

Regionalização dos Serviços de Saúde em Mato Grosso: um estudo de caso da implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires, no período de 2000 a 2008*

doi: 10.5123/S1679-49742013000300014

Health Service Regionalization in Mato Grosso state: a case study of the implementation of the Teles Pires Region Intermunicipal Health Consortium, 2000-2008

Cristina Santos Botti

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, Cuiabá-MT, Brasil

Elizabeth Artmann

Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

Maria Angélica S. Spinelli

Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT, Brasil

João Henrique G. Scatena

Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT, Brasil

Resumo

Objetivo: avaliar a implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires-MT. **Método:** estudo de caso único, sendo analisados os contextos externos da região do Teles Pires (sociodemográfico e epidemiológico) e assistencial do consórcio (organização, financiamento e produção de serviços), com base em dados secundários, no período 2000-2008. **Resultados:** a taxa de crescimento populacional foi de 5,3% (2000-2008). A taxa de mortalidade infantil reduziu 52,4%, e a taxa de internação hospitalar, 23,2%. Os recursos financeiros do Consórcio, advindos dos municípios e do estado foram aplicados na compra de serviços especializados e na complementação salarial dos profissionais do Hospital Regional. O número de hospitais permaneceu estável, houve ampliação de 9,3% do total de leitos e de 52% da oferta de serviços. **Conclusão:** apesar de o Consórcio ampliar a oferta de serviços, esta não foi suficiente para atender à demanda, em face do crescimento populacional observado.

Palavras-chave: Consórcios de Saúde; Regionalização; Acesso aos Serviços de Saúde; Estudo de Caso.

Abstract

Objective: to evaluate the implementation of the Teles Pires Region-MT Intermunicipal Health Consortium. **Method:** a single case study based on secondary data for the period 2000-2008 with analysis of the external context (sociodemographic and epidemiological) of the Teles Pires region, as well the healthcare context of the consortium (organization, funding and service delivery). **Results:** population growth rate was 5.3% (2000-2008). Infant mortality decreased 52.4% and the hospitalization rate decreased 23.2%. The Consortium's financial resources are provided by the municipalities and the state and are used to purchase specialized services and salary supplementation for Regional Hospital professionals. The number of hospitals remained stable, there was an increase of 9.3% in hospital beds and 52% in the supply of services. **Conclusion:** despite the Consortium increasing service availability, this was insufficient to meet demand in view of the population growth.

Key words: Health Consortia; Regional Health Planning; Health Services Accessibility; Case Studies.

*Artigo elaborado a partir da dissertação de Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde, apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz/Brasília-DF, Brasil, em 2010.

Endereço para correspondência:

Cristina Santos Botti – Centro Político Administrativo, Palácio Paiaguás, Bloco D, Cuiabá-MT, Brasil. CEP: 78049-902
E-mail: cris_botti@terra.com.br

Introdução

O Brasil enfrenta desafios no cumprimento de uma política de saúde equânime, em decorrência dos limitados recursos financeiros, das desigualdades sociais entre as instâncias federadas, da falta de definição de prioridades na alocação de serviços e da inadequação da oferta às necessidades da população, com garantia de acesso igualitário.^{1,2}

Os municípios do interior do Brasil têm enfrentado dificuldades na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), por falta de recursos humanos e financeiros, por deficiência de estrutura física, por dificuldades de acesso a tecnologias de diferentes níveis de complexidade e devido às distâncias dos serviços de saúde, situações que exigem alternativas de gestão para o SUS.³

O Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) foi uma alternativa proposta pela Norma Operacional Básica NOB 01/96, considerando o contexto da regionalização da rede de serviços. O CIS é importante estratégia para articulação e mobilização dos municípios, com coordenação estadual, de acordo com características geográficas, epidemiológicas, oferta de serviços e, principalmente, a vontade política expressa pelos gestores dos diversos municípios, considerando a especificidade do pacto federativo brasileiro.^{4,5}

O CIS é importante estratégia para articulação e mobilização dos municípios, com coordenação estadual.

