

RESUMO

A pesquisa objetiva: a) compreender o novo papel dos Estados subnacionais, especialmente de nível regional, no contexto de globalização, fragmentação, enfraquecimento do estado-nação e emergência de instâncias supranacionais de poder; b) suprir a carência de estudos atuais voltados para a regionalização da gestão de saúde – dado que a ênfase vem recaindo sobre o processo de municipalização; c) analisar experiências inovadoras visando subsidiar a formulação de propostas de reforma que levem em conta as mudanças recentes no padrão de relacionamento estado-sociedade e as novas formas de provisão dos serviços de saúde, as quais demandam um maior esforço de coordenação ao nível regional. É analisado o papel desempenhado pela Secretaria de Estado da Saúde na construção da parceria intermunicipal com participação ativa do nível estadual no Estado do Mato Grosso. A escolha justifica-se dada o pioneirismo deste Estado em termos de políticas públicas inovadoras no contexto de descentralização, municipalização e mudança no papel dos vários níveis da federação.

PALAVRAS-CHAVES

Estado do Mato Grosso; gestão estratégica; políticas públicas de saúde; descentralização; consórcios intermunicipais; inovação.

ABSTRACT

This research aims a) to understand the new role of the state government in the process of globalization, fragmentation weakening of Nation-state and the strengthening of the supranational level of power; 2) to fulfill the absence of updated studies on the regional level of health care management – because emphasis has been given to local level; 3) to analyze reform propositions that consider recent changes in the patterns of state-society relationship and new offers of health services, in which it could be signed a great effort of regional co-ordination. It will be analyzed the role assumed by the Health Secretary of Mato Grosso State in the implementation of the Health Consortia Programs. The choice of Mato Grosso State is given by its pioneer act in innovative public policies in the sense of de-centralization and the change of role in several levels of the federation.

KEY WORDS

Strategic management; health public policy; de-centralization; under-regional management; Mato Grosso State; innovation.

SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO.....	4
II.	METODOLOGIA	6
III.	A DESCENTRALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE GOVERNANÇA....	8
1.	A Descentralização no Brasil	8
1.1.	A Política de Saúde no Brasil: O Sistema Único de Saúde	9
1.2	Descentralização versus Municipalização.....	13
1.3	O Papel do Nível Estadual neste Contexto.....	15
2.	Características do Consórcio Intermunicipal de Saúde.....	16
IV.	A POLÍTICA DE SAÚDE DO ESTADO DO MATO GROSSO	21
1.	Breve Histórico e Modelo de Gestão	21
2.	Os Consórcios de Saúde em Mato Grosso	32
3.	O Funcionamento dos Consórcios Municipais e o relacionamento entre Município e Estado.....	42
4.	Desafios e Dificuldades.....	49
5.	Foco da Pesquisa	54
5.1.	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Rio Teles Pires.....	54
5.2.	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste de Mato Grosso	57
V.	CONCLUSÃO.....	61
VI.	BIBLIOGRAFIA.....	65
VII.	ANEXOS	70
	Anexo I: Hospital Regional de Sorriso – CIS Teles Pires.....	701
	Anexo II: Hospital Regional de Cáceres – CISOMT	702
	Anexo III: Central de Regulação Estadual	70

GESTÃO ESTRATÉGICA DE POLÍTICAS PÚBLICAS PELOS GOVERNOS SUBNACIONAIS: ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NO ESTADO DO MATO GROSSO

Tania M. Mezzomo Keinert

I. INTRODUÇÃO

O trabalho tem como objetivos gerais discutir o novo papel das instâncias regionais de poder na formulação e implementação das políticas públicas de saúde frente ao processo de descentralização em andamento no Brasil. Objetiva, ainda, fornecer subsídios à análise da experiência de formação de consórcios intermunicipais de saúde com a participação da Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso, para a elaboração de estratégias de intervenção destinadas a tornar efetivo o papel de coordenador, articulador e regulador dos Estados subnacionais, especialmente de nível regional/ estadual.

Desta forma, pretende-se resgatar experiências fundadas na idéia de parceria entre as partes componentes do pacto federativo, recuperando as noções de cooperação intergovernamental e de solidariedade territorial e social, componentes essenciais da idéia de federação. Concretamente, objetiva-se demonstrar que houve, nas experiências analisadas, uma redefinição dos papéis de cada nível na formulação e execução das políticas sociais, com vistas a uma ação conjunta e coordenada.

Em relação à experiência analisada, como objetivos específicos, pode-se afirmar que o modelo implantado avança no sentido de fortalecer o papel coordenador do Estado ao nível regional, com destaque para uma atuação intersetorial, inovadora no sentido de uma administração holística. Também institui um novo desenho organizacional e uma nova relação nível estadual-municipal ao separar as funções de provisão/ regulação dos serviços de saúde no nível microrregional.

Pretende-se demonstrar, ainda, que o planejamento intersetorial e a articulação microrregional podem ser aliados à subcontratação da prestação dos serviços, desde que submetidos à uma clara política de saúde, coordenada por um Estado forte, especialmente na regulação e coordenação das ações de nível regional e microrregional.

II. METODOLOGIA

A metodologia adotada para a investigação foi a realização de entrevistas em profundidade com atores-chave do processo de gestão da saúde em nível regional, microrregional e municipal, no Estado de Mato Grosso, com o objetivo de demonstrar o que foi feito em nível estadual, compreender o que levou as organizações públicas não-estatais (ou privadas) a aderir aos programas, conhecer os mecanismos adotados em nível estadual, municipal e microrregional e catalogar a gama de resultados obtidos.

As entrevistas foram focadas nos principais órgãos de saúde da esfera estadual bem como em dois Consórcios Intermunicipais de Saúde: o da Região de Teles Pires, caracterizado pelo seu pioneirismo e o da Região Oeste Matogrossense, caracterizado por abranger um grande número de pessoas. De tal modo, foram realizadas as seguintes entrevistas, as quais se encontram anexadas a este relatório:

- Julio Strubing Müller Neto – Secretário de Estado da Saúde;
- Gregório Lobato Lopez – Secretário de Saúde do Município de Cáceres;
- Josivaldo Fernandes Matos – Secretário de Saúde do Município de Juruá;
- Mercedes – Secretária de Saúde do Município de Araputanga e Coordenadora Técnica do CIS/Cáceres;
- Dr. João Silvério – Diretor do Hospital Regional de Sorriso
- Mauro Antônio Manjabosco – Secretário Executivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde de Teles Pires;
- Hélder Umburanas – Coordenador do Conselho Técnico do Consórcio Intermunicipal de Saúde de Teles Pires;
- Maria Emília Alves – Secretária Executiva do CIS/ Cáceres;

- Fatima Ticianel Schrader – Superintendente de Ação Integral à Saúde da SES;
- Joice Pinho Grunwald – Assessora da Superintendência de Ação Integral à Saúde as SES;
- Ceila Maria Zaghi Maia – Coordenadora da Central de Regulação do SUS;
- Victor Rodrigues – Coordenador de Urgência e Emergência do CER/ SUS – Cuiabá;
- Lidya Maria Bocayúva Tavares – Coordenadora da Escola de Saúde Pública;
- Luis Mato Grosso Soares – Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso (COSEMS).

Foi também realizada a análise de materiais coletados tanto no momento das entrevistas, como em pesquisa em acervos de bibliotecas e internet, conforme consta na bibliografia.

III. A DESCENTRALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE GOVERNANÇA

1. A DESCENTRALIZAÇÃO NO BRASIL

Nos países de primeiro mundo, depois da II Guerra, implantaram-se os Estados de Bem-Estar Social, onde, por um lado, os Estados intervêm nas relações sociais para regular as atividades econômicas e, por outro, garantem alguns direitos sociais dos cidadãos. No início dos anos 70, os Estados de Bem-Estar Social, intervencionistas e centralizados em grandes aparelhos burocráticos, começaram a dar sinais de esgotamento. O conceito de descentralização se desenvolve fortemente nesse contexto como resposta à crise dos Estados de Bem-Estar Social (MENDES, 1998; VIANA,1998).

Pode-se dizer que o desenvolvimento da descentralização no Brasil, influenciada por esse processo internacional, inicia-se no final da década de 70 com o movimento municipalista. Considera-se que o forte movimento de prefeitos aliados a alguns governadores e as mudanças na repartição de recursos pró-instâncias subnacionais de governo, que ocorreram neste período, foram elementos fundamentais do processo de descentralização, catalisado pela crise do Estado brasileiro e pelo processo de democratização no país. O processo fica fortalecido com a eleição de diversos governadores, em 1982, que tinham como lema, a descentralização. Entretanto, sem uma iniciativa de coordenação do processo de descentralização, esta vai se consolidar somente com a constituição de 1988.

É nesse contexto que na formulação e implementação da política pública de saúde no Brasil, a partir dos anos 80, foi adotada a estratégia da descentralização, tanto ao nível do processo decisório, quanto da prestação direta dos serviços.

Em 1987, iniciou-se no Brasil o desenvolvimento de Sistemas Locais de Saúde (SILOS), especialmente motivado pelo documento "Health for All in the Year 2000" da WHO. Particularmente, o processo de descentralização toma forma com a proposta de organização de "distritos sanitários", base organizacional e operativa do reordenamento dos serviços de saúde em nível local, elaborados com o objetivo de fundamentar o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)¹. Este foi o início de uma tentativa de unificar, sob um controle gerencial centralizado, a responsabilidade de intervenção na área de atenção à saúde, operacionalmente dispersa entre os vários níveis de governo.

A Constituição de 1988, através da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) com princípios tais como a universalidade e integração das ações; prioridade à prevenção e participação popular; descentralização da gestão e fortalecimento do papel dos municípios - unificando a gestão dos serviços ao nível local; formula a política pública de saúde atualmente em vigor no Brasil² (KEINERT, T. M. M. & CERQUEIRA, M. B. 1995).

1.1. A Política de Saúde no Brasil: O Sistema Único de Saúde

O modelo hegemônico de saúde no Brasil desde o final do século XIX até a metade dos anos sessenta, foi o sanitarismo campanhista. O sistema de saúde, neste período, era determinado por "uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação" (MENDES, 1995:20). Este modelo respondia adequadamente à economia

¹ - Vilaça Mendes, E. "Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde", Hucitec/Abrasco: São Paulo-Rio de Janeiro, 1995.

² - O Sistema Único de Saúde, como foi mencionado acima, constitui-se na política pública de saúde, definida na Constituição Federal e em Lei Complementar. Além disto, constitui-se também na rede de prestação de serviços do Estado. Assim, quando se fala do SUS pode-se estar falando tanto da política pública, quanto do Sistema Estatal de prestação de serviços. Temos no Brasil um sistema plural de atenção à saúde, composto pelo subsistema estatal (rede do SUS), pelo subsistema de atenção médica supletiva (conveniada e contratada pelo SUS) e pelo subsistema de desembolso direto (convênios, seguros e pagamento individual pelos serviços). Neste texto estamos nos referimos à "**política SUS**" a qual deve se submeter o sistema de saúde como um todo.

brasileira de modelo agroexportador. O aparecimento da Previdência Social está relacionado com o fim do modelo econômico agroexportador e o surgimento do processo de industrialização no país. A ênfase do saneamento dada ao espaço de circulação das mercadorias passa a ser dada, agora, às massas de trabalhadores nos centros urbanos. Simultaneamente ao crescimento da Previdência Social desenvolve-se e torna-se hegemônico o modelo médico-assistencial privatista. Modelo este que dá sinais de esgotamento no final da década de 70, por sua inadequação à realidade sanitária brasileira e pela crise da Previdência Social, seu principal sustentáculo.

O Brasil experimentou grandes transformações na área de saúde nos últimos anos, as quais se caracterizaram por uma grande mobilização popular e conseqüente aumento da participação na área da saúde, não somente de caráter reivindicatório, como também decisório e gerencial. Também se verificou uma maior participação dos profissionais da área, intensificando as demandas por treinamento e formação, aumentando sua importância estratégica. Da atuação destes atores, notadamente movimentos sociais e profissionais da saúde, surge, ainda, uma ampliação do conceito de saúde, que passa a englobar não somente aspectos relativos ao processo saúde-doença, como também aqueles relativos à qualidade de vida, tais como, educação, habitação, saneamento básico.

Estas iniciativas consolidaram-se no projeto do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovado na Constituição Brasileira atualmente em vigor (1988) e regulamentado, posteriormente, pela Lei Orgânica da Saúde. Desta forma, a Saúde, no Brasil, passa a ser uma responsabilidade constitucionalmente assumida pelo Estado e um direito civil do cidadão.

O Sistema Único de Saúde conforma-se a partir de três princípios básicos: universalização da assistência, descentralização das ações e controle social, os quais serão descritos brevemente a seguir:

- A Universalização da Assistência

O princípio da universalização da assistência à saúde estabelece livre acesso aos serviços por toda a população, rompendo com a lógica contributivista anterior - onde apenas os setores da sociedade vinculados ao mercado de trabalho recebiam assistência.³ Isto representou, obviamente, um grande avanço, dadas as características sócio-econômicas do país; ou seja, ampliaram-se enormemente as possibilidades de acesso aos serviços, especialmente para as camadas desvinculadas do mercado formal de trabalho.

No entanto, a universalidade proposta pelo sistema implicou em maiores investimentos por parte do Estado, o que, num contexto onde ainda imperam estruturas pouco flexíveis e carência de recursos, constitui-se num grande dilema. Logo, aquilo que deveria tornar-se um direito exequível pela população adquiriu um caráter, muitas vezes, apenas pró-forma. O atual estágio de desenvolvimento do SUS pode ser caracterizado, por um lado, por uma radical transformação na concepção do sistema de saúde; por outro, e, paradoxalmente, por lentas mudanças na sua organização e no aumento efetivo da qualidade dos serviços à população. Isto ocorre, ou porque a demanda aumentou exponencialmente, ou ainda devido à queda da qualidade ocasionada pela pressão da demanda e a falta de investimentos. Há carência de critérios de prioridade, deixando-se a cargo das "filas" esta tarefa.

