

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE SOBRE A MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Fabio Luiz Quandt e Bruna Barbosa Hackbarth

RESUMO: Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) surgem para atender aspectos regionais da atenção à saúde integral do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo deste estudo é avaliar a efetividade do CIS da região do Alto Uruguai Catarinense, do Estado de Santa Catarina – Brasil, sobre a Média e Alta Complexidade (MAC). Trata-se de uma pesquisa avaliativa, empregando Avaliação de Quarta Geração. Utilizou-se para a coleta de informações a técnica de Entrevista Individual sobre 16 Secretários Municipais de Saúde participantes do consórcio e elementos-chave da instituição, junto a Análise documental das Atas dos Conselhos Municipais de Saúde dos respectivos municípios. Resultados apontam problemas sobre a Tabela SUS de pagamento por procedimentos de MAC e corporativismo médico instalado. Implementação e inserção de CIS na Atenção a MAC do SUS, pode representar uma importante ferramenta de gestão para a regionalização do cuidado integral.

Palavras-chave: Política Pública de Saúde, Gestão e Planejamento em Saúde, Avaliação em Saúde.

INTRODUÇÃO

A década de 1980 foi o ápice dos movimentos reformistas constitucionais do Estado. Diversos atores sociais brasileiros debatiam a necessidade de um sistema público e universal de saúde, que garantisse atendimento integral a todos os cidadãos. O movimento da Reforma Sanitária questionava o modelo assistencial vigente na época, que permitia o acesso apenas aos segurados da Previdência Social que, em geral, comprava os serviços do setor privado. Desse modo, não mais se admitia a limitação de seus atendimentos a um "pacote" mínimo e básico de serviços, destinado à parcela de trabalhadores formais da população (BRAGA; PAULA, 1986).

O modelo de Seguridade Social adotado no Brasil preconiza que o Estado assumira o compromisso de certos padrões mínimos, no sentido de amparar sua população em relação aos males decorrentes das desigualdades sociais (MORETTI-PIRES, 2012).

Nesse sentido, a garantia universal da saúde é de fundamental importância, haja vista que no caso da Previdência Social e da Assistência Social, por exemplo, tanto as normas que constroem os direitos como a parcela da população que os usufrui, possuem delimitações claras.

A Constituição Brasileira afirma que saúde é direito de todos e dever do Estado e assegura a sua universalidade e integralidade com o financiamento da União, dos Estados e dos Municípios (BRASIL, 1988). O direito à saúde, portanto, é uma manifestação da cidadania brasileira, tão relevante como o registro formal de trabalho e a aposentadoria. No tocante ao Sistema Único de Saúde (SUS), a garantia legal do princípio da universalidade, paralelamente à atenção ao usuário fundamentada no princípio da integralidade, desencadeia amplas discussões sobre a necessidade de reformulação do sistema como um todo (ELIAS, 2004).

A implementação do SUS – assim como de todas as políticas públicas – não foi uniforme, na medida em que a perspectiva da legalidade nem sempre foi acompanhada

precisamente pela prática. Para isso, era preciso que se estabelecessem mecanismos gradativos que a tornassem factual (FLEURY, 1988, 2009).

Deste modo, a década de 1990 foi marcada por inúmeros processos, no sentido de modificação do modelo assistencial brasileiro. Tais modificações estavam relacionadas, de certa maneira, ao sucateamento do sistema de saúde, que na época já não satisfazia as necessidades dos trabalhadores formais, tampouco de todos os outros cidadãos (COHN, 2003).

Frente ao princípio da universalidade, a necessidade de reorganização do aparelho estatal para provimento dos serviços de saúde induziu o Ministério da Saúde a estabelecer Programas e Estratégias para a efetivação do SUS. Criou-se em 1994, por exemplo, o Programa Saúde da Família, que veio a tornar-se, em quase vinte anos, um dos pilares de sustentação do SUS.

As razões para essa priorização do Programa como re-orientador da prática assistencial e luta pela centralidade da Atenção Básica (AB) no SUS fundamentam-se no potencial desse nível de complexidade, conforme defendido por autores, como Starfield (1992, 2001).

A Atenção Básica é definida na Política Nacional de Atenção Básica, de 2011 (BRASIL, 2011), como o conjunto de ações de saúde que objetivam atenção integral, nos âmbitos individual e coletivo, com impactos na situação de saúde. A AB é um espaço em que a integralidade pode ser alcançada, justamente por seu potencial de ações para o não adoecimento das pessoas (Promoção de e Proteção em Saúde), assim como a cura e reabilitação dos quadros instalados, incidindo em melhoria dos padrões de morbimortalidade das comunidades assistidas e nos custos gerais para o Sistema de Saúde (STARFIELD, 2001).

No âmbito deste artigo, é essencial o entendimento de que, uma vez que a AB foi legitimada no transcurso da história do SUS como principal nível de atenção à saúde pautada no ideário de Starfield (2001), a discussão de Média e Alta complexidade (MAC) deve ser iniciada nesse espaço. Como porta de entrada prioritária do Sistema de Saúde, a AB deve responder não apenas às demandas de competência desse nível.

Também deve se responsabilizar pela garantia de assistência integral, incluindo aqui mecanismos de referência e contra referência, mesmo que algumas ações exijam serviços de outros níveis de complexidade. Incluem-se os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.

Este consiste em um dos atributos essenciais que caracterizam a AB: a Coordenação do Cuidado. O atributo pressupõe a continuidade tanto no nível da AB pela equipe multiprofissional, como na capacidade do Sistema de Saúde em integrar todo cuidado com o usuário nos três níveis de Atenção, sempre com centralidade/coordenação da AB entre os diversos serviços.

Assim, a AB, enquanto eixo orientador e como porta de entrada para cuidados crônicos do indivíduo e do coletivo, deve enfrentar um duplo desafio que se estende até os dias atuais: garantir o atendimento à população historicamente desassistida em saúde e, ao mesmo tempo, implantar redes de atenção à saúde que pudessem suprir suas necessidades (LABRA, 2005; STARFIELD,1992).

