulação de âmbito estadual de todos os serviços foi o primeiro estado a realizar. No ano de 2000, a construção de um modelo das centrais de regulação estadual e regional ocorreu a partir do modelo de programações estabelecidas e pactuadas pelos municípios, pois se entendia que essa estrutura só iria funcionar se tivesse uma estrutura realmente cooperativa entre os estado e os municípios na elaboração desse processo. Então, foi construída considerando a experiência dos consórcios.

Idéia Central: A regulação dos pacientes dos municípios é realizada pela Central de Regulação do Estado.

Discurso do Sujeito Coletivo: O médico regula o paciente pela Central de Regulação do estado que está instalado no Hospital Regional, ou seja, o Hospital tem um setor de agendamento da regulação, porém não tem médico regulador e nem a região tem médicos reguladores, nem para regular paciente para micro e para a macro. Antes tinha, porém foi desfeito. Porque é assim, alguns municípios antes de mandar o paciente para o Hospital Regional é feita a regulação médico com médico regulador,

então passa pela central de vagas que define se vai ser encaminhado para Sorriso, Sinop ou Cuiabá. Em relação às consultas especializadas e exames, para cada município existe uma cota pelo estado e pelo Hospital.

Idéia Central: O CISRTP realiza agendamento dos serviços comprados por um sistema próprio online.

Discurso do Sujeito Coletivo: As vagas do Consórcio Intermunicipal da Região do Teles Pires (CISRTP) são divididas vagas para cada município pelo consórcio.

Entretanto o Consórcio não atua na regulação do paciente. A regulação é feita via internet, utiliza-se um sistema que verifica se tem a vaga e agenda pelo sistema de agendamento online. Foi preparada uma pagina na internet que é do Consórcio que tem uma agenda online, onde o município tem acesso e agenda direto na clínica, onde é comprado o serviço. Cada clínica consulta a sua agenda na internet e consegue ver todos os acessos dos municípios. O CISRTP vê os relatórios no dia anterior da consulta e comunica aos pacientes o dia da consulta.

Na terceira questão “Como é o funcionamento do CISRTP (Referência e Contra referência, deslocamento dos pacientes, coleta de exames, etc.) O fluxo é formalizado? As referências regionais estão em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização?” foram identificados três discursos:

Idéia Central: Na microrregião existem muitas dificuldades com relação ao estabelecimento da contra referência.

Discurso do Sujeito Coletivo: O que se tem formulado é que o paciente vem e faz a consulta e tem a contra referência, que seria para ele mandar de volta lá para o município continuar. Mas, não existe no papel, nem dentro do hospital e nem no Consórcio a contra-referência. A referência é nossa, a contra referência não existe realmente, isso é sempre motivo de confusão entre os secretários. É um assunto que vêm sendo discutido há anos. Não se sabe o que aconteceu com o paciente, porque o paciente se perde no meio do caminho e o próprio paciente não volta para a Secretaria

ou para quem o referenciou para dizer o que aconteceu. Então, não se sabe se o paciente fez o exame ou deixou de fazer, se melhorou, ou não. Alguns pacientes dos casos bem específicos tentamos ter conhecimento. O serviço social liga para saber o que houve com o paciente, onde foi atendido, e se o procedimento foi feito, mas informalmente. Enfim, o médico regula a entrada do paciente, a saída deste paciente em alta, o paciente sai e não se sabe o que aconteceu com ele, ou seja, o paciente vem e se sair dali e morrer na porta, não sabemos o que aconteceu com ele.

Idéia Central: Não há o cumprimento da Programação Pactuada Integral (PPI) na sua totalidade.

Discurso do Sujeito Coletivo: Nessa PPI, 40% das programações não foram cumpridas, ficou só de papel. O paciente é referenciado, porém, não é atendido. Isto ocorre porque, todas as vezes que é realizada uma PPI, não é discutida com o município que se referenciou, para verificar a sua capacidade e se tem condições de absorver a demanda. Nunca sentou com Cuiabá e perguntou o que você tem para nos oferecer qual a sua capacidade instalada? Todo mundo referencia lá, por exemplo, Sorriso já suplementou a sua capacidade instalada. Então vamos tentar Sinop, nunca se fez isso. A referência é realizada aleatoriamente, só para ter no papel. Por isso você referencia, só que na verdade não tem!

Idéia Central: O Plano Diretor de Regionalização só existe no papel e não atende a microrregião.

Discurso do Sujeito Coletivo: O Plano Diretor de Regionalização existe teoricamente, não funciona. Na microrregião as referências são feitas em cima de um plano de trabalho a partir das necessidades dos municípios do Consórcio e não em cima dos Escritórios Regionais de Saúde. Isso acontece muito nos distritos, pois, pela questão da distância entre o distrito e o Hospital Regional, é mais fácil ir para o município de Feliz Natal do que para Sorriso. Na verdade, Sorriso é a referência de Sinop, Sorriso é referência de Tapurah, referência de Vera, funciona assim, porém, existe muita dificuldade para encaminhar o paciente para a referência. O Hospital Regional é para ser referência de média e alta complexidade, mas tem pacientes com uma cefaléia que não, não vão ao Programa de Saúde da Família do município, vão direto ao pronto

atendimento do Hospital Regional, é difícil fazer esse controle. Apenas para as gestantes funciona, não tem uma gestante que não tenha acesso, agora a referência eletiva não é respeitada.

Na quarta questão desta dimensão “Como é a participação do CISRTP na Programação Pactuada da Assistência?” foram obtidos dois discursos:

Idéia Central: Os serviços do Consórcio integravam a Programação Pactuada Integrada da Assistência do estado, atualmente não integram mais.

Discurso do Sujeito Coletivo: O consórcio integrava a Programação Pactuada Integrada e era incluído na PPI, até o recurso do Consórcio fazia parte daquela Pactuação Integrada Regionalizada. O Consórcio entrava na PPI com uma participação tanto dos municípios quanto do estado. Atualmente o Consórcio como entidade não atua na PPI. Na verdade deveria entrar, mas, não entrou. Os secretários é que fazem de cada município. Neste ano, o consórcio mesmo que não tenha sido convidado participou da reunião da PPI, mas, segundo o estado o consórcio seria um terceirizado, mas não vemos o Consórcio como tal, e sim como um parceiro.

Idéia Central: Os serviços que o consórcio desenvolve não aparecem nas estatísticas do estado.

Discurso do Sujeito Coletivo: O serviço as consultas do Consórcio ficam perdidas nas estatísticas, não aparecem. Então, o estado está desenvolvendo mais serviço, o município está desenvolvendo e não aparece em lugar nenhum. Para o estado é vantagem que ele mostre tudo que o Consórcio fez, porque está desenvolvendo mais ações.

Na quinta questão “Que vantagens o CISRTP trouxeram para os municípios e microrregião de saúde?” foram identificados cinco discursos:

Idéia Central: O CISRTP possibilitou o acesso dos serviços especializados nos municípios da microrregião.

Discurso do Sujeito Coletivo: O Consórcio é um mecanismo maravilhoso para possibilitar acesso do usuário aos serviços de saúde nos municípios que não possuem estrutura. Porque no interior não tem acesso e não é o que o estado solicita e sim o que os municípios solicitam. O problema é resolvido, e propicia mais a agilidade e mais conforto para o usuário chegar aos serviços específicos na região aonde o sistema de saúde não ofertava, fortalecendo assim as especialidades na microrregião.

Idéia Central: Os consórcios facilitaram a compra de serviços especializados a um custo menor.

Discurso do Sujeito Coletivo: É emocionante todas as ações que são realizadas, pois, desafogam os municípios, minimizam custos, ou seja, a facilidade de se comprar serviços com um custo menor, possibilidade de atrair especialidades e ter as especialidades que o município não teria na região. Por isso, o plano de trabalho não dá certo porque é conforme vai aparecendo. A salvação do usuário, realmente, foi essa questão do Consórcio comprar essas especialidades.

Idéia Central: O consórcio fortaleceu os hospitais regionais.