- A Descentralização

³ - A universalização é garantida na Lei 8080/90: "Art. 2º. A Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário de ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Pode-se afirmar, então, que o avanço substancial ocorrido no SUS foi o reconhecimento de que a saúde é um direito fundamental do ser humano e não uma contraprestação de serviços devida pelo Poder Público ao contribuinte do sistema da seguridade social. Daí o acesso à assistência ser universal e igualitário, pois enquanto direito humano fundamental não pode haver condicionantes para o seu exercício. Ver CARVALHO, G.I. de e SANTOS, L. "Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica de Saúde". Hucitec, São Paulo, 1992, p. 55 e 61.

O fortalecimento das instâncias locais de poder, e, em especial, dos municípios, constitui-se numa mudança importante operada pela Constituição de 1988. O novo texto constitucional fortaleceu os municípios na medida em que prevê maior participação na divisão de recursos tributários, designa novas atribuições e competências, e lhes delega maior poder decisório.

A descentralização, no caso da saúde, operou-se através da implantação do SUS, que objetivou devolver às instâncias locais de poder autonomia e capacidade de gestão; estratégia destinada a dinamizar e fortalecer os serviços de saúde através do processo de municipalização.

Se, por um lado, esta proposição é coerente com a conjuntura atual - caracterizada por um movimento de globalização e pelo enfraquecimento dos estados nacionais bem como, e, paradoxalmente, por um processo de “localização”⁴ – destinando (ou gerando) recursos e recursos alternativos ao nível local; por outro, traz consigo algumas dificuldades, como, por exemplo, a efetivação deste projeto em cidades de grande porte, dada a complexidade de sua rede assistencial, de suas demandas e dos atores sociais envolvidos. Ainda, nos municípios menores, tem-se o problema da falta de economia de escala.

- O Controle Social

Através da participação social institucionalizada constante na proposta do SUS, objetivou-se transparência na formulação e execução das políticas públicas de saúde, bem como uma maior democratização de sua gestão. Foram criados mecanismos institucionalizados, como, por exemplo, os Conselhos de Saúde - órgãos consultivos,

⁴ - Keinert, T. M. & Castro Silva, C. de. “Globalização, Estado Nacional e Instâncias Locais de Poder na América Latina”, 1995 BALAS (BUSINESS ASSOCIATION OF LATIN AMERICAN STUDIES) Proceedings, Washington.

deliberativos e de caráter colegiado, compostos por representantes do governo, profissionais de saúde e usuários - que atuam na formulação, controle e execução das políticas de saúde.⁵

A democratização das políticas de saúde traz consigo a possibilidade de organizar demandas sociais, podendo criar uma agenda de interesses coletivos capaz de satisfazer direitos de parcelas da população antes excluídas. Não obstante as vantagens políticas que a proximidade e a participação da população trazem consigo, alguns riscos também se colocam, como, por exemplo, o risco de práticas clientelistas e populistas.

1.2 Descentralização versus Municipalização

Como colocado, o processo de formulação, gestão e implementação de políticas públicas passou por intensa orientação no sentido da **descentralização**. A área da saúde talvez seja aquela onde este processo está mais avançado, seguida pela da educação. Ocorre que a descentralização acabou concentrando-se nos municípios, deixando o Estado ao nível regional como um mero repassador de recursos.

Conforme coloca Vilaça Mendes (1998:38):

“O enfraquecimento das Secretarias Estaduais de Saúde rompeu com o equilíbrio federativo e propiciou um desenvolvimento do SUS caracterizado pela **concentração do financiamento e do poder normativo no governo federal e pela devolução da União diretamente aos Municípios**. (...) Esse processo de descentralização do SUS, mediante

⁵ Os organismos colegiados pertencentes ao SUS são basicamente, de dois tipos: as Comissões Intergestores - instâncias de articulação, negociação e decisão dos gestores do SUS, nos diferentes níveis de governo - e as Instâncias de Participação Social - categoria na qual se incluem os Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde. Ver “Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Desenvolvimento Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde. Coordenação de Desenvolvimento e Avaliação dos Serviços de Saúde. Manual: Avançando para a Municipalização Plena da Saúde: O que cabe ao Município”, 1995.

devolução municipalizada, com recentralização do financiamento na União, e sem a participação protagônica dos estados, em um país grande e desigual, tende a apresentar problemas de equidade e eficiência no sistema como um todo”.

E também como assinala Médici (1996):

“O processo de descentralização do setor saúde no Brasil, desde o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, vem sendo caracterizado por uma **supervalorização do papel do Município** como prestador de serviços de saúde, ao lado de uma **subvalorização do papel dos Estados** como instâncias de organização do processo de gestão, financiamento, fiscalização e controle. Tal comportamento tem acarretado uma série de problemas, onde cabe destacar:

a) falta de programação e desorganização do processo de localização espacial e operação da rede de serviços de saúde, uma vez que municípios próximos duplicam ou triplicam funções que poderiam ser integradas caso houvesse coordenação central da rede, trazendo economia de recursos de investimento e custeio;

b) heterogeneidade da oferta assistencial, uma vez que os Municípios com mais recursos institucionais são aqueles que conseguem cumprir os requisitos para captar mais recursos federais, aumentando o hiato assistencial em relação aos Municípios que, por não terem recursos institucionais, são os que mais precisam fortalecer sua capacidade técnica e operacional para oferecer serviços à população”.

E, ainda, continua Vilaça(1998:39):

“A **municipalização autarquizada, conjugada com a fragilidade regulatória das Secretarias Estaduais de Saúde**, fez com que se perdesse a **dimensão da regionalização**, indispensável a um federalismo sadio, especialmente a região estadual, formada pelo encontro dos espaços subestaduais e supramunicipais. É aí, nesse espaço regionalizado de pertença econômica, social cultural e sanitária que se constroem redes de relações intermunicipais e se recupera uma escala necessária ao desenvolvimento econômico e social”.

Este modelo, que também foi chamado de “federalismo dual” ou “**modelo de assistência municipalista**” quando observado especificamente na perspectiva da gestão de políticas públicas de saúde, demonstra ineficaz e inequitativo.

“Nesse modelo, o município expande a atenção médica sem nenhuma articulação regional, pulverizando recursos públicos e gerando brutais ineficiências. Some-se a esse processo assistemático de fragmentação de equipamentos sanitários, a perda de escala decorrente da autarquização municipal, e se terá, necessariamente, a implantação de sistemas ineficientes” (Oliveira:1995).

1.3 O Papel do Nível Estadual neste Contexto

Dado o processo de **descentralização** na formulação, gestão e implementação de políticas públicas, muitas vezes entendido como simples municipalização, cabe questionar e repensar o novo papel do nível estadual neste contexto. Destaca-se, ainda que a área da saúde talvez seja aquela onde este processo está mais avançado, seguida pela da educação. Ocorre que a descentralização acabou concentrando-se nos municípios, deixando o Estado ao nível regional como um mero repassador de recursos, polarizando a relação em torno do eixo federal-municipal.

Neste sentido, entendemos que o Estado subnacional, especialmente o de nível regional:

- tem papel relevante e imprescindível na formulação de políticas públicas de saúde dado que possui condições privilegiadas para fazer a coordenação das atividades ao nível regional e microrregional;
- pode inovar, mesmo na atual conjuntura de crise fiscal e do pacto federativo, onde ocorre, simultaneamente a redefinição do papel do nível regional, o fortalecimento das instâncias locais de poder e o enfraquecimento dos Estados Nacionais;

A experiência a ser analisada é considerada inovadora dado que a proposta dos **Consórcios Intermunicipais de Saúde**, podem vir a ser instrumentos de construção de uma proposta de regionalização e microregionalização da gestão das políticas de saúde, com participação efetiva do nível estadual;

O estudo de **experiências inovadoras** têm sido muito difundido nos últimos anos, inclusive incentivado por agências internacionais do porte do Banco Mundial, como uma maneira de fomentar a busca de soluções alternativas, que guardem uma boa relação custo-benefício, contribuindo para a elevação da qualidade de vida em âmbito geral. Trata-se de experiências que procuram dar conta do **esgotamento do chamado modelo de gestão burocrática** e que visam incentivar, na prática, a construção de um novo referencial.

2. CARACTERÍSTICAS DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

De acordo com o Código Civil Brasileiro, os Consórcios de Saúde se caracterizam como consórcios administrativos, por assim dizer, “ajustes entre organismos estatais, paraestatais, fundacionais ou autárquicos, para a concretização de objetivos de interesse

comum, constituindo-se em consórcios. Distinguem-se dos convênios, porque aqueles se realizam entre entidades da mesma espécie. Os consórcios mais comuns são os que se realizam entre municípios, com o objetivo de reunir esforços técnicos, humanos e financeiros, que um só município não dispõe. Para administrar seus interesses e realizar seus fins, de conformidade com as pretensões dos consorciados, mister se faz criar paralelamente uma sociedade comercial ou civil, já que não têm eles capacidade civil nem são pessoas jurídicas. Também os consórcios se sujeitam às disposições da Lei 8666/93 (artigo 116).

No setor público os consórcios vem sendo constituídos principalmente para tratar de questões ambientais. Na área da saúde, o primeiro consórcio surgiu em 1986 em São Paulo, na região de Penápolis, com apoio do Estado, da União e empréstimos internacionais. A partir de então, esta experiência serviu de modelo para os demais consórcios de saúde, porém assumindo características próprias dependendo das diferenças locais ou regionais encontradas, conforme ressalta a Secretária Executiva do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste de Mato Grosso – CISOMT – Maria Emília Alves:

Eu já trabalhei já fui Coordenadora Municipal de Saúde durante seis anos consecutivos e durante esses seis anos é que eu trouxe de Penápolis, Estado de São Paulo, a experiência do Consórcio de lá. E foi aí que nós começamos a estudar a possibilidade considerando que o Estado de Mato Grosso ele possui uma estrutura profissional muito aquém da necessidade. Então as nossas especialidades só estavam nos grandes centros e os pequenos municípios não tinham condições financeiras e também nem tinham população suficiente para receber um profissional especialista e então dentro desse princípio que a gente teve a idéia de identificar como funcionava o consórcio em Penápolis e com isso nós trouxemos para cá. Foi uma experiência pioneira e que ainda hoje, o consórcio ele já ocupa um espaço muito grande dentro da região, mas ainda assim eu diria que ele ainda está nos seus primeiros passos embora nós estejamos desde 1996 trabalhando com isso diretamente, com o consórcio realmente funcionando, mas desde 1993, nós demoramos três anos para isso se concretizar.

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.

Além de contribuir para a redução de iniquidade no acesso aos serviços de saúde, é considerado uma ferramenta de articulação do desenvolvimento microrregional.

Vários estudos abordam os fatores que propiciam, condicionam e motivam a constituição de consórcios em saúde. Dentre os fatores apontados, destaca-se a organização das forças políticas locais para identificar alternativas para os problemas de saúde. Isso constitui uma política de desenvolvimento regional por parte do Estado, mediante a organização de atenção secundária e da terciária, possibilitando a integridade e a equidade da atenção. Além disso, permite que se faça o planejamento regional do serviço, bem como a organização da demanda e a definição da referência, estabelecendo uma relação mais solidária entre os gestores e a otimização das estruturas e equipamentos regionais; e o acesso aos recursos especializados e tecnológicos.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS/Opas), há no Brasil um total de 1618 Municípios organizados em 141 consórcios de saúde, conforme ilustra o quadro abaixo:

DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS NO BRASIL⁶

Estados	População	Número de Municípios	Número de Consórcios	Nº Municípios Consorciados	População Coberta
MG	16.673.097	853	70	748	11.477.979
PR	9.003.804	399	18	289	4.657.779
SC	4.875.244	293	9	139	1.765.189
RJ	13.406.308	91	4	46	1.657.131
ES	2.802.707	77	10	69	1.385.360
SP	34.120.886	645	7	74	1.225.125
RS	9.637.682	467	3	89	1.123.303
MT	2.235.832	126	8	57	742.239
PB	3.305.616	223	7	60	580.600
BA	12.541.675	415	2	15	254.955
PA	5.510.849	143	1	8	245.088
GO	4.514.967	242	1	12	152.942
RN	2.558.660	166	1	12	109.139
Total	121.187.327	4140	141	1618	25.376.829

Fonte: Diagnóstico da Situação Atual de CIS no Brasil, MS/Opas, 2000.

As ações realizadas em cooperação intermunicipal podem ser uma alternativa para capacitar o conjunto dos municípios no exercício de sua autoridade sanitária, pois criam espaços novos de discussão regional, para buscar equidade e soluções concretas, como se observa no caso de Mato Grosso.

Os recursos humanos nas cidades do interior são escassos. Contudo, a existência de consórcios amplia as oportunidades de emprego, mediante a oferta de serviços mais integrais e mais próximos da população, como é o caso de Mato Grosso. Além disso, tem

⁶ Quadro elaborado por Luisa Guimarães em *Arquitetura da Cooperação Intergovernamental: os consórcios de saúde em Mato Grosso*, p.73.

favorecido o surgimento de novas formas de contratações de profissionais, flexibilizando os contratos de trabalho oferecendo novos incentivos, tornando mais atrativo o mercado de trabalho no interior.

No consórcio, a produção de bens e serviços decorrente da ação consorciada é usufruída não apenas pela população de um município, mas pelo conjunto das populações dos municípios integrados. É uma comunidade ampliada, conformando um sistema regional. Nesse arranjo regional, os custos, tanto financeiros, como políticos e sociais podem produzir benefícios compensadores, pois reduzem as perdas advindas da fragmentação e duplicação de ações e organizam os recursos disponíveis, numa lógica integrada (regulação da interdependência).

IV. A POLÍTICA DE SAÚDE DO ESTADO DO MATO GROSSO

1. BREVE HISTÓRICO E MODELO DE GESTÃO

O Estado de Mato Grosso está situado na região Centro-Oeste do Brasil e possui uma área de 907.807 km², correspondendo a 10,61% do país. Possui 126 municípios, sua população urbana é de 2.498.150 habitantes e seu Índice de Desenvolvimento Urbano (IDH) é 0,767. O Estado apresenta baixa densidade Demográfica, aproximadamente 2,5 habitantes/km².⁷

DISTRIBUIÇÃO DE MUNICÍPIOS POR POPULAÇÃO ESTADO DE MATO GROSSO⁸

FAIXA POPULACIONAL	No. DE MUNICÍPIOS	TOTAL DA POPULAÇÃO
Até 5.000 hab.	31	110.381
5.001 a 15.000	59	538.922
15.001 a 30.000	24	468.288
30.001 a 100.000	9	416.653
100.001 a 300.000	2	359.005
300.001 a 500.000	1	447.393

Fonte: Estimativa Populacional do IBGE 1998 *apud* SES/MT, 1998.