No estado de Mato Grosso, a criação dos consórcios pela Secretaria de Estado de Saúde (SES/MT) teve início no ano de 1995, constituindo-se essas instâncias em unidades de referência de média e alta complexidade, garantindo o acesso a serviços de assistência ambulatorial e hospitalar aos cidadãos de regiões antes não assistidas.⁶

Um estudo realizado pela SES/MT, sobre os consórcios do estado, mostrou um aumento da resolução regional na assistência ambulatorial e hospitalar no período de 1995 a 2000.⁷ No entanto, a repercussão dos consórcios no processo de regionalização da saúde ainda é pouco explorada, e fazem-se necessários estudos que aprofundem e atualizem a sua magnitude

e importância no processo de regionalização e de alternativas na atenção à saúde da população.

O objetivo deste estudo foi avaliar a implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires (CIS RTP).

Método

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo de caso único⁸ para avaliação da implantação do CIS RTP, com base na metodologia avaliativa proposta por Hartz (2005).⁹ O recorte apresentado, de abordagem descritiva, busca analisar a influência da interação entre uma intervenção, nesse caso o Consórcio de Saúde, e os seus possíveis efeitos. Na análise considerou-se a interdependência entre os diferentes contextos em que ocorreu a implantação do Consórcio, no período de 2000 a 2008. Das dimensões analisadas, as apresentadas nesse estudo referem-se a dois contextos: i) externo (variáveis demográficas e epidemiológicas da região e dos 15 municípios consorciados); e ii) assistencial (organização, funcionamento, financiamento e produção do serviço).

O estado de Mato Grosso possui grande extensão territorial e sua população, segundo a contagem de 2007, era de 2.854.642 habitantes,¹⁰ sendo a densidade demográfica de 3,1 hab./km². O estado tem 141 municípios, e a maioria deles (82%) apresentava população abaixo de 20 mil habitantes, naquele ano.¹⁰

Desde 2006, existem 15 consórcios no estado, que atendem 125 municípios (Figura 1), conjunto que representa 80,1% do total de municípios e 65,2% da população mato-grossense. Em relação à modalidade jurídica, tendo por referência a Lei 11.107/2005¹¹ e sua regulamentação,¹² até 2010 identificavam-se as seguintes características: 14 consórcios adequados à lei, sendo 11 de direito público e três de direito privado; e um consórcio não adequado àquelas legislações – o CIS Alto Tapajós. Em relação à natureza da unidade, predominam as unidades hospitalares públicas, sendo sete municipais e cinco estaduais (Figura 1). O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Teles Pires (CIS RTP) foi implantado pioneiramente em Mato Grosso, em 1995, sendo a primeira unidade pública a prover serviços especializados no interior.

Utilizaram-se dados secundários relativos aos 15 municípios que congregam o Consórcio de Saúde.

Figura 1 – Consórcios Intermunicipais de Saúde de Mato Grosso, por município sede, ano de constituição e natureza da unidade. Mato Grosso, 2008

Consórcios	Município Sede	Ano de Constituição	Natureza da Unidade
Teles Pires	Sorriso	1995	Estadual
Alto Tapajós	Alta Floresta	1997	Municipal
Baixo Araguaia	Confresa	1997	Municipal
Médio Araguaia	Água Boa	1998	Estadual
Oeste de Mato Grosso	Cáceres	1998	Estadual
Sul de Mato Grosso	Rondonópolis	1998	Estadual
Médio Norte	Tangará da Serra	1998	Privada
Norte de Mato Grosso	Colíder	1999	Estadual
Vale do Peixoto	Peixoto de Azevedo	1999	Municipal
Garças Araguaia	Barra do Garças	2000	Municipal
Araguaia	São Félix do Araguaia	2002	Municipal
Vale do Juruena	Juína	2002	Municipal
Vale do Arinos	Juara	2004	Municipal
Vale do Guaporé	Pontes e Lacerda	2006	Estadual
Centro Norte	Diamantino	2006	Unidade Filantrópica

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

Para a análise do contexto externo foram utilizados indicadores demográficos e socioeconômicos: população, taxa de crescimento populacional na última década e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), do ano de 2000; e epidemiológicos (período 2000-2008): morbidade hospitalar e mortalidade. As fontes de dados foram o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e os sistemas de informações oficiais do Ministério da Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA), Sistema de Informações do SUS (SIH) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os dados epidemiológicos foram trabalhados como coeficientes a partir dos agravos segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) – mortalidade e morbidade hospitalar –, para os municípios e para a região do CISRTP, buscando-se analisar sua evolução mediante a comparação dos indicadores de 2000 com os de 2008.

