

Fábio Luiz Quandt

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO CONSÓRCIO
INTERMUNICIPAL DE SAÚDE NA REGIÃO DO ALTO
URUGUAI CATARINENSE – CIS/AMAUC.**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires.

Florianópolis
2012

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da
UFSC

Quandt, Fábio Luiz

Avaliação da Efetividade do Consórcio Intermunicipal de Saúde na região do Alto Uruguai Catarinense - CIS/AMAUC [dissertação] / Fábio Luiz Quandt ; orientador, Rodrigo Otávio Moretti-Pires - Florianópolis, SC, 2012.

138 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Saúde Pública. 3. Atenção à Média e Alta Complexidade. 4. Consórcios Intermunicipais de Saúde. I. Moretti-Pires, Rodrigo Otávio. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Fábio Luiz Quandt

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO CONSÓRCIO
INTERMUNICIPAL DE SAÚDE NA REGIÃO DO ALTO
URUGUAI CATARINENSE – CIS/AMAUC.**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre”, e aprovada em sua forma final pelo Programa Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Local, x de xxxxx de xxxx.

Prof. xxx, Dr.
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof.^a xxxx, Dr.^a
Orientadora
Universidade xxxx

Prof.^a xxxx, Dr.^a
Corientadora
Universidade xxxx

Prof. xxxx, Dr.

Dedicado o presente trabalho a todos que defendem o Estado democrático, com um Sistema Único de Saúde justo, livre do cárcere neoliberal.

AGRADECIMENTO

Diante a este documento, pensando nos caminhos percorridos para concluí-lo, agradeço a todos aqueles que auxiliaram direta e indiretamente, com sentimento especial as pessoas abaixo.

Ao PPGSC, pela oportunidade do curso e construção de conhecimento em Saúde Coletiva.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Santa Catarina/FAPESC, pelo fomento do projeto de pesquisa, sem o qual não seria possível o presente trabalho.

À Associação de Municípios do Alto Uruguai Catarinense (AMAUC) e 6ª Secretaria de Desenvolvimento Regional do Estado de Santa Catarina, por abrirem as portas e suas vidas para nossa pesquisa.

Ao Profº Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires, para além da sua função de orientador, como um amigo, ajudou-me a desconstruir o “comum”.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, funcionários e docentes, que garantiram a estrutura para a plena formação.

A Profª Drª. Sônia Natal, Profº Dr. Juan Stuardo Yaslle Rocha e Profº Dr. Charles Dalcanale Tesser, pelas valorosas considerações sobre este trabalho.

Ao Dalvan Antônio de Campos, a sua disposição e capacidade fora do comum.

Ao Douglas Freancisco Kowaleski, pelas orientações críticas e conversas despreziosas.

A Carmem Regina Delziovo, sem qual não teria aporte completo para discutir esta obra.

Aos colegas de mestrado, em especial ao Lucas, Juliana e Leonardo.

Aos membros do GETTS, essencialmente importantes, no trabalho e na amizade.

Ao Profº Tarcisio Possamai, pela forma digna que exerce a sua profissão.

Aos meus amigos Abraão e Laércio, que fazem parte desse processo, desde as trilhas de estômago vazio.

A família Hackbarth, pessoas de bem, que devo infinita gratidão, especialmente a Bruna, que faz tudo isso não ser uma luta vã.

A minha família, que me inspirou à procura, trazendo-me a realidade da vida

Em vez de amor, dinheiro, fé, fama,
equidade, dê-me apenas a verdade

Henry David Thoreau

RESUMO

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde surgem na perspectiva de dar conta de aspectos da atenção de que apresentam dificuldades para implementação, em especial em municípios de pequeno porte, como um dos instrumentos de regionalização da gestão do sistema de saúde no Brasil. O presente estudo teve o objetivo de avaliar a efetividade do Consórcio Intermunicipal de Saúde da região do Alto Uruguai Catarinense (CIS-AMAUC), do Estado de Santa Catarina – Brasil, sobre a Média e a Alta Complexidade (MAC). Trata-se de uma Pesquisa avaliativa, empregando Avaliação de Quarta Geração. Em termos instrumentais, utilizou-se para a coleta de informações as técnicas de Entrevista Individual (EI) sobre os *stakeholders*, de forma que foram entrevistados 16 Secretários Municipais de Saúde. Também empregou-se a Análise documental das Atas dos Conselhos Municipais de Saúde dos 16 municípios da Região. O processo de tratamento e análise do material empírico empregou o Circulo Hermenêutico Dialético (CHD). Os resultados apontam para problemas como Tabela defasada de pagamento por procedimentos de MAC e corporativismo Médico instalado. As reivindicações dos *stakeholders* foram unânimes quanto às duas categorias, formando consenso. A implementação e inserção de CIS na Atenção a MAC do SUS, pode representar uma ferramenta de gestão importante na integralidade e universalidade do acesso ao cuidado. Mas esta concepção apresenta-se como mediação sem enfrentamento de um contexto mais amplo, em que as políticas públicas são influenciadas pelo modelo neoliberais instalado, que orienta o sistema e fragiliza o provimento de serviços assim como o controle do Estado no campo da Saúde.

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

ABSTRACT

The Health Consortia emerge in perspective of accounting for aspects of care that was difficult to implement, especially in small municipalities, as an instrument of regionalization of the management in the health system from Brazil. Our study was to evaluate the effectiveness of the Intermunicipal Consortium of Health of the Alto Uruguay Santa Catarina (CIS-AMAUC), the State of Santa Catarina - Brazil, on the Middle and High Complexity (MAC). It is an evaluative study, using Fourth Generation Evaluation. In instrumental terms, it was used for data collection techniques Individual Interview (EI) on the stakeholders, so that respondents were 16 Municipal Health Secretaries also used to Desk review of the Minutes of the Municipal Boards of Health 16 municipalities in the region. The process of treatment and analysis of empirical material employed the Hermeneutic Dialectic Circle (CHD). The results point to problems such as Table lagged payment procedures and corporatism MAC Physician installed. The demands of the stakeholders were unanimous in both categories, forming consensus. The implementation and integration of the CIS Attention to MAC from SUS, may represent an important management tool in the whole and universal access to care. But this concept is presented as mediation without facing a broader context in which public policies are influenced by the neoliberal model installed, which guides the system and undermining the provision of services as well as state control in the field of Health

Keywords: Health Policies, Health Management , Effectiveness

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Tipos de estabelecimento de Saúde da região do Meio Oeste, Santa Catarina, 2012	42
Figura 2 – Tipo e Quantidade de Estabelecimento Privado e Filantrópico do Meio Oeste, Santa Catarina, 2012	43
Figura 3 – Concentração da população residente por município na região do Alto Uruguai Catarinense/Santa Catarina – Brasil, no ano de 2012	44
Figura 4 – . Tipo de morbidade hospitalar no SUS, segundo região do Alto Uruguai Catarinense/Santa Catarina – Brasil, no período de 2010 a 2011.....	45
Figura 5 – Serviços credenciados no Consórcio Intermunicipal de Saúde da Associação de Municípios do Alto Uruguai Catarinense, 2010.....	46
Figura 6 – Modelo teórico-conceitual referente ao ambiente normativo do Consórcios Intermunicipais de Saúde e a sua efetividade sobre a Média e Alta Complexidade.....	56
Figura 7 – Recomendações após a avaliação como instrumento de ajustes entre o empírico e o Modelo teórico-conceitual à Avaliação	61
Figura 8 – Modelo para condução do Círculo Hermenêutico Dialético empregado.....	62
Figura 9 – Distribuição dos temas abordados nas reuniões dos C.M.S. por categoria temática, no período de julho de 2010 a julho de 2011	82
Figura 10 – Modelo teórico ajustado, frente as peculiaridade do CIS-AMAUC, Meio Oeste, Santa Catarina, 2012.....	84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal da região do CIS-AMAUC, estadual e nacional, segundo relatório da Organização das Nações Unidas – ONU, no período de 1991 e 2000.....	41
Quadro 2 - Sistematização empregada para o tratamento dos produtos das entrevistas, com a questão disparadora e pontos de desdobramentos da mesma.	65
Quadro 3 - Síntese entre as categorias temáticas do produto das falas dos Stakeholders e de e das categorias da Análise Documental.	66
Quadro 4 - Parâmetros para avaliação, sobre os pontos positivos e reivindicações.	67
Quadro 5 - Exemplos dos Resultados do Circulo Hermenêutico Dialético dos Stakeholders, Meio Oeste, Santa Catarina, 2012.	71
Quadro 6 - Parâmetros para Avaliação do CIS-AMAUC, Meio Oeste, Santa Catarina, 2012.	86
Quadro 7 - – Parâmetros para avaliação de Consórcios Intermunicipais de Saúde, conforme os Stakeholders em termos dos pontos positivos e reivindicações, Meio Oeste, Santa Catarina, 2012.....	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
APS – Atenção Primária em Saúde
CF – Constituição Federal
CHD – Circulo Hermenêutico Dialético
CIS – Consórcio Intermunicipal de Saúde
CIS/AMAUC – Consórcio Intermunicipal de Saúde da região do Alto Uruguai Catarinense.
CIS/AMOSC – Consórcio Intermunicipal de Saúde de Chapecó
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
EI – Entrevista Individual
ESF – Estratégia Saúde da Família
LOS – Leis Orgânicas da Saúde
MAC – Média e Alta Complexidade
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOBs – Normas Operacionais Básicas
PDI – Plano Diretor de Investimento
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PPI – Programação Pactuada Integrada
RAS – Redes de Atenção à Saúde
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	23
1.1	CONTEXTO HISTÓRICO NORMATIVO	23
1.1.2	A evolução histórico-normativa após a Constituição Nacional de 1988	25
1.2	O ESTADO NO PROVIMENTO DA ASSISTENCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE.....	28
1.3	OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE	35
1.4	OS CONCEITOS DE EFETIVIDADE.....	46
2	OBJETIVO DA PESQUISA	49
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	50
3	PERCURSO METODOLÓGICO	51
3.1	SOBRE O TIPO DE AVALIAÇÃO E O USO DE METODOLOGIA QUALITATIVA.....	51
3.2	O USO DE MODELO TRÓRICO	55
3.3	A EMISSÃO DE RECOMENDAÇÕES ESPERADA DE UMA AVALIAÇÃO.....	59
3.4	PROCEDIMENTOS DE PESQUISA.....	62
3.5	ASPECTOS ÉTICOS	68
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	69
4.1	RESULTADOS DA AVALIAÇÃO	70
4.1.1	Resultados da 1ª fase e discussão	70
4.1.2	Resultados da 2ª Fase e Discussão	85
4.1.3	O Produto final da Avaliação e suas recomendações	89
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
	REFERÊNCIAS	97
	APÊNDICE A - Certificado de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina	109
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido empregado no Projeto, após aprovação do mesmo no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina ..	111
	ANEXO – ARTIGO CIENTÍFICO INÉDITO	113

1. INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTO HISTÓRICO-NORMATIVO

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

Defendia-se, dessa forma, que a saúde deveria ser um elemento estendido a todos os brasileiros, dentro do entendimento de que o Estado é o responsável pela estruturação e controle da sociedade e dos processos que serão institucionalizados em sua organização jurídica, política e social (MORETTI-PIRES, 2012a).

Na Constituição Nacional Brasileira de 1988, a saúde passou a ser um direito universal que se insere em uma garantia mais ampla: a da Seguridade Social. Definida pelos dispositivos legais que a estruturam, a Seguridade Social caracteriza-se pelas iniciativas integradas dos poderes públicos e da sociedade em um conjunto de ações e aparatos que asseguram os direitos de saúde, da previdência social e da assistência social (BRASIL, 1988). São comuns às três áreas da Seguridade Social brasileira:

- a) Universalidade da cobertura e atendimento;
- b) Uniformidade e equivalência dos benefícios rurais e urbanos;
- c) Seletividade e distributividade na prestação de serviços;
- d) Irredutibilidade no valor dos benefícios;
- e) Diversidade da base de financiamento estruturada em Orçamento da Seguridade Social (autônomo);
- f) Equidade na forma de participação no custeio;

g) Caráter democrático dos subsistemas da seguridade social (Previdência, Saúde e Assistência).

O modelo de Seguridade Social adotado no Brasil preconiza que o Estado assuma o compromisso de certos padrões mínimos, no sentido de amparar sua população em relação aos males decorrentes das desigualdades sociais.

Assim, o direito à saúde é uma manifestação da cidadania brasileira, tão relevante como o registro formal de trabalho e a aposentadoria. Nesse sentido, os conceitos de que a saúde é garantida a todos é de fundamental importância, haja vista que nos casos da Previdência Social e da Assistência Social, tanto as normas que definem os direitos assegurados assim como a parcela da população que usufrui da proteção do Estado possuem delimitações claras.

Dois anos antes, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde consolidou a ideia do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado apenas em 1990, pela Lei nº 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde.

O SUS se pauta em uma perspectiva ampliada de saúde, com obrigação legal de formular e executar políticas econômicas e sociais que auxiliem na diminuição do risco de doenças e outros agravos, e também, de assegurar condições que resultem em um acesso universal e igualitário às ações e serviços que visam à prevenção, à proteção e à restituição da saúde (SANTOS, 1994).

Destarte, o Sistema de Saúde brasileiro incluiu com a promulgação da Constituição o controle social entre seus objetivos. Isso proporcionou à comunidade a participação em sua gestão através de representantes inseridos nos Conselhos de Saúde, para formulação de estratégias quanto ao controle da operacionalização das políticas do setor (MATTOS, 2003)

Assim, a estruturação do sistema de saúde brasileiro foi modulada de forma que o acesso aos serviços de saúde garantidos pelo Estado permeasse as questões de cidadania. No tocante ao SUS, a garantia legal de acesso a todos os cidadãos – princípio da universalidade – paralelamente à atenção ao usuário fundamentada no princípio da integralidade, desencadeou amplas discussões sobre a necessidade de reformulação do sistema como um todo (LABRA, 2005).

Na década de 1990, estas questões se tornaram mais contundentes. Dado o sucateamento e a falta de coerência entre os princípios idealizados para o SUS - em específico a perspectiva ampliada de saúde - e sua realidade na atenção à saúde (ELIAS, 2004), disparou-se um processo de reformulação na operacionalização do SUS, principalmente com relação à Atenção Básica (AB).

1.1.2 A evolução histórico-normativa após a Constituição Nacional de 1988.

A implementação do SUS – assim como de todas as políticas públicas – não foi uniforme, na medida em que a perspectiva da legalidade nem sempre é acompanhada precisamente pela prática, a não ser que se estabeleçam mecanismos gradativos que a tornem factual (FLEURY, 2009; FLEURY, 1988; MORETTI-PIRES, 2012a).

O início deste caminho normativo teve como importante etapa a edição das Normas Operacionais Básicas (NOBs), que atuaram como instrumentos de regulação do processo de descentralização, definindo objetivos e diretrizes estratégicas e contribuindo para a normatização e a operacionalização das relações entre as esferas de governo, ainda não previstas nas Leis da Saúde. Deram início a um movimento ascendente de regionalização e implantaram meios de financiamento e Gestão ao município, assim como a responsabilidade direta pela Atenção Básica (AB)¹ e seus predicados (CARVALHO, 2001; BRASIL, 1997). Destacaram-se, nesse cenário, as NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/93 e NOB-SUS 01/96.

Concomitantemente, 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. De início, criou-se em 1994, o Programa Saúde da Família, que veio a se tornar um dos pilares de sustentação do novo sistema de saúde.

Entretanto, após alguns anos, houve a necessidade de mudanças e de novos instrumentos na gestão pública,

1 No presente trabalho optou-se pelo uso do termo Atenção Básica, uma vez que as Políticas Nacionais de Atenção Básica de 2006 e 2011 utilizam-no.

elaborando-se as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2002). Os objetivos das NOAS/SUS 01/01 e 01/02, respectivamente, eram os de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção e o de ampliar as responsabilidades dos municípios na AB, habilitando-os conforme a adesão à programas e provimento de serviços (BRASIL, 2002).

Ao estabelecerem o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de Saúde, as NOAS lançaram diversas ferramentas organizacionais que aumentaram os vínculos administrativo e sócio financeiro entre as partes Gestoras, com instrumentos como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI) e Programação Pactuada Integrada (PPI) (BRASIL, 2002; CORDONI JUNIOR, 2001).

Mais tarde, as NOAS foram substituídas pelas diretrizes do Pacto Pela Saúde, que preconizam outros arranjos institucionais, incorporando grande parte dos instrumentos de gestão descritos acima com maior ênfase à responsabilização e à hierarquização da assistência à saúde (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica é definida na Política Nacional de Atenção Básica de 2011 (BRASIL, 2011) como o conjunto de ações de Saúde que objetiva a atenção integral, nos âmbitos individual e coletivo, com impactos na situação de saúde. Ela avança frente às demais políticas antecessoras ao reconhecer que a Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta alto impacto não apenas em indicadores epidemiológicos, mas também na autonomia dos indivíduos e nos determinantes/condicionantes de saúde das coletividades.

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 e proteção em saúde), assim como para 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, 1992).

A esse respeito, Starfield (1992) defende que esse nível de Atenção à Saúde deve apresentar quatro atributos essenciais e três derivados, que caracterizam os serviços de AB efetiva. Os atributos essenciais constituem acesso de

primeiro contato do indivíduo com o Sistema de Saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. Enquanto os atributos essenciais caracterizam o serviço como Atenção Básica, os atributos derivados traduzem a identidade do processo de trabalho, com base na modificação do perfil de morbimortalidade das famílias e comunidades.