No que diz respeito aos indicadores de saúde, o Estado possui 3,35 leitos (sendo 2,69 do SUS) e 1,22 médicos para cada mil habitantes. A tabela abaixo faz um comparativo com os indicadores observados na região e o total nacional:

⁷ Dados obtidos no Atlas do Mercado Brasileiro da Gazeta Mercantil, 2001 e no site do IBGE (www.ibge.gov.br).

INDICADORES DE SAÚDE (PARA CADA 1000 HABITANTES)

ESTADO	Leitos*	Leitos (SUS)**	Médicos***
Mato Grosso	3,35	2,69	1,22
Mato Grosso do Sul	3,53	3,10	1,85
Goiás	3,89	4,40	1,54
Distrito Federal	2,48	1,85	5,51
TOTAL – BRASIL	2,96	2,87	1,94

FONTES: * IBGE – Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 1999

** Ministério da Saúde/ SE/ DATASUS 2000

*** Ministério da Saúde – CGRH – SUS/SIRH 2000

A Política de Saúde e os valores da Secretaria de Saúde estão fundamentados nos princípios constitucionais do SUS. Conforme o Plano Estadual de Saúde, os objetivos da SES são:

1. Como gestor estadual do SUS, implementar as diretrizes do Sistema Único de Saúde no estado do Mato Grosso, de acordo com as políticas aprovadas pelo Conselho estadual de Saúde e Comissões Tripartite e Bipartite;
2. Formular, normalizar e regular a política Estadual de Saúde;
3. Coordenar a implantação e executar, de maneira complementar, as ações de saúde no Estado;
4. Realizar cooperação técnica para a promoção da municipalização e da organização dos sistemas municipais de saúde;
5. Promover a formação e o desenvolvimento de recursos humanos para atuar na área de saúde no Estado;

⁸ Tabela construída por Luisa Guimarães em *Arquitetura de Cooperação Intergovernamental: os consórcios de saúde em Mato Grosso*, com base em Estimativa Populacional do IBGE 1998 apud SES/MT, 1998.

6. Orientar suas ações para regiões e grupos sociais com maior necessidade de atenção à saúde;
7. Fomentar a construção de novos modelos de atenção à saúde, priorizando ações de promoção e prevenção, com reorientação das ações de assistência ambulatorial e hospitalar;
8. Garantir a oferta de serviços e referência regional e estadual de caráter terciário;
9. Controlar e avaliar a prestação de serviços e a execução das ações de saúde, no setor público e privado;
10. Apoiar e realizar pesquisas operacionais e desenvolver novas tecnologias para a implantação dos SUS-MT.

Algumas estratégias estão colocadas como necessárias, considerando a capacidade técnico-operacional da SES/MT em conduzir o processo de construção e consolidação da política de saúde e do SUS, no âmbito do Estado.

Para tanto a SES deve preocupar-se cada vez menos em organizar a oferta de serviços próprios e procurar consolidar-se nos espaços de gestão e gerência do SUS/MT e na articulação sub-estadual e supra-municipal para dar respostas aos problemas e necessidades de saúde da população

Nesse sentido, as estratégias a serem desenvolvidas têm pelo menos seis linhas de ação:

1. Estabelecimento e consolidação de parcerias;
2. Atuação intersetorial;
3. Cooperação técnica;

4. Trabalhar de forma orientada por problemas, objetivos, resultados e projetos;
5. Desenvolvimento dos Sistemas Microrregionais dos Serviços de Saúde: esta estratégia, na medida em que compõe e integra um conjunto de municípios, propicia a otimização dos recursos existentes em nível microrregional, possibilitando a recomposição em escalas econômicas destes recursos, conferindo-lhes maior eficiência e melhor qualidade de serviços;
6. Programação pactuada e integrada enquanto instrumento de gestão, gerência e organização do SUS/MT.

Conforme o Plano Estadual de Saúde 2000 – 2003, a meta geral do Estado é de melhorar o IDH em 10% até dezembro de 2003. O documento compõe-se de 10 programas e sessenta ações, a seguir os planos e suas metas:

1. Saúde da família: implantar 250 equipes de saúde da família para cobrir 50% da população;
2. Cooperação técnica com os municípios: implantar o processo de cooperação técnica com os municípios em 100%;
3. Administração, formação e desenvolvimento de RH: desenvolver e implementar na instituição, uma política de planejamento, avaliação, controle, formação e capacitação, desenvolvimento e motivação em 100% dos RH;
4. Assistência ambulatorial: garantir em 100% o atendimento da demanda assistência ambulatorial;
5. Assistência hospitalar: implementar as ações de assistência hospitalar, de modo a garantir o acesso a 100% dos usuários;
6. Sistema de referência e contra-referência: implantar 14 centrais de vagas e regulação e organizar a rede de serviços de referência em 100% das regiões;

7. Re-adequação da rede física e tecnológica: expandir os serviços de assistência, melhorando em 100% o nível de resolubilidade da rede de serviços de saúde;
8. Desenvolvimento institucional e modernização gerencial da SES: realizar reforma administrativa-financeira e técnica-gerencial, descentralizando em 100% as unidades administrativas da SES, visando maior autonomia de gestão;
9. Participação e controle social: desenvolver e implementar a participação e o controle social na política estadual de saúde em 100% dos municípios;
10. Gestão do SUS: implementar a organização e gestão das ações e serviços da rede, do novo modelo de atenção em 100% das regionais de saúde.

Até 1994, a Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso possuía a função de mera prestadora de serviços e fornecedora de insumos, de modo que a mesma não exercia sua responsabilidade de formuladora de ações de saúde pública de interesse do conjunto da população do Estado⁹. Muitos avanços foram alcançados na definição do novo papel da SES-MT, tal como a priorização de ações municipalizadas e regionalizadas, a estruturação e desenvolvimento do Sistema Estadual de Informação em Saúde, culminando com a Rede Estadual de Saúde e a utilização de critérios e indicadores de saúde como definidores de prioridades.

No que diz respeito ao novo modelo de Gestão, podemos destacar:

- Flexibilização da estrutura da SES e das relações de autoridade;
- Criação de Unidades Orçamentárias, gerando a descentralização orçamentária e financeira;
- Elaboração de regimento Interno da SES;
- Reforma administrativa;

⁹ MOTTA, Ubirajara. *Avaliação da Política de Saúde de Mato Grosso 1995 – 1998*. Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso, 2000.

- Modernização de procedimentos e equipamentos no processo de informação e comunicação interna e externa da SES;
- Disponibilização de informações de uso e domínio público;
- Novos critérios e processos para aquisição de produtos e serviços;
- Implantação de padronização dos processos de aquisição de materiais e equipamentos;
- Programação de compras;
- Orçamento participativo e prestação de contas pública;
- Implantação de programações com base em planos operativos anuais;
- Elaboração do plano diretor de informatização nas unidades gerenciais e assistenciais;
- Implantação de sistemas de custos;
- Modernização da gráfica;
- Informatização do almoxarifado de consumo.

Assim, o Gestor da Saúde em Mato Grosso elegeu linhas de ação que pudessem responder adequadamente à variedade de problemas vividos pela saúde pública no âmbito estadual. Os problemas mais destacados iam desde o aspecto epidemiológico (como elevados índices de malária, dengue, hanseníase, tuberculose etc.), que atingiam a questão assistencial com a incapacidade do Nível de Gestão Estadual em organizar minimamente a referência e a contra-referência ambulatorial e hospitalar especializada nas diferentes regiões e no Estado como um todo; bem como a ausência de cooperação técnica com os municípios e a baixa resposta da organização administrativa da Secretaria de Estado de Saúde em quase todos os setores.

Ao elaborar sua política para atuar em um panorama tão adverso, a SES-MT procurou enfatizar alguns aspectos cruciais¹⁰:

- Resgatar a capacidade da Secretaria de Estado de Saúde na formulação de políticas e estratégias;
- Elaborar planos mestres e desenhar projetos específicos de inversão de modelo de atenção em saúde;
- Estabelecer diretrizes para avançar em direção a um modelo de saúde com ênfase na integralidade;
- Indicar novos modelos de atenção à saúde que pudessem apoiar a reorientação dos serviços, com critérios de promoção e prevenção, melhorando a qualidade e a integralidade das intervenções e fortalecendo a capacidade operativa e resolutiva dos serviços em seus distintos níveis de atenção;
- Fomentar processos de regulação de acesso a todos os níveis assistenciais (Atenção Primária e Assistência Especializada) e criar mecanismos adequados de referência e contra-referência;
- Promover a adoção, o desenvolvimento e a adaptação de novos modelos gerenciais na saúde pública;
- Destacar a importância de planificar, gerir e regular o desenvolvimento de recursos humanos do setor;
- Usar instrumentos de mobilização de recursos humanos, técnicos e financeiros no âmbito da Secretaria e através de parcerias com universidades, Ministério da Saúde e outros organismos nacionais e internacionais;
- Apontar a necessidade de aplicação de indicadores de desempenho nos sistemas e serviços de saúde, contribuindo para a tomada de decisões informadas no setor;
- Elaborar programas de planificação, operação, manutenção e renovação da infraestrutura física e tecnológica do setor saúde;

¹⁰ MOTA, Ubirajara Sampaio. *Os Consórcios Intermunicipais de Saúde como Cerne para Implementação das Estratégias de Construção das Microrregiões de Saúde em Mato Grosso*.

- Destacar a necessidade de definição e instrumentalização de sistemas de informações do sistema como um todo e de programas e serviços específicos;
- Apoiar o desenvolvimento de abordagens e sistemas de racionalização, visando priorizar a aplicação de recursos, diminuir custos e aumentar a disponibilidade de insumos;
- Incentivar a implantação de fóruns de participação colegiada.

Desta maneira, o Sistema Estadual de Saúde de Mato Grosso obteve excelentes resultados nos últimos oito anos, como uma significativa inversão dos gastos na relação Hospitalar-Ambulatorial, a queda nos indicadores de incidência e/ou prevalência de malária, dengue, tuberculose, hanseníase, mortalidade infantil e outros e o aumento da cobertura vacinal é expressivo. Também cabe ressaltar as melhorias nos serviços que podiam ser prestados diretamente pela SES ou em cooperação desta com os Municípios, tais como: Hemocentro, Laboratório Central, Fundação Centro de Reabilitação, Centro de Referência de Especialidades.

A SES pôs a funcionar em abril de 2000 a Escola de Saúde Pública, com o objetivo de formar, capacitar e desenvolver de Recursos Humanos na saúde pública de Mato Grosso. De acordo com a coordenadora da Escola de Saúde Pública, Lydia Maria Bocayúva Tavares:

A Escola de Saúde Pública tem dois anos e, quando ela foi criada, foi justamente para proporcionar uma forma de capacitação, uma estratégia de capacitação mais adequada, não tão pulverizada nem tão pontual, que acabava gerando um esforço enorme, pois só se fazia programas muito pontuais e perdia-se a visão total da situação epidemiológica, das necessidades em relação ao treinamento. Então a escola veio para vincular todos esses treinamentos e atender melhor às necessidades do ponto de vista da visão global do Estado Mato Grosso, do ponto de vista epidemiológico, da organização dos consórcios, da organização das microrregiões, dar uma articulada em tudo isso e ao mesmo tempo possibilitar

parcerias mais estruturadas e organizadas com outras instituições para ter realmente uma coisa contínua, programada, organizada que desse conta então de todas essas articulações, não só intra-Secretaria Estadual da Saúde, voltada para as necessidades da própria Secretaria, do servidor da Secretaria, para ele estar se capacitando e atingindo uma qualidade com relação a aquilo que ele faz dentro da própria Secretaria, para ele ser um profissional do SUS competente e também voltado para fora da Secretaria, que tem talvez sido o maior esforço, que é para o atendimento aí de consórcios, da Secretaria Municipal de Saúde. Nós capacitamos então profissionais da Secretaria Municipal de Saúde também, nós temos projetos para os profissionais das áreas indígenas: médicos e enfermeiros. A Escola de Saúde Pública também englobou as ações do nível técnico, da Escola Técnica da Saúde, que existia anteriormente à Escola de Saúde Pública.

No que diz respeito à Referência Ambulatorial e Hospitalar, o governo aumentou expressivamente as especialidades de média e alta complexidade disponíveis. Outro grande avanço pode ser o representado pela Central de Regulação do SUS, vem sendo implantada, em parceria com os municípios, uma Central de Regulação em cada região de consórcio, sendo que todas as Centrais serão interligadas. A Central passa a ser a responsável pela regulação de todas as internações de urgência e emergência, atendimentos, consultas e procedimentos de alta complexidade em geral.

O modelo de regulação do SUS implantado em Mato Grosso é inédito no país. Em São Paulo, Paraná e Santa Catarina também foram implantadas centrais de regulação do sistema, mas estas se limitam a coordenar os serviços oferecidos em municípios ou regiões delimitadas, enquanto que a Central de Regulação do Mato Grosso abrange todo o Estado.

Deste modo, a Central de Regulação de Mato Grosso, com sede em Cuiabá, vai gerenciar as vagas e serviços oferecidos em todo o Estado, trabalhando interligada com outras treze centrais localizadas nos consórcios regionais de saúde. Em breve, todas as centrais regionais estarão interligadas *on line*. Em Cáceres, por exemplo, município sede de

Consórcio, já está ocorrendo um esforço neste sentido, de acordo com Maria Emília Alves (Secretária Executiva do CISOMT):

Já tem a Central (de Regulação) Estadual, e agora, é política do governo do Estado, vão ser criadas as centrais regionais. A nossa já está começando se estruturar (...) e futuramente ela vai ser completa, e vai além de uma central de dados, é central de regulação também.