O coeficiente de mortalidade foi calculado como o número de óbitos por agravos selecionados da CID 10 (doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho circulatório e causas externas, correspondendo aos capítulos I, II, IX, X e XX, respectivamente) dividido pelo total de habitantes dos municípios da região do consórcio, multiplicado por 100.000, para os anos de

2000 e 2008. O coeficiente de morbidade foi calculado como o número de internações por agravos selecionados da CID 10 (doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho geniturinário, correspondendo aos capítulos I, II, IX, X e XIV, respectivamente) dividido pelo total de habitantes dos municípios da região do consórcio, multiplicado por 10.000.

Para o contexto assistencial foram definidas as variáveis referentes: i) à gestão do trabalho; ii) aos recursos financeiros, convênios e participação dos municípios; iii) à capacidade instalada, disponibilidade de leitos e produção dos serviços. Os dados secundários foram levantados dos documentos da Secretaria de Estado de Saúde (SES/MT) e do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires, considerando a temporalidade do estudo. Utilizou-se a análise de conteúdo, segundo dimensões e subdimensões da pesquisa.

Grande parte da abordagem quantitativa do trabalho baseou-se em dados secundários de domínio público. Mesmo assim, em cumprimento à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Comissão de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz-RJ, sendo aprovado, conforme Parecer nº 142/09 CAAE: 0154.0.031.000-09.

Resultados

O CISRTP localiza-se na região Norte do estado, na região do Teles Pires. Sua área territorial é de 92.902,02 km².

A agropecuária e a indústria madeireira são as principais atividades econômicas da região, que concentra o principal polo madeireiro do estado. O dinamismo da moderna agropecuária, principalmente a produção de grãos, manifesta-se fortemente na região, destacando-se o município de Sorriso, que ocupa o terceiro lugar na economia do estado.

O CISRTP contemplava uma população de 199.603 habitantes no ano de 2000, passando, em 2008, para 302.936 habitantes. A taxa de crescimento populacional da região, neste período, foi de 5,3%, enquanto a do

estado de Mato Grosso foi de 1,9%. A idade mediana da população desses municípios no ano de 2008 foi de 24,9 anos, caracterizando uma população jovem, condizente com regiões em desenvolvimento. O IDH do conjunto dos municípios integrantes do Consórcio, disponível apenas para o ano de 2000, foi considerado médio (0,791).

O coeficiente de mortalidade infantil da região do CISRTP, em 2000, foi de 18,5 óbitos por mil nascidos vivos, passando para 8,8 óbitos em 2008, o que representa uma queda de 52,4%.

Ao se analisar os coeficientes de mortalidade por grupos de causas dos municípios do CISRTP, observa-se que, excetuando-se as doenças do aparelho circulatório e as causas externas, a mortalidade pelos agravos analisados elevou-se, de 2000 para 2008 (Tabela 1). As causas externas, embora apresentassem redução

Tabela 1 – Coeficiente de Mortalidade (100.000 hab.) por cinco principais grupos de causas, segundo municípios do Consórcio do Teles Pires. Mato Grosso, 2000 e 2008

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

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade/Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

a) Cap. I: Doenças Infecciosas e Parasitárias

b) Cap. II: Neoplasias

c) Cap. IX: Doenças do Aparelho Circulatório

d) Cap. X: Doenças do Aparelho Respiratório

e) Cap. XX: Causas Externas de Morbidade e Mortalidade

no período analisado, mantêm-se como as principais causas de morte. Doenças do aparelho circulatório e neoplasias são a segunda e a terceira causa de morte da região, respectivamente.