Discurso do Sujeito Coletivo: O consórcio se tornou uma válvula de escape para os Hospitais Regionais, algo que o Hospital não consegue absorver tenta no Consórcio e em virtude do consórcio e houve uma melhoria na estrutura física do Hospital Regional.

Idéia Central: O Consórcio favoreceu a integração entre os municípios consorciados em prol de um objetivo comum.

Discurso do Sujeito Coletivo: A questão da união dos municípios em prol de um objetivo comum que é o fortalecimento do Sistema Único de Saúde foi fundamental, por que não só do ponto de vista político que permitiu a criação desse novo ator político, desse sujeito político, esse ente regional. Os municípios começaram a pensar não só para dentro da sua fronteira dos seus limites, mas, entenderam deveriam trabalhar de forma articulada. Essa foi uma conscientização de que os municípios estão numa região, como um ator político regional.

Idéia Central: O Consórcio do Teles Pires é um Consórcio organizado que facilitou a sua estruturação.

Discurso do Sujeito Coletivo: O Consórcio do Teles Pires é um dos mais fortes do estado, ele está organizado e não tem tido problemas de ordem documental. Os municípios têm condições de discutir de igual com igual com o estado, sendo muito melhor do que isoladamente tanto do ponto de vista da política da saúde, bem como da produção de serviços. Tudo isso, fez com que o Consórcio se estruturasse para que pudesse prestar o serviço. A sociedade, a classe política e os próprios membros do consórcio exigem que o consórcio seja efetivo. Esse é o ponto positivo e que tornou o Consórcio do Teles Pires bastante forte.

Na sexta questão “Como você avalia a percepção dos usuários em relação ao CISTP?”, foram identificados três discursos.

Idéia Central – O usuário desconhece qual o papel do Consórcio.

Discurso do Sujeito Coletivo: O usuário não sabe muito bem o que é o Consórcio, acha que é esse serviço que consulta no médico. É como se fosse o município que está fazendo e é o Consórcio quem está fazendo esse papel e quem leva a fama é o Secretário de Saúde e o prefeito do município. Tem usuários que acham ainda, que o consórcio que administra o Hospital Regional.

Idéia Central: As pessoas conhecem o Consórcio no momento em que precisam e utilizam.

Discurso do Sujeito Coletivo: Na verdade quem conhece a finalidade do Consórcio e que a elogia é quem já dependeu, quem já precisou do Consórcio, as pessoas ficam conhecendo no momento. O usuário tem até uma avaliação positiva, o que existe é muita confusão do usuário e até de gestores. Além disso, existe uma falha que é a falta de comunicação com o usuário, realmente explicar qual a função do Consórcio, se você verificar a mesma pergunta para os quatorze secretários qual a função do Consórcio, cada um vai dar uma resposta totalmente diferente da outra.

Idéia Central: O usuário quer a disponibilidade e a garantia do serviço não importa se é provido por União, estado ou município.

Discurso do Sujeito Coletivo: Os usuários do Sistema Único de Saúde, eles avaliam o que eles precisam e necessitam ter o serviço de saúde disponível, para eles utilizarem no momento que for necessário. Para o usuário não interessa se é o município se é estado se é a união ou o Consórcio que financia o serviço, o usuário quer a garantia da acessibilidade pelo poder público.

Na sétima e última questão “Qual o futuro do CISTP?” foram obtidos três discursos:

Idéia Central: Um Consórcio fortalecido e resolutivo no processo de regionalização.

Discurso do Sujeito Coletivo:

Acredito nos consórcios como uma solução, um conjunto de soluções, não é a única, não é o remédio salvador para tudo. Uma das funções importantes, sobretudo num momento que, no Brasil se descobre os limites dos processos da municipalização autárquica, dessa municipalização ilusocionista e da necessidade de você trabalhar em redes, de forma regionalizada. Então, os consórcios podem ser um mecanismo, uma ferramenta muito importante nesse processo de regionalização.

Enfim, acho que vai ser eterno é bom para a região, acredito que cada vez mais o Consórcio está forte e fortalecido e hoje para dar certo algumas ações dentro da saúde precisa deste Consórcio fortalecido e comprometido, para que realmente atenda a demanda, pois, aonde tem um consórcio é uma referência para a região

Idéia Central: A saída para os municípios é o consórcio e não sobrevivem mais sem o consórcio.

Discurso do Sujeito Coletivo: Tenho uma visão de que não se sobrevive mais sem o consórcio, porque o estado não dá conta de fazer sozinho aquilo. O maior elo

entre o estado e município foi o consórcio. Logo, o caminho dos municípios é o consórcio, a saída é ainda os consórcios, porque se não consegue fazer pelo estado, consegue-se pela região. Na saúde, a tendência é ele ampliar serviços e melhorar, porém tem que ter pessoas no consórcio comprometidas com a saúde pública, ter uma visão de regionalização. O consórcio tem que crescer desde que tenha essa visão, pensar no todo.

Idéia Central: A forma de gestão dos consórcios necessita de reestruturação, devido às propostas do Pacto pela Saúde e da nova legislação dos consórcios.

Discurso do Sujeito Coletivo: O consórcio é um mecanismo que propicia mais a agilidade mais conforto para este usuário chegar aos serviços específicos, porém têm que ser acompanhado agora, dentro das novas propostas do Pacto pela Saúde e da nova legislação do consórcio, quais as possibilidades para consolidar e para expandir.

Sendo assim, tem que ser permanentemente rediscutido a participação dos municípios, a própria participação da Secretaria Estadual. A Secretaria Estadual tem que entender que essa é uma solução política e financeira ideal, para a assistência especializada no interior. Porém, o Consórcio precisa reestruturar e repensar modo operante dele, principalmente com relação à forma de convênio que é firmado com o estado, para poder prestar um serviço de melhor qualidade e se tornar talvez um parceiro até mais forte para o estado do que ele é hoje.

Comentários

Os discursos identificados na dimensão do contexto assistencial nos mostram que no consórcio o planejamento é realizado apenas para os recursos disponibilizados pelo convênio com o estado, ou seja, é o protocolo de intenções que é exigido na Lei 1107/2005 para a celebração de convênios. Esta questão nos permite inferir que o planejamento não parece ter sido incorporado na gestão do Consórcio como apoio ao processo de gestão e de implementação das políticas. Esta dificuldade de incorporação do planejamento nas organizações públicas tem sido verificada na literatura (MATUS, 1997; MERHY, 1995, ARTMANN & RIVERA, 2003), ou seja, há uma dificuldade de tornar o planejamento com uma ferramenta gerencial efetiva na reorganização dos

serviços. É importante salientar que a implementação de políticas se dá a partir da inter-relação entre os vértices do Triângulo de Governo proposto por Matus.

As fragilidades relacionadas ao planejamento ainda persistem, especialmente no que diz respeito à utilização dos instrumentos de planejamento como o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada da Assistência (PPI). O que se percebe nos discursos é que esses instrumentos não são inseridos no contexto da gestão do consórcio. Observou-se em muitos relatos que os entrevistados desconhecem a existência desses instrumentos. Pôde-se identificar que são processos específicos e desencadeados pelo estado e municípios e que não há o envolvimento do Consórcio. O Pacto de Gestão explicita que o processo de regionalização deve orientar a descentralização das ações e serviços e deve estar apoiada nos instrumentos de planejamento: PDR e PPI (BRASIL, 2006c). Outro fato que chama a atenção é que os serviços que o Consórcio desenvolve não entram na produção ambulatorial e hospitalar de estado, sendo uma preocupação por não estar inserido nos Sistemas de Informação do SUS. Esta preocupação pauta-se no interesse do cadastramento dos consórcios aos sistemas oficiais de informação, com vistas ao faturamento dos serviços produzidos.