A Central de Regulação vai funcionar a partir de uma parceria com os consórcios intermunicipais de saúde (nas microrregiões) e com a Fundação de Saúde de Cuiabá (na capital).

(A Central de Regulação) vem com uma proposta de ordenar o fluxo do paciente no sistema, e ela vai gerar relatórios, vai dar indicadores, se esse fluxo está funcionando, se todos estão indo pelo mesmo fluxo, vai estar avaliando a qualidade do atendimento; por exemplo, a gente agenda consultas especializadas, se o paciente esta sendo atendido, se não foi atendido...

(A Central de Regulação) também faz o acompanhamento, como na consulta especializada. A consulta especializada é gerada na rede básica, (...), então o paciente vai à unidade básica do município, se consulta com um clínico, aí dessa consulta é gerada uma consulta especializada, então qual é o processamento: esta unidade que está com o paciente entra em contato com quem? Entra em contato com a consulta especializada via telefone, o paciente não vem aqui, é via telefone, aí aqui na central nós temos dez atendentes de manhã e dez pré-atendentes, que são deficientes físicos, à tarde, então eles agendam essa consulta e já dão o retorno para ele: tal dia, tal hora o paciente vai fazer essa consulta especializada. Então a tendência é de que em alguns anos, dependendo da organização do município, de não ter paciente aqui, eles estão vindo aqui para agendar o leito, então o exame, o que faz? O paciente vai à unidade especializada e é gerado esse

exame, nós temos um serviço de motoboy, então o motoboy vai, passa em todas essas unidades, tudo separadinho, cada um tem a sua pasta identificada, ele pega essa pasta e traz esses exames aqui, os exames passam por um regulador, o médico regulador avalia a necessidade, a prioridade do exame autorizado e depois o motoboy leva (...). O processo é eterno, mas para a Central funcionar bonitinho, ela precisa que a atenção básica esteja fazendo seu papel, que esteja encaminhando, que esteja atendendo, porque é uma solução de continuidade, eles fazem lá, mandam para cá, atende aqui, é uma coisa assim contínua. Agora eu estava colocando para você a implantação das Centrais Regionais, por exemplo, são treze cidades-pólo que tem no interior, essas cidades são municípios maiores, que têm mais infra-estrutura, têm hospital de referência, têm hospital regional, municípios sede de consórcios. Então todos esses são parceiros, vão ser parceiros da implantação das Centrais Regionais.

É importante ressaltar que todos esses avanços foram e estão sendo realizados contando com o desejável apoio do Ministério da Saúde. Cabe aqui destacar parte da declaração conjunta do Ministro da Saúde e dos Secretários Estaduais de Saúde¹¹:

- Alocar recursos, progressivamente, com base em critérios demográficos epidemiológicos e de capacidade instalada, corrigindo as desigualdades na sua distribuição entre regiões e estratos sociais;
- Garantir a captação de recursos para financiamento de programas de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, aprimorando a qualificação da assistência às pessoas;
- Atuar junto aos respectivos gestores e universidades para que os hospitais Universitários venham a adequar-se às prioridades do modelo assistencial de cada estado e município, bem como às prioridades nacionais para a formação e desenvolvimento de Recursos humanos para a saúde;
- Incentivar a organização e articulação intermunicipais de saúde e outros modelos de planejamento e articulação supra municipal, com vistas à criação dos sistemas

¹¹ Plano Estadual de Saúde – 2000-2003, p.35.

regionais de referência de média e alta complexidade, implantação de central de vagas e marcação de consultas por telefone e de câmaras compensação regional, estadual e nacional;

- Intensificar a municipalização da gestão dos serviços de saúde e da gerência das unidades assistenciais federais e estaduais, reafirmando a responsabilidade dos municípios com a saúde de seus cidadãos, na perspectiva dos municípios saudáveis.

2. OS CONSÓRCIOS DE SAÚDE EM MATO GROSSO

Visando a descentralização, a regionalização e o uso de novos modelos assistenciais e gerenciais, a Secretaria adotou a opção de incentivar a constituição de Consórcios Intermunicipais de Saúde.

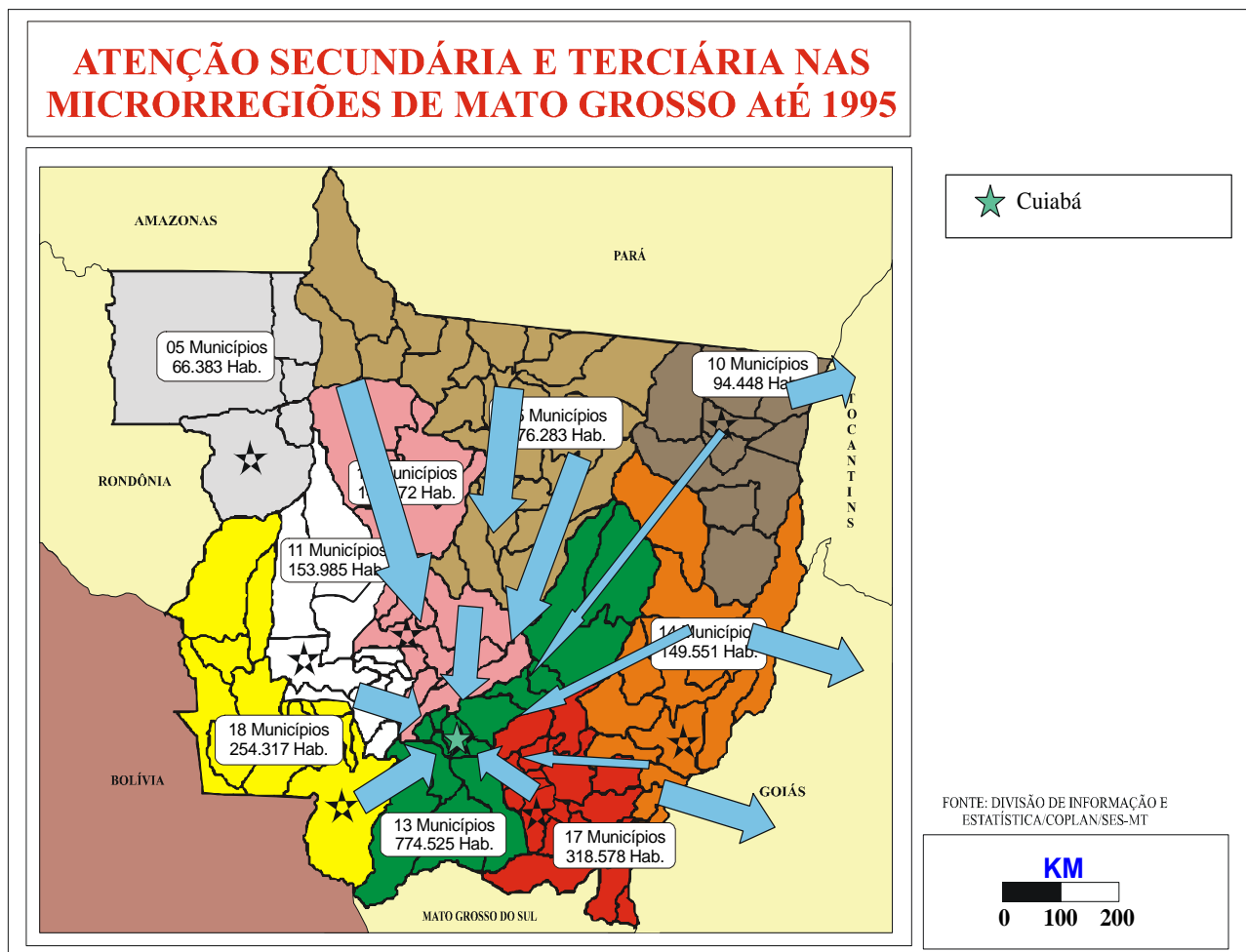
Assim, a partir de 1995, deu-se início a um processo de discussão em todas as regiões do Estado a fim de esclarecer o significado dos Consórcios Intermunicipais de Saúde e, ainda, avaliar sua viabilidade no Estado de Mato Grosso. O Secretário de Estado da Saúde, Dr. Julio Müller Neto, destacou as características do início deste processo:

O processo de municipalização, do jeito que foi feito na área da saúde, ele teve uma série de métodos de validade, mas teve alguns problemas. Esses problemas foi um pouco aquela coisa: toma que o filho é seu. Passou o pacote, um conjunto de coisas para o Município. E se vira. Está aqui o dinheiro e agora é com você. A maioria dos Municípios, sobretudo os menores e mais do interior, eles não tinham tradição, know-how, não tinham cultura organizacional, enfim, estavam organizando as suas Secretarias de Saúde, Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, e como vai de repente pegar e assumir tudo? Aonde o serviço não tinha muita complexidade, tudo bem. Tinha lá dois, três Postos de Saúde, um hospitalzinho, mas aonde a coisa era maior ficou mais complicado. Então a gente procurou trabalhar na linha da municipalização, dando muita ênfase a questão da cooperação técnica. A gente entendeu que essa era uma função primordial da Secretaria Estadual fazer cooperação técnica. Cooperação técnica envolve desde

você capacitar conselheiros, treinar, capacitar gestor municipal de saúde, os técnicos, assuntos técnicos até você estar organizando, vamos dizer assim, ajudando a organizar o espaço que ultrapassa a capacidade de cada um dos Municípios o que eu chamo de espaço intermunicipal, que é espaço regional e o microrregional. Não é atribuição de nenhum Município estar prestando assistência para o Município vizinho, para a população ele faz, pode até fazer se ele é um Município grande, se ele é pólo em desenvolvimento etc. O que normalmente ocorre mas não é atribuição, ele tem que fazer ele faz e isso no SUS não ficou resolvido, isso é atribuição do Estado mas no momento, agora com a norma assistencial, com a NOAS, é que pela primeira vez está se colocando a questão na lei da regulação. Então nós, desde 1995, começamos a trabalhar com a questão do espaço municipal com a proposta dos consórcios. Os consórcios vieram exatamente para suprir um pouco essa coisa e a gente entendia que esse espaço regional apesar de ser uma atribuição, uma responsabilidade do Estado, não é do Município, é do Estado, a gente entendia que isso não significava que fosse através de uma ação direta ou da prestação direta de serviços de órgãos estaduais. A gente entendia que isso tinha que ser feito em parceria, em co-gestão na medida do possível sempre junto, quer dizer, um movimento de baixo para cima e de cima para baixo. Por isso que os Consórcios aqui são diferentes de outros estados. Os Consórcios aqui são de iniciativa do Estado.

De acordo com Ubirajara Sampaio Mota, Assessor Técnico do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, até meados de 1995, não havia no interior do Estado nenhum hospital público oferecendo especialidades médicas fundamentais como traumato-ortopedia, cirurgia geral e anestesiologia. Para Cuiabá – distante mais de 1.000 km de algumas regiões – era feita quase a totalidade dos encaminhamentos a partir da média complexidade, sendo que as regiões do Baixo, Médio e Alto Araguaia tinham como suas principais referências outros Estados, por estarem mais próximas do que Cuiabá, conforme podemos observar na figura abaixo:¹²

¹² MOTTA, Ubirajara. *Idem*



Os hospitais escolhidos para funcionar como sede dos Consórcios passaram a ser a referência para a Atenção de Média Complexidade, pois, mesmo as regiões que tinham hospitais públicos, não possuíam especialidades essenciais e passaram a tê-las nos últimos anos, como foi o caso de Cáceres:

Com o Consórcio nós diminuimos abruptamente o número de internações, a referência passou a ser muito mais pactuada e hoje nós possuímos referência na ortopedia, na neurologia, em exames de alta complexidade, na cardiologia, no otorrino, todas essas especialidades hoje os usuários possuem ambulatórios desses serviços coisa que antigamente não existia (Maria Emília Alves, Secretária Executiva do CISOMT).

A partir de 1999, os CIS começaram a funcionar também como Centrais de Marcação e Regulação, de modo a ordenar o encaminhamento de pacientes para Cuiabá. Assim, somente os pacientes que necessitam de tratamento da mais alta complexidade são encaminhados para a Capital. O quadro abaixo ilustra alguns números que demonstram a eficiência deste processo:

ALGUNS EXEMPLOS DE REDUÇÃO DE ENCAMINHAMENTOS PARA CUIABÁ

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
TELES PIRES	346	285	202	71	66	89	66
NORTE	358	147	84	67	92	59	
ALTO TAPAJÓS					111	71	
MÉDIO ARAGUAIA					213	162	

FONTE: Ubirajara Motta, em *Os Consórcios Intermunicipais de Saúde como Cerne para Implementação das Estratégias de Construção das Microrregiões de Saúde em Mato Grosso*.

O acesso do usuário foi muito facilitado, eu sempre achei que o maior problema do SUS fosse o acesso e eu já falei que o Mato Grosso ainda tem muito o que melhorar, mas se você for pegar os avanços que ela teve nesses últimos oito anos, é inegável. Prova disso é esse hospital regional que todas as pessoas que vem visitar falam que é raro encontrar um hospital desse porte, com a estrutura e com os equipamentos que ele possui, mesmo nos grandes centros. (Maria Emília Alves, Secretária Executiva do CISOMT).

Uma das vantagens que acompanham a articulação dos municípios em consórcios é o fato do mesmo atrair especialistas médicos de outras regiões em vista dos salários oferecidos, de modo a obter competitividade com unidades credenciadas no sistema e mesmo com privadas.