Assistência de média e alta complexidade

Nações onde o Estado soberano rege e modifica a sociedade sob seu domínio conforme as nuances das disputas políticas, culturais e econômicas, galgam por um caminho de justiça, desenvolvimento e harmonia social sobre um pensamento único de poder. Para tanto, sob a influência de uma ideologia, o Estado toma as rédeas do bem público com foco na produção da riqueza nacional, na redistribuição dos bens, na proteção e na valorização do coletivo.

A política pública de saúde desenvolve-se em interface com o setor privado, quando não em competitividade. Os sistemas de saúde, universais ou segmentados, flutuam sobre a polaridade público-privado na produção e gestão dos serviços. Em meio a esse *modus operandi* ficam a população e sua vida, cativos em um sistema de saúde unânime, que lhe “ofertará” os cuidados.

Em países que o Estado adotou a Atenção Primária de Saúde ou Cuidados Primários de Saúde, como porta de entrada e centro de referência preferencial para a

promoção de Saúde, prevenção de doenças e recuperação plena do indivíduo e coletivo, tem-se o olhar numa

Atenção essencial à Saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação (Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde, 1978).

Portanto, apresenta-se um primeiro nível de atendimento, de alta densidade e baixa especialização tecnológica, generalista sob o enfoque social e a prática clínica. Cuidados que exigem procedimentos laboratoriais e hospitalares, aliados a equipamentos e insumos de alto custo e tecnologia avançada, assim como profissionais especializados, estão ligados à atenção primária em saúde, porém em outro nível: o da média e alta complexidade.

A Política Nacional de AB de 2011 (BRASIL, 2011) preconiza que o cuidado aos usuários se dê de maneira descentralizada e pautada na integralidade em termos dos serviços providos com foco na municipalização e regionalização, em um modelo de Redes de Atenção à Saúde (RAS). A RAS instituída no modelo brasileiro tem o potencial de provocar transformações na configuração e organização dos serviços de saúde brasileiros. Além de indicar as linhas de cuidado (BRAGA, 1986) para o usuário, o modelo de RAS movimenta pactos e ações interfederativas de saúde, operando uma gestão compartilhada entre a tríade governamental (União, estado e município), sob a lógica da economicidade do sistema, eficiência e efetividade das ações (BRASIL, 2008).

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) entende a Média Complexidade como o nível assistencial ambulatorial, composto por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cujas peculiaridades demandem a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o tratamento e apoio diagnóstico (BRASIL, 2011).

Nesse mesmo contexto, apresentam-se os procedimentos de Alta Complexidade em serviços de assistência hospitalar, compostos por um conjunto de procedimentos que possuem a ação de profissionais e tecnologias de altos custos (BRASIL, 2011).

Dada a complexidade em termos da infra-estrutura e custo necessários à implementação da atenção de MAC, a efetividade da AB é mais importante ainda, uma vez que é nesse nível que devem se dar as intervenções de promoção da saúde, de prevenção das doenças ou danos, de contenção do risco evolutivo, de tratamento, de reabilitação, de manutenção e de suporte individual e familiar para o auto cuidado, por meio de um conjunto integrado de pontos da RAS, prestando assistência contínua e longitudinal à população (MENDES; SOUZA, 2006).

Segundo o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 1996), os procedimentos de MAC, historicamente, foram contratados/conveniados juntos ao serviço de saúde vigente, sejam privados com fins lucrativos, filantrópicos ou universitários, conforme a oferta dos prestadores. O acesso à população sempre dependeu da procura espontânea e voluntária dos pacientes. Essa realidade dificulta o planejamento racional de serviços e equipamentos de saúde, aumentando as desigualdades locais.

Segundo Mendes (BRASIL, 2008), as dificuldades da obtenção de procedimentos de maior complexidade para os municípios obrigaram os Governos municipais a buscarem alternativas, expandindo a sua rede de maneira desarticulada da regionalização do SUS, em serviços de saúde mal dimensionados para as necessidades da população, que se tornaram ociosos, custosos e com técnicas inviáveis.

Todas essas razões levaram à importante discussão dos Gestores do SUS, sobre a adoção de critérios para a organização dos serviços de maior complexidade que a AB, estimulando a aplicação do princípio de "regionalização" da assistência, sem o qual dificilmente o SUS poderá garantir a integralidade das ações de saúde para a população brasileira.

Se pactuada entre todos os municípios de sua área de abrangência e a Secretaria Estadual, a gestão do serviço de referência e contra referência em MAC pode otimizar a utilização da capacidade instalada das regiões (CONASS, 1996).

Consórcios Intermunicipais de Saúde e a concepção de efetividade

Para Assis et al (1998) e Furtado (2001), sobre o âmbito da saúde coletiva, no uso corrente, a efetividade diz respeito à capacidade de se promover resultados pretendidos e à incorporação de mudanças na população-alvo. Marinho & Façanha (2001), sobre programas sociais, lembram que a efetividade significa o resultado da alteração de uma determinada realidade ou da transformação de uma situação, sendo este conceito muito utilizado para o estudo de avaliação de resultados.

No campo da saúde, a tomada de decisões para a alocação de recursos é uma temática delicada. A preocupação com a qualidade da assistência, a cobertura e o acesso aos serviços ainda existe. Contudo, cada vez mais, o responsável por essas decisões, esteja ele no setor público ou privado, deve preocupar-se em obter os melhores resultados possíveis com os recursos disponíveis (MARINHO; FAÇANHA, 2001).

Sob a luz dessa pesquisa, em reconhecimento prévio, junto ao Grupo de Estudos do Trabalhador em Saúde – GETTS - do Programa de Pós-graduação do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, em março de 2011, identificou-se em campo o exercício do referido consórcio (CIS-AMAUC), o qual ainda não apresenta nenhum tipo de estudo avaliativo, legitimando a ação acerca da efetividade deste órgão.

Na tentativa de implementar o sistema público de saúde em municípios do interior do Brasil, onde os problemas são inúmeras vezes maiores, é que surgem novas práticas de gestão. Nesta perspectiva, os Consórcios Intermunicipais de Saúde seriam uma forma de disponibilizar desde os níveis mais elementares até os mais complexos de atendimento necessários ao bem-estar (COUTTOLENC, 2001).