No presente trabalho, 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 (1992), a inserção de Média e Alta complexidade (MAC) também 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, mas também se responsabilizar pela garantia de assistência integral. Incluem-se aqui mecanismos de referência e contra referência - mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS - os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.

Um dos atributos essenciais que caracterizam a AB é a coordenação do cuidado, conforme citado anteriormente. O atributo pressupõe a continuidade tanto no nível da AB pela equipe multiprofissional, como na capacidade do Sistema de Saúde em integrar o usuário nos três níveis de Atenção, sempre com a centralidade/coordenação da AB entre os diversos serviços.

Longe de apenas garantir acesso universal, os debates sobre a integralidade como pilar central da construção do SUS permearam os discursos e iniciativas da União rumo à intersetorialidade necessária para ações que extrapolam o campo de atuação dos profissionais e da equipe da AB (CONILL, 2002; RONZANI & SILVA, 2008).

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 possam suprir suas necessidades (LABRA, 2005; COHN, 2003).

1.2 O ESTADO NO PROVIMENTO DA ASSISTÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Segundo Marx (1977), desde os primórdios da civilização, nas atividades cotidianas o homem transforma a natureza para que suas necessidades sejam supridas. Sob a influência da lógica do fetiche mercantil em um estágio mais avançado, surgiu o câmbio e o trabalho dos homens sobre os homens. Portanto, o espaço e sua apropriação e reapropriação relacionam-se a aspectos mais amplos, que vão se revelar na produção de serviços de saúde e nas intervenções públicas no cuidado à saúde (SANTOS, 2003).

Compreender as ações e a intervenção do Governo sobre o provimento de MAC à comunidade é fundamental para as avaliações em âmbito global dos sistemas de saúde, já que o Estado rege e modifica a sociedade sob seu domínio, conforme as nuances das disputas políticas, culturais e econômicas (SALOMÃO-FILHO, 2001). 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 (ANDERSON, 1995).

A legitimidade do Estado sobre um povo pode ser tanto um pacto entre as partes da sociedade protegida, vigorando uma satisfação mútua, quanto pode ser uma imposição unilateral de cunho tirânico dos detentores do poder a contento de poucos (SALOMÃO-FILHO, 2001).

Para manter uma nação coesa nesses pressupostos, os princípios de desenvolvimento devem incluir a garantia de saúde ao indivíduo e à coletividade, sendo ponto decisório na administração e no planejamento público dos passos a serem tomados por um governo. Passos que atravessam outras temáticas transversais, tais como educação, trabalho, moradia, meio ambiente e lazer.

Desta forma, a saúde toma espaço na arena de disputas político econômicas. O saber-fazer na saúde sofre, assim como toda a conjuntura estatal, influências no campo de debates daqueles que obtém voz. Esta voz nem sempre surge subitamente no anseio pelo objeto posto, mas é construída, pensada anteriormente, pelos que carregam em discurso as decisões de caráter político-econômico e cultural,

para a mudança ou manutenção do próprio estado hegemônico em contexto.

Nos pragmáticos fatos materiais do Estado brasileiro, a política pública de saúde desenvolve-se em interface com o setor privado. Os sistemas de saúde, universais ou segmentados, em todo o mundo percorrem a amplitude da polaridade entre o público e o privado, na produção e na gestão dos serviços. Em meio a esse *modus operandi* encontram-se a população e a sua vida, cativos em um sistema de saúde, que lhes “oferta” ou não cuidados advindos do Estado.

Em países em que o Estado adotou a AB como porta de entrada e ponto 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 possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de Saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da Comunidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

Portanto, apresenta-se um primeiro nível de atendimento, de alta densidade e baixa especialização tecnológica, generalista sob o enfoque social e prática clínica.

Como já explorado no presente trabalho, a AB necessita da complementação de cuidados que exigem procedimentos laboratoriais e hospitalares, aliados a equipamentos e insumos de alto custo e tecnologia avançada,

assim como profissionais especializados, o que a relaciona à MAC.

O elenco de atendimentos nestes níveis varia de nação para nação, mas mantém as características políticas explanadas anteriormente. Portanto, a continuidade do cuidado à saúde do cidadão e à sociedade em si, depende da oferta destes serviços.

Dionne (2011), pesquisando sobre as políticas de ação no processo de prevenção e da cura da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em país africano, conclui que a atuação estatal desenvolve-se na prática momentânea e medicamentosa sobre o indivíduo acometido, assim, com enfoque biologicista na proteção e recuperação do cidadão.

Da mesma forma Alvarez, (2005) e Urrego (2007) debatem sobre a prática curativista nas ações de MAC, defendendo que estas intervenções se apresentam aquém da realidade social nos contextos investigados, atuando paliativamente com fragilidade em efetividade, quadro que revela na visão desses autores a priorização das questões políticas e econômicas implicadas na gestão, sem a decisão de padrões ou prioridades que enfoquem as necessidades sociais e culturais.

A otimização financeira dos recursos públicos em ações coletivas públicas e a participação do setor privado na esfera da saúde pública é uma arena de disputas ideológicas dada a proeminência do setor no cômputo geral da economia de um país (QUINHÕES, 2005; MERINO, 2002; MORENO, 2008; SCOTT-SAMUEL, 2007).

Analisando o setor da saúde dos Estados Unidos da América (EUA), Quinhões (2005) afirma que a reforma sanitária e social nos anos de 1990, culminou numa estratégia de eficiência econômica sobre as ações públicas de Saúde, em que os gastos com a MAC eram regulados pelo mercado, criando um dependência socioeconômica do Estado americano com este. Merino (2002), ainda sobre os EUA, reforça a participação e coesão social no movimento de mudanças e melhorias nas práticas clínicas especializadas, ao dar voz ao usuário na tomada de decisões da gestão e encaminhamentos do cuidado.

Sobre a realidade do México, Moreno (2005) apresenta que as práticas administrativas privadas, pautadas no

custo/benefício da produção e compra de serviços inseridos na atividade pública, trazem mais eficiência para as ações burocráticas e práticas do sistema de saúde. Contudo, Scott-Samuel et al (2007), em boletim da Organização Mundial de Saúde (OMS) dinamiza a relação econômica, interpretando a necessidade de inserir as necessidades humanas como direitos humanos, em todas as políticas internacionais de saúde que tratam da questão de maneira parcimoniosa.

A gestão governamental das Políticas de Saúde é colocada por Molina (2006), Paz (2008) e Chávez (2008) como determinante no acesso e na qualidade de serviços especializados, já que em grande parte estão sob regime privado, destacando que, conforme a ideologia política de quem está no poder, os vieses administrativos interferem tanto na formulação de planos de cuidado à saúde como em sua implementação.

Chávez (2008) coloca que a municipalização ou regionalização pode acarretar em não efetividade da gestão, quando atrelada a instituições e corporações mercadológicas, se não houver a participação social. Esse panorama foi identificado no México por Paz (2008), onde a governança administrativa do poder público como agente discriminatório nas ações de saúde, criou um sistema de Saúde para pobres e outro para ricos.

Molina (2006), ao discorrer sobre prestação de serviços privados no setor público de saúde colombiano, coloca a a falta de organização pública acarretando em influência direta do setor privado na esfera estatal, de forma que o autor defende a necessidade de participação da sociedade civil organizada para a efetividade do setor.

No entanto, cabe a ressalva de Arango (2009), que apresenta que o processo de otimização da saúde pública pode ser subsídio para a utilização dos serviços do setor privado, fruto da diversidade ideológica no entendimento da relação entre as necessidades das comunidades, o acesso aos cuidados e ao papel do Estado. Os vários modos de agir entre os atores sociais instituem a heterogeneidade na assistência e, em geral, a comunidade não faz parte do processo e nem o entende, o que cria desregulação na relação usuário-sistema, assim como entre as instituições do sistema em si (ARANGO, 2009).

Steffen (2010), analisando o sistema francês de Saúde, observou que os protestos sociais derivavam do poder centralizador do governo e da desregulação nas práticas assistenciais, ambulatoriais e hospitalares, em face dos interesses setoriais do mercado.

Cria-se, deste modo, uma área de sustento para o neoliberalismo econômico nutrir-se e, ao mesmo tempo, parasitar o sistema público, causando sérios danos ao(s) hospedeiro(s), segundo Bauman (2010 a).

Na perspectiva de Foucault (2007), ao passo que se inova nas tecnologias, pedagogias e políticas, em uma dita guinada “sustentável”, também se remanejam os paradigmas do modo de produção capitalista, que regem ideologicamente as representações e expressões sociais contemporâneas, incluindo aqui a saúde, tanto como emblema assim como os males que o meio produtivo impõe ao cidadão. Ainda para este autor, toda problemática nesse sentido remete a equação das contradições socioambientais desconectada da dialética do processo saúde-doença em si.

No Brasil, 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 cuidado² para o usuário, o modelo de RAS movimentará 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, 2008a).