De acordo com Ubirajara Sampaio Mota:

Os CIS em Mato Grosso, ao viabilizarem a constituição de um já significativo número de unidades de referência de média complexidade localizadas em diferentes regiões do Estado e integrantes do sistema estadual de referência e contra-referência, estão indicando o alcance de algumas questões importantes:

- 1) Garantiram o acesso à assistência ambulatorial, hospitalar e de serviços de média complexidade aos cidadãos de regiões antes não assistidas, utilizando estratégias flexíveis, mas garantindo o controle do sistema pelos gestores públicos, com o auxílio de mecanismos como Câmaras de Compensação de AIH's e de Auditoria montadas a partir das Comissões Intergestores Bipartites Regionais;*
- 2) Ao concentrarem a referência em unidades estrategicamente distribuídas, facilitam o monitoramento destas unidades, com a implantação de programas de melhoria de desempenho (acreditação, melhoria de qualidade, etc.);*
- 3. Facilitaram o desenvolvimento da necessária coordenação entre a Atenção Primária e a Assistência Especializada, estabelecendo mecanismos de garantia da referência e contra-referência, além de permitir a discussão para o estabelecimento de guias, consensos e protocolos clínicos comuns aos dois níveis de assistência.*

É necessário ressaltar que, para que todo este processo fosse possível, foi realizado um grande esforço no sentido de conscientizar e capacitar os Gestores Municipais. Assim, como ainda não havia a Escola de Saúde Pública, a própria Secretaria se encarregou do processo, através de sua Superintendência de Atenção Integral à Saúde:

Mato Grosso fez dois processos de capacitação de conselheiros Municipais de saúde que eu não sei se outro estado fez, nós praticamente capacitamos mais de 1000 conselheiros municipais de saúde, a primeira etapa nós fizemos em 1997 e a segunda etapa acho que em 1999, 2000 (Julio Müller Neto, Secretário de Estado da Saúde).

Este trabalho continua a ser desenvolvido pela Escola Estadual de Saúde, pois ainda é um problema existente na gestão dos CIS:

Nós fazemos com que os prefeitos entendam que eles são os donos do consórcio, o consórcio é um agrupamento de prefeitos e eles quando colocam o secretário, eles deixam essa parte para o secretário, eles não conseguem entender que eles têm que vir, participar, dar opinião, resolver, pedir ou elogiar e tudo isso faz parte para um bom funcionamento de uma equipe, então essa parte do conselho de prefeito esta um pouco falho, nós temos tentado, cada secretário tentado trazer seu prefeito para reunião, mas ainda esta um pouco difícil, não sei, talvez se tivesse um maior entrosamento entre os prefeitos principalmente a presidência puxar, haveria uma conversa, um bate papo. (Mercedes, Secretária de Saúde do Município de Araputanga e Coordenadora Técnica do CISOMT).

Existem atualmente 11 consórcios de Saúde estruturados e em funcionamento:

- Consórcio da Região Oeste: 17 municípios, sede em Cáceres;
- Consórcio da Região do Rio Teles Pires: 12 municípios, sede em Sorriso;
- Consórcio da Região Médio Norte: 7 municípios, sede em Tangará da Serra;
- Consórcio da Região Norte: 10 municípios, sede em Colider;
- Consórcio do Baixo Araguaia: 4 municípios, sede em Confresa;
- Consórcio do Baixo Araguaia: 5 municípios, sede em São Félix do Araguaia;
- Consórcio Alto-Tapajós: 6 municípios, sede em Alta Floresta;
- Consórcio do Médio Araguaia: 5 municípios, sede em Água Boa;
- Consórcio da Região Sul Leste: 15 municípios, sede em Rondonópolis;
- Consórcio da Região Garças-Araguaia: 6 municípios, sede em Barra das Garças;
- Consórcio da Região Vale do Peixoto: 5 municípios, sede em Peixoto de Azevedo;
- Consórcio da Região Noroeste: sede em Juína (consórcio em formação).

Conforme abordado pelo próprio Secretário de Saúde do Estado, Dr. Julio Müller Neto, não há um “modelo pronto” de Consórcio. O Estado se preocupou em ouvir os problemas e as características de cada região, como a existência ou não de unidade hospitalar pública para funcionar como referência, para depois formar um Consórcio que se adaptasse a essas características.

O Estado teve um papel protagonista nisso porque nós e que facilitávamos o dialogo, a interlocução, ajudávamos os Municípios, fazíamos junto com eles e quando saia finalmente o Consórcio, já saia em cima de um plano de ação, já saia de uma coisa discutida, pactuada, o que eu acho o nível mais alto de pactuação,

que era a sociedade de prefeitos. O Consórcio é uma sociedade de Municípios e não tem liga mais alta de participação do que essa. Então isso vinha de baixo para cima, e vinha de cima para baixo através da indução que nós fazíamos para os Municípios e nós dizíamos: vamos priorizar quem estiver organizado em Consórcio, para quem estiver organizado em Consórcio nós temos condições de comprar equipamentos, de ajudar, etc. Porque? Porque nós não temos como estar em cada um dos Municípios, mas nós temos como estar em todas as regiões ou microrregiões, isso nós temos condições de estar ajudando e fazendo um trabalho permanente, etc. E foi assim que surgiu,

Com base nisso, existem cinco modelos de CIS em Mato Grosso. Assim, no primeiro modelo, a unidade de referência é um Hospital que pertence à Secretaria de Estado de Saúde, como no CIS da Região Teles Pires (Hospital Regional de Sorriso) e no CIS da Região Norte Mato-grossense (Hospital Regional de Colíder). Neste modelo, a SES-MT assegura a manutenção do hospital, assume os salários de funcionários, de técnicos e de uma parcela dos salários de médicos especialistas, enquanto o CIS assume a complementação dos salários de médicos, garantindo um nível salarial que permitiu a interiorização de especialidades e serviços antes inexistentes em unidades públicas no interior do Estado.

O segundo modelo de CIS traz como unidade de referência hospitalar um Hospital Municipal, como no caso do CIS da Região do Alto Tapajós (Hospital Municipal Albert Sabin de Alta Floresta), do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Garças-Araguaia (Hospital Municipal de Barra das Garças) e do CIS da Região do Vale do Peixoto (Hospital Municipal de Peixoto de Azevedo). Nos dois primeiros exemplos, o município sede mantém a unidade hospitalar e o custo com salários de médicos e serviços ofertados é rateado entre os municípios e a SES-MT na relação de 2 para 1, respectivamente. No último exemplo, os municípios não se constituíram formalmente em consórcio, dividem entre si os custos com remuneração de profissionais médicos e alguns materiais de consumo, com a SES tendo construído e equipado a unidade hospitalar.

No terceiro modelo de CIS, o hospital que funciona como referência é uma unidade cujo controle o município assumiu através de arrendamento ou recebendo-o de uma entidade, municipalizando-a e dividindo a gestão da mesma com o CIS. Os exemplos são o CIS da Região do Médio Araguaia (Hospital Municipal de Água Boa – arrendado na iniciativa privada), o CIS da Região do Garças-Araguaia (Hospital Municipal de Barra das Garças – recebido do Sindicato Rural) e o CIS da Região do Baixo Araguaia (Hospital Municipal de Confresa – arrendado na iniciativa privada). Aqui o custo é rateado da mesma forma que no modelo anterior, assim como nos modelos posteriores.

No quarto modelo, o hospital que funciona como referência para internação é uma unidade filantrópica credenciada junto ao SUS e o CIS compra atendimento ambulatorial e de apoio diagnóstico especializados na rede privada. O exemplo é o CIS da Região Oeste de Mato Grosso (Hospital São Luis, na Cidade Cáceres). Embora atualmente o principal hospital da região é o recém inaugurado Hospital Regional Dr. Antonio Fontes, também em Cáceres, o Hospital São Luis ainda é utilizado pelo consórcio.

O quinto modelo de CIS compra 100% do atendimento na rede privada, negociando pacotes que incluem consulta, internação, cirurgia e SADT. Este modelo surgiu em decorrência de que na região consorciada não havia hospitais públicos em condições de oferecer atendimento nas especialidades necessitadas pelos municípios. O exemplo é o CIS da Região Médio Norte Mato-grossense, com sede na Cidade de Tangará da Serra.

As diversas formas de organização dos Consórcios em Mato Grosso são prova do esforço na busca de adaptações que atendessem às diferentes realidades vividas pelas microrregiões do Estado, o que também facilitou a adesão dos municípios envolvidos.

De acordo com Ubirajara Sampaio Mota: “essa diversidade de formas aponta também para o fato de que o setor público não altera seu propósito final e o setor da saúde pública não muda os princípios que lhe servem de guia ao assumirem novas maneiras de organização e de gestão para alcançar os fins sociais aos quais se propõem”.

O Secretário de Estado de Saúde destacou ainda algumas novidades nos modelos de consórcio, que são: a forma de financiamento, conforme destacado no Funcionamento dos Consórcios, e a criação dos leitos de retaguarda. Assim, alguns municípios sede de consórcio já estão se preocupando em oferecer acomodações para os familiares dos pacientes que se deslocam para acessar o atendimento hospitalar.

O que são leitos de retaguarda? Na região de Cáceres, somos oito Municípios, são grandes as distâncias, chega ter mais de 200 km entre Cáceres e a fronteira com Rondônia(...), as pessoas que vão para Cáceres, onde tem a maioria dos serviços: tem hospital, tem ambulatório, exames, essa coisa toda, muita gente precisa ficar um, dois, três dias ali com familiares. Então o próprio Consórcio se responsabiliza por ter casas de apoio aonde essas pessoas podem ficar hospedadas.(...) Ficam hospedadas e o Estado ajuda a financiar, para um recurso fixo como leito, acomodação, etc., e o Consórcio gerencia isso de modo a dar essa retaguarda para a população dos Municípios da região. Então é um modelinho quase que fechado onde você tem praticamente um sisteminha regional implementado.

(Os leitos são sustentados) em geral por ONGs. A gente aqui está pegando a rede que já existe aí chamado Terceiro Setor, já existe um monte de ONGs que faz isto: uma que só cuida de AIDS, outro que cuida de paciente de oncologia, de diálise etc. A gente chama, e os que se adequarem aos requisitos, a gente inclui e faz um convênio e passa a remunera-los, uma quantia fixa por mês por leito (...). É um apoio, nós não estamos pretendendo financiar inteiramente, é apoiar onde já fazem isso. (...). Agora, no interior, como a gente tem poucas ONGs (...), a gente está estimulando os consórcios a eles próprios montarem essas unidades. Cáceres já fez isso. O que Cáceres fez? Lá tinha um hospitalzinho filantrópico que estava mal das pernas, é um hospital dedicado a doenças de pele, hanseníase etc., eles fecharam uma proposta e o hospital destinou 20 ou 40 leitos para serem leitos de retaguarda e aí o Consórcio gerencia. O consórcio ele é uma espécie de holding, o hospital tem lá a entidade filantrópica que toma conta e o Consórcio está pagando tanto por leito para poder usar. Eles dão alimentação, o Consórcio dá o transporte.

O processo de constituição dos Consórcios em Mato Grosso tem seguido um roteiro básico:

1. Ampla discussão com os setores sociais dos municípios potencialmente interessados sobre o objetivo do Consórcio;
2. Definição da Programação de Especialidades e Serviços que atenda às necessidades de assistência dos municípios, seu correspondente custo e critérios de rateio deste custo;
3. Escolha da Unidade Ambulatorial e Hospitalar que servirá de referência;
4. Aprovação de Lei Autorizativa Municipal na Câmara de Vereadores de cada município;
5. Criação do Consórcio, com aprovação dos instrumentos e procedimentos jurídicos que estabelecem diretrizes, direitos e deveres dos Municípios Consorciados (Estatutos, Regimento Interno);
6. Assinatura de Termo de Convênio com a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, onde esta estabelece sua participação financeira no custeio das atividades do Consórcio, além de outras obrigações.

3. O FUNCIONAMENTO DOS CONSÓRCIOS MUNICIPAIS E O RELACIONAMENTO ENTRE MUNICÍPIO E ESTADO

A Estrutura dos Consórcios Intermunicipais de Saúde é composta pelo Conselho Diretor (CD), Conselho Técnico (CT), Conselho Fiscal (CF) e Secretaria Executiva (SE). O Conselho Diretor, formado pelos Prefeitos, tem como função a condução política e decisões sobre temas da administração dos objetivos do consórcio. O Conselho Técnico, formado por Secretários Municipais de Saúde, tem como funções assegurar a execução

da política e ações prestadas, dar parecer técnico ao CD, participar da Comissão Intergestora Bipartite regional e o planejamento. O Conselho Fiscal, formado pelos representantes dos Conselhos Municipais de Saúde, tem como função o controle e a fiscalização das atividades dos CIS e a aprovação das contas. E, finalmente, a Secretaria Executiva, formada somente pelo Secretário Executivo do consórcio, tem como função a articulação e execução das atividades dos CIS, a administração dos fundos e a prestação de contas. O Secretário Executivo é um funcionário contratado por regime de CLT, indicado pelo Presidente e homologado pelo CD. O CD se articula em reuniões bimensais, presididas por um Prefeito, nas quais as decisões por voto geram deliberações. O CT realiza reuniões mensais, onde emite parecer para aprovação do CD, ou executa as deliberações do mesmo. Já o CF se articula em reuniões trimestrais para apreciação e aprovação das contas apresentadas pela SE.

O consórcio tem uma relação com o escritório regional também, mas a relação do consórcio é mais direta com as Secretarias Municipais, tanto que existe dentro do consórcio um conselho gestor que é formado pelos Prefeitos da região que compõem, que aqui são 2 municípios, um conselho técnico que é formado pelos Secretários Municipais, e nesse Conselho Técnico acho que não tem participação no setor regional, e um Conselho Fiscal que é feito por membros de cada Conselho Municipal de Saúde, então existe esses três níveis de decisão dentro do consórcio. (Dr. João Silvério – Diretor do Hospital Regional de Sorriso).

Essas reuniões dos Conselhos são de suma importância para a administração e o bom andamento dos Consórcios, pois são nelas em que são discutidas as dificuldades enfrentadas por cada Município, e onde são avaliadas as contratações de serviços perante as necessidades levantadas. Conforme destaca Gregório Lobato Lopez, Secretário Municipal de Saúde de Cáceres:

De acordo com a necessidade, vai se discutindo os problemas e buscando uma alternativa para solução, (...) mas a finalidade é essa: conforme vão surgindo os problemas a gente vai colocando em discussão e buscando uma solução, hoje como

vocês viram deu bem para sentir como é, uma negociação, um precisa de uma coisa o outro de outra.