Entretanto, vários estudos mostram os consórcios intermunicipais de Saúde têm se consolidado, no caso brasileiro, como a principal forma de regionalização da oferta pública de serviços de saúde, sendo o consórcio uma ferramenta de governança regional capaz de prover a oferta de serviços nos municípios menores (MENDES 2004, RIBEIRO & COSTA, 1999; GIL, 2000b; MOTA, 2000; GUIMARÃES, 2001). Neste aspecto, é fundamental que exista por parte dos gestores a formulação de um planejamento integrado que possibilite redes regionalizadas e resolutivas de atenção à saúde.

Percebeu-se ainda dificuldade no sistema de regulação dos procedimentos e internações de média e alta complexidade e no sistema de referência e contra-referência que é inexistente.

No período anterior ao ano de 2008, Mato Grosso contava com as Centrais Regionais de Regulação que funcionavam nos Escritórios Regionais de Saúde consideradas um modelo de regulação do SUS, inédito no país (KEINERT, 2004). Diferente da situação atual, estas centrais foram desfeitas e não existe mais a figura do médico regulador na microrregião. A regulação funciona no Hospital Regional, e é realizada pela Central de Regulação do Estado para os casos de urgência e emergência.

Os serviços comprados pelo Consórcio são regulados por um sistema online do próprio Consórcio que são acessados pelos municípios e pelas clínicas em que são comprados os serviços.

Os discursos relacionados à opinião do usuário variaram muito, sendo entendido para uns, que o usuário do sistema não se interessa em saber quem é o prestador do serviço e sim, pelo acesso ao serviço de saúde, e muitas vezes desconhecem as funções do Consórcio na organização dos serviços. O conhecimento do Consórcio só se dá quando o usuário utiliza dos seus serviços.

Apesar das dificuldades relatadas, nos discursos referentes às vantagens e ao futuro do Consórcio foi possível identificar a importância que ele assume para a microrregião. A importância se expressa na garantia do acesso aos serviços de saúde, e principalmente na sua experiência duradoura, de um consórcio organizado, garantido pela adesão de todos os municípios da microrregião.

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Avaliar a implementação do Consórcio não foi uma tarefa fácil e ainda necessita ser aprimorada, pois este estudo envolveu no seu desenho diversos componentes, o que tornou o trabalho de descrição e de avaliação uma árdua empreitada, pois, abordar a implementação de políticas públicas implica em revelar as formas como ocorre a sua organização institucional e a sua operacionalização nos serviços de saúde (SCHRAIBER *et al*, 1999). Assim, buscou-se apontar e explicar os diversos fatores que interferem no processo de implementação do Consórcio Intermunicipal do Teles Pires no contexto da regionalização.

Os resultados obtidos permitem algumas considerações, porém mais que isso, abrem espaço para novas reflexões, discussões e futuros desafios para o campo da avaliação que abordem temas relacionados à gestão em saúde, mais especificamente à regionalização e aos consórcios intermunicipais de saúde, tendo como pressuposto o seu papel como organizador da assistência à saúde no sistema de saúde microrregional do Sistema Único de Saúde.

Não resta dúvida que os consórcios intermunicipais de saúde têm se destacado com uma das estratégias para a expansão e oferta dos serviços de saúde nos municípios de pequeno porte, ou seja, os consórcios se associam à regionalização e ao acesso aos serviços (RIBEIRO & COSTA, 1999; GIL, 2000; GUIMARÃES, 2001; LEITE, 2001; MOTA, 2002; MENDES, 2004; NEVES, 2006).

Em relação à análise do contexto político organizacional, o grau de implantação do Consórcio Intermunicipal do Teles Pires foi considerado como **avançado**, revelando uma boa governabilidade e autonomia na gestão do consórcio. Pelo seu tempo de experiência, ainda apresenta destaque ao papel desempenhado, portanto cumprindo a missão o qual foi concebido e se consolida como uma política estadual na organização do sistema regional de saúde no contexto da descentralização.

Um ponto importante a ser destacado está relacionado à sustentabilidade do programa. Foi possível certificar que os gestores foram envolvidos na concepção da política de implantação dos consórcios e almejam que esta intervenção, em virtude das suas características, mantenha os resultados e seus benefícios no futuro. Estudos recentes têm enfatizado a importância de incorporar ao processo de formulação e

implementação das políticas os *stakeholders* – grupos envolvidos pelas políticas e nela interessados, o que confere ao programa legitimidade e sustentabilidade.

É certo que a indução da gestão estadual na constituição dos consórcios foi fundamental e contribuiu no seu processo organizativo. Podemos identificar neste estudo que, em relação ao projeto de governo, de acordo com o Triângulo de Matus, houve um movimento da SES na proposição dos consórcios inseridos na política estadual de saúde bem como o envolvimento dos gestores municipais na participação financeira e técnica o que propiciou a incorporação de tecnologias de alta densidade e recursos para os municípios do interior do estado (GUIMARÃES, 2001).

Entretanto, há ainda algumas lacunas tanto por parte da esfera estadual e municipal na definição das competências e responsabilidades neste tipo de cooperação intergovernamental, pois o cenário apresentado no estudo de Guimarães (2001) apontava um momento da continuidade da gestão estadual e da edição da Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS/2001). No período estudado, houve uma transição da gestão estadual e o advento do Pacto pela Saúde (2006) com uma nova forma de gestão baseada em compromissos sanitários. A mudança dos gestores municipais também trouxe algumas dificuldades a este processo, principalmente pelo fato de serem novos gestores e não apresentarem expertise na área de saúde pública e alguns desconhecerem o papel do consórcio na microrregião de saúde, o que pode estar interferindo na forma como estas mudanças estão ocorrendo na microrregião.

Ao analisar os outros vértices - a capacidade de governo e a governabilidade - os resultados apontam para fragilidades relacionadas à institucionalização do planejamento no consórcio e no planejamento regional, com a baixa utilização dos instrumentos. O planejamento não se explicita como uma ferramenta gerencial e sim como forma de alocação de recursos, para o cumprimento da rotina burocrática imposta pela legislação. Este comportamento concorreu para fragilizar a capacidade de governo da equipe dirigente do consórcio, indicando que há obstáculos do sucesso no processo de implementação do consórcio no plano regional e conseqüentemente na reorganização dos serviços de saúde. Artmann & Rivera (2005, pag. 29) destacam “a dificuldade de estabelecer uma estrutura de gestão e planejamento permanente no nível microrregional, de consolidar instâncias colegiadas de articulação dos municípios e de garantir a continuidade uma política de suporte das Secretarias de Estado de Saúde”.

Um aspecto que se destacou na avaliação da governabilidade foi o sistema decisório do consórcio e a autonomia financeira da equipe dirigente, representada pela transparência da gestão e confiança dos gestores municipais, pois, houve o estabelecimento de uma coesão política e um forte compromisso dos participantes do consórcio. O financiamento solidário por sistemas de cotas e o apoio técnico e financeiro da gestão foram subsídios importantes no processo de implementação do consórcio.

Em relação ao contexto assistencial, o grau de implantação do Consórcio Intermunicipal do Teles Pires foi considerado como **intermediário**, concluindo a baixa utilização dos instrumentos formais de planejamento (PDRI, PPI, etc.), o que revelou um planejamento mais político, ainda a partir da oferta de serviços e com pouca integração com os outros instrumentos da prática assistencial. Pode-se concluir também que é preciso avançar incorporando melhor a demanda e a necessidade da população da microrregião do Teles Pires.

A propósito do contexto assistencial do consórcio, as subdimensões da acessibilidade e disponibilidade, quando avaliadas foram as que alcançaram menor pontuação no grau de implantação, o que influenciou na pontuação final do grau de implantação do CISRTP. Constata-se que, embora houvesse crescimento do volume dos serviços de saúde prestados e do incremento na manutenção do financiamento do consórcio, estes ainda apresentam-se insuficiente, não atendendo a demanda reprimida e ao crescimento populacional da microrregião. Um nó crítico apontado ocorre em relação às cirurgias eletivas e à carência na oferta de especialistas médicos, apesar da disponibilização de recursos financeiros para o pagamento de salários competitivos a esses profissionais.