Na prática, os consórcios têm sido utilizados para o enfrentamento de problemas de diferentes naturezas, seja para gerenciar centro regional de especialidades, seja para

viabilizar programa de sangue e hemoderivados. A gestão dos processos (financiamento, operação, objetivos, entre outros) municipais, estaduais e federais, apresenta-se legitimada com políticas públicas, todas passíveis de controle social, mas não livres de ideologias políticas governamentais (BRASIL, 2008). Porém, como ressalta Lima (2000), debates sobre a prática de consorciamento têm sido travados dentro da agenda pública do setor de saúde no país. No entanto, muito pouco se tem conseguido avançar, pois as experiências concretas ainda são muito recentes.

Segundo estudos de Torres (1995), um consórcio em si não tem personalidade jurídica, uma vez que ele se constitui apenas de um acordo entre os municípios envolvidos. Desta forma não apresenta direitos e obrigações. Entretanto, se a intenção dos municípios não é uma mera reunião de recursos e sim a produção de recursos através da união, faz-se necessária a constituição de uma pessoa jurídica – no caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, instituídos para compor o SUS (BRASIL, 1997).

É notório que a formação dos Consórcios de Saúde depende da conciliação de interesses entre os atores envolvidos. A constituição de um consórcio é uma iniciativa autônoma dos municípios estabelecida pela Constituição Federal de 1988. As leis específicas da saúde (Lei nº 8080/90 e Lei nº. 8142/90, que definem que os consórcios intermunicipais podem integrar o SUS) e a Lei nº. 11.107/05 (que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos) nos apontam os princípios e fins de tais ligas.

Nessa perspectiva, reconhecem-se os incentivos burocráticos criados em alguns estados para sua formação (MULLER; GRECO, 2010). Segundo Rocha (2004) no ano de 2000, os consórcios na esfera pública de saúde somavam 138 instituições, crescendo 10% ao ano. O estado de Santa Catarina, no período de 2004, apresentava-se com 56% dos municípios integrados a CIS. Em todo o país, no ano de 2002, revelou que quase 40 milhões de brasileiros, o equivalente a cerca de 25% da população brasileira, recebiam atendimento em unidades de saúde de municípios consorciados. Desses municípios, 78,6% têm população de até 20 mil habitantes e 96,9% têm menos de 100 mil habitantes (MULLER; GRECO, 2010).

Apesar dos aspectos positivos oriundos desse tipo de gestão inovadora do sistema de saúde, nem sempre haverá incentivos para a criação e a manutenção da parceria. Assim, os resultados dos modelos mostram que a formação e a sustentabilidade financeira dos consórcios intermunicipais de saúde dependem de dois fatores: dos mecanismos de punição introduzidos e dos ganhos tecnológicos.

Frente à notória inserção desta ferramenta de gestão no planejamento em Saúde Pública, o presente estudo pretende avaliar a efetividade do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Uruguai Catarinense (CIS-AMAUC), sobre as ações de MAC no SUS. Tal entidade constitui-se sob a forma de associação pública com personalidade jurídica de direito público e integra a administração indireta de todos os Entes da federação consorciados (nova redação pela primeira alteração estatutária aprovada em 26.06.2007). Rege-se pelas normas da Constituição da República Federativa do Brasil, pelas Leis Federais 8.080/90, 8.142/90, 11.107/05 e demais legislações pertinentes, pelo seu Estatuto, subordinando-se ao regime publicista e às normas e princípios de direito público.

CIS-AMAUC é formado pelos Municípios de Alto Bela Vista, Arabutã, Arvoredo, Concórdia, Ipira, Ipumirim, Irani, Itá, Jaborá, Lindóia do Sul, Paial, Peritiba, Piratuba, Presidente Castello Branco, Seara e Xavantina, de acordo com as Leis Municipais aprovadas pelas respectivas Câmaras Municipais de Vereadores, cuja representação se dá através do Prefeito Municipal.

Deste modo, este estudo teve o objetivo de avaliar a efetividade do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Uruguai Catarinense (CIS-AMAUC).

METODOLOGIA

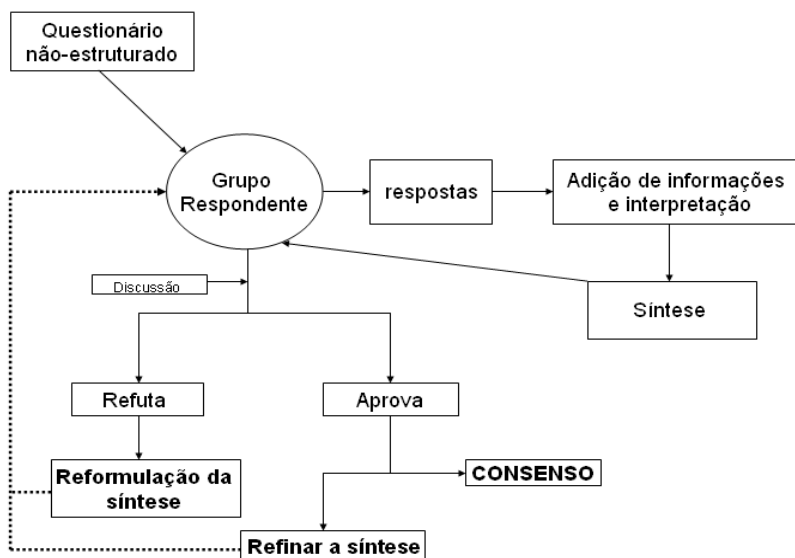
O estudo se fundamenta numa abordagem da Avaliação de Quarta Geração (SECRETARIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2011; HAYATI; KARAMI; SLEE, 2006). Através dela, busca-se o entendimento e a compreensão de como se dá determinado contexto, num ponto de vista de vivência e experiência pessoal de cada um

dos sujeitos envolvidos, valorizando as características e dinâmicas de determinado fenômeno sem a prerrogativa da generalização (GUBA; LINCOLN, 1989).