Os Secretários Municipais de Saúde se organizam através do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, o COSEMS, o qual possui representantes nos Conselhos supra citados. Os representantes do COSEMS são escolhidos de maneira eletiva, sendo que o quadro é recomposto a cada dois anos. O atual presidente, Luis Mato Grosso, esclareceu alguns pontos sobre esta estrutura:

O COSEMS atualmente ele está estruturado na sua diretoria executiva com treze vínculos regionais – porque o Estado é dividido em regiões, nós temos treze regiões de saúde, e em cada uma dessas regiões tem um vice presidente que acompanha e também é membro das bipartites regionais, é o nosso braço também com os colegiados e estão discutindo assuntos relativos a saúde no âmbito regional, além das CIBs regionais a gente tem as CIBs estaduais das quais tem acesso também em todos esses treze vice regionais. E nós atuamos num processo inteiro de cooperação técnica de municípios ajudando nesse processo de organização de serviço e com tudo e levando em consideração todo esse arcabouço jurídico legal que normatiza, e dentro disso é claro toda essa questão da regionalização, da microrregionalização, o consórcio é um mecanismo nosso de gerência microrregional de organização de referência.

Conforme mencionado pelo Luiz Mato Grosso, há também as reuniões da CIB – Comissão Intergestores Bipartite. De acordo com Julio Müller Neto¹³, “a CIB foi criada em 1993 como o objetivo de ser um fórum permanente de discussão, planejamento, normatização e regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) entre gestores municipais e representantes da Secretaria de Estado de Saúde (...) A composição paritária entre Municípios e Secretaria Estadual garante a imparcialidade das decisões, as quais resultam em resoluções (...) que passam a ser o instrumento que permite aos gestores planejar e organizar as ações de saúde, tanto no âmbito municipal como no estadual.

¹³ Texto de Apresentação na edição: *Resoluções – Comissão Intergestores Bipartite 1995 – 1999*. SES-MT, 2000.

Considerando as diferenças entre as regiões do Estado e procurando garantir a ampla participação dos gestores nas decisões, a Secretaria e o COSEMS organizaram as Comissões Bipartite Regionais em todos os pólos de Saúde, as quais tratam especificamente de assuntos relativos aos municípios que compõem cada regional”.

O envolvimento por parte do Estado com os problemas Municipais e, ainda, com a viabilização dos Consórcios Intermunicipais de Saúde é valorizado pelos Secretários Municipais, conforme ressaltado por Mercedes, Secretária Municipal de Saúde de Araputanga:

O Estado dá incentivo, ele faz com que se torne atrativo o consórcio para os municípios. Além de ter a colaboração via hospital regional, ele ainda faz um incentivo que é o retorno ao município também usando uns critérios de não inadimplência quanto a informações e quanto a presença de unidade de saúde de família no município e nós temos o retorno de um valor que nós pagamos per capita e nós temos um retorno do município todo mês, então essa é uma maneira de o estado colaborar diretamente com o município e além de fazer a colaboração via consórcio, a cada valor X que é depositado mês pelos municípios, o estado também deposita 50% desse valor X, então aí é uma ajuda bastante grande ao consórcio. Além da viabilização de atendimento regional, a viabilização de casas de apoio, todos esses serviços tem sido feitos via consórcios.

Conforme ressaltado anteriormente, os Consórcios vêm servindo como instrumento de disseminação da Política Estadual de Saúde, porém isto ainda não é realizado de forma completa:

... a gente está procurando aqui ampliar essa discussão, a gente introduziu essa discussão da micro-organização e estamos juntando elas num consórcio e a micro-organização te permite ter uma visão mais ampla, não é só as assistências, não é só a ortopedia, é tudo, tem que estar acontecendo aqui nessa região (...) Então

quando se começa discutir isso de forma mais ampla o consórcio pode e deve estar se colocando diante disso. Eu acho que a tendência é os consórcios virem a assumir essa discussão, sobretudo se, vamos dizer assim, se eles continuarem mostrando que eles dão certo como gestão de modelo para a questão da assistência, se eles dão certo como modelo para assistência porque que eles não dão certo para cuidar da educação? Porque eles não dão certo para cuidar do meio-ambiente? Porque não pode dar certo para cuidar ou como se coloca da intersetorialidade, ações intersetoriais? Pode, tranquilamente. É questão de ousar.

Por parte dos municípios, também foi possível notar durante a pesquisa em campo, que há maior consciência de sua parte quanto à participação do Estado em sua gestão e quanto ao papel do consórcio dentro da Política Estadual de Saúde, conforme ilustra o Secretário Executivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde de Teles Pires, Mauro Antonio Manjabosco:

Quando o consórcio foi criado ele buscava única e exclusivamente a parceria com o Estado na complementação de recursos para usos médicos, hoje nós estamos discutindo essa filosofia, essa idéia de consórcio e estamos buscando isso de uma forma um pouco diferente, porque eu sempre digo assim, nós precisamos sair da hospitalização ou o consórcio tem que deixar de ser hospital e voltar para apoio, estruturação dos municípios, o que a gente fez, nós fizemos uma avaliação com os municípios e a rede básica dos municípios, e estava deficitária, nos doze municípios, e estava começando a se criar os chamados PSF (Programa de Saúde da Família), porém faltava a mão de obra qualificada, foi quando o consórcio adotou a política de divulgação nacional, principalmente na região sul e centro e trazer profissionais para cá para implementar os PSFs. Nós saímos do serviço de hospitalização para um serviço de apoio aos municípios, então é isso que nós entendemos como município saudável, é começar a trabalhar inicialmente a rede básica, a estruturação da rede básica, segundo, buscando um desenvolvimento regional, porque municípios saudáveis não se busca só na área da saúde, mas meio ambiente, educação, agricultura, tudo isso tem que estar interligado, integrado em ações que visam o que é a busca dos municípios saudáveis ou cidades saudáveis, então o que está se buscando com essa questão da regionalização, ampliar o consórcio e buscar com ele atividades em lixo, uma proposta que temos agora é

consorciarmos a nível de coleta e industrialização do lixo, montarmos uma central de compras de medicamentos, que seria unir esforços entre os municípios, isso aqui não entra dentro dos municípios saudáveis mas é uma força que estaríamos dando para os municípios para que sobre recursos na sua rede básica e que ele invista isso em mais ações para rede básica, então esse é o fortalecimento que nós estamos fazendo agora ou novas estratégias que nós estamos adotando para solidificar efetivamente o consórcio.

No que diz respeito ao financiamento dos consórcios por parte da SES, temos dois tipos:

- Financiamento através de convênio: neste tipo de financiamento, os municípios realizam seus depósitos de acordo com o critério de rateio adotado em cada região, e a Secretaria, mediante verificação do pagamento, efetua um depósito correspondente a 50% do total pago por cada município, de modo que a SES colabora com 1/3 da verba total do CIS;
- Financiamento através de transferências fundo a fundo: neste tipo de financiamento, parte do dinheiro do Fundo de Saúde que seria transferido aos municípios é automaticamente transferido para o Fundo de Saúde do Consórcio, evitando assim a inadimplência. A condição imposta pela SES é somente que os municípios cumpram o programa de Assistência à Família, que é uma maneira de obrigar os municípios a arcar com o atendimento primário, o qual não é papel dos consórcios.

Nós temos atualmente duas formas de financiamento de consórcio. A primeira é através de convênios, os Municípios custeiam os consórcios e nós então definimos, vamos dizer assim, uma participação do Estado. Normalmente a gente entra com metade o que a soma dos Municípios colocam no consórcio, isso em termos de recursos de custeio. Normalmente nos consórcios nós assumimos a responsabilidade pela parte de equipamentos, enfim a parte de investimento de capital que o Estado assume.(...) A gente faz a aquisição, compra, entrega, etc. O

custeio a gente tem, normalmente a maioria dos consórcios já está utilizando os recursos do SUS e o adicional, que é o que os Municípios colocam, e o Estado normalmente coloca como critério metade do que colocam os Municípios. Isso sobretudo naqueles consórcios que tem como base um serviço Municipal, serviço como no hospital, por exemplo, como no caso de Água Boa que não tinha nem hospital público, nem estadual, nem municipal na região e o consórcio alugou um hospital privado e esse hospital passou a ser referência no consórcio da região. (...) Mas então o financiamento é por convênio, a gente faz e repassa e desde o ano passado, desde o “Fundo a Fundo”, quando nós introduzimos esse repasse automático, a gente detectou algumas dificuldades nos consórcios e procuramos corrigir o rumo. Uma dessas dificuldades que a gente detectou e a gente procurou orientar foi a inadimplência. A inadimplência de muitos Municípios que acabavam gerando um problema porque na medida que você não conseguia atingir aquela receita estipulada você passava a ter problemas evidentemente para manter a despesa. Então nós criamos dentro do programa do incentivo de transferência automática um programinha chamado Programa de Apoio ao Desenvolvimento dos Consórcios, aonde a gente repassa dinheiro fundo a fundo, mas para os Municípios Consorciados, então essa é a segunda modalidade de financiamento dos consórcios, financiamento do custeio. Uma, convênio, outra, de Fundo a Fundo com o Município. Então os Municípios que estão consorciados e que estão em primeiro lugar adimplentes, pagando em dia, segundo lugar, implantaram um programa de saúde da família (...). Com isso nós conseguimos reduzir a inadimplência aqui num patamar quase que zeramos e além de termos estimulado também através deste incentivo cruzado o programa de saúde da família. (...) Essa é uma modalidade absolutamente nova, se você quer inovação, não conheço outra no país que faça isso. Aliás, uma coisa também inovadora é os consórcios nossos de Mato Grosso eles colocam recursos próprios e a maioria dos outros estados os consórcios só fazem consorciamento em cima dos recursos do SUS, aqui não, aqui além dos recursos do SUS o Município botam recursos próprios e o Estado também bota recursos próprios para o custeio; isso eu acho uma coisa muito interessante.

Além do controle financeiro, a SES também exerce o acompanhamento do desenvolvimento das atividades dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, atividade esta exercida pela Superintendência de Atenção Integral à Saúde:

A gente é um parceiro para eles (CIS).(Nós Oferecemos muito apoio) porque a gente trabalha na Programação Pactuada Integrada, no Fórum de Pactuação, (...) olhando o consórcio, reavaliando o que eles fazem, temos que estar acompanhando o Plano de Metas deles. A gente está tentando melhorar. (Joilce Pinho Grunwald – Assessora da Superintendência de Ação Integral à Saúde da SES).

4. DESAFIOS E DIFICULDADES

Segundo a Secretária Executiva do CISOMT, as maiores dificuldades do consórcio referem-se à conscientização dos Gestores Municipais e da escassez de recursos humanos:

*Os maiores desafios são **Recursos Humanos** e também fazer com que os gestores de um modo em geral entendam a função de um Consórcio, porque o nosso Consórcio ele é bem definido no seguinte sentido: nós possuímos para especialidades, a clínica básica que são: clínica médica, pediatria e ginecologia/obstetrícia são de responsabilidade de cada Município, então nós temos que ser responsáveis apenas pela clínica especializada e **muitas vezes os municípios ainda tem dificuldade de ter esses profissionais da clínica básica nos seus Municípios, muitas vezes confundem o papel do Consórcio. Então o desafio maior para o Consórcio seria a consolidação de uma forma que ele tivesse mais apoio direto tanto dos Prefeitos, de tudo entendendo qual a verdadeira missão do Consórcio (...)** mas, o problema é que esses Municípios não desenvolvem não é que eles não desejam, porque não tem nenhuma assistência, porque não possuem projeto é porque não possuem recursos humanos. É muito difícil atrair e manter profissionais. Muito difícil.*

*Em 1993 a gente falava que **necessitaria realizar uma política de interiorização de profissionais** através do Ministério da Saúde e que essa política de interiorização*

seria fundamental (...). Com os PSFs – Programas de Saúde da Família em que houve um incentivo por parte do Ministério, por parte da Secretaria Estadual, de tudo, para ocorrer à interiorização, nós vimos que a gente tinha um profissional temporariamente. Não era uma coisa que ele criava laços com o Município e com a região para ficar, então a gente entende, hoje o meu entendimento é que nós não temos que trazer, a interiorização nós nunca vamos conseguir atingir dentro daquilo que a gente está precisando, nós necessitamos é trazer escolas para esta região, para formar as pessoas dessa região, para ficar na sua região, não adianta mandar o cidadão daqui do Mato Grosso estudar em São Paulo porque ele não volta, então eu preciso criar condições desse cidadão estudar aqui nessa região. Então o fortalecimento das Universidades é que eu acho que é o principal ponto. Porque nós fazemos o profissional aonde tem a universidade.

Outra grande dificuldade é a situação jurídica do mesmo, de acordo com a Secretária Executiva do CIS da Região Oeste. O Tribunal de Contas do Mato Grosso interpreta que o CIS faça parte da administração pública e, com isso, deve seguir todas as Leis cabíveis e portar de uma estrutura adequada. Assim, seria como formar um “novo município”, ou seja, ter uma secretaria de finanças, de administração, seguir os passos da Lei 4.320 no que diz respeito ao seu orçamento, aplicar a Lei 8.666 no momento das compras etc. Esta ação criaria uma estrutura burocrática que impediria a agilidade e o bom funcionamento do CIS.