Cabe destacar ainda a dificuldade da obtenção de informações do consórcio, principalmente no período deste estudo. As informações não se concentram em determinado setor e outras só podem ser obtidas na sede do Consórcio. Registrou-se a falta de acompanhamento do desempenho dos consórcios pela gestão estadual, salientada pela limitação de informações, não só do desembolso dos recursos financeiros, mas também da sua forma de aplicação, o protocolo de intenção, a qualidade dos serviços prestados à população.

Com base nos resultados deste estudo avaliativo, e com o objetivo de auxiliar os gestores no acompanhamento do processo de implementação do Consórcio Intermunicipal da Região do Teles Pires e tomada de decisões, conforme a identificação dos pontos de estrangulamento destacados são feitas as seguintes recomendações:

- a) Manter os consórcios; atualizados e adequados à legislação que regulamenta o programa e sua implantação;
- b) Estruturar o fluxo físico-financeiro da aplicação dos recursos, com detalhamento regional e municipal;
- c) Fortalecer os Colegiados de Gestão Regional para a discussão das relações intergovernamentais, inclusive no âmbito dos consórcios
- d) Estruturar as informações sobre forma de organização, fluxo operacional do programa, serviços prestados e resultados obtidos tanto na gestão do consórcio como na gestão estadual;
- e) Melhorar a elaboração do Protocolo de Intenções conforme especificado na legislação vigente;
- f) Incorporar os instrumentos de planejamento e avaliação na estrutura de gestão do consórcio como uma ferramenta permanente e integrada no nível microrregional;
- g) Aperfeiçoar os mecanismos de acompanhamento, controle, avaliação, regulação e auditoria da gestão estadual
- h) Rever o papel dos consórcios nos instrumentos de gestão estadual: Plano Estadual de Saúde, Plano Diretor de Regionalização e Programação Pactuada da Assistência.

Por fim, não restam dúvidas de que a implantação dos consórcios no estado de Mato Grosso foi um grande avanço na Política Estadual de Saúde, principalmente na sua história e no seu sucesso como importante mecanismo o processo de organização regional do estado. Porém, os resultados deste estudo nos indicam que ainda é necessário implementar a rede de atenção à saúde na microrregião, pois o Consórcio por si só não consegue resolver os problemas inerentes à Regionalização do SUS.

Torna-se fundamental a retomada do papel da esfera estadual como gestor estadual do sistema, ultrapassando os conflitos existentes, para fortalecer os ajustes necessários e produzir reflexões para novas estratégias, reformulações, avaliações e novos instrumentos e principalmente na continuidade deste compromisso de cooperação intergovernamental.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando L.; COSTA, V.M.F., 1998. **Reforma do Estado e o Contexto Federativo Brasileiro**. Centro de Estudos Konrad Adenauer – Stiftung, Série Pesquisa, nº 12, São Paulo, 1998.

ACURCIO, Francisco. A., GUIMARÃES, Mark D.C. **Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão da literatura**. Cadernos de Saúde pública, vol.12 RJ, Abril/ Junho. 1996, p. 233-242.

ARRETCHE, Marta T. S. **Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, volume 14, nº 40, junho de 1999.

_____. **Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia**. São Paulo em Perspectiva. vol. 18, n. 2. abr./jun. 2004. p. 17-26.

_____. **As Políticas de Saúde no Brasil**. In: Lima N.T.(Org) **Saúde e Democracia: Histórias e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p.235-306.

ARTMANN, Elizabeth & RIVERA, Francisco J. U, **Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo**. Ciência & Saúde Coletiva, 4(2):355-365, 1999.

ARTMANN, Elizabeth. **Planejamento Estratégico Situacional a Nível Local: um instrumento a favor da visão multisetorial**. Cadernos da Oficina Setorial 3 – Fev/ 2000.

ARTMANN, Elizabeth & RIVERA, Francisco J. U. **Regionalização em Saúde e Mix Público-Privado**, julho de 2003.

BANKAUSKAITE *et al.* **Patterns of decentralization across European health systems**. In: Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbaek K, editors. **Decentralization in health care: strategies and outcomes**. England: Open University Press: 2007. Chapter Two p. 22-43.

BASTOS, Francisco A. **Os consórcios Intermunicipais e a Nova Legislação**. LABORE – Laboratório de Estudos Contemporâneos, Polêmica Revista Eletrônica: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. **Constituição Brasileira 1988**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1989.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências...* Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: DF, n. 182, 20 de set. 1990.

____. Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências.* Brasília, 31 de dezembro de 1990.

____. Lei nº 11.107 de 06 de abril de 2005. *Dispõe sobre as normas gerais para a União, Estados e os Municípios contratarem consórcios públicos para a realização de objetivos de interesse comum e dá outras providências.* Brasília, 06 de abril de 2005.

____. 2007. Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. **Regulamenta a Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005, que dispõe sobre as normas gerais de contratação de consórcios públicos.** Brasília, 17 de janeiro de 2007.

____. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS, **Coleção Progestores:** Para entender a gestão do SUS, 1. Brasília-DF: 2007.

____. 1993. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS (NOB 01/93)** de 24 de maio de 1993 – Departamento de Imprensa Nacional/Diário Oficial da União, Brasília:DF.

____. 1996. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS (NOB 01/96)** de 06 de novembro de 1996 – Departamento de Imprensa Nacional/Diário Oficial da União, Brasília.

____. 2001. **Norma Operacional Básica de Saúde – NOAS – SUS 01/2001**, Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Brasília: Departamento de Imprensa Nacional/Diário Oficial da União.

____. 2002. **Norma Operacional Básica de Saúde – NOAS – SUS 01/2002**, Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Brasília:DF - Departamento de Imprensa Nacional/Diário Oficial da União.

____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O Consórcio e a Gestão Municipal em Saúde.** Brasília-DF, 1997 32p.

____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – Diretrizes Operacionais. **Série Pacto pela Saúde**. Vol. 1. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Brasília-DF, 2006a.

____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – Regulamento. **Série Pacto pela Saúde**. Vol. 2. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Brasília-DF, 2006b.

____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – Regionalização Solidária e Cooperativa **Série Pacto pela Saúde**. Vol. 3. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Brasília-DF, 2006c.

____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde**: Contexto, Premissas, Diretrizes Gerais, Agenda Tripartite para Discussão e Proposta de Metodologia para o apoio a implementação. Diretoria de Articulação das Redes de Atenção à Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília-DF: novembro de 2008.

____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em www.saude.gov.br/gestor/area. Acesso em 12.11.2009.

CASEBEER, Ann. **Regionalizing Canadian Healthcare**: The Good – The Bad – The Ugly; In: Regionalization: Making Sense of the Canadian Experience, vol.5 n.1, Toronto: by A Longwoods Publication; 2004.

CONTANDRIOPOULOS, André Pierre. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p. 29-48

CUNHA, Roseni E. **Federalismo e relações intergovernamentais**: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa. IX Congresso Internacional Del CLAD sobre La reforma Del Estado y de La Administracion Pública, Madrid, España, novembro, 2004.

CUNHA, Alcione. B. O & VIEIRA DA SILVA Ligia.M. **Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema** Caderno de. Saúde Pública, Rio de Janeiro: 26(4):725-737, abr, 2010.

DENIS, Jean-Louis & CHAMPAGNE, François. **Análise da Implantação**. In: Hartz, Zulmira M. A., (org.) **Avaliação de Saúde**. dos Modelos Conceituais à Prática na análise de Implantação de Programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1997, p.49-88.

DONABEDIAN, Avedis. **Aspects of Medical Care Administration**. Boston: Harvard University Press, 1973 In: TRAVASSOS, Cláudia M. Martins. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde** – Cadernos de Saúde Pública, 2004, Rio de Janeiro: p.190-198, 2004.

GIL, Ana Paula . **Perfil dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais**, Relatório de Pesquisa da Organização Pan Americana de Saúde – Maio - 2000a.

_____. **Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, out - dez/2000b, 16(4): 985-996

GIL, Antonio Carlos. **Regionalização da Saúde e Consciência Regional**. SP: HYGIEIA,2(3):35-46, dez/2006.