Em termos instrumentais, utilizar-se-á na coleta de informações as técnicas de Entrevista Individual (EI) para emergir aspectos efetivos e, assim, dar uma maior abertura às singularidades das atividades e efeitos (MINAYO, 2002). Serão realizadas questões não-estruturadas (MORGAN, 1997; MARCONE; LAKATOS, 1999), junto aos atuais secretários de Saúde e, também, aos atuais e inaugurais presidentes da CIS-AMAUC e ao responsável fiscal/financeiro do mesmo. Somam-se, assim, 19 EI. Todavia, com a execução da pesquisa, serão adicionados elementos-chave, tendo sua inserção legitimada pela discussão vigente.

As entrevistas farão parte da técnica do Circulo Hermenêutico Dialético (CHD) (Figura 2) (HAYATI; KARAMI; SLEE, 2006), as quais serão tratadas pelo método da Análise Documental (MARCONE; LAKATOS, 1999). O CHD é uma relação constante entre o pesquisador e os entrevistados. Trata-se de um processo dialético que supõe constante diálogo, críticas, análises, construções e reconstruções coletivas. Para a apropriação do contexto serão analisadas Atas dos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios envolvidos, no período amostral de 2009 a 2010, assim como do Estatuto Social do CIS-AMAUC (Figura1).

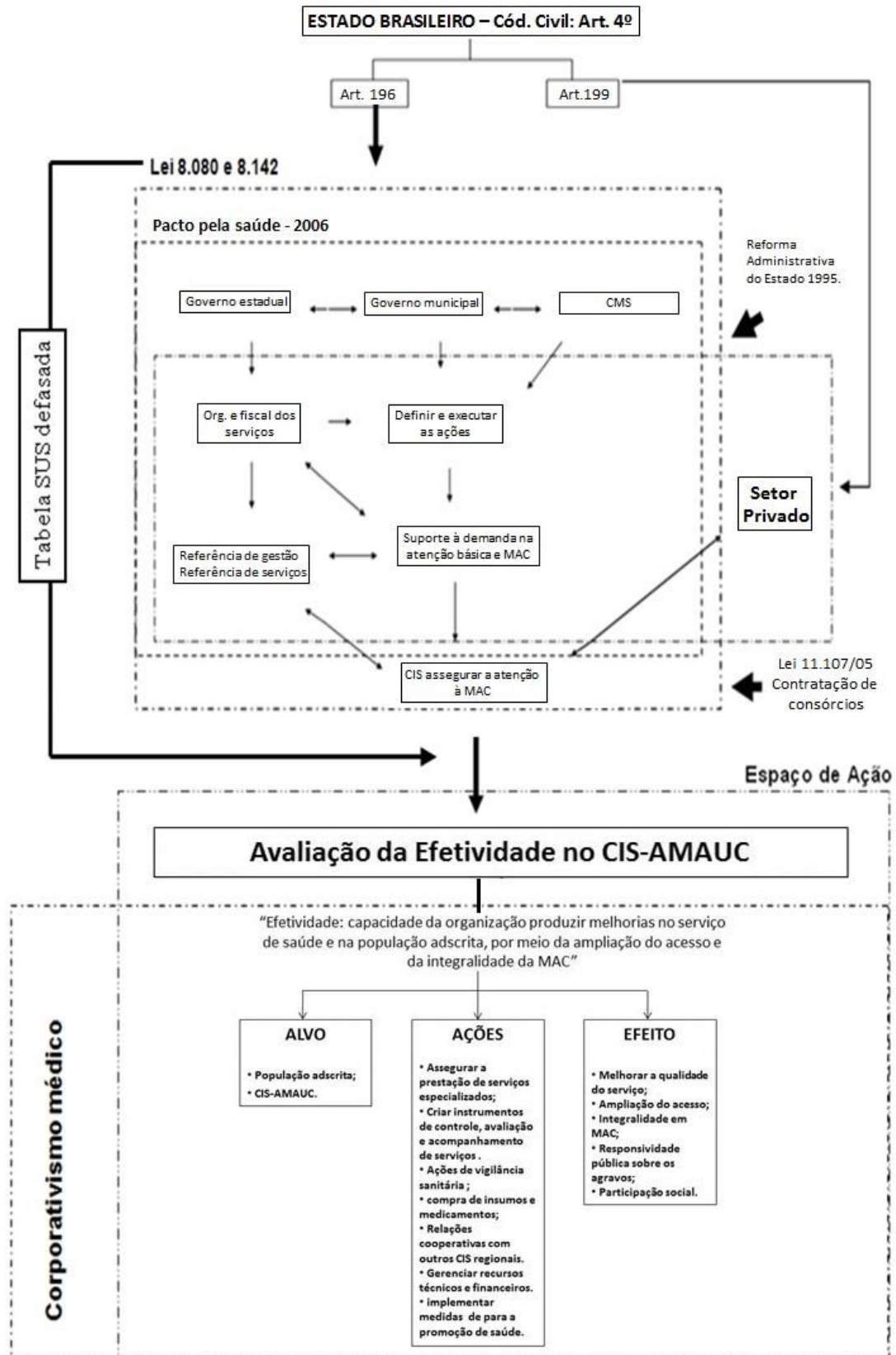
Figura 1 – Modelo para condução do Círculo Hermenêutico Dialético empregado



Fonte: Autor, 2012.

Deste modo, como parâmetro para nossa inserção avaliativa, após prévias imersões em campo e aporte teórico sobre tal, construiu-se o Modelo Teórico Ajustado, que leva em consideração os princípios das leis normatizadoras da Saúde Pública e que as influenciam no âmbito da MAC, a partir da Constituição Federal de 1988, como: Lei Orgânica da Saúde 8.080\90 e 8.142\90, Pacto Pela Saúde 2006, Reforma Administrativa do Estado 1995, Leis dos Consórcios 2005. Também, considera-se o contexto regional que modifica as ações de MAC, como: Corporação Médica e capacidade técnica assistencial instalada.