Agora um dos grandes desafios também que os Consórcios vão começar a enfrentar vão ser os Tribunais de Contas, porque nós estamos funcionando desde 1996 e recebemos a primeira visita do Tribunal de Contas no ano de 2000, e eles entendem que o consórcio, para mexer com dinheiro público, eles têm que cumprir toda a Lei 4320, a Lei 8080, tudo isso daí, e não os consórcios sendo empresa privada sem fins lucrativos. E não existe legislação ainda que regulariza isso. Acho que o próximo desafio é regulamentar os consórcios, reconhecendo como empresa privada sem fins lucrativos, porque se nós tivermos que sair com toda burocracia que existe na Lei 4320, o consórcio vai passar a ser inviável porque o repasse ocorrido vai ser gasto apenas no montante da burocracia e enquanto eu puder usar o recurso para comprar serviços, eu vou ter que usar o recurso para montar uma Secretaria de Finanças, montar uma Secretaria disso, virar uma

Prefeitura, então esse é o nosso grande desafio agora. O Tribunal de Contas de Mato Grosso ainda não está com esse entendimento que ele é uma empresa privada. Já tivemos várias liminares favoráveis tanto no Paraná como no Ceará. (Maria Emília Alves, Secretária Executiva dos CISOMT)

Eu gostaria de relatar o seguinte: consórcios existem para, vamos dizer assim, para tentar solucionar ou melhorar algumas situações dos municípios, porém, o que a gente gostaria de colocar e deixar claro é o seguinte, a dificuldade que nós estamos enfrentando hoje é como fazer determinadas ações sendo que ainda não está regulamentado, quer dizer, o Ministério da Saúde não está regulamentado por secretaria estadual, não está regulamentado no Tribunal de Contas, não existe uma regulamentação do que é consórcio, então a dificuldade nossa é assim, ele é um ente público ou ele é um ente privado ou ele é uma autarquia ou ele é uma economia mista, não sei, então ainda falta, porque estou dizendo isso? Porque nós precisamos criar mecanismos de desenvolvimento regional, só que nós temos que se desvencilhar das burocracias, se nós determinarmos ou fizermos algumas coisas nós somos fiscalizados pelo tribunal de contas, então todas as nossas ações são tribunais de contas são avaliadas porque os recursos são públicos, só que nem mesmo o tribunal de contas sabe dizer para nós se nós temos que licitar, se não licitar, se a gente tem que fazer contra direta ou não compra direta, então ainda está indefinido, eu acho que o ministério da saúde está de certa forma assistindo municípios se organizarem e ainda com falta de organização, definição de papéis, porque o que a gente vê é assim, cada município tanta se organizar, busca se organizar, aí quando se organiza, aí vem o tribunal de contas, não, você não pode fazer assim tem que fazer diferente, então toda aquela energia, toda aquela vibração que foi criada que foi posta em prática, de repente tem que retornar ao mesmo ponto de origem que é a burocracia de novo, é porque o consórcio quando foi criado, ele foi criado como uma associação civil e como tal ele não precisava fazer licitação. Hoje a promotoria está entendendo que nós precisamos fazer concurso público, devemos comprar com licitação, unificar profissionais, aí nós vamos voltar a toda uma situação de origem, que é a burocratização. Deveriam clarear isso para a gente. Então essa é a dificuldade que nós estamos tendo. (Mauro Antônio Manjabosco, Secretário Executivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde de Teles Pires).

Ainda no que diz respeito à situação jurídica dos consórcios, segundo o Secretário de Estado de Saúde, a SES está buscando uma forma de conseguir benefícios para os CIS assim como alguns Municípios possuem, pois o consórcio atualmente paga todos impostos:

Os Consórcios hoje eles não tem na legislação brasileira nada que dê a eles uma vantagem, incentivo, como uma organização social. Então essa é uma questão inclusive que eu vou estar me dedicando a ela (...) porque com a nossa experiência a gente entende que é fundamental que a legislação proteja e abrigue melhor os Consórcios e dê a eles a oportunidade. Por exemplo, Imposto de Renda: o que nós gastamos de imposto de renda é um absurdo, enquanto o Estado e Município, por exemplo, não pagam Imposto de Renda, o imposto fica aqui mesmo, e porque não estender esse benefício aos Consórcios? Isso nos traria, vamos dizer assim, facilitaria muito uma série de custos que hoje o Consórcio tem.

Um ponto fraco dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, destacado pela Secretária Executiva do CISOMT, é que os mesmos dependem de uma vontade política, ou seja, os municípios não são obrigados a participarem do consórcio. Logo, a cada mudança de Prefeitos, tem-se de haver a negociação para a participação no CIS novamente, sem garantias de continuidade:

O consórcio é uma determinação política que não depende de Maria Emília querer ou do Secretário de Saúde querer. Consórcio é uma determinação política de prefeitos e cada vez que muda o prefeito a gente tem uma nova negociação.

(...)

O consórcio do Estado do Mato Grosso desenvolveu porque o nosso governo do estado acredita, o nosso Secretário Estadual acredita que é o melhor. E assim outro sai achando que não é o melhor, serão interrompidos todos os contratos.

Ainda na questão política, voltamos a ressaltar a importância da conscientização dos gestores municipais:

Outra dificuldade que nós estamos tendo é a conscientização e da importância que se dá para o consórcio (...), quando os prefeitos, quando o presidente ou um prefeito, não convictos da necessidade de consórcio, ele desvirtua. Então consórcio esta sempre no alto e no baixo, ele cresce com alguns presidentes e decresce com outros, então teria que achar uma forma para que isso fosse uma questão mais profissionalizada. (Mauro Antônio Manjabosco, Secretário Executivo do Consórcio Intermunicipal de Saúde de Teles Pires).

Outro desafio é a questão da intersetorialidade. Segundo o Secretário de Estado de Saúde, os consórcios atualmente estão muito centrados na questão da assistência, de modo que não avançaram na questão da política regional quando os mesmo deveriam ser o ente gerador da microrregionalização. Os novos modelos de Consórcios, como os da Região Oeste e Região Sul Leste representam um esforço neste sentido.

Foi ressaltada, ainda, pelo Secretário Estadual de Saúde, a questão do controle social:

Precisa melhorar os mecanismos de controle por isso que a Secretaria monitora mas, nós entendemos que é necessário um esforço maior, é necessário fazer funcionar mais os Conselhos Fiscais de coisa que funciona precariamente nos Consórcios a gente tem que pensar num modelinho de controle social mais desenvolvido sobre os Consórcios e esses modelos tem que ser necessariamente

regionais, essa é uma área que a gente precisa ir avançando e acho que precisa consolidar mais em relação a essa questão dos Consórcios.

5. FOCO DA PESQUISA

Para fins de pesquisa, centramos nosso foco em dois Consórcios, o da Região Oeste, o qual abrange o maior número de habitantes, e o da Região do Rio Teles Pires, o qual se caracteriza pelo pioneirismo no Estado. Assim, cabe aqui destacar as principais características destes dois consórcios.

5.1. Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Rio Teles Pires

O primeiro Consórcio Intermunicipal de Saúde do Estado de Mato Grosso foi o da Região do Rio Teles Pires, o qual foi criado em 10 de novembro de 1995. Esse consórcio tem como sede o município de Sorriso, com seu Hospital Regional de Sorriso, uma unidade hospitalar estadual que possui 37 leitos e atendia limitadamente à população com seus quatro médicos.

Criado o consórcio, a Secretaria de Estado e Saúde assumiu o compromisso de continuar garantindo o custeio operacional do Hospital, relativo a recursos humanos, administrativos e técnicos, bem como a aquisição e manutenção de equipamentos médico-hospitalares. Além disso, a SES assumiu uma parcela dos salários dos profissionais médicos, através de contrato, e o repasse para o Consórcio de 40% da arrecadação líquida dos procedimentos ambulatorial e hospitalar como incentivo salarial para médicos e demais funcionários e para custeio de outras obrigações administrativas do Consórcio.

Hoje este hospital possui 100 leitos e atende toda a região nas seguintes especialidades: Anestesia, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria (com Neonatologia), Traumo-Ortopedia e Neurologia. Oferece também serviços de Unidade de Reabilitação e Fisioterapia, Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue, Laboratório de Patologia Clínica, Ultra-sonografia, Endoscopia Digestiva, Eletrocardiografia e Eletroencefalografia. Com isso, o encaminhamento para Cuiabá caiu drasticamente – de 346 em 1994 para 66 encaminhamentos em 2000, ou seja, uma queda de aproximadamente 81%.

Os Municípios que fazem parte do consórcio e suas respectivas populações e participação financeira estão relacionados no quadro a seguir:

Município	População	% Atendimento	Participação em R\$
Cláudia	10.194	4,85	3.692,00
Feliz Natal	3.750	2,71	1.657,50
Lucas do Rio Verde	12.636	5,54	4.454,30
Nova Mutum	8.054	1,25	2.129,00
Nova Ubiratã	3.870	3,84	2.035,70
Santa Carmem	3.392	1,84	1.299,30
Sinop	54.294	13,31	15.906,00
Sorriso	25.369	57,01	22.978,10
Tapurah	8.808	1,74	2.463,00
União do Sul	2.862	1,51	1.106,30
Vera	7.190	6,40	3.553,80
TOTAL	140.419	100,00	61.275,00

Observações:

Critérios de Rateio:

- 50% com base na população
- 50% com base no atendimento

Participação da SES/ MT:

- Pessoal: R\$ 763.045,71
- Produção: R\$ 418.234,73
- Repasses/ adiantamentos: R\$ 388.147,00

- Total: R\$ 1.569.427,44.

5.2. Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste de Mato Grosso

Em meados de 1993 iniciaram as reuniões com os Secretários Municipais de Saúde para organização de um Sistema de Saúde para a região. Foram frutos desta iniciativa a Câmara Técnica e a Comissão Intergestora Bipartite Regional, sempre com a presença do Pólo Regional de Saúde.

As necessidades da região foram se tornando mais complexas e com isso a Maria Emília Janella Alves, que na época ocupava o cargo de Coordenadora Municipal de Saúde no Município de Cáceres, trouxe para apreciação o modelo de Consórcio existente na sua cidade – PENÁPOLIS – SP, que era pioneiro neste sistema de organização.

Em julho de 1993 ocorre 1ª reunião que consta na pauta Consórcio entre municípios, é de consenso de todos que para o mesmo existir necessita organizar a rede básica de toda à região. Somente em agosto de 1995 é que acontece a 1ª reunião com Prefeitos, Secretários, COSEMS, Vereadores e, como convidados, representantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Alto Rio – MG. Também em agosto, é criada a Comissão Provisória para viabilização do Consórcio na região de Cáceres, com a presença dos Secretários Municipais de Saúde de Cáceres, Mirassol do Oeste, São José dos Quatro Marcos, Salto do Céu, Figueirópolis e Pólo Regional de Saúde. Também houve a escolha do nome – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste de Mato Grosso (CISOMT) – e da sede do Consórcio – Cáceres, por ser a cidade que dispõe de maior complexidade.

Em maio de 1996 foi aprovado o Estatuto do CISOMT e Diretoria. O estatuto ficou como uma empresa privada sem fins lucrativos, com a participação dos municípios que compõem a região Oeste de Mato Grosso, os quais deveriam repassar 1% do FPM mensalmente e o objetivo do mesmo seria a compra de serviços na área ambulatorial das especialidades que não estavam disponíveis no Sistema Único de Saúde. Ainda em maio,

o CISOMT é parcialmente paralisado devido mudanças no quadro político do município sede.

Em fevereiro de 1997 ocorreu a 1ª reunião com os prefeitos eleitos, onde ficou aprovada a manutenção da mesma diretoria e, em abril, o Estatuto foi registrado em cartório.

Em junho foi elaborado o 1º plano de ações e em julho ocorreram as primeiras contratações para os serviços de ortopedia e oftalmologia.

Assim, o Consórcio foi criado possuindo características que o distinguia dos outros. Uma delas diz respeito ao fato de que este consórcio começou a funcionar sem a participação financeira da Secretaria de Estado de Saúde, outra está relacionada ao fato de que este foi o único Consórcio onde os municípios participantes incluíram em suas leis autorizativas a automaticidade dos repasses municipais ao consórcio, evitando assim a inadimplência. Também podemos destacar o fato deste ser o primeiro consórcio a lançar mão da compra de serviços na rede privada para complementar a oferta do sistema SUS e de utilizar, entre suas referências, uma unidade hospitalar filantrópica.

O Município sede da região, Cáceres, é considerado referência estadual nos setores de Saúde e Educação. A cidade dispõe de três grandes unidades hospitalares: Hospital São Luiz, um dos mais bem aparelhados de Mato Grosso; Hospital e Maternidade Santa Lúcia e o Hospital Regional, recém inaugurado.

No seu primeiro ano de funcionamento, o CISOMT colocou à disposição da população dos municípios consorciados as especialidades de Neurologia, Otorrinolaringologia e Traumato-Ortopedia, no tocante a consultas e cirurgias, mas sem exames diagnósticos.

Em março de 1998 houve a alteração do Estatuto do CISOMT, mudando a contribuição de 1% do FPM para R\$ 0,20 habitante/mês e, conseqüente, um novo registro do Estatuto no cartório. E, finalmente, em junho foi assinado o Termo de Convênio 011/98 entre o CISOMT e a Secretaria Estadual de Saúde. Com a assinatura do Termo de Convênio houve o fortalecimento do CISOMT e hoje são 15 municípios consorciados, com prestação de serviços nas seguintes áreas:

- Ultrassonografia;
- Oftalmologia;
- Otorrinolaringologia;
- Laboratório de Patologia Clínica;
- Laboratório de Anatomia Patológica;
- Ergometria e Eco Doppler;
- Endoscopia;
- Ortopedia;
- Neurologia.

De fevereiro a junho de 2001 a prestação de serviço ficou meio paralisada, devido aos trabalhos de conscientização dos novos prefeitos sobre a importância do CISOMT, bem como a normalização dos repasses mensais. Em agosto, passa a vigorar o novo valor de repasse para os municípios, sendo este R\$ 0,30 centavos de real per capita/habitantes/mês e reinicia-se o auxílio diagnóstico.

Os municípios consorciados, sua população e contribuição financeira encontram-se relacionados na tabela a seguir:

Município	População	Contribuição em R\$
Araputanga	13.455	4.036,50
Cáceres	73.918	22.175,40
Campos de Júlio	1.594	478,20
Comodoro	13.691	4.107,30
Figueirópolis D' Oeste	4.613	1.383,90
Jauru	11.475	3.442,50
Lambari D' Oeste	5.519	1.655,70
Mirrasol D' Oeste	23.821	7.146,30
Nova Lacerda	3.272	981,60
Porto Esperidião	7.668	2.300,40
Reserva do Cabaçal	2.669	800,70
Rio Branco	5.691	1.707,30
Salto do Céu	5.409	1.622,70
S. José dos Quatro Marcos	21.699	6.509,70
Vila Bela da S. Trindade	10.690	3.207,00
Total	205.184	61.555,20

Observações:

Critérios de Rateio:

- R\$ 0,30/ hab. ao mês

Participação da SES/ MT:

- Total: R\$ 139.959,40.