GIOVANELLA, Lígia, **As Origens e as Correntes Atuais do Enfoque Estratégico em Planejamento de Saúde na América Latina**.Rio de Janeiro:Cadernos de Saúde Pública, 7(1), 26-44 jan/março, 1991.

____. **Planejamento Estratégico em Saúde: uma Discussão da Abordagem de Mário Testa**, Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública 6(2): 129-153 – abril/ junho 1990

GUIMARÃES, Luisa. **Arquitetura da Cooperação Intergovernamental: Os Consórcios em Saúde de Mato Grosso**. (Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Subárea Políticas e Saúde) Rio de Janeiro, jul/2001.

____. Luisa. Arquitetura da Organização regionalizada: **Consórcios Intermunicipais de Saúde em Mato Grosso** In: Muller, Júlio N (org.) **Regionalização da Saúde em Mato Grosso: Em busca da integralidade da atenção**, p.92-99. Cuiabá: SES, 2002.

GUIMARÃES, Luisa & GIOVANELLA, Lígia. **Cooperação intergovernamental: os consórcios em saúde de Mato Grosso**. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.28, nº. 67, p. 149-158, maio/ago. 2004.

HARTZ, Zulmira M. A. & VIEIRA DA SILVA, Ligia M.(orgs.) **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA: Fiocruz, 2005. 275 p.

HEIMANN, Luiza Sterman *et al.* **Avaliação dos Sistemas Municipais de Saúde: uma proposta teórico-metodológica**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 28, n. 67, p. 140-148, maio/ago. 2004.

HORTALE, Virginia A. *et al* **Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde.** Cad. Saúde Pública. 2000, vol.16, n.1, p. 231-239.

HORTALE, Virgínia A. & KOPF Aguida. W. **Contribuição dos sistemas de gestão de Carlos Matus para uma gestão comunicativa.** Ciência & Saúde Coletiva 10, Suplemento p. 157-165, 2005.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem da População 2007.**

KEINERT, Tania M. Mezzomo **Gestão Estratégica de Políticas Públicas pelos Governos Subnacionais:** análise da experiência dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de Mato Grosso. Relatório de Pesquisa EAESP/FGV, nº 13 /2004. 73 p.

LAVRAS, Carmem. **Desenvolvimento dos Sistemas Regionais e Microrregionais em Saúde no Âmbito do SUS,** In: Muller Júlio S. N. (org.) **Regionalização da Saúde em Mato Grosso:** em busca da integralidade da atenção/, p.31-37. Cuiabá: SES, 2002.

LEITE, Carlos C., *et al* **Consórcios Intermunicipais:** Modelo Organizacional In: Informativo CEPAM. **Consórcio:** uma forma de cooperação intermunicipal. São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima – Cepam. Unidade de Políticas Públicas – UPP, v.1, n.2, 2001.

LEFÈVRE, Fernando. & LEFÈVRE, Ana Maria C. **O discurso do sujeito coletivo:** uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000, 138p.

LEFÈVRE, Fernando. & LEFÈVRE, Ana. Maria C. **Depoimentos e Discursos:** uma proposta de análise em pesquisa social – Série Pesquisa 12, Brasília: Liber Livros, 2005, 97p

LEVCOVITZ, Eduardo *et al.* **Produção de Conhecimento em Política, Planejamento e Gestão em Saúde (PP&G) e Políticas de Saúde no Brasil - 1974-2000** - Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde / Organização Pan-Americana da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde —2003

LEWIS, Steven & KOURI, Denise **Regionalization: Making Sense of the Canadian Experience,** vol.5 n.1, Toronto: by A Longwoods Publication; 2004.

LUCCHESI, Patrícia. T. R. **Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil:** a implementação do Sistema Único de Saúde - Retrospectiva 1990/1995. In: Revista Planejamento e Políticas Públicas, 14: 75-156,1996.

MAIGÓN, Thais. **Las Políticas Sociales:** Discussion Teórica, Conceptual y Metodológica – Série Informes Técnicos – Centro de Documentación e Información (CID) – Programa de Desarrollo de Políticas de Salud – Organización Panamericana de La Salud – Washington: Organización Mundial de Saúde (OMS), p. 1-28, 1992.

MATO GROSSO, 2004a. Lei nº 8189. *Dispõe sobre o funcionamento em regime de co-gestão dos hospitais municipais que são referência de Consórcio.* Imprensa Oficial do Estado de Mato Grosso, Diário Oficial do Estado de 28 de outubro de 2004.

_____. 2004b. Lei nº 8.190. *Institui as normas gerais de parceria entre o Estado e os Consórcios Intermunicipais de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.* , Imprensa Oficial do Estado de Mato Grosso, Diário Oficial do Estado de 28 de outubro de 2004.

_____. 2009. FIPLAN – **Sistema Integrado de Planejamento, Contabilidade e Finanças** – Secretaria de Fazenda do Estado de Mato Grosso. Disponível em: <<https://www.fiplan.mt.gov.br/>>. Acesso em 20 maio. 2009.

MATUS, Carlos. **O Plano como Aposta.** São Paulo em Perspectiva. 5 (4): 28-4out/dez. 1991

_____. Carlos. **Política, planejamento e governo.** 3ª. ed. Brasília, DF: IPEA,. tomo 1, 1997.

_____. Carlos. **O Líder sem Estado-Maior** – São Paulo: FUNDAP, 2000.

MEDINA, Maria. G. et al. **Usos de modelos teóricos na avaliação em saúde:** aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação em Saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 41-63.

MENDES, Eugênio V. **A Organização da Saúde no Nível Local.** São Paulo: HUCITEC, 1998. p. 17-56.

MENDES, Eugênio. V.; PESTANA, Marcus. **Pacto de Gestão: da municipalização autárquica regionalização cooperativa**. Belo Horizonte, dez/ 2004.

MERHY Emerson E. **O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais** - Ciência & Saúde Coletiva, 4(2): 305-314, – Rio de Janeiro, 1999

MOREIRA, Tadiana M. A. **Avaliação da Descentralização das Ações Programáticas da Hanseníase: um Estudo de Caso** (Tese de Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ) Rio de Janeiro: jun/2002.

MOTA, Ubirajara Sampaio. **Os Consórcios Intermunicipais de Saúde como cerne da estratégia para a implementação das regiões de Saúde de Mato Grosso**. In: Muller Júlio S. N. (org.) **Regionalização da Saúde em Mato Grosso: em busca da integralidade da atenção**. Cuiabá: SES, 2002, p.92-99.

_____.Ubirajara Sampaio. Relatório “**Levantamento das Especialidades Médicas e dos Serviços Diagnósticos Oferecidos pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Estado de Mato Grosso**”. Núcleo de Acompanhamento a Estados e Municípios, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília-DF: Ministério da Saúde. 2005.

MÜLLER NETO, Júlio S. & LOTUFO Márcia. **Política e Regionalização da Saúde em Mato Grosso**. In: Muller Júlio S. N. (org.) **Regionalização da Saúde em Mato Grosso: Em busca da integralidade da atenção/**, p.13-25. Cuiabá: SES, 2002.

NATAL, Sônia *et al.* **Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: Estudos de Casos na Amazônia Legal**. In: SANTOS, E.M. & NATAL, Sônia. **Dimensão Técnico Operacional: unidade didático pedagógica - Modelo Lógico do Programa**. Rio de Janeiro:ABRASCO, 2005, p 82-101.

NEMES, Maria Ines B. & FERRAZ, Dulce A.S., **Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil**, Cadernos de Saúde Pública, 25 Sup 2:S240-S250, Rio de Janeiro, 2009.

NEVES, Luiz Antônio. **O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Penápolis (SP): elementos da Cooperação Política**. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública- Políticas Públicas de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz) 2001.

NEVES, Luiz. Antônio & RIBEIRO, José. M. **Consórcios de Saúde: um estudo de caso exitoso**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(10); out/2006.