Figura 2 – Modelo teórico ajustado ao contexto regional



Fonte: Autor, 2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a reincidência dos fatos e pontos de discussão, optou-se por integrar a análise e a avaliação de elementos-chave para o estudo, conforme os procedimentos metodológicos já explicados para o CHD. Deste modo, foram entrevistados o Diretor do Hospital da Região, o Diretor do Consórcio Intermunicipal de Saúde de Chapecó (CIS-AMOSC) e o Médico generalista ex-credenciado da CIS-AMAUC, apresentando assim 15 *Stakeholders*.

Segundo os envolvidos, o consórcio representa uma forma de aperfeiçoar o acesso aos serviços de MAC, em função de melhores condições de financiamento que a instituição oferece aos prestadores. Para Bastos (1998), o CIS torna-se importante no planejamento da região ao passo que se insere, pois cria mais um ambiente de debate. Ou seja, o CIS promove um aditivo à tabela SUS, permitindo (ou pelo menos criando melhores condições) a compra de serviços, medicamentos e procedimentos especializados. Mesmo assim, o aumento demonstrou-se não satisfatório para quem fornece e produz estas especialidades, neste caso, o setor privado (TEIXEIRA, 2007).

Deste modo, o debate sobre a tabela SUS de pagamento de serviços especializados surge em todas as entrevistas e discussões, legitimando a perspectiva da existência de dificuldades para a efetividade do serviço municipal de Saúde.

O CIS-AMAUC é um consórcio que integra os municípios dentro do contexto nesse processo, é muito importante porque ele fortalece na discussão...mesmo assim você encontra dificuldade, imagina se nós não estivéssemos unidos, era muito pior. (caso 1)

Porque os médicos não vão aceitar o que está se pagando. Então nós fazemos essa parte e tá se pagando muito bem. Então nós temos o consórcio mais para fazer essas prioridades, servindo de exemplo na organização, nos projetos, na capacitação dos profissionais, se paga bem melhor. (caso 13)

A tabela de pagamento de prestação de serviços e procedimentos de MAC do

SUS é um marco/referencial para o planejamento de ações na atenção à saúde, seja na APS ou MAC, pois a rede assistencial do SUS traz o cuidado continuado como direito do cidadão e dever do Estado. Porém, oferta de serviços e procedimentos de MAC na rede pública estrutura-se com a complementaridade da esfera privada, atraindo a inserção de instituições e profissionais desta esfera no ambiente público estatal. Cerca de 70% do cuidado de MAC no Brasil está sob influência do setor privado (RIZZOTO, 2009), e, na região da AMAUC, esse setor conta com 52% da capacidade instalada (DATA/SUS, 2012).

A dificuldade entre os consorciados surge, também, sobre a desarticulação entre os participantes e a imparcialidade de alguns membros da liga, alegando um entrave na execução da atenção aos cuidados de MAC e a projeção de novos projetos nesta área. Neves (2006) aponta, para a menorização das ações de MAC e da AB, a inexistência de um espaço destinado à discussão e decisões por parte dos dirigentes municipais de saúde. Embora genericamente previsto em seu estatuto e regimento interno, não se conta com um mecanismo formal de participação dos diversos Conselhos Municipais de Saúde existentes.

De forma unânime, outra problemática de debate foi o corporativismo médico na região, que representa, para os gestores, o ponto fundamental para entender as dificuldades, assim como, para pensar nas melhorias da instituição e na rede pública de atenção à MAC.

Mas nós não temos como trabalhar. Como eu vou te dizer...nós temos problemas com a questão do referenciamento, média e alta complexidade pelo consórcio (caso 6).

Aqui o corporativismo é muito forte. Há um acordo entre eles de não prestar serviços (caso 11).

Tem uma demanda muito grande e são poucos médicos, eles também não dão acesso pra ter mais médicos no hospital ou aqui, eles dificultam esse acesso. Então ficamos restritos aos encaminhamentos ou fazer as coisas particulares (caso 5)

A classe médica é apontada como responsável pela insuficiência de serviços e aumento de preços na região consorciada. Porém, para que haja a especialidade clínica instalada e credenciada, não basta o processo público de licitação para inserção e prestação do serviço, é necessário a incorporação destes novos profissionais no corpo clínico do hospital de referência.

Porque eles têm um corpo clínico, esse corpo clínico tem uma direção, e juntamente com o hospital, eles são muito fortes nisso, eles são pessoas organizadas, o corpo clínico já é organizado, eles presidem isso e discutem, então não adianta eu vir pra Concórdia se eu não sou credenciado no hospital, como é que eu vou entrar lá, e para alguém me credenciar como faz? (caso 18).

Eles preferem acertar direto com o município caso precise. Não há lugar para gente nova. Olha, está muito difícil quebrar isso. Aqui na nossa região nós vivemos uma situação muito complicada nos últimos anos (caso 1).

As reivindicações se baseiam sobre duas categorias temáticas principais, que apontam para uma discussão única, no ensejo da compreensão crítica dos problemas. O corporativismo médico e a falta de participação estatal na atenção de MAC são as consequências de uma política pública que permite tal realidade (INCISA, 1995).

O Hospital São Francisco, situado no município de Concórdia, serve de referência para a região do CIS-AMAUC, e assim, para a atenção de MAC da rede pública. Visto que possui um corpo clínico fechado, ele tem credenciado os especialistas que podem fazer parte e usufruto das instalações. Este grupo clínico é regido pelas normas privadas da instituição, que vão estruturar e delimitar quem pode ou não atuar nos agravos de MAC. Deste modo, somente o profissional que conseguiu adesão a este grupo clínico hospitalar conseguirá realizar internações, cirurgias e procedimentos de MAC na região. Associado a este fato, os gestores relatam que a população fica a mercê do corporativismo tecnológico atrelado ao procedimento clínico, seja na escolha de insumos, medicamentos e até exames e próteses.

Lá tem um especialista e ele que manda. Concórdia ainda é uma cidade pequena e o corpo clínico se fecha e eles que mandam. Filho vai substituindo o pai e a família vai continuando o negócio. Tem só um hospital, eles

conseguem fazer esse controle e não quebra. Não tem. E não adianta trazer profissionais. Não adianta. (caso 4)

Nós sofremos também porque não conseguimos atender nessa parte. Tanto é, que a gente acabou conveniando com Chapecó se antecipando porque muitos estavam querendo sair daqui (AMAUC) (caso 8).