V. CONCLUSÃO

A partir do exposto, ao analisarmos os dados do projeto “GESTÃO ESTRATÉGICA DE POLÍTICAS PÚBLICAS PELOS GOVERNOS SUBNACIONAIS: ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NO ESTADO DO MATO GROSSO”, podemos chegar às seguintes conclusões:

- Os Consórcios Intermunicipais de Saúde são um instrumento para a descentralização organizada e bem sucedida, tendo como evidência o maior acesso da população à rede de saúde pública, a redução dos encaminhamentos a Capital e a queda nos índices de doenças e de mortalidade infantil;
- A SES-MT tem papel ativo e relevante na formação dos consórcios, desde sua criação, dada a flexibilidade do modelo, até os incentivos por esta oferecidos, tais como capacitação, complementação de verba salarial, compra de equipamentos, reformas etc.;
- A partir dos Consórcios, foi possível uma melhor organização da Gestão de Políticas de Saúde do Estado, fazendo com que a SES-MT assumisse integralmente o seu papel de Gestora, se desvincilhando da figura de “mera prestadora de serviços e fornecedora de insumos”.

No que diz respeito aos três princípios básicos do SUS, Universalização da Assistência, Descentralização e Controle Social, o Estado tem mostrado um bom desempenho:

- A partir da criação e manutenção constante de Consórcios Intermunicipais de Saúde, a SES-MT garante o acesso aos serviços por uma grande fatia da população, feito este de supra importância principalmente ao considerar as características demográficas do Estado;
- Os Consórcios Intermunicipais de Saúde garantem o fortalecimento das instâncias locais de poder, ou seja, possibilita a descentralização e, ao mesmo tempo, a maneira como o mesmo está organizado possibilita a integração entre governos Federal, Estadual e Municipal;
- Através do Conselho Municipal de Saúde e das várias instâncias envolvidas no processo de decisão, a SES vem desenvolvendo o controle social no Estado. A implantação completa das Centrais Regionais de Regulação, no entanto, colaborarão para que as práticas clientelistas e populistas diminuam.

A postura assumida pela SES-MT trouxe inúmeras vantagens aos Municípios e ao próprio Estado, entre as quais podemos destacar:

Esfera Municipal:

- Facilidade de acesso da população ao serviço de saúde, tanto da rede secundária, através dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, como da rede Terciária, através da parceria entre CIS e Central de Regulação Regional;
- Apoio da Secretaria de Estado de Saúde em quase todos os setores, inclusive na capacitação e disponibilização de recursos humanos;
- Possibilidade de oferecer maior número de serviços à população, a partir da contratação de novas especialidades;

- Queda nos índices de doenças, em consequência da disseminação da atenção básica (PSF) e da disponibilização de recursos físicos e humanos;
- Cooperação técnica entre os municípios, otimizando assim os recursos de cada um deles.

Esfera Estadual:

- Resgate da capacidade da Secretaria de Estado de Saúde na formulação de políticas e estratégias;
- Novos modelos de atenção à saúde que pudessem apoiar a reorientação dos serviços, com critérios de promoção e prevenção, melhorando a qualidade e a integralidade das intervenções e fortalecendo a capacidade operativa e resolutiva dos serviços em seus distintos níveis de atenção;
- Promoção da adoção, o desenvolvimento e a adaptação de novos modelos gerenciais na saúde pública.

A intersetorialidade pode ser vista como tendência nas atividades dos Consórcios. Tanto o governo Estadual como Municipal já estão conscientes que os CIS representam uma ferramenta muito eficiente e que pode ter utilidade muito mais ampla do que a viabilização da descentralização na área da saúde, mas também como instrumento de microrregionalização, disseminando políticas na área Social, de Educação, de Habitação, entre outras. Um fator facilitador da microrregionalização é o fato de que a formação dos consórcios, quase que em sua maioria, coincide com as regiões do Estado.

Assim, concluímos que o Estado do Mato Grosso, no âmbito da Saúde Pública, foi capaz de assumir seu **papel relevante e imprescindível na formulação de políticas públicas de saúde**, mostrando-se ainda altamente **pró-ativo**, principalmente no que diz respeito à construção dos Consórcios Intermunicipais de Saúde ao incentivar as discussões entre todas as regiões do Estado.

Cabe também destacar as políticas inovadoras de apoio à viabilidade dos consórcios, tais como os incentivos financeiros, a disponibilização de recursos humanos, a capacitação de gestores e profissionais, atualmente através da Escola de Saúde Pública, e a criação das Centrais de Regulação.

VI. BIBLIOGRAFIA

BRASIL, Ministério da Saúde. *1997:Ano da Saúde no Brasil* (mimeo).

BRASIL, Ministério da Administração e Reforma do Estado. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*, Imprensa Nacional, Brasília, 1995.

CEPAL. *Salud, equidad y transformación productiva en America Latina*, Washington, 1994.

COSTA, Wildce da Graça Araújo. *A Municipalização dos Serviços de Saúde no Estado de Mato Grosso: evolução e desafios*. Tese apresentada ao Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, 2000.

FERRAZ, S. T. *Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas*. 1998, Revista de Administração Pública, 32: 49-60.

GAZETA MERCANTIL. *Atlas do Mercado Brasileiro*. São Paulo, 2002.

GUIMARÃES, Luísa. *Arquiteturas da Cooperação Intergovernamental: Os Consórcios de Saúde em Mato Grosso*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública. RJ 2001.

INOJOSA, R M. *Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional*. 1998, Revista de Administração Pública, 32: 35-48.

JUNQUEIRA, L. A. P. *Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal*. 1998, Revista de Administração Pública, 32: 11-22.

JUNQUEIRA, A.T.M; MENDES, A. e CRUZ, M.C. T. *Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de São Paulo: Situação Atual*. RAE-Revista de Administração de Empresas, EAESP/FGV, São Paulo, v.39, n.4, OUT/DEZ 1999.

KEINERT, T. M. M. *Do Oficial ao Legítimo: O Subsistema Não-Institucional de Atenção à Saúde em São Paulo*, São Paulo, EAESP/FGV, dissertação de mestrado,, 1992. (mimeo).

KEINERT, T. M. M. *Do Estatal ao Público: Crise e Mudança de Paradigmas na Produção Técnico-Científica em Administração Pública no Brasil*, Tese de Doutorado, São Paulo, 1999, EAESP/FGV.

KEINERT, T. M. M. *Política Pública de Saúde, Inovação e o Plano de Atendimento à Saúde do Município de São Paulo*, Revista de Administração de Empresas, v. 37, n.3, jul/set 1997, São Paulo.

KEINERT, T. M. M. & CERQUEIRA, M. B. *Inovação na Prestação de Serviços Públicos de Saúde: Experiências de Municipalização*. XXX CLADEA's Assembly, Santiago do Chile, 1995.

KEINERT, Ruben Cesar. *As Crises e o Regime Político no Brasil*. Tese de Doutorado, USP, São Paulo, 1986, mimeo.

_____. *Mudança de Paradigmas, Ensino e Pesquisa em Administração Pública. Anais da CLADEA's (Consejo Latinoamericano de Escuelas de Administracion) XXVIII Assembly*, (pp 179-194). 1993, FIU, Miami.

_____ & LAPORTA, Claudio B. *A RAP e a Evolução do Campo de Administração Pública no Brasil*. Anais do 17º Encontro Anual da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração (pp 51-65). Salvador: ANPAD, 1993.

_____. *A Produção em Administração Pública na ANPAD (1976-1992): Uma Análise Preliminar*. Anais do 18º Encontro Anual da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração (pp 159-171). Curitiba: ANPAD, 1994.

KEINERT, Tania M. M. *Paradigmas da Administração Pública no Brasil (1900-92)*. Revista de Administração de Empresas, 34(3), 33-40, 1994.

_____ & BERTERO, C. O. *A Análise Organizacional no Brasil*. Revista de Administração de Empresas, 34(3), 1994.

KEINERT & LAPORTA, Claudio. (1994). *A RAP e a Evolução do Campo de Administração Pública no Brasil (1965-92)*. *Revista de Administração Pública*, 28(1), 5-17.

_____ & CASTRO SILVA, Claudete. *Gestão Pública e Integração Regional na América Latina*. Anais da XXIX Assembleia Anual do Consejo Latinoamericano de Escuelas de Administración . Córdoba: CLADEA, 1994.

_____. *Globalización, Estado Nacional ed Instancias Locales de Poder en America Latina*. Revista Nueva Sociedad, vol(142), março/abril 1996, Caracas/Venezuela, p. 96-107 ; publicado também em Portugal in *Revista Estudos de Economia*, 15 (2), janeiro/março 1995, Instituto Superior de Economia e Gestão, Universidade Técnica de Lisboa , Portugal, p. 220-236; e em francês in *Alternatives Sud – Pouvoirs Locux et Décentralization*, Ed. 03, 1997, L'Harmattan, Paris/Montreal.

_____ & VAZ, José Carlos. *A Revista do Serviço Público a partir da Análise de seus Editoriais*. Revista do Serviço Público, 118(2), 9-34, 1994.

KEINERT, Tania M. M. *Descentralizacion y Democratización: Una Propuesta de Reforma Administrativa de la Alcaldia de San Paolo*. In Gonzalez, G. & Ogliastri, E. *La gerência Pública: Assunto Privado?*. Bogotá: T.M. Editores/Ediciones Uniandes, 1995.

_____. *Globalização, Estado Nacional e Instâncias Locais de Poder*. Anais da Conferência de 1995 do BALAS - Business Administration Latin American Association, (pp 3-14). Washington, USA, 1995.

_____. *O Simbólico, a Cultura, o Moderno: Trajetórias de Usuários do Sistema de Saúde em São Paulo*. Anais do V Encontro Nacional da ANPUR - Associação Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional, (pp 1003-1010). Belo Horizonte: ANPUR/CEDEPLAR, 1995.

_____. *Burocracia e Inovação na Administração Pública*. Boletim do Instituto de Saúde. p.7, n.19, Edição Especial, pp 1-12, 1998.

_____. *Le Politiche Sanitarie Pubbliche in Brasile: Il Riolo dello Stato, il Decentramento e le Esperienze Innovattive, Management ed Economia Sanitaria*. vol 25, 1998.

_____ & VAZ, José Carlos. *A Revista do Serviço Público no Pensamento Administrativo Brasileiro (1937-1989)*. Revista do Serviço Público, 118(1), 9-41, 1994.

- KEINERT, Tania M. M. *A Inovação na Prestação dos Serviços Públicos de Saúde: Experiências de Municipalização*. Anais da XXXI Assembleia do Consejo Latinoamericano de Administracion . Santiago, Chile, 1995.
- MATO GROSSO, Secretaria de Estado de Saúde. *Caderno do Gestor Municipal de Saúde de Mato Grosso*. Cuiabá, 2001.
- MATO GROSSO, Secretaria de Estado de Saúde. *Saúde em Números*. Mato Grosso, 1998.
- MATO GROSSO, Secretaria de Estado de Saúde. *Leis e Decretos: Organização do SUS*. Cuiabá, 2000.
- MATO GROSSO, Secretaria de Estado de Saúde. *Leis e Decretos: Organização da SES*. Cuiabá, 2000.
- MATO GROSSO, Secretaria de Estado de Saúde. *Resoluções: Conselho Estadual de Saúde – 1995-1999*. Cuiabá, 2000.
- MATO GROSSO, Secretaria de Estado de Saúde. *Resoluções: Comissão Intergestores Bipartite – 1995-1999*. Cuiabá, 2000.
- MATO GROSSO, Secretaria de Estado de Saúde. *Avaliação da Política de Saúde de Mato Grosso – 1995-1998*. Cuiabá, 2000.
- MATO GROSSO, Secretaria de Estado de Saúde. *Saúde Pública em Mato Grosso – Ações e Perspectivas (1995-1999)*. Cuiabá, 2000.
- MATO GROSSO, Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2000 – 2003*. Cuiabá, 2000.
- MATO GROSSO, Secretaria de Estado de Saúde. *Anais da III Conferência Estadual de Saúde*. Cuiabá, 2002.
- MENDES, E V. *As políticas de saúde no Brasil nos anos 80*. In: MENDES, E V (org.) Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995.

- MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*, Hucitec, São Paulo, 1996.
- MENDES, E. V. *A Organização da Saúde no Nível Local*, Hucitec, São Paulo, 1998.
- MEDICI, A.C. *Sistema de Saúde Brasileiro, Aspectos Econômicos*. Porto Alegre:IAHCS, 1996.
- MOTA, Ubirajara Sampaio. *Os Consórcios Intermunicipais de Saúde como Cerne para Implementação das Estratégias de Construção das Microrregiões de Saúde em Mato Grosso*. Cuiabá, 2000.
- MOTA, Ubirajara Sampaio. *Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Oeste de Mato Grosso*. Cuiabá, 2002.
- MOTA, Ubirajara Sampaio. *Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Rio Teles Pires*. Cuiabá, 1998.
- OLIVEIRA, A M. F. de. *Os Dilemas da Municipalização da Saúde no Contexto de uma Região Metropolitana: O Caso de Campinas*. Campinas: Instituto de Economia da Universidade de Campinas. Tese de Doutorado, 1995.
- SCATENA, João Henrique Gurtler. *Avaliação da Descentralização da Assistência à Saúde no Estado de Mato Grosso*. Tese de doutorado apresentada ao Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, 2000.
- WORLD BANK. *Investing in Health*. World Bank Report 1993. New York: Oxford University Press, 1993.
- _____. *Poverty*. NY: Oxford University Press, 1990.
- VIANA, A. L. D'A. *Novos riscos, a cidade e a intersectorialidade das políticas públicas*. 1998, Revista de Administração Pública, 32: 23-32.

VII. ANEXOS

**ANEXO I: HOSPITAL REGIONAL DE SORRISO – CIS TELES
PIRES**

ANEXO II: HOSPITAL REGIONAL DE CÁCERES – CISOMT

ANEXO III: CENTRAL DE REGULAÇÃO ESTADUAL

ANEXO I: HOSPITAL REGIONAL DE SORRISO – CIS TELES PIRES



ANEXO II – HOSPITAL REGIONAL DE CÁCERES – CISOMT



ANEXO III: CENTRAL DE REGULAÇÃO ESTADUAL