NORONHA, José C. *et al.* **O Sistema Único de Saúde, - SUS** In: GIOVANELLA, Lúgia (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Cap 13, p. 334-344, Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES – Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

OLIVEIRA, Sydia R. A. **Desenvolvimento de um instrumento para avaliar o grau de implantação da Política de Regionalização** (Dissertação de Mestrado Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia) Salvador, 2009.

OPS ORGANIZACIÓN PANAMAERICANA DE LA SALUD. CPPS (Centro Panamericano de Planificación de la Salud). **Formulación de Políticas de Salud**. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de Organización Mundial de la Salud. Santiago, Chile, Julio, 1975

OUVERNEY, Assis M. **Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde**. Divulgação em Saúde para Debate, Série CONASEMS/CEBES p.16-17. Rio de Janeiro nº 42 abril/2008.

PAIM, Jairnilson S. & TEIXEIRA, Carmen. F., **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte**, **Rev. Saúde Pública**, v.40, n. especial, São Paulo: ago. 2006.

PATTON, Michel Q., **Utilization Focused Evaluation: The News Century Text**. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 3rd. Ed., 1997.

PENCHANSKY, Roy & THOMAS William J. **O Conceito de Acesso, definição e relacionamento com a satisfação do consumidor**. Medical Care, vol. XIX, nº. 2, fev/1981.

RIBEIRO, Wladimir A. **Cooperação Federativa e a Lei de Consórcios Públicos**. Brasília: CNM, 2007.

RIBEIRO, José M. & COSTA, Nilson. **Consórcios Municipais no SUS**. Brasília: IPEA, set/1999.

RIVERA Francisco J. U. **A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante**. Cadernos de. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 12(3):357-372, jul-set, 1996.

SANDERS, James. R., **Introdução à Avaliação de Programas Sociais**. São Paulo: Instituto Fontes, Coletânea de Textos, p.7-33, 2004.

SANTOS, Elizabeth. M. *et al.* **Avaliação dos Programas de Controle da Malária, Dengue, Tuberculose, Hanseníase na Amazônia Legal:** uma Proposta da Concepção Teórica e Metodológica Comum aos Processos Endêmicos. In: SANTOS, Elizabeth. M.; NATAL, Sônia. **Dimensão Técnico Operacional:** unidade didático pedagógica: Modelo Lógico do Programa. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005, p 75-81.

SANTOS, Lenir. **Consórcio Administrativo Intermunicipal:** aspectos gerais, suas especificidades em relação do SUS. - Ministério da Secretaria de Políticas Públicas - DF. Brasília. 2000, p. 48.

SCHRAIBER, Lilia B *et al.* **Planejamento, gestão e avaliação:** identificando problemas. *Ciência e saúde coletiva*, vol 4 (2), São Paulo, p-221-242, 1999.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO. 2002. Portaria nº 074 da Secretaria Estadual de Saúde. *Promove o Programa de Apoio ao Desenvolvimento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde/PACIS. Por intermédio dos municípios consorciados no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS em Mato Grosso.* Cuiabá, 15 de abril de 2002.

_____. 2008. Portaria nº 087 /GAB/SES/2008. *Institui o Programa de Apoio ao Desenvolvimento e Implementação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde/PAICI, que visa o repasse de incentivo aos municípios consorciados no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS no Estado de Mato Grosso.* Cuiabá, 18 de junho de 2008.

SOUZA, Luis Eugênio P.F. *et al.* **Conferência de Consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil.** In: HARTZ ,Zulmira.M.; VIEIRA DA SILVA, Lígia.M.V.(Org.) **Avaliação em Saúde:** Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p.65-102.

SOUZA, Renilson Rehem de. **A regionalização no contexto atual das políticas de saúde.** *Ciênc. saúde coletiva* . 2001, vol.6, n.2, pp. 451-455.

STARFIELD Bárbara. **Acessibilidade e primeiro contato:** a "porta". In: Starfield B, organizador. *Atenção primária — equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002. p. 207-45

TAKEDA Silvia. **Avaliar, uma responsabilidade** *Ciência e Saúde Coletiva*, julho-setembro, vol. 11, nº 03.

TANAKA, Oswaldo Y. & MELO, Cristina. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um Modo de Fazer.** – São Paulo: EDUSP, 2001.

TEIXEIRA, Carmen. **Enfoques Teórico Metodológicos do Planejamento em Saúde no Brasil Hoje** In: TEIXEIRA, Carmem (org.). **Planejamento e Saúde: Conceitos, Métodos e experiências** – Salvador: EDUFBA, 2010, p.20.

TEIXEIRA, Luciana & Mac DOWEL, Maria Cristina. **Consórcios Intermunicipais de Saúde: Uma Análise à Luz da Teoria dos Jogos.** Brasília-DF Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, jul/2002.

TEIXEIRA, Luciana; Mac DOWEL, M. C.; BUGARIN M. **Incentivos em CIS: uma abordagem de Teoria de Contratos.** Série de Textos para Discussão, Texto nº 246 – Universidade de Brasília, Departamento de Economia, Brasília, set/2002.

TORRES, L.A.G. **Consórcio Intermunicipal: Estudos, Pareceres e Legislação Básica.** São Paulo: Informativo Jurídico do Centro de Estudos e Pesquisa de Administração Municipal (CEPAM) nº 11. 1995.

TRAVASSOS, Cláudia M. Martins. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde** – Cadernos de Saúde Pública, 2004, Rio de Janeiro: p.190-198, 2004.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila *et al.* **Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro.** Ciência & Saúde Coletiva . 2002, vol.7, n.3, p. 493-507.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila. *et al.* **Novas Perspectivas para a Regionalização da Saúde** - São Paulo em Perspectiva, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila. *et al.* **Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional.** Ciência & Saúde Coletiva, 15(2) p.2317-2326, 2010.

VIEIRA DA SILVA, Lúcia. M & FORMIGLI, Vera. L. A. **Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 10 (1): 80-91, Jan/Mar, 1994.

VIEIRA DA SILVA, Lúcia M, – **Avaliação do Processo de Descentralização das Ações de Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 4(2): 331-339 1999.

VIEIRA DA SILVA, Lígia M, HARTZ, Zulmira M., et al.. **Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde, um estudo comparado de 05 casos na Bahia, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2): 355-370, fev/2007.

VIEIRA DA SILVA, Lígia. M. **Atenção à Saúde Bucal e a Descentralização da Saúde no Brasil, um estudo de dois casos exemplares no estado da Bahia.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, maio 2007.

VIEIRA DA SILVA, L. *et al.* **Metodologia para a Análise da Implantação de Processos relacionados à Descentralização da Atenção à Saúde no Brasil.** In: HARTZ , Zulmira. M.; VIEIRA DA SILVA, L. M.(Org.) **Avaliação em Saúde: Dos Modelos teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, p.207-227.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos.** 3. ed. – Porto Alegre: Bookman, 1994.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

GUIA PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Identificação:

1. Cargo que ocupa
2. Breve histórico do CISTP:
3. Há quanto tempo atua neste cargo?
4. Descreva o trabalho que realiza:

DIMENSÃO I – Projeto de Governo

5. Qual é, em sua opinião, a missão do CISTP para a sua região? (como foi formulada; quem participou; foram levados em conta os interesses e estratégias dos municípios envolvidos)
6. Quais são, em termos gerais, os objetivos da CISTP para o sistema regional de saúde?
7. Como é feita a previsão dos recursos financeiros? Como ele é orçado? Está previsto nos planos municipais, estadual, no PPA ou existe outros instrumentos?

DIMENSÃO II – Capacidade de Governo

8. Como funciona o sistema de decisão no CISTP? Qual o seu poder dentro do consórcio?
9. O CISTP é o consórcio de saúde mais antigo do Estado. Quais as causas que você avalia da sua durabilidade (ou sustentabilidade) durante tanto tempo?
10. O CISTP possui número de profissionais suficientes e qualificados para atender a microrregião?

() Sim() Não

Se não, quais os profissionais que mais necessitam?
11. Qual o mecanismo de contratação de recursos humanos para o CISRTP? Existe uma política de Incentivo para a fixação dos profissionais de saúde?