Apesar de não haver uma relação direta entre descentralização administrativa, equidade e universalidade no

² Linha de cuidado é um termo que caracteriza o histórico do usuário do Sistema Único de Saúde, pautado no acesso ao cuidado de maneira sistêmica, organizada pelos serviços dispostos, transitando sobre todos os níveis de complexidade, de acordo com seu agravo, e com a morbi-mortalidade da região (BRASIL, 2011)

acesso aos serviços de Saúde, amplas discussões têm ressaltado e defendido o processo administrativo descentralizador como uma forma mais efetiva de prestar assistência, desde que sejam consideradas as complexidades e diversidades regionais (BRASIL, 1993; CORDEIRO, 2001; JUNQUEIRA, 1997). Existe tal tendência justamente porque as desigualdades sócio-econômicas e sanitárias do país têm forte relação com a distribuição territorial (URBANEJA, 2000).

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) entende a Média Complexidade como o nível assistencial ambulatorial, composta 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, 2011b).

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, 2011b). Diversas áreas e procedimentos compõem a Alta Complexidade, conforme se seguem.

Assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia; procedimentos de ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das

doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida. (BRASIL, 2011c).

Este elenco, não tem a finalidade de endurecer o sistema, ou fixar definitivamente os procedimentos de Média e Alta Complexidade (MAC), mas sim de orientar o gestor.

O provimento de serviços MAC visa a propiciar à população o acesso a serviços qualificados, integrados à AB, garantindo assim o cumprimento do dever constitucional do Estado para com a integralidade da saúde do usuário do Sistema de Saúde. Dada a complexidade em termos da infraestrutura 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, 2005).

Segundo o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (2011), os procedimentos de MAC, historicamente, foram contratados/conveniados juntos ao serviço de saúde vigente, sejam privados com fins lucrativos, sejam 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.

De maneira geral, os serviços hospitalares e de especialidade tornaram-se a verdadeira porta de entrada do sistema, atendendo, como urgência e emergência, grande

parte da demanda que deveria ser recebida na AB (BRASIL, 2011b), em decorrência de sua baixa resolubilidade na qualidade no atendimento primário, assim como da falta de articulação da AB com os demais níveis em termos de contra referência. O panorama determina altos gastos públicos que poderiam ser evitado (MENDES, 2005).

Segundo Mendes (2005), as dificuldades da obtenção de procedimentos de maior complexidade para os municípios obrigaram os governos municipais a buscarem alternativas, expandindo a rede municipal 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 em saúde das regiões (BRASIL, 2006).

1.3 OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE

A tentativa de implementar o sistema público de Saúde em municípios do interior do Brasil, onde os problemas apresentam condicionantes diferentes dos grandes centros urbanos, exigiu o surgimento de práticas diferenciadas de gestão. Nessa perspectiva, os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) seriam uma forma de disponibilizar desde os níveis mais elementares até os mais complexos de atendimento necessários ao bem estar (BRASIL, 1998).

Na prática, os CIS 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, suprir necessidades de atendimento de urgência e emergência, atendimento em maternidades, saúde mental, entre outros; e,

até mesmo, no campo do saneamento, para proteção de recursos hídricos e a solução de problemas relacionados à destinação de resíduos sólidos.

A gestão dos processos (financiamento, operação, objetivos, entre outros) municipais, estaduais e federais, apresenta-se legitimada como Políticas Públicas, todas passíveis de controle social, mas não livres de ideologias políticas governamentais (BRASIL, 1997). Porém, como ressalta Lima (2000), debates sobre a prática de consórcios enfrentam vários desafios dentro da agenda pública do setor de saúde no Brasil. Logo, muito pouco se tem conseguido avançar, pois as experiências concretas ainda são muito recentes, segundo esse autor.

A história dos Consórcios Intermunicipais remonta os idos da década de 1960, com a implantação do primeiro na região de Bauru, Estado de São Paulo, relacionado à promoção social. Na área da Saúde, o primeiro CIS surgiu em 1986, também no Estado de São Paulo, na região de Penápolis (MENDES, 1996; BASTOS, 1998).

Para Neves e colaboradores (2006), neste período, as características dos consórcios eram as seguintes:

- Formavam Sociedades civis de direito privado;
- Ampliavam e diversificavam a oferta de serviços em municípios de pequeno e médio portes;
- Compravam serviços e contratavam profissionais segundo regras de mercado;
- Concentravam a decisão política em conselhos de prefeitos;
- Delegavam a operação do sistema aos secretários de Saúde da região ou especialistas e, em alguns casos, se articulavam aos conselhos de Saúde locais;
- Flexibilizavam a remuneração dos profissionais com pagamento de incentivos;
- Buscavam, pela otimização dos recursos regionais disponíveis, melhorar o acesso aos serviços; e
- Concentravam as atividades de maior complexidade em um município polo.

Experiências correlatas são encontradas em outros países, mais precisamente na Espanha, onde se encontram

parcerias locais em sua história sociopolítica, chamadas mancomunidades. Assim, salvo especificidades, estas se assemelhavam aos CIS brasileiros, em tratamento horizontal entre as partes para suprir as indigências da saúde ou outras questões sociais (FONT et al, 1999).

Segundo estudos de Torres (1995), um consórcio em si não tem personalidade jurídica, uma vez que ele constitui-se apenas como um acordo entre os municípios envolvidos, sem a rigidez de obrigações assim como a existência de direitos. É um ajuste. Os municípios, sim, têm personalidade jurídica. 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 CIS, instituídos como espaço de gestão do SUS, são sem fins lucrativos, constituídos tal como uma sociedade civil (LIMA, 2000)

É notório que a formação dos CIS depende da conciliação de interesses entre os atores envolvidos. A constituição de um CIS, em termos de princípios e finalidades, é uma iniciativa autônoma dos municípios, estabelecida pela Constituição Federal de 1988, nos termos das leis nº 8080/90 e nº. 8142/90 - que definem que os consórcios intermunicipais podem integrar o SUS - e da Lei nº. 11.107/05 - que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos.

A formação dos CIS não obedece a uma única lógica, mas aos interesses e disponibilidades de uma dada região, conformando diversos modos de atuação e permitindo o seu aprimoramento, a inclusão ou não de municípios e o agrupamento de municípios que, pela lógica da proximidade, podem não pertencer ao estado/sede do consórcio.

A criação do CIS possibilita condições favoráveis para que o município venha a assumir as responsabilidades pela gestão plena do seu sistema de Saúde, de acordo com o estabelecido na NOB SUS 01/96. É uma das estratégias essenciais para a melhoria da qualidade dos serviços, por constituir um importante instrumento de articulação entre os sistemas municipais.

Essa articulação intermunicipal tem relação direta com o papel do gestor estadual, em específico na organização do Sistema de Saúde no seu âmbito e em disciplinar a

referência, a contra referência e a regionalização. A mencionada competência tem visibilidade, principalmente na PPI, discutida e aprovada na Comissão Intergestores Bipartite (LIMA, 1998).

Deste modo, os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) são estruturas que relacionam-se a assistência especializada no SUS. Na última Conferência Nacional de Saúde, em 2012, o relatório oficial clarifica essa inserção, apoiando as Secretarias Estaduais de Saúde a estimularem o agrupamento de diversos municípios ou áreas, conformando os CIS no atendimento de necessidades mais complexas, formulando estratégias inter-federativas, no controle e na referência do cuidado. Da mesma forma, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde entende que os consórcios são relevantes como instrumento de cooperação na implementação do SUS, ampliando e garantindo o acesso integral ao usuário. (CONASEMS 2012).

Nessa perspectiva, reconhecem-se os incentivos burocráticos criados em alguns estados para sua formação (TEIXEIRA, 2007). Segundo Rocha (2002) no ano de 2000, os consórcios na esfera pública de saúde somavam 138 instituições, crescendo 10% ao ano. No Estado de Santa Catarina, no período de 2004, apresentava-se 56% dos municípios integrados a algum CIS (SES-SC,2011). Em todo o país, no ano de 2002 quase 40 milhões de brasileiros, o equivalente a cerca de 25% da população, 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 (TEIXEIRA, 2007).

Paralelo à expansão de cobertura, a gestão de saúde por meio de CIS tem procurado o aumento da qualidade e da eficiência na oferta desses serviços. 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 CIS dependem dos mecanismos de monitoramento e avaliação.

Em relação à característica existente entre as regiões consorciadas no Brasil, Teixeira (2007) conclui que quando

houver homogeneidade entre as rendas dos municípios e as preferências por bens públicos, haverá formação de consórcio. Quando as rendas médias dos municípios forem diferentes, mas suas preferências idênticas, então poderá haver formação da parceria, desde que ambos atribuam importância suficiente à provisão de bem público. Finalmente, a formação de consórcio se torna menos provável quando os municípios diferem quanto à importância que atribuem à provisão de serviços de saúde. Além disso, os consórcios muito dificilmente serão formados quando, além das preferências, os municípios também diferem nas rendas médias respectivas.