A taxa de internação (por 10.000 habitantes/ano) caiu entre 2000 e 2008, passando de 706,30 para 542,80 (redução de 23,2%), acompanhando a tendência do estado, no período.

Ao se analisar as causas das internações hospitalares, destacaram-se no período de estudo: doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho geniturinário. As internações por doenças do aparelho circulatório foram destaque nos municípios de Sorriso e Cláudia (Tabela 2).

No âmbito da gestão do trabalho, observou-se que o quadro de recursos humanos do Consórcio de Saúde

está lotado no Hospital Regional de Sorriso, unidade de referência. Esse quadro é constituído por servidores: i) do estado, concursados e contratados; ii) cedidos pela prefeitura; e iii) contratados pelo Consórcio, segundo o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). O lotacionograma administrativo do CISRTP permite um quadro de até 60 funcionários. No ano de 2008, ele contava com 49 funcionários, estando dentro do limite autorizado. As fontes dos recursos financeiros do Consórcio de Saúde são a União, o estado e os municípios, além de convênio específico celebrado entre a Secretaria de Estado de Saúde (SES/MT) e o Consórcio. Os recursos federais referem-se à produção ambulatorial e hospitalar do Hospital Regional.

Os recursos estaduais obedecem à celebração de convênio entre o estado e o Consórcio de Saúde e

Tabela 2 – Coeficiente de Morbidade Hospitalar (10.000 hab.) por cinco principais grupos de causas, segundo municípios do Consórcio do Teles Pires. Mato Grosso, 2000 e 2008

Municípios	Cap I ^a		Cap II ^b		Cap IX ^c		Cap X ^d		Cap XIV ^e	
	2000	2008	2000	2008	2000	2008	2000	2008	2000	2008
Cláudia	–	14,5	9,76	17,22	58,54	77,05	260,51	344,45	45,86	48,04
Feliz Natal	70,91	12,07	2,95	13,93	39,89	25,07	91,59	23,21	42,84	21,36
Ipiranga do Norte	–	2,29	–	–	–	–	–	–	–	–
Itanhangá	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lucas do Rio Verde	64,71	56,74	7,25	12,40	19,16	53,95	35,20	146,02	23,30	68,52
Nova Maringá	10,13	22,40	5,06	12,06	45,57	44,80	265,82	53,42	50,63	31,02
Nova Mutum	16,20	23,77	5,40	10,13	37,79	37,42	103,25	80,29	74,91	51,84
Nova Ubiratã	35,37	14,77	5,31	13,54	21,22	49,23	31,84	29,54	8,84	30,77
Santa Carmem	52,79	11,15	11,11	6,69	30,56	37,90	75,02	20,06	63,91	20,06
Santa Rita do Trivelato	–	–	–	7,65	–	38,24	–	19,12	–	11,47
Sinop	33,94	36,92	6,55	19,64	43,03	27,69	140,05	64,70	53,72	36,74
Sorriso	57,30	22,66	8,71	24,91	46,06	52,60	76,39	53,29	39,88	28,37
Tapurah	115,91	24,50	10,38	28,13	17,30	52,63	102,93	64,43	93,42	47,19
União do Sul	100,10	9,74	4,77	14,61	16,68	31,66	119,16	21,92	50,05	14,61
Vera	71,78	17,96	12,15	19,01	50,80	31,69	176,70	23,24	61,84	14,79
TOTAL	47,04	29,37	7,41	17,79	39,07	39,15	114,27	71,76	50,55	51,26

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS

a) Cap. I: Doenças Infecciosas e Parasitárias

b) Cap. II: Neoplasias

c) Cap. IX: Doenças do Aparelho Circulatório

d) Cap. X: Doenças do Aparelho Respiratório

e) Cap. XIV: Doenças do Aparelho Geniturinário

correspondem à contrapartida de 50,0% do total da participação dos municípios. A SES/MT assumiu um compromisso com o CISRTP no repasse concernente a 55,0% da produção assistencial (SIA/SIH), recursos estes utilizados para o pagamento de complementação salarial dos médicos e demais profissionais de saúde do Hospital Regional. O rateio interno previsto desses recursos, no hospital, é o seguinte: 23,3% para médicos; 15,0% para os profissionais de nível superior; e 16,7% para os de apoio e técnico. A SES/MT é responsável pelo custeio operacional do hospital (recursos humanos, medicamentos, equipamentos e manutenção) e pelo custeio da Casa de Apoio (estrutura domiciliar de apoio às pessoas em tratamento).