() Sim

() Não

Se sim, explique como é realizada

12. Como se apresenta a estrutura organizacional do CISRTP? Atende as necessidades?
13. Quais as principais dificuldades enfrentadas pelo CISRTP na gestão do SUS na microrregião?
14. Quais os aspectos facilitadores do CISRTP na gestão do SUS na microrregião
15. Na sua avaliação as regras de utilização do CISRTP são adequadas?
16. Como é realizado o rateio das despesas do CISRTP entre os municípios? Funciona?
17. Como e quais são os mecanismos de acompanhamento do desempenho do CISRTP?

DIMENSÃO III – Governabilidade

18. Qual a sua autonomia para a utilização dos recursos do CISTP?
19. Como se dá o processo de prestação de contas? (há Relatório de Gestão; a quem são prestadas as contas; qual é a periodicidade; são prestadas contas dos resultados alcançados; há pactuação de resultados; há pactuação quanto ao modo de avaliação, há participação na definição das metas e indicadores a serem avaliados; as contas são prestadas publicamente).
20. Como é o processo de negociação entre os municípios e o CISTP? (que questões são mais freqüentemente colocadas em negociação; quais os principais espaços de negociação; quais as dificuldades; o que é mais freqüente: acordos ou desacordos, por que; como o conflito é gerenciado)
21. Quais são os principais espaços de comunicação entre a CISTP, as SMS e a SES (fóruns, CIB regional, Colegiado de Gestão, encontros, outros)? (como foram criados; qual o objetivo; como funcionam; que temas ocupam maior parte das discussões; quem participa; qual sua avaliação quanto a este processo; quais são as vantagens; quais são as desvantagens)
22. Fale-me um pouco sobre a relação estabelecida entre o CISTP e os municípios consorciados (que tipo de atividades tem sido projetadas para os municípios; que tipo de ações os municípios esperam ou exigem do CISTP)

23. Houve maior integração política entre os municípios com o funcionamento do CISA? De que maneira?
24. Atualmente quais são os laços políticos mais estreitos relativos ao seu município, entre quais Secretarias de outros municípios, com vereadores ou outros?

DIMENSÃO IV – CONTEXTO ASSISTENCIAL

25. Fale-me um pouco sobre o modo como se dá o processo de planejamento das atividades a serem realizadas pelo CISTP: (qual a metodologia de planejamento utilizada; os municípios participam desse processo; como?)
26. Existe um Plano Regional de Saúde para o CISTP? (ou, se não houver Plano: o CISTP realiza planejamento de suas atividades?
- ☐ Sim ☐ Não
- Se sim: como ele foi formulado; quem participou da elaboração; qual a metodologia utilizada; houve assessoria; por que; quem assessorou?
27. Como é o funcionamento do CISTP? (referência, contra-referência, deslocamentos dos pacientes, coletas de exames etc.
28. Como se tem dado o sistema de regulação no âmbito dos municípios consorciados (o CISRTP tem atuado para auxiliar os municípios na implementação deste sistema) Há um sistema informatizado? Há médicos reguladores?
29. As referencias regionais estão em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização? Se não por quê?
30. Como é a participação do CISRTP na Pactuação Integrada da Assistência?
31. Que vantagens trouxeram o CISTP para o seu município e microrregião?
32. Como você considera a melhoria do acesso aos serviços de saúde com o CISRTP?
33. Dentre os serviços ofertados pelo CISRTP quais você considera os melhores e quais os deficientes?
34. Como você avalia a percepção dos usuários em relação ao CISTP?
- 35.
36. Qual o futuro do CISTP?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “Avaliação do processo de implementação do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Teles Pires – Mato Grosso”

Pesquisadores e instituições envolvidas:

Prof^a Dr^a Elizabeth Artmann (ENSP/FIOCRUZ), Prof^a Dr^a Maria Angélica Santos Spinelli (ISC/UFMT), Mestranda Cristina Santos Botti (ENSP/FIOCRUZ)

Objetivo principal:

Avaliar o processo de implementação do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Teles Pires e como este têm facilitado o acesso da população aos serviços de saúde na região no período de 2000-2008.

Procedimentos:

A coleta de dados será realizada através da aplicação de entrevistas semi estruturadas e com a duração de aproximadamente 60 minutos, sobre aspectos operacionais do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Teles Pires e grupo focal com os gestores de saúde dos municípios consorciados.

Possíveis riscos e desconforto:

A pesquisa não oferecerá risco à saúde dos sujeitos, pois implica em análise de documentos e realização de entrevistas. Possíveis desconfortos decorrentes do receio da identificação dos respondentes às entrevistas e o questionário do grupo focal, serão minimizados através da garantia do sigilo absoluto das informações obtidas pelos pesquisadores. O nome, endereço e outras informações pessoais serão removidos dos formulários (roteiros de entrevistas e grupo focal) que receberão apenas um código para a identificação dos participantes, porém, em decorrência da especificidade da amostra, existe risco de identificação do cargo ocupado pelo sujeito da pesquisa. Todos os registros serão guardados em lugar seguro sob a responsabilidade dos pesquisadores.

Benefícios previstos:

Pretende-se que os resultados auxiliem os gestores na redefinição do programa e de suas prioridades com foco na melhoria contínua da gestão de saúde no estado.

Essa pesquisa **não** oferece nenhuma recompensa financeira aos seus participantes, e **nenhuma vantagem** de outra natureza.

Participação na pesquisa:

Sua participação é voluntária e você tem liberdade de não responder a qualquer uma das perguntas da entrevista ou do grupo focal. Caso tenha qualquer dúvida sobre a pesquisa poderá perguntar aos pesquisadores no momento da realização da entrevista ou pelo telefone disponibilizado abaixo.

Eu....., fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei garantia de confidencialidade, ou seja, que apenas dados consolidados serão divulgados e ninguém, além dos pesquisadores, terá acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa. Entendo também, que tenho direito a receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com o pesquisador principal. Fui informado ainda, que a minha participação é voluntária e que se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, isso NÃO me acarretará qualquer tipo de penalidade. Estou ciente também que ficará em meu poder uma cópia deste termo de consentimento.

Compreendendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento, concordo em participar do mesmo.

Assinatura do participante:

.....

Assinatura do pesquisador principal:

.....

Data (Cidade/dia mês e ano) _____ de _____ de 2009.

Pesquisadora: Cristina Santos Botti
Mestranda do Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-FIOCRUZ)
Rua Leopoldo Bulhões, 1480, térreo. Manguinhos Rio de Janeiro – RJ
CEP: 21041-210 Telefone: (21) 2598-2444

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, nº. 1480 Sala 314
Manguinhos Rio de Janeiro RJ
CEP: 21041-210 Telefone: (21) 2598-2863

APÊNDICE C

Decisões das Reuniões do Conselho Diretor e Técnico do CISRTP, Mato Grosso - 2008

Atas das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias	Participantes	Temas abordados e deliberados
Ata 001 /2008 Fevereiro 2008	Membros do Conselho Diretor, Conselho Técnico e Secretária Executiva	a) Alteração do lotacionograma; b) Aumento salarial dos médicos.
Ata 002/2008 Março de 2008	Membros do Conselho Diretor e Secretária Executiva	a) Fixação de prazo para o pagamento das cotas municipais; b) Dedução do Imposto retido na fonte; c) Protocolo de Intenções de 2007
Ata 003/2008 Abril/2008	Membros do Conselho Diretor	a) Afastamento do presidente do CD e posse do interino; b) Reajuste salarial para os funcionários do CISRTP; c) Criação de Coordenadorias Médicas no HR
Ata 004/2008 Abril/2008	Membros do Conselho Técnico e Diretor	a) Aumento do salário dos médicos e cumprimento da carga horária; b) Autorização para a criação de uma coordenadoria médica; c) Contratação de fisioterapeuta; d) Articulação entre o estado, ERS e HR
Ata 005/2008 Maio/2008	Membros do Conselho Diretor	a) Aprovação do aumento salarial dos médicos; b) Retorno da produtividade de 15% para o CISRTP
Ata 006/2008 Julho/2008	Membros do Conselho Diretor	a) Alteração do estatuto referente ao prazo da presidência interina; b) Contratação de profissionais; c) Redução de 20% das horas extras dos profissionais especialistas
Ata 007/2008 Dezembro/2008	Membros do Conselho Diretor e Conselho Técnico	a) Aditivo do Convênio; b) Suplementação do orçamento de 2008; c) Estimativa da Receita para o ano de 2009; d) Aumento da mensalidade da casa de apoio
Ata 008/2008 Dezembro/2008	Membros do Conselho Diretor	a) Aprovação da suplementação orçamentária