O CIS da Associação de Município do Alto Uruguai Catarinense (CIS-AMAUC) 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. Pelo seu Estatuto, rege-se pelas normas da Constituição da República Federativa do Brasil, pelas Leis Federais 8.080/90, 8.142/90 e 11.107/05 e demais legislações pertinentes, subordinando-se ao regime publicista e às normas e princípios de direito público.

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.

A região vigente, a qual obteve consolidação do seu desenvolvimento socioeconômico após a instalação das estradas de rodagem, que buscavam principalmente o escoamento agrícola e o extrativismo da madeira que era exportado para a Argentina através do rio Uruguai, acelerou sua emancipação municipal a partir de 1934 tornando Concórdia o primeiro município a ser desmembrado de Cruzeiro (hoje, Joaçaba, região pólo de colonização) e a instalação de Agroindústria SADIA CONCÓRDIA S.A. Indústria e Comércio, em 1944 além do desenvolvimento de novos municípios na microrregião, o avanço das comunicações e a implementação de rodovias como a BR-282, que une o Oeste com o litoral Catarinense. Como

conseqüência, outras formas de desenvolvimento surgiram contribuindo ainda mais para o desenvolvimento da microrregião.

Atualmente a construção da Hidroelétrica da cidade de Itá, contribui para um novo cenário no que tange o desenvolvimento, sobre tudo criando alternativas de renda no setor predominantemente agrícola da AMAUC (CIS, 2007). Corroborando para esta caracterização, encontramos um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) superior quando comparado ao IDH brasileiro e ao estado de Santa Catarina (Quadro 1), reflexo de indicadores positivos no âmbito socioeconômico.

Município	IDHM	Posição Brasil	Posição Estado	IDHM	Posição Brasil	Posição Estado
	1991	1991	1991	2000	2000	2000
Estado	0.748	5		0.822	2	
Brasil	0.696			0.766		
Concórdia	0,774	86	10	0,849	34	11
Seara	0.736	501	66	0.832	119	31
Presidente Castelo Branco	0,736	497	65	0,832	118	30
Lindóia do Sul	0.715	907	135	0.819	246	58
Arabutã	0.728	630	84	0.812	353	82
Perituba	0.765	144	19	0.810	371	88
Piratuba	0.716	883	129	0.806	464	104
Itá	0.710	1.009	152	0.805	476	107
Idira	0.720	798	111	0.804	493	112
Irani	0.698	1.294	185	0.798	620	134
Ipumirim	0.709	1.042	155	0.798	617	133
Alto Bela Vista	0.711	978	147	0.795	684	148
Jaborá	0.709	1.043	156	0.794	705	154
Xavantina	0.747	346	42	0.769	1.339	217
Paial	0,684	1.591	219	0,752	1.817	247
Arvoredo	0,699	1.270	183	0,751	1.842	252

Quadro 1- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal da região do CIS-AMAUC, estadual e nacional, segundo relatório da Organização das Nações Unidas – ONU, no período de 1991 e 2000.

Fonte: PNUD, 2010.

Da mesma forma, sobre o desenvolvimento urbano e fabril, estabelecimentos de saúde de diversas naturezas compõem o espaço. Conforme demonstra a Figura 1, é expressivo o número de consultórios isolados e de outros da esfera não-pública (Figura 2), predominantemente instalados

no município de Concórdia, que detém 52% da capacidade instalada de serviços dessa natureza na região (CNES, 2012).

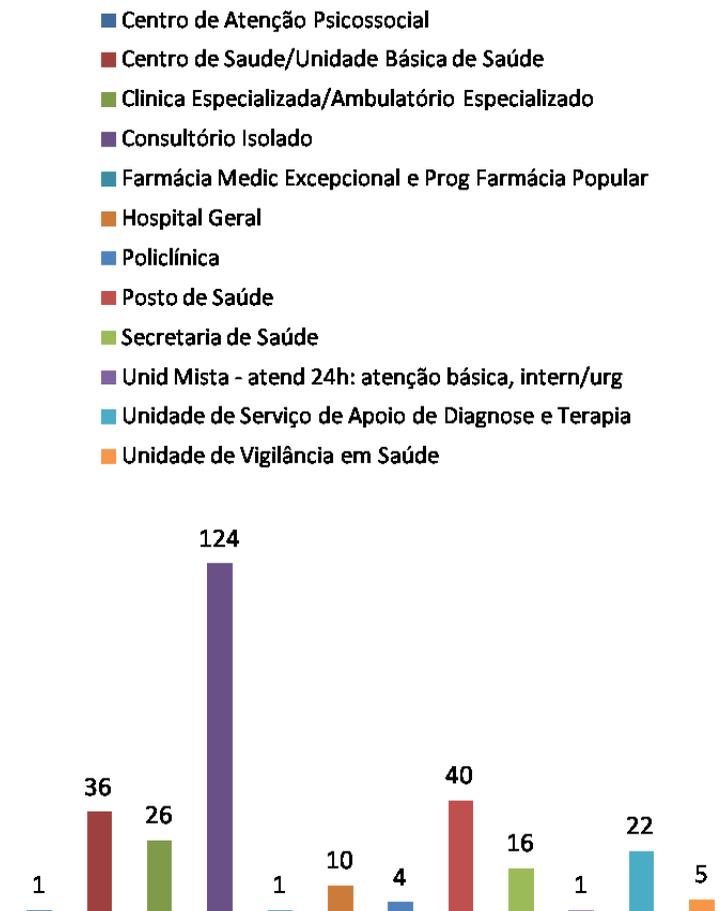


Figura 1. Tipos de estabelecimento de Saúde da região do Meio Oeste, Santa Catarina, 2012.

Fonte: CNES, 2012.

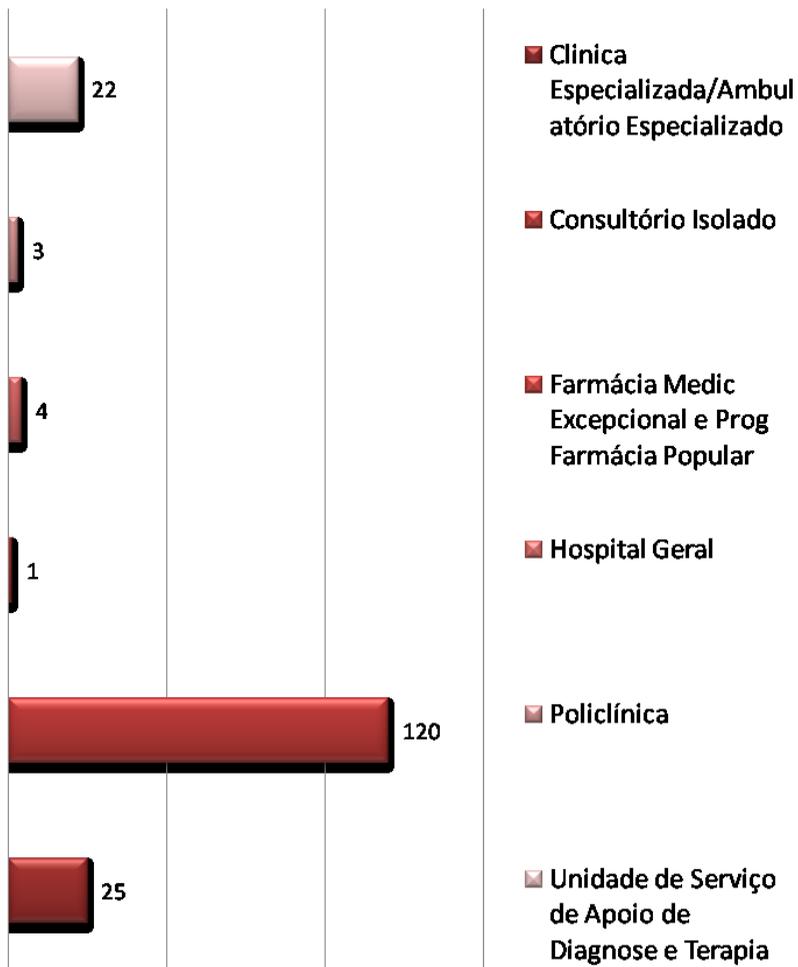


Figura 2. Tipo e Quantidade de Estabelecimento Privado e Filantrópico do Meio Oeste, Santa Catarina, 2012.

Fonte: CNES, 2012.