O convênio entre a SES/MT e o CISRTP vem sendo celebrado desde 2001, com vigência anual e aditamentos que garantem os reajustes do aporte financeiro. Tomou-se o valor global deste Convênio em 2008, que foi de R\$ 4.981.268,72, com a seguinte distribuição: contrapartida da SES – R\$ 1.369.268,72; custeio do Hospital Regional – R\$ 1.068.000,00; produtividade SIA/SIH – R\$ 2.400.000,00; e custeio da Casa de Apoio – R\$ 144.000,00. Já a cota de participação dos municípios foi de R\$ 2.738.537,45.

A liberação dos recursos é feita em parcelas mensais, conforme Plano Operativo do Consórcio e

mediante a comprovação dos seguintes quesitos: i) participação financeira dos municípios; ii) recolhimento de tributos; iii) folha de pagamento mensal dos profissionais. O acompanhamento e controle dos recursos financeiros são realizados trimestralmente pela Regional de Saúde e pela SES/MT.

A participação financeira dos municípios no Consórcio é calculada com base na população (20,0%) e na utilização dos serviços do Hospital Regional (80,0%).

Das despesas totais com saúde, efetuadas com recursos próprios dos municípios consorciados, em média 4,25% são destinados ao custeio do Consórcio.

A receita total do Consórcio no ano de 2008 foi de R\$ 7.719.806,17 (Tabela 3), o que representa um custo aproximado por habitante/ano de R\$ 23,63. Do total de recursos, R\$ 5.864.187,44 foram pagos aos profissionais médicos, o que corresponde a 76,0% do repasse global. Foram gastos com a compra de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros procedimentos R\$ 340.226,79 (4,4%), e os restantes R\$ 1.515.391,94 (19,6%) correspondem ao pagamento dos demais profissionais e manutenção do Hospital Regional.

Na região do Consórcio de Saúde observou-se um aumento da oferta de serviços nos municípios consor-

Tabela 3 – Despesas efetuadas pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires, por fonte de financiamento (em R\$). Mato Grosso, 2004 a 2008

Fonte de financiamento	Ano				
	2004	2005	2006	2007	2008
Contra partida estadual	762.223,00	460.662,37	762.223,20	908.365,94	1.369.268,72
Contra partida municipal	1.524.446,00	921.324,74	1.524.446,50	1.816.731,18	2.738.537,45
Custeio do Hospital Regional	1.682.537,97	1.071.000,00	1.428.000,00	1.220.739,00	1.068.000,00
Produção ambulatorial e hospitalar	1.949.401,58	1.701.280,54	2.400.000,00	162.547,20	2.400.000,00
Casa de apoio	42.000,00	61.000,00	144.000,00	101.590,00	144.000,00
Outros	224.000,00	–	–	–	–
TOTAL	6.184.608,55	4.215.267,65	6.258.669,70	6.209.973,32	7.719.806,17

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

ciados. Segundo o CNES, em dezembro de 2008 existiam na região do Teles Pires 160 unidades de saúde, nos diversos níveis de complexidade. Tal número representa um incremento de 52,0% em relação ao ano de 2000, devendo-se principalmente ao aumento das unidades básicas de saúde e das clínicas especializadas.

Do total dos estabelecimentos de saúde da região do Consórcio de Saúde, a maioria corresponde a unidades básicas de saúde/centros de saúde e ou Unidades Saúde da Família, que representam 44,4% dos serviços de saúde. Complementam a atenção básica: 17 clínicas e ambulatórios especializados, 15 unidades de Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT) e quatro Unidades Móveis pré-hospitalares de urgência/emergência.