A instituição CIS só surge em um meio que lhe permite, em um espaço produzido intencionalmente (SILVEIRA, 1988). Isto é, o consórcio intermunicipal se apresenta como ferramenta para tentar abrandar uma situação legitimada pelo Estado, que permite a inserção da lógica de mercado no sistema público

Nem pagando o que a Unimed paga, nós conseguimos alto corporativismo muito forte entre médico, hospital. É bem fechado. Esse problema é de Concórdia, que é o polo, a nossa referência. (caso 9).

Nós temos uma ótima coordenadora de Saúde lá em Concórdia, mas ela também é coordenadora da Unimed. Eles viam tudo como uma concorrência com o consórcio. Ela sofria muita pressão já que Concórdia, ou melhor, os médicos de Concórdia não aderiram à CIS-AMAUC (caso 6)

Segundo Incisa (1995), o corporativismo é uma doutrina que propugna pela organização da coletividade que se funda na associação representativa dos interesses e das atividades profissionais baseadas nas corporações, que, por sua vez, se apoiam na solidariedade orgânica dos interesses concretos e das colaborações daí decorrentes. Assim como o corporativismo não é malverso em sua origem, mas se transforma sobre o contexto, o corpo clínico e sua influência problemática na saúde coletiva do meio oeste catarinense se apresenta da mesma forma, por estar intimamente ligado ao privilégio que a unidade hospitalar “São Francisco” (HSF) assume na região. Um aspecto interessante defendido por Silveira (FETTERMAN, 1996) é que o corporativismo médico deve ser considerado como sério prejuízo à sociedade, uma vez que, parte de uma lógica que mercantiliza a saúde ao submeter a garantia ou não do atendimento às necessidades de saúde do usuário à lógica do ganho financeiro no setor privado.

Um dos meios de minimizar as possíveis subversões do sistema é o controle social exercido pelos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), referente a seu poder de articulação sobre as intervenções do cuidado à MAC (SANTOS, 2003). Os documentos analisados, primários e secundários, colaboram no entendimento deste contexto. As atas das reuniões dos CMS apontam questões sobre a compra de serviços e próteses, contratação de profissionais e melhorias estruturais nas unidades básicas da região. Porém, evidenciou-se que não há a continuidade sobre tais questões, ou seja, o problema é exposto pelo usuário e profissional, mas não há resolução ou comprometimento responsivo das autoridades públicas. Obrigando, desta forma, a continuidade dos debates, sem revisão das pautas anteriores, minimizando a capacidade dos conselhos municipais de saúde.

Do mesmo modo que os desdobramentos no CMS não sustentam discussão em prol das melhorias, a forma de participação dos integrantes também chama a atenção na responsividade das reivindicações. Mesmo que os debates girem em torno, em sua maioria, do funcionamento do sistema de saúde, com os agravos, responsabilidades e medidas assistenciais, evidencia-se um mínimo contingente sobre a atenção de MAC, tampouco sobre a CIS-AMAUC.

Também, ressalta-se neste momento o emergir de um ponto de debate até então não notificado, o qual defende a participação do CIS na gerência do financiamento proporcionado pelo governo estadual através da PPI. Os gestores consorciados, assim como os participantes-chave e os presidentes dos CMS, destacaram que a série de serviços de MAC (série histórica) que legitima o financiamento estatal aos municípios pactuados e assim possibilitam o planejamento das ações futuras, se forem otimizadas pelo consórcio na cidade polo mesmo provindas dos municípios vizinhos, não estarão relacionados na relação de prestação destes mesmos municípios, mas sim no município polo.

A negociação que nós temos para discutir agora com Chapecó é quem sabe a PPI ambulatorial ser referenciada para os consórcios (caso 9)

Porque não tem dinheiro novo...é essa a grande briga. O estado diz que...O estado credenciou o consórcio, mas não pactuou o financeiro (caso 6)

Então isso pra eles também é uma confusão...então nós estamos propondo que o dinheiro da PPI venha para o consórcio e o consórcio dá crédito aos municípios...e tu vai ver isso para o ano que vem...(caso 2)

Os *stakeholders* enfatizam a necessidade de instrumentos de “Gestão do Conhecimento”, para que o CIS possibilite a troca de saberes e experiências, com o compartilhamento de ferramentas e ações na otimização das responsabilidades sociais do município. Porém, atentaram para a situação regional específica, onde os municípios de pequeno porte se apresentam mais dispostos a esta gestão compartilhada, porque precisam se unir para conseguir a negociação na aquisição de serviços e procedimentos de MAC e não obtém respaldo satisfatório dos serviços públicos referenciados micro regionalmente.

Dito anteriormente, o CIS promove melhorias sobre a tabela SUS de procedimento da MAC, mas da mesma forma não satisfaz aquele que detém e oferece o serviço, ou seja, a classe médica não adere a esta melhoria financeira promovida pelo CIS e muito menos pela tabela SUS. Mesmo com essa limitação, os entrevistados apontaram a facilidade na compra de medicamento e insumos, melhorando as condições de negociação.

Sobre “Capacidade de Serviços e Procedimentos”, as reivindicações dos *Stakeholders* direcionaram-se para a falta de oferta dos serviços e procedimentos públicos especializados na região, sentindo-se desassistidos com a falta de hospitais e policlínicas públicas. Também, é consenso que a referência hospitalar não atende a microrregião como pactuado, protelando e priorizando atendimentos. Assim sendo, o credenciamento de profissionais na região se mostra escassa mediante a demanda, tanto pela influência do corporativismo médico, quanto pelo profissional que não concorda com a política do CIS. Este último, segundo os *Stakeholders*, é o profissional que defende a extinção do CIS, pois já há políticas públicas anteriores que tratam da gestão compartilhada.