Fonte: Atas do CISRTP, 2008 - Mato Grosso

APÊNDICE D

Deliberações das Reuniões do Conselho Fiscal do CIS RTP, Mato Grosso, 2008

Atas das Reuniões Ordinárias	Participantes	Assuntos deliberados
Ata 001/2008 - Março	Membros do Conselho Fiscal	a) Análise e aprovação das contas contábeis e financeiras do período de Nov. a Dez. 2007 e de Jan. a Fev. de 2008; b) Serviço de Neurologia do HR
Ata 002/2008 - Maio	Membros do Conselho Fiscal	a) Análise e aprovação das contas contábeis e financeiras do período de março a abril de 2008.
Ata 003/2008 - Setembro	Membros do Conselho Fiscal	Não houve reunião por falta de quorum.
Ata 004/2008 - Outubro	Membros do Conselho Fiscal	a) Análise e aprovação das contas contábeis e financeiras do período de Maio, Junho, Julho e Agosto de 2008

Fonte: Atas do CIS RTP, 2008 - Mato Grosso

APÊNDICE E

Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implementação do CIS RTP

Dimensão	Subdimensão	Categorias de análise	CrITÉrios e/ou indicadores	Pontos esperados	Pontos Obtidos	Pontos de corte
Contexto Político Institucional	Projeto de Governo	Plano de Governo (13 pontos)	O CisTP é explicitado como prioridade no plano de governo	4	4	Sim=4 Não=0
			No plano de trabalho do CIS há coerência como os problemas priorizados e ações propostas	4	0	Sim=4 Não=0
			As ações estão em conformidade com o PDR e PPI	2	0	Sim= 2 Algumas= 1 Não= 0
			Os recursos do CIS estão previstos nas peças orçamentárias dos municípios	3	3	Sim= 3 Não= 0 Não soube informar
		Financiamento para a saúde (12 pontos)	O percentual de gastos com saúde previsto na EC 29	6	6	>=15%= 6 15-10%= 3 <10%= 2
			Pagamento dos Incentivos pelos municípios consorciados no ano de 2008	6	6	Todos pagaram sem inadimplência= 6 Pagam mas existem municípios inadimplentes=3 Menos da metade contribuiu=0
		Iniciativas Intersetoriais (10 pontos)	Percentual de Adesão dos municípios consorciados	6	6	75-100%= 6 74,9-50%= 4 <49,0= 2
			É realizado planejamento integrado entre o CIS e a SMS e SES	4	0	Sim= 4 Parcialmente= 2 Não= 0
		Total de Pontos	Projeto de Governo	35	25	
	Capacidade de Governo	Perfil da Direção do CIS (15 pontos)	Existência de liderança na direção	5	5	Sim= 5 Parcialmente=3 Não= 0
			Conhecimento dos objetivos do CIS	5	5	Sim= 5

						Parcialmente=3 Não= 0
			Há acompanhamento do desempenho do CIS	5	3	Sim= 5 Parcialmente=3 Não= 0
		Gestão do Trabalho (15 pontos)	Existência de Política de Incentivo para a fixação dos profissionais	5	3	Sim= 5 Parcialmente= 3 Não= 0
			Adequação do quadro técnico às necessidades da microrregião	4	2	Sim= 4 Parcialmente= 2 Não= 0
			Existência de quadro técnico qualificado	3	3	Sim= 3 Não= 0
			Profissionais são contratados /concursados dentro das normas legais	3	1	Sim= 3 Parcialmente= 1 Não= 0
		Total de Pontos	Capacidade de Governo	30	22	
	Governabilidade	Base de apoio político (12 Pontos)	Motivação e compromisso dos gestores envolvidos	4	2	Sim= 4 Parcial= 2 Não= 0
			Existência de sinergia entre os municípios consorciados	3	3	Sim= 3 Parcial=1 Não=0
			O Conselho Municipal de Saúde atua como instância deliberativa no processo de gestão do CIS	5	3	Sim= 5 Parcialmente=3 Não= 0
		Relacionamento entre os gestores para a definição de políticas para o CIS (11 pontos)	Participação dos municípios consorciados no colegiado de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras	5	5	Sim= 5 Parcialmente= 3 Não= 0
			% de Participação dos gestores nas reuniões do CIS	6	4	100-80%= 6 79,9-50%= 4 <50%= 2
		Autonomia Financeira (12 pontos)	Conselho Diretor com autonomia para a utilização dos recursos do CIS	5	5	Total= 5 Parcial=3 Nenhuma=0

			Existência de setor responsável para o controle interno e financeiro	2	2	Sim= 2 Não=0
			Existência de chamamento público para a compra de serviços	3	1	Sempre=3 Algumas vezes= 1 Nunca=0
			A prestação de contas é publicizada	2	2	Sempre= 2 Algumas vezes=1 Não=0
	Total de Pontos		Governabilidade	35 Pontos	29	
	Total de Pontos		Contexto Político Institucional	100 Pontos		
Implementação	Gestão e Organização	Planejamento e regionalização (30 pontos)	O planejamento do cis é regular e constituído como instrumento de gestão	6	3	Sim= 6 Parcialmente=3 Não= 0
			Percentual dos municípios consorciados que aderiram ao pacto pela saúde	6	6	100-80%=6 79,9-50%=4 <50%=2
			É elaborado relatório de gestão anual e submetido ao conselho de saúde e colegiado de gestão regional	6	4	Sim conselho fiscal e CGR =6 Somente conselho fiscal= 4 Nenhum= 0
			Existe um planejamento regional para o CISTP	6	0	Sim= 6 Parcialmente= 3 Não=0
			As referências regionais estão em conformidade com o PDR	6	3	Total=6 Parcial=3 Não =0
			Total de Pontos		Planejamento e Regionalização	30 pontos
		Acessibilidade	Existência de sistema para marcação de consultas e serviços de diferente complexidade	6	6	Sim=6 Ocasionalmente= 3 Não=0
			Existência de sistema de regulação no CIS	6	0	Sim=6 Parcialmente=3 Não=0
			Presença de referência e contra referência com fluxo formalizado	6	0	Sim=6 Não=0
			Proporção da população coberta pela Saúde da Família	5	5	>70%=5 69,9-40%=3 <40%=2

			Acessibilidade geográfica(localização das unidades/sistema de comunicação e transporte	5	3	Boa=5 Regular=3 Ruim=0
			Percentual da população coberta pelo CIS	7	7	100-80%=7 79,9-50%=5 <50%=3
	Total de Pontos		Acessibilidade	35 pontos	21	
		Disponibilidade	Aumento do número de leitos por 1000 habitantes	6	0	Houve incremento e atende os parâmetros=6 Houve mas ainda não atende os parâmetros=3 Nao houve= 0
			Ampliação da numero de hospitais na região	6	0	Sim =6 Não=0
			Aumento do Número de profissionais de saúde por 1000 habitantes	5	5	Sim=5 Não= 0
			Aumento do número de médicos por habitante na região	6	6	Aumentou atende os parâmetros = 6 Não = Aumentou mas não atende os parâmentros=3 Não aumentou=0
			Aumento da capacidade instalada	6	6	Sim= 6 Não= 0
	Total de Pontos		Disponibilidade	35 pontos	17	
	Total de Pontos		Implementação	100		