Em relação à rede hospitalar, a região conta com 12 hospitais, sendo três públicos, dois filantrópicos e sete privados. O número de hospitais permaneceu estável na região desde 2000.

Quanto à oferta de leitos (do SUS e não vinculada SUS), em 2000 os municípios da região do Consórcio de Saúde contavam com 462 leitos (2,40 leitos por 1.000 habitantes), sendo 52,2% leitos de competência do SUS e 47,8% da rede não vinculada ao SUS. Em 2008, os municípios contavam com 505 leitos (1,66 leito por habitante), dos quais 322 (63,8%) estavam disponíveis para o SUS e concentravam-se majoritariamente nos municípios de Sorriso e Sinop. No período estudado, houve um aumento de 9,3% no número total de leitos e de 33,6% no número de leitos do SUS.

Houve variação entre 2000 e 2008 na oferta de vínculos de profissionais médicos na região do Consórcio de Saúde, segundo dados do CNES. Em 2000 computavam-se 0,2 vínculos profissionais médicos por 1.000 habitantes; em 2008, tal relação elevou-se para 1,6 e, nesse último ano, tais vínculos representavam 18,0% do total dos vínculos profissionais em saúde, na região. Dos 502 vínculos médicos da região, apenas 53 eram relativos a profissionais que atendem no Hospital Regional, beneficiados com o incentivo de interiorização.

A maioria dos serviços prestados é realizada pelo Hospital Regional de Sorriso, unidade de referência da microrregião que conta com 112 leitos hospitalares, dos quais dez leitos de UTI neonatal e seis de UTI adulto. Os outros 96 leitos são disponibilizados às especialidades. O Consórcio de Saúde complementa

serviços médicos através da compra de consultas das outras especialidades e exames complementares. No tocante à utilização dos serviços do Hospital Regional de Sorriso, observa-se que, dentre os municípios consorciados, Sorriso é o que apresenta maior utilização do Hospital (54,0%). Seguem-no Nova Ubiratã (5,0%) e Sinop (4,5%).

Discussão

Na avaliação do contexto externo na região do CISR-TP, destacaram-se os fatores que facilitaram o processo de sua implantação. Observou-se que os municípios da microrregião apresentam indicadores favoráveis – crescimento populacional, densidade demográfica e condições socioeconômicas –, o que contribui para a organização da oferta e a qualificação dos serviços de saúde nessa microrregião. Esse conjunto de fatores positivos pode ter influenciado o perfil epidemiológico, com a redução dos coeficientes da mortalidade e dos indicadores de internação hospitalar, sugerindo melhoria na qualidade de vida da população da microrregião. No entanto, a natureza das internações suscita questionamentos sobre a resolubilidade da atenção básica na microrregião.

Observa-se ainda que a região caracteriza-se como de intensa produção de soja e de extrativismo de madeira, correspondendo ao “uso corporativo e seletivo do território” que conformam “cidades funcionais à produção modernizada” na Amazônia Legal,¹³ gerando crescimento econômico e social desiguais. Enquanto alguns municípios da região atraem migrantes e investimentos profissionais qualificados, como Lucas do Rio Verde, Sorriso, Feliz Natal, Sinop e Nova Maringá, outros apresentam crescimento negativo, como União do Sul e Tapurah. Tal situação contraditória produz dispersão populacional em Mato Grosso – um estado de grande extensão territorial –, havendo regiões em que predominam municípios pouco estruturados, com baixo grau de desenvolvimento de atividades e precariedade de serviços urbanos. Esses fatores dificultam a interiorização de serviços especializados e a manutenção de recursos humanos qualificados que garantam um atendimento integral à saúde da comunidade.

Estudos demonstram que a concentração de serviços especializados na capital¹⁴ representa gastos e

dificuldade de acesso às populações do interior do estado em decorrência das barreiras geográficas. Embora isso seja uma realidade também no Mato Grosso, o investimento em estradas, na microrregião em estudo, favoreceu o acesso de seus municípios, tanto ao município sede do Consórcio de Saúde quanto à capital do estado.