Respectivamente, definiram-se os parâmetros internos e externos extraídos dos dados consensuais que apresentam a capacidade explicativa e determinam os parâmetros da avaliação, levando em consideração o alvo, as ações e os efeitos do objeto, conforme

a figura 2.

Parâmetros da Avaliação da Efetividade			
Internos		Externos	
•Infraestrutura <ul style="list-style-type: none"> • Profissionais credenciados • Procedimentos ofertados • Referência hospitalar • Pagamento dos serviços e procedimentos • Gestão compartilhada • Oferta de serviços e procedimentos de MAC, com responsividade à demanda, visto a melhoria na negociação e qualidade. 	Positivos <ul style="list-style-type: none"> •Negociação na compra •de insumos e medicamentos; •Troca de experiências; •Melhora as condições de pagamento sobre a tabela SUS de MAC. 	Políticas públicas: <ul style="list-style-type: none"> •Legitimidade governamental estadual do CIS •Tabela SUS de MAC •Gestão e pactuação •Controle social; •Participação do CMS. 	Positivos <ul style="list-style-type: none"> •Melhoria sobre a tabela SUS de compra de procedimentos e serviços MAC;
	Complicadores <ul style="list-style-type: none"> •Corporativismo médico; •Corpo clínico hospitalar fechado. 		Complicadores <ul style="list-style-type: none"> •O CIS não é reconhecido pelo Estado para gerir o financiamento (PPI) de MAC.
	Reivindicações <ul style="list-style-type: none"> •Abertura e facilitação de credenciamento para novos especialistas; •Novas instituições com capacidade hospitalar como referência. •Participação dos municípios de grande porte. 		Reivindicações <ul style="list-style-type: none"> •Reconhecimento do Governo de Estado frente a gerencia dos recursos destinados pela PPI. •Participação dos municípios que detém a maior renda e especialidades instaladas. •Fiscalização estatal sobre os profissionais especializados na região.

Figura 3 – Parâmetros para avaliação de Consórcios Intermunicipais de Saúde, conforme os *Stakeholders* em termos dos pontos positivos e reivindicações, Meio Oeste, Santa Catarina, 2012. Fonte: Autor, 2012.

Ao fim deste processo de Avaliação, foi consenso do grupo que há problemas com a efetividade do CIS-AMAUC, diante das suas atribuições, perspectivas e ações, no âmbito da MAC, à exceção da aquisição de medicamentos e insumos. Os agentes complicadores que obstruem a efetivação dos serviços, segundo os *Stakeholders*, são tão prioritários no processo de mudanças e reforma que se não houver melhorias sobre estes acerca das reivindicações, a entidade CIS-AMAUC continuará a existir apenas enquanto ente legal, mas distante dos resultados pretendidos.

O corporativismo médico, junto à administração hospitalar do centro de referência de internação e procedimentos de MAC, deve ser enfrentado na situação de

monopólio dos recursos e domínio da prestação de serviços especializados na microrregião. A abertura e facilitação de credenciamento para novos médicos especialistas; novas instituições com capacidade hospitalar como referência; e participação dos municípios de grande porte, são reivindicações prioritárias para uma reforma interna, iminente no CIS-AMAUC.

Sobre parâmetro externo à estrutura e ao processo da entidade, as políticas públicas e o controle social apresentam-se fundamentais na efetividade dos resultados, pois, como expõem os envolvidos, atribuem-se valores democráticos e críticos às ações sobre a atenção de MAC.

Deste modo, o CIS-AMAUC, frente a sua política normativa vigente, consegue atribuir melhorias na compra de insumos e medicamentos, mas esbarra em questões administrativas legais, sobre os instrumentos e pactos públicos do SUS, colocando o CIS como mais um apêndice administrativo para o governo municipal e não como um participante efetivo dos recursos e atos. Por fim, ao mesmo tempo em que os consorciados reclamam esta condição, reivindicam uma maior fiscalização do governo estadual sobre a participação privada na complementaridade dos serviços de MAC, em face do corporativismo médico instalado.

No cômputo final da presente Pesquisa Avaliativa, em especial pelo uso de Avaliação de 4ª Geração, é fundamental repensar o processo geral, inserindo-se na coletividade das relações sociais do indivíduo em um Estado que controla até certo ponto questões relacionadas à liberdade, ao trabalho, à família e ao provimento de serviços públicos, como no campo da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante deste fato, quando encontramos na saúde pública órgãos públicos comprometendo-se com entidades privadas, na compra ou gestão de serviços, evidenciamos a corporificação do neoliberalismo na esfera pública. Não no ato em si, mas no pano de fundo que deu corpo ao ato. Pois a instituição privada pertence àqueles

que nela investem, não aos empregados, fornecedores ou à localidade em que se situa. Assim, sua inserção, mais que uma ação local, pertence a uma globalização política, desenraizada das virtudes sociais humanas, descompromissada com a saúde dos indivíduos ou do coletivo, obstinada somente em dar aptidão aos mesmos, na manutenção do *status quo* (BAUMAN, 2010)

Esta análise sobre a concepção de compras de serviços da média e alta complexidade conflui na discussão sobre financiamento, integralidade e qualidade dos serviços prestados pelo setor privado. Ou seja, o vínculo da complementaridade encontrado no SUS, diferente de suplementaridade que atua de forma não concorrente, implica na desvalorização do poder central, pois a esfera privada sobre o domínio público permite que a ideologia mercantilista do capitalismo atue na atenção à saúde pública. Não somente atue, mas dite o espaço, o tempo e o modo de agir (BAUMAN, 2010).

Mediante a avaliação participativa do CIS-AMAUC, o grupo formado discorreu sobre os pontos positivos e negativos da entidade, padronizada e pactuada pelos mesmos. O julgamento de valor sobre a efetividade do consórcio surgiu dos próprios agentes que o estrutura, e assim, dos mesmos que possuem o poder de aprender e modificar com o processo e resultado de tal avaliação. Deste modo, a Avaliação de Quarta Geração permitiu tanto que o pesquisador se inserisse no meio avaliado, quanto os stakeholders exteriorizarem as particularidades do campo prático da gestão pública de saúde, provocando a troca e criação de conhecimento em ambos. Corroborando para esta construção sócio-construtivista, Fetterman (1996) comenta que indivíduos e grupos de pessoas devem ser estimulados a se tornarem ferramentas de mudança e resolver seus problemas através das organizações e instituições, elaborando uma programação baseada na coletividade, pois estarão capacitando seus agentes e fortalecendo o Estado democrático.