Deste modo, conseqüentemente a guinada industrial na região, e captação de mão de obra para tal, o município de Concórdia obtém a maior concentração populacional da microrregião do CIS-AMAUC (Figura 3)

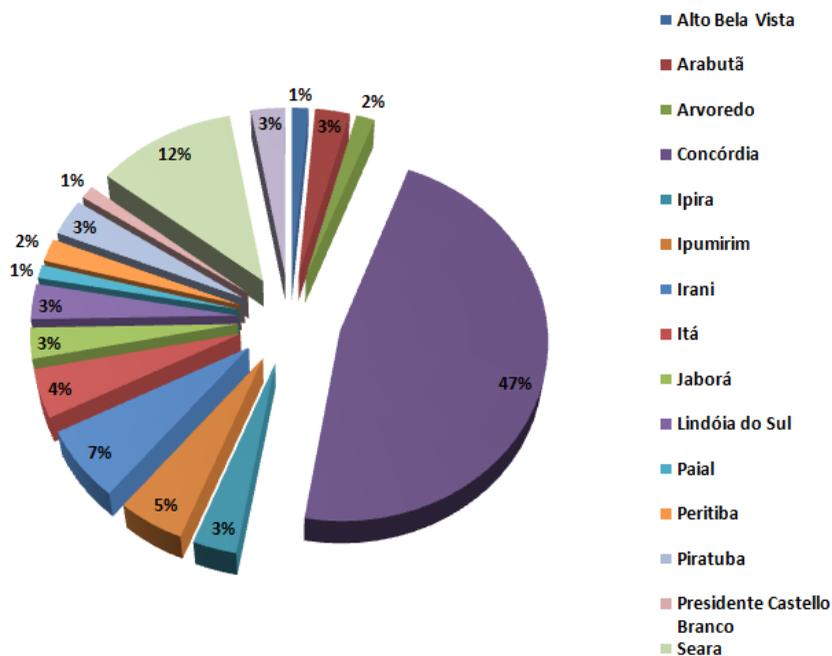


Figura 3. Concentração da população residente por município na região do Alto Uruguai Catarinense/Santa Catarina – Brasil, no ano de 2012

Fonte: DataSUS/CNES, 2012

Atualmente Concórdia é o município sede do CIS da microrregião, também atua como pólo referência para os demais municípios consorciados, quando os respectivos agravos demandam cuidados especializados as saúde pública, como a média e alta complexidade, responsabilizando-se pelo cuidado de 73% das internações da microrregião, atuando sobre as seguintes morbidades (Figura 4):

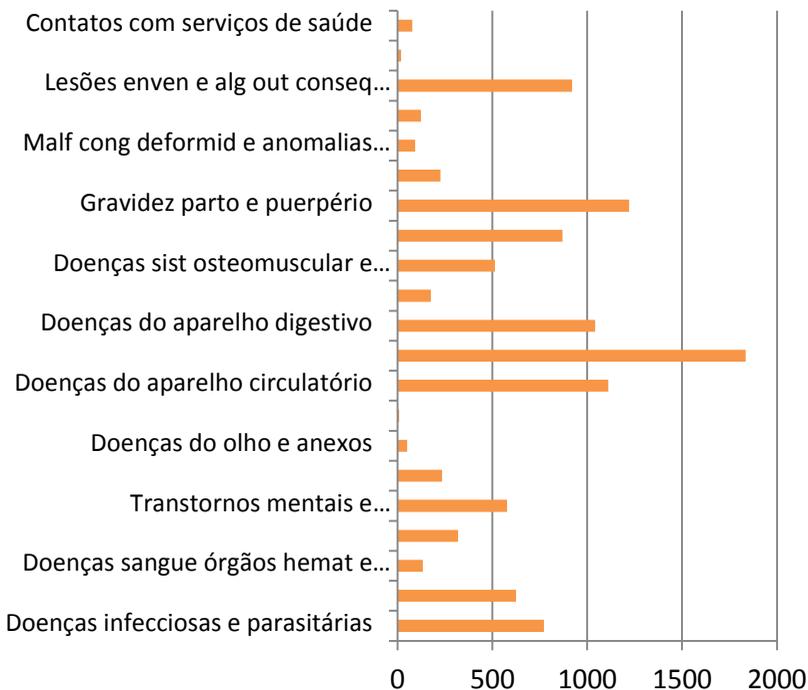


Figura 4. Tipo de morbidade hospitalar no SUS, segundo região do Alto Uruguai Catarinense/Santa Catarina – Brasil, no período de 2010 a 2011.

Fonte: DataSUS/CNES, 2012

Frente a este rol de doenças (padrão CID-10), que possui a maior incidência de mortalidade sobre as morbidades: Neoplasias (Tumores), Doenças do aparelho circulatório, Doenças do aparelho respiratório, e Causas externas; o CIS-AMAUC estrutura seus recursos físicos e humanos.

Conforme seu estatuto (CIS-AMAUC, 2007), oferece-se 27 serviços especializados que compartilham a demanda dos cuidados em MAC na região. Além destas clínicas particulares, a CIS-AMAUC conta com a participação da Clínica SESI e do Hospital São Francisco, que atende como referência nas áreas de Ortopedia/Traumatologia (coluna, joelho, mão, ombro, quadril e outros segmentos), Neurocirurgia, Urgência/Emergência, Terapia Renal

Substitutiva/Nefrologia, Unidade Terapia Intensiva (UTI adulto, infantil e neonatal) para a microrregião da AMAUC. Dentro dos objetivos da CIS-AMAUC, abaixo segue o perfil dos serviços credenciados para serviços especializados.

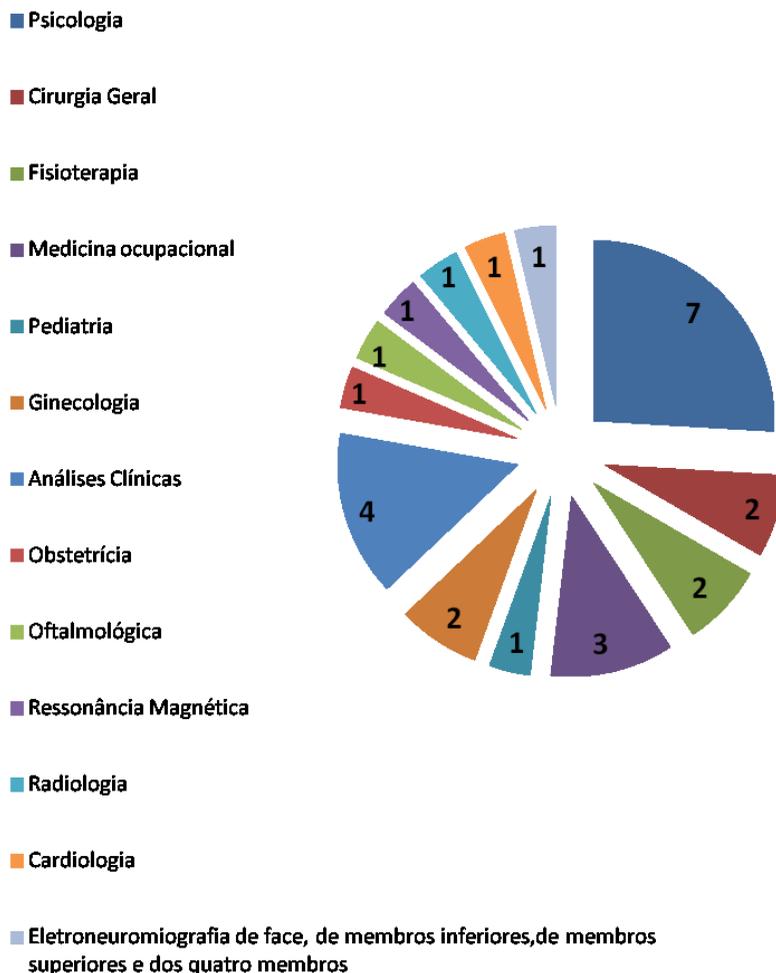


Figura 5. Serviços credenciados no Consórcio Intermunicipal de Saúde da Associação de Municípios do Alto Uruguai Catarinense, 2010.

Fonte: Estatuto Social CIS-AMAUC/2007.

Para a prestação de serviços clínicos privados na esfera pública, no que se refere à MAC nos consórcios intermunicipais, as empresas ou prestadores liberais, devem estar credenciados, ou seja, filiados ao quadro de profissionais de saúde da relação autorizada pelo consórcio.

O CIS-AMAUC tem como finalidades (CIS-AMAUC, 2007):

- Assegurar a prestação de serviços de saúde especializados de referência e de maior complexidade em nível ambulatorial para a população dos municípios consorciados em conformidade com as diretrizes do SUS, assegurando o estabelecimento de um sistema de referência e contra referência eficiente e eficaz;
- Criar instrumentos de controle, avaliação e acompanhamento dos serviços prestados à população regional;
- Viabilizar ações conjuntas na área da compra e/ou produção de materiais, medicamentos e outros insumos;
- Fomentar o fortalecimento das especialidades de saúde existentes nos municípios consorciados ou que neles vierem a se estabelecer;
- Estabelecer relações cooperativas com outros consórcios regionais que por sua localização, no âmbito macrorregional, possibilite o desenvolvimento de ações conjuntas.

1.4 OS CONCEITOS DE EFETIVIDADE

Como último item da presente Introdução, cabe discutir o conceito central da avaliação pretendida, que é o da Efetividade. A construção social do conceito de Efetividade tem base histórica nas análises econômicas tradicionais, pautadas na preocupação generalista quantitativa da realidade no escopo da sua ciência.

A análise econômica, em seu aspecto neoclássico, é definida como um processo sistemático que interpreta fatos de origem monetária, considerando a mescla de seu

conhecimento em uma ciência sócio-política, a partir dos conhecimentos validados e acumulados pela teoria econômica geral.

Essa análise pode consistir em um largo rol de informações relativas às relações econômicas, fundamentalmente vinculadas à microeconomia – custo, produtividade, orçamentos, processos, entre outros – e a macroeconomia – renda, consumo, gastos público, exportações, importações, entre outros. (BALTUSSEN, 2002). Em seu senso geral, tem a busca de respostas relacionadas às necessidades econômicas como função básica, no que tange tanto à sociedade e ao mercado para que forneça elementos hábeis para posteriores processos de tomada de decisão. Outras relevantes finalidades da análise econômica são promover e gerir a assimilação da dinâmica estrutural, e inclusive, conjuntural, fomentando suporte para possíveis estratégias de intervenção na trajetória das principais variáveis envolvidas (BALTUSSEN, 2002)

No campo da saúde, a tomada de decisões para a alocação de recursos é uma temática de complexa análise, que vai da preocupação com a qualidade da assistência, à cobertura e ao acesso aos serviços ainda existentes. 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, uma vez que o setor saúde apresenta uma tendência de custos crescentes e de recursos limitados. Tal relação é mediada pela pressão de usuários consumidores dos serviços, sendo prioritária a identificação das fontes de desperdícios na organização e na prestação de serviços de Saúde (COUTTOLENC, 2001).

No âmbito da Saúde Coletiva, Assis et al (2005) e Furtado (2001) conceituam efetividade como a capacidade de se promover resultados pretendidos e à incorporação de mudanças na população-alvo. Já Marinho e Façanha (2001) relacionam o conceito aos programas sociais, lembrando que 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.

Dessa forma a seleção do tipo de metodologia empregada nas análises é distinta e dependem de vários fatores, como a disponibilidade de dados, o contexto dos objetivos do estudo e a demanda por informações por parte do público-alvo (BRASIL, 2008 b).

Sob a luz dos pressupostos ilustrados, realizou-se um estudo avaliativo da efetividade do CIS-AMUAC, o qual ainda não apresentava nenhum tipo de avaliação até o momento da elaboração no presente trabalho.

2. OBJETIVO DA PESQUISA

Avaliar a efetividade do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Uruguai Catarinense (CIS-AMAUC).

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as atividades de média e alta complexidade atendidas pelo CIS-AMAUC.

Analisar os trâmites e problemas das Gestões municipais consorciadas.

Construir matriz de avaliação da efetividade do CIS-AMAUC.

Emitir juízo de valor sobre a Efetividade do CIS-AMAUC.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 SOBRE O TIPO DE AVALIAÇÃO E O USO DE METODOLOGIA QUALITATIVA

O presente estudo trata-se de uma Pesquisa Avaliativa, empregando Avaliação de Quarta Geração (HAYATI, 2006; GUBA & LINCOLN, 1989), dado seu potencial para o entendimento e a compreensão de como se dá determinado contexto, no ponto de vista de vivência e experiência pessoal dos atores sociais envolvidos que, como a pesquisa qualitativa em geral (MINAYO, 2002), valoriza as características e dinâmicas de determinado fenômeno sem a prerrogativa da generalização.

Avaliação, enquanto estratégia investigativa é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa (FIRME, 2003). Contandriopoulos et al (1997), diz ser a atividade que consiste em fazer julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços e os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas. Visa a reduzir incertezas, a melhorar a efetividade das ações e a propiciar a tomada de decisões relevantes, oferecendo respostas aos beneficiários, à Sociedade e ao Governo sobre o emprego dos recursos públicos (DESLANDES, 1997).

A avaliação como prática para estabelecer mudanças em objetos ativos em saúde ganha relevância quando associada à possibilidade e às necessidades de se implementar intervenções capazes de modificar certos quadros sanitários, além de possibilitar a verificação das dificuldades enfrentadas por essas mesmas práticas para alterarem indicadores de morbimortalidade em outras tantas circunstâncias (BOSI, 2006; PIMENTEL et al, 2010).

A incorporação da avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde pode propiciar aos seus gestores as informações requeridas para a definição de estratégias de intervenção. Há uma grande quantidade de informações registradas rotineiramente pelos serviços que não são utilizadas nem para a análise da situação de saúde, nem para a definição de prioridades, nem para a reorientação de práticas.

Muitas dessas informações obtidas regularmente, se analisadas, podem constituir matéria-prima para um processo desejável de avaliação continuada dos serviços (monitoramento), ou, num estágio mais avançado de organização dos serviços de Saúde, como uma “sala de situações” para planejamento (MATUS, 1987).

Quando se associa ao conceito da avaliação outro termo igualmente polissêmico, a qualidade, a questão fica ainda mais complexa, uma vez que se tornam explícitas tensões semânticas e as dificuldades na utilização deste conceito, traduzindo o seu caráter multidimensional intrínseco ou extrínseco, abrangendo dimensões objetivas e subjetivas (BOSI, 2006).

A dificuldade de reconhecer tal polissemia resulta no enfraquecimento e estreitamento da amplitude do conceito, uma vez que determinadas dimensões da qualidade preponderam nos modelos avaliativos tradicionais (UCHIMURA, 2002). Nesse campo, o paradigma que orienta a avaliação da qualidade dos programas focaliza de maneira acentuada, se não exclusiva, nas dimensões objetiváveis, ou seja, naquelas passíveis de quantificação, excluindo a dimensão intersubjetiva propriamente humana (BOSI, 2006).

Alguns autores, destacando-se Guba e Lincoln (1989), transcendem a essa posição ao incorporar a subjetividade presente nas práticas de avaliação de programas e serviços. Deste modo, a Avaliação de Quarta Geração (GUBA e LINCOLN, 1989), a qual será utilizada no presente estudo, é organizada pelas reivindicações, preocupações e questões de audiências dos grupos envolvidos no processo de avaliação, surgindo acerca do paradigma construtivista.

Nas gerações anteriores, a avaliação encontrava-se sob aspectos educacionais, em relação a escolástica e a disciplinaridade dos sujeitos. Tais modelos eram baseados em medir, descrever e aplicar juízo de valor, respectivamente. Os avaliadores eram externos ao meio avaliado, sem tomar conhecimento do contexto estrutural do mesmo. Também, deflagravam aspectos impositivos sobre os elementos avaliados, pois possuíam o poder centralizado em si, ditando unilateralmente as observâncias da avaliação (DOMINGOS, 2005).

Para Guba e Lincoln (1989), a avaliação é um processo pelo quais os avaliadores e os interessados, em conjunto e de

forma colaborativa, criam (ou avançam para) a construção consensual e a valorização de alguns pontos críticos. Envolve um processo que inclui a recolha de dados e avaliação (interpretação) em um conjunto indissociável e simultâneo. Seus resultados dependem dos contextos, agentes e valores locais e não podem ser generalizadas para outros contextos.

Os aspectos sociais, culturais e políticos, longe de ser apenas distração ou perturbações que distorcem, são parte integrante do processo, pelo menos tão importantes quanto as considerações de adequação técnica (GUBA & LINCOLN, 1989). Processo esse definido como contínuo, recursivo e divergente, porque os seus "achados" são construções sociais que estão sujeitos à reconstrução.

Por isso, as avaliações devem ser constantemente recicladas e atualizadas. Elas não podem ser totalmente concebidas por seu foco (ou focos), dependem de contribuições dos interessados e suas atividades estão em série contingente, sendo uma construção de partilha, de responsabilidade, que envolve os avaliadores e os interessados em uma relação hermenêutica e dialética (GUBA & LINCOLN, 1989).

A Hermenêutica Dialética (HD), assumida na presente pesquisa como postura para concepções assim como análise e avaliação do contexto, trata dos aspectos sócio-históricos dos grupos sociais que o constitui. Fundamentalmente parte de uma análise interpretativa, focada no contexto histórico e material, que leva em consideração as relações sociais do indivíduo. Minayo (1996) afirma que desta forma é possível compreender, chegar à realidade mais próxima do fenômeno, aproximando-se dos preceitos do sociólogo Gadamer (1997), precursor do pensamento hermenêutico na pesquisa social.

A base dos pontos edificantes deste pensamento é: i) identificar a matriz completa de partes interessadas que estão em risco na avaliação prevista; ii) extrair do grupo interessado suas construções sobre as questões em causa e a gama de reivindicações, preocupações e questões que gostariam de levantar; iii) fornecer um contexto e uma metodologia através dos quais diferentes construções e reivindicações, preocupações e problemas possam ser entendidas, criticadas e tidas em conta; iv) gerar consenso com relação as muitas construções, e respectivas preocupações; v) preparar uma agenda de negociação dos itens sobre os quais consenso é incompleto ou

inexistente; vi) coletar e fornecer a informação aos interessados; vii) estabelecer e mediar um fórum de representantes das partes interessadas em que a negociação pode ter lugar, caso venham a solicitá-lo; viii) elaborar um relatório, que comunica a cada grupo de participantes um consenso sobre as construções e as resoluções a respeito das reivindicações, preocupações e problemas criados (bem como sobre aqueles criados por outros grupos que parecem relevantes para esse grupo); ix) reciclar a avaliação, mais uma vez para assumir as construções ainda não resolvidas e suas reivindicações, preocupações e questões.

Estudos avaliativos voltados à dimensão subjetiva da qualidade se propõem a desvendar os sentidos dos fenômenos, respeitando sua complexidade, riqueza e profundidade. Tais estudos seriam adequados à análise do sucesso prático, ou seja, à análise da efetividade de um programa de saúde, pois consideram as expectativas e o universo simbólico dos atores envolvidos, em especial, dos usuários a que se destinam as ações (UCHIMURA, 2002).

Ressalta-se aqui a importância de parâmetros qualitativos nas avaliações, uma vez que, conforme Bosi e Uchimura (2007), a incorporação das dimensões subjetivas dos processos envolvidos nos serviços de Saúde são sobremaneira relevantes, uma vez que muitos aspectos que tornam-se verdadeiros desafios aos gestores não conseguem ser apreendidos pelos marcadores quantitativos de julgamento. No mesmo sentido, Deslandes e Assis (2002, p.43) afirmam que os "(...) Indicadores qualitativos devem ser considerados balizas avaliativas, que permitem mapear com mais profundidade a natureza das mudanças ocorridas e em processos".

Valarelli (2004) defende que os parâmetros para avaliação devem levar em conta:

- As concepções, os interesses e os enfoques próprios da organização a ser avaliada;
- O contexto inerente e seus desdobramentos com outros setores;
- A forma com que se desempenha a Gestão na organização avaliada;
- Os recursos da organização avaliada, tanto materiais como humanos, em seus mais complexos aspectos.

Demo (2002) e Passeron (1995) afirmam que os parâmetros qualitativos permitem explorar aspectos do fenômeno investigado em seu dinamismo e intersubjetividade, desde que corretamente contextualizado em seus mais amplos e dialéticos aspectos.

3.2 O USO DE MODELO TEÓRICO

Todo o processo metodológico de avaliação encaminha para a construção de um modelo teórico, que permite apropriação prévia a coleta de campo dos elementos teóricos necessários para o pesquisador/avaliador no reconhecimento dos limites e possibilidades de inserção científica.

O modelo teórico tem a finalidade de descrever de forma clara e coerente o modo de funcionamento dos programas ou sistemas a serem analisados e/ou avaliados. A sistematização do modelo pode incluir elementos como: objetivos, público-alvo, resultados e o contexto que o objeto está inserido. Portanto, o modelo teórico extrapola o programa em si, no que tange a sua lógica estritamente normativa, abrangendo as interferências sócio-políticas que interferem nos resultados, de forma positiva ou negativa (HARTZ, 1997).

Além dos documentos oficiais, normas e relatórios, Carvalho et al (2004) considera os Stakeholders e outros interessados no programa, elementos-chave para a máxima aproximação com a realidade, sendo estes os mesmos que irão valer-se dos resultados para a modificação e aperfeiçoamento do programa.

Deste modo, o modelo pré-estabelecido sobre o CIS-AMAUC e sua efetividade sobre a atenção de MAC se apresenta assim conforme a Figura 6, que se segue.

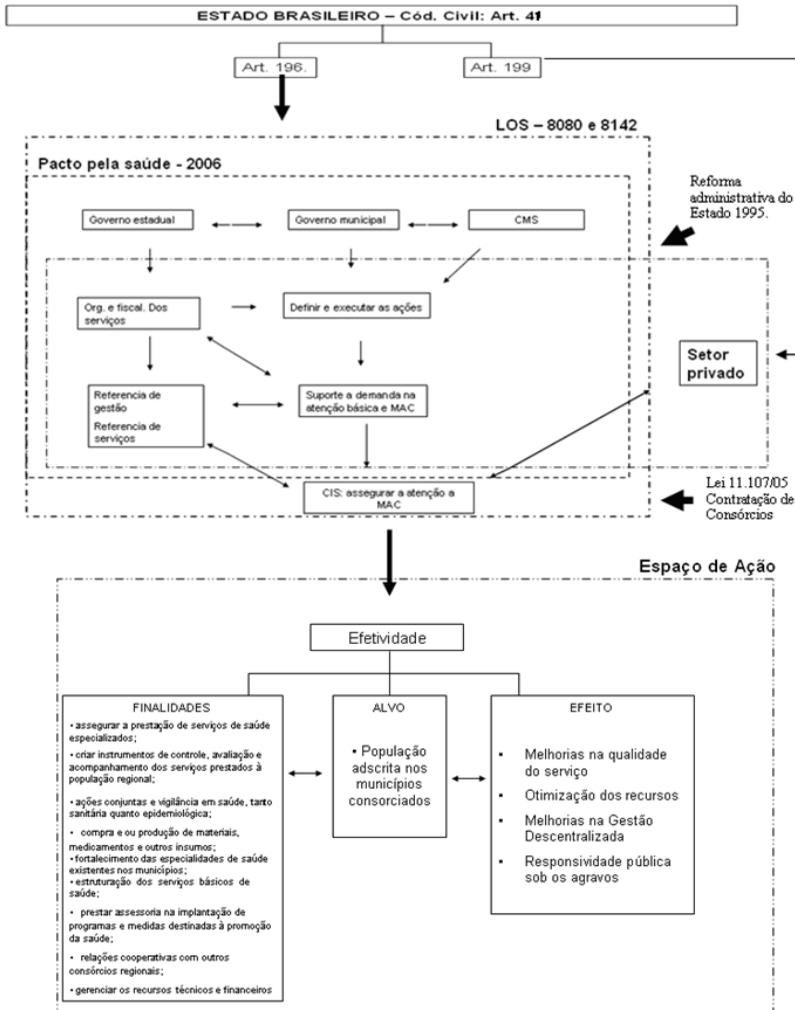


Figura 6. Modelo teórico-conceitual referente ao ambiente normativo do Consórcio Intermunicipal de Saúde e a sua efetividade sobre a Média e Alta Complexidade.

O modelo teórico da figura 1 aponta os aspectos normativos do funcionamento dos CIS para as MAC, tendo em vista os pressupostos que se seguem.

O Estado brasileiro, pessoa jurídica de direito público interno, visa a regular os interesses estatais e sociais e

compromete-se, segundo a Constituição Federal de 1988, com a organização política social, administrativa, econômica e democrática da sociedade vigente. O SUS, sob a luz dos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, faz parte da política social, precisamente da Seguridade Social, surgindo como o direito e dever do estado em promover, proteger e assegurar a saúde ao cidadão brasileiro sem distinções (universalidade) e atenta para a participação complementar do setor privado em instâncias públicas.

Como qualquer sistema universal de saúde, a complexidade na comunicação, na oferta e no financiamento dos cuidados caracteriza o funcionamento da máquina estatal. Destarte, o campo da saúde coletiva rege-se por Leis Orgânicas da Saúde (LOS), sendo a 8.080/90 e a 8.142/90, as que explicitam a universalidade, integralidade e equidade das ações. As LOS também marcam a descentralização e regionalização das competências, enfatizando a participação social nas deliberações em saúde, assim como a participação de instituições privadas.

Marcada pelo forte movimento descentralizador, a Reforma Sanitária no Brasil, tem como princípio a regionalização dos cuidados e a municipalização da atenção em Saúde. Para a normatização, homogeneização e emprego desta proposta política num vasto território de culturas heterogêneas, a União opera(ou) sobre os entes federados (estados e municípios) através das NOBS e, mais adiante, das NOAS. Estas se construíram ao longo do desenvolvimento do SUS, ao mesmo tempo em que o modificava. Financiamento, pactos, ações e participação social são as bases pragmáticas destes documentos. Contemporaneamente, a norma que vigora neste sentido é o Pacto Pela Saúde (2006). Substituindo as NOBs e NOAS anteriores, o Pacto Pela Saúde assume o marco teórico para a Gestão do SUS.

Tal pacto reúne três frentes, podendo interagir entre si, que são: Pacto Pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto Pela Gestão. Sinteticamente e respectivamente são: i) conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos e metas, derivados da análise da situação da população e das prioridades definidas pela CIB e CIT, reforçando o movimento por resultados tangíveis no SUS; ii) mobilização social da comunidade na perspectiva de mostrar a saúde como direito do cidadão,

fortalecendo o apoio à regulamentação da E.C.293 e à participação na decisões; iii) estabelecimento das responsabilidades de cada esfera federativa de forma a diminuir as competências concorrentes, tornando mais evidente como o processo deve ocorrer e definição de forma inequívoca a missão de cada instância gestora do SUS.

Frente ao objeto da presente pesquisa, este último desígnio estatal estabiliza as