Comparativamente ao ano de 2000 e ao estudo de Guimarães,⁷ verifica-se que o CISRTP vem aumentando progressivamente a disponibilidade de serviços especializados aos municípios consorciados, o que permitiu aos usuários desses municípios maior acesso aos serviços de saúde. No entanto, constatou-se que o número de leitos hospitalares não acompanhou o crescimento populacional da microrregião, redundando em baixa disponibilidade desse serviço à população adscrita. Além disso, este número de leitos não atende as recomendações da Organização Mundial de Saúde ou da Portaria nº 1.101/2002 GM/MS¹⁵ (2,5 a 3 por 1.000 habitantes). A maior utilização, pela população de Sorriso, dos serviços do Hospital Regional, via CISRTP, deve-se à localização do hospital nesse município.

A respeito da gestão financeira, é fundamental salientar que a cooperação intergovernamental foi um dos principais componentes da garantia e da viabilidade dos pactos e acordos financeiros.¹⁶ Destacam-se os aspectos seguintes: a Unidade de Referência, o Hospital Regional, é estadual; e a articulação entre os municípios permite o compartilhamento na capacidade de gestão dos recursos financeiros, de forma consensual e articulada. Isso garante a sustentação financeira do Consórcio, no cumprimento de suas atribuições no SUS. Além da existência de instrumentos legais que facilitem a gestão, é preciso observar a necessidade de competências políticas de integração e de comunicação dos atores envolvidos, para a formulação e operacionalização dos pactos e ações de forma articulada.¹⁷⁻²⁰

A política de incentivos financeiros também permitiu a fixação de profissionais na microrregião, por tornar mais atrativo o mercado de trabalho no interior. Porém não é possível conhecer o número de médicos a partir do número de vínculos, mas se eles fossem equivalentes, a relação seria superior à definida pela Portaria nº 1.101/2002 (um médico para 1.000 habitantes).

Entretanto, se por um lado o CISRTP é uma alternativa para a oferta de serviços especializados a partir dos incentivos aos profissionais de saúde, por outro é uma “válvula de escape para o estado” no atendimento das demandas dos profissionais na microrregião, principalmente do profissional médico.

As limitações do estudo estão relacionadas: i) à própria abordagem – estudo de caso –, que não permite fazer inferências para os demais consórcios instituídos neste estado, a partir dos achados aqui apresentados; e ii) à utilização de dados secundários de algumas fontes (SIH/SUS, SIA/SUS, CNES), que não apreendem o universo de eventos/variáveis estudados ou que o fazem de forma aproximada. Acredita-se, porém, que tais limitações não comprometeram o presente trabalho, em face do seu escopo.

Os Consórcios de Saúde constituem sistemas abrangentes nas regiões de saúde, que permitem o estabelecimento de parcerias intergovernamentais (entre os governos municipais e com o governo estadual) e a pactuação de regras de financiamento, ampliando o acesso aos serviços de saúde e a oferta de especialidades e serviços de maior densidade tecnológica.^{2,21-23} No entanto, ao se analisar a implantação do CISRTP, pode-se observar que esta se assenta mais na visão da oferta de serviços do que na integralidade e coordenação da assistência.

Este estudo evidenciou que, apesar de o Consórcio ter ampliado a oferta de serviços na região, a partir da aquisição de procedimentos de apoio diagnóstico e de consultas especializadas, estas ações ainda não foram suficientes para o atendimento de toda a demanda por estes serviços. Os obstáculos são aqueles relacionados ao modo de organização dos serviços na região do Consórcio, principalmente relativos ao sistema de referência e contrarreferência e à existência de filas para a realização dos procedimentos eletivos e para consultas em algumas especialidades. Este fato mostra a insuficiência de ações voltadas para a sua resolução e revela a importância de estudos de demanda e análise prospectiva.²⁰

Faz-se necessário incluir estratégias para o planejamento da expansão da oferta de serviços especializados pelo CISRTP com base nas necessidades de saúde da população e não apenas na lógica da disponibilidade de especialistas e da capacidade instalada.