REFERENCIAS

ASSIS, MMA. A municipalização da Saúde: intenção ou realidade? Análise de uma experiência concreta. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 1998. 191p.

BAUMAN, Z. Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.

_____. Capitalismo parasitário e outros temas contemporâneos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. Saúde e Previdência. Estudos de Política Social. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

BRASIL. Portaria N° 399, de 22 de fevereiro de 2006. Ministério da Saúde. Regulamento Pactos pela Vida e de Gestão. Série Pactos pela Saúde, vol. 2. Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 12 jun. 2011.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PA2CS).. Diário Oficial da União, Brasília, p.48-55, out., 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 15 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Oficina de trabalho sobre consórcios em Saúde. Brasília, 1997. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_14.pdf Acesso em: 15 jun. 2011

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. A estratégia de redes regionalizadas de atenção à Saúde: princípios e diretrizes para sua implementação no SUS. Brasília, 2008. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/projetos-especiais/redes-de-atencao/arquivos/4236-documento-redes-para-construcao-triparite-novembro-2008/file>. Acesso em: 20 jun. 2011.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. A estratégia de redes regionalizadas de atenção à Saúde: princípios e diretrizes para sua implementação no SUS. Brasília, 2008. <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/37250.html>. Acesso em: 20 jun. 2011.

Pesquisas e Inovações em Ciências da Saúde e Biológicas: Produções Científicas Multidisciplinares no Século XXI, Volume 1

COHN, A. Estado e Sociedade e as reconfigurações do direito à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p. 9-18. 2003.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE, 1978, Cazaquistão [internet]. Declaração de Alma-Ata: OPAS/OMS, [1978]. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

CONASS. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. NOB n° 1, de 06 de novembro de 1996. Relatório final da Oficina, Brasília, 06 nov. 1996. 71p.

COUTTOLENC, BF. Por que avaliação econômica em Saúde? *Revista da Associação Medica Brasileira*, São Paulo, v.47, n.1. 2001.

ELIAS, P.E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo em Perspectiva*, v.18, n.3, 2004.

FETTERMAN, DM. Empowerment Evaluation: An Introduction to Theory and Practice. In: FETTERMAN, D. M.; KAFTARIAN S. J; WANDERSMAN A. (Orgs.) *Empowerment Evaluation: Knowledge and Tools for Self-assessment and Accountability*. Califórnia: SAGE, 1996.

FLEURY, S. Reforma Sanitária Brasileira. In: BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S.; CAMPOS, G. *Reforma sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo, HUCITEC/CEBES, 1988.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 743-752. 2009.

FURTADO, JP. Um método construtivista para a avaliação em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*; v.6, n.1, p.165-181. 2001.

GUBA, ES.; LINCOLN, Y. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage, 1989.

HAYATI, D.; KARAMI, E.; SLEE, B. Combining qualitative and quantitative methods in the measurement of rural poverty. *Social Indicators Research*, v.75, s/n, p. 361-394. 2006.

INCISA, L. *Dicionário de política*. 7ª ed. Brasília: UNB, 1995.

LABRA, M.E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, Nísia et al (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

Pesquisas e Inovações em Ciências da Saúde e Biológicas: Produções Científicas Multidisciplinares no Século XXI, Volume 1

LIMA, APG. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 985-96, out-dez, 2000.

MARCONE, MA.; LAKATOS, EM. Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MARINHO, A; FAÇANHA, LO. Programas Sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.

MENDES, CC.; SOUZA, MCS. Estimando a demanda por serviços públicos nos municípios brasileiros. Revista Brasileira de Economia, v. 60, n. 3, jun-set, p.281-296, 2006.

MINAYO MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO MCS, Deslandes SF. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, p.83-107, 2002.

MORETTI-PIRES, RO. Avaliação da Gestão do Trabalho em Saúde da Família. Curitiba: Editora Appris, 2012.

MORGAN, D. Focus group as qualitative research. London: Sage, 1997.

MULLER, EV.; GRECO, M. Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do Paraná. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.925-930, 2010.

NEVES, LA.; RIBEIRO, JM. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p.2207-2217, out, 2006.

RIBEIRO, JM. Arranjos neocorporativos e defesa de interesses do médicos. Caderno de Saúde Pública, v. 9, n, 1. p. 05-20. 1993.

ROCHA, AVF. Consórcios Intermunicipais: complemento para a municipalização da Saúde no Brasil. Salvador: UFBA, 2004. 97p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação, Faculdade de Economia, Universidade Federal da Bahia, Salvador: 2004.

SANTOS, M. O Brasil: território e Sociedade no início do século XXI. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

Pesquisas e Inovações em Ciências da Saúde e Biológicas: Produções Científicas Multidisciplinares no Século XXI, Volume 1

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. Consórcios Intermunicipais de Saúde. Disponível em: www.saude.sc.gov.br/Gestores/...saude/.../Consortorios_Intermunicipais.ppt. Acesso em: 20 de julho de 2011.

SILVEIRA, PF. Sobre a deontologia do intervencionismo estatal no setor saúde. *Saúde Pública*, v.22, n.3, p.221-32. jun, 1988.

STARFIELD, B. *Primary Care: concept, evaluation and policy*. New York: Oxford University Press, 1992.

STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. *International Journal of Health Services*. Inglaterra: v.13, n.3, p.545-66, 2001.

TEIXEIRA, LS. *Ensaio sobre consórcios intermunicipais de saúde: financiamento, comportamento estratégico, incentivos e economia política*. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2007.

TORRES, LAG. *Consórcio Intermunicipal: Estudos, Pareceres e Legislação Básica*. Informativo Jurídico do Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal. n, 11. São Paulo: CEPAM/Fundação Prefeito Faria Lima, 1995.