Contribuição dos autores

Botti CS foi responsável pela concepção, coleta e análise das informações, redação inicial e revisão do artigo.

Artmann E foi responsável pela concepção, análise das informações, redação e revisão do artigo.

Spinelli MAS e Scatena JHG participaram da análise das informações, redação e revisão do artigo.

Referências

1. Gil AP. Perfil dos consórcios intermunicipais de saúde de Minas Gerais: relatório de pesquisa da Organização Pan Americana de Saúde; 2000.
2. Mendes EV, Pestana M. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa [Internet]. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde; 2004 [citado 2012 jan 5]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/planejamento-gestao-em-saude/livro_marcus_pestana.pdf.
3. Gil AP. Os consórcios intermunicipais de saúde e o Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica*. 2000;16(4):985-96.
4. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS. Vol. 1. Brasília; 2007.
5. Artmann E, Rivera FJU. Regionalização em saúde e mix público-privado [Internet]. 2003 jul [citado 2012 jan 1]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_05_EArtmann_RegionalizacaoEmSaude.pdf
6. Mota US. Os consórcios intermunicipais de saúde como cerne da estratégia para a implementação das regiões de saúde de Mato Grosso. In: Muller Neto JS, organizador. Regionalização da saúde em Mato Grosso: em busca da integralidade da atenção. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso; 2002. p. 92-9.
7. Guimarães L. Arquitetura da organização regionalizada: consórcios intermunicipais de saúde em Mato Grosso. In: Muller Neto JS, organizador. Regionalização da saúde em Mato Grosso: em busca da integralidade da atenção. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso; 2002. p. 101-12.
8. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman; 1994.
9. Hartz ZMA, Vieira LMS, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Fiocruz; 2005. 275 p.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da população. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2007.
11. Brasil. Lei nº 11.107 de 06 de abril de 2005. Dispõe sobre as normas gerais para a União, Estados e os Municípios contratarem consórcios públicos para a realização de objetivos de interesse comum e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 7 jan. 2005.
12. Brasil. Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre as normas gerais de contratação de consórcios públicos. Diário Oficial da União, Brasília, 18 jan. 2007.
13. Viana ALd'A, Machado CV, Baptista TWF, Lima LD, Mendonça MHM, Heimann LS, et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. *Cad Saude Publica*. 2007;23 Suppl 2:S117-31.
14. Ribeiro JM, Costa NR. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde. *Planej Polit Publicas*. 2000 dez;(22):173-220.
15. Ministério da Saúde (BR). Gabinete Ministerial. Portaria 1.101, 12 de junho de 2002. Dispõe sobre parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
16. Guimarães L, Giovanella L. Cooperação intergovernamental: os consórcios em saúde de Mato Grosso. *Saude Debate*. 2004 maio-ago;28(67):149-58.
17. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. *Cienc Saude Coletiva*. 2010 ago;15(5):2265-74.
18. Rivera FJU, Artmann E. A liderança como intersubjetividade linguística. *Interface Comun Saude Educ*. 2006 jul-dez;10(20):411-26.

19. Heredia-Martínez HL, Artmann E, Porto SM. Enfoque comunicativo del Planeamiento Estratégico Situacional en el nivel local: salud y equidad en Venezuela. *Cad Saude Publica*. 2010 jan-jun;26(6):1194-206.
20. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas. Vol. 1. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. 162 p.
21. Bastos FA. Os consórcios intermunicipais e a nova legislação. *Polemica Rev Eletronica*. 2007:1-12
22. Leite CC, Gomide CM, Silva IG. Consórcios intermunicipais: modelo organizacional. In: Fundação Prefeito Faria Lima. Unidade de Políticas Públicas. Consórcio: uma forma de cooperação intermunicipal. *Informativo CEPAM*. 2001;1(2):48-58.
23. Nicoletto SC, Cordoni Jr L, Costa NR. Consórcios intermunicipais de saúde: o caso do Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005 jan-fev;21(1):29-38.

Recebido em 05/01/2013

Aprovado em 17/06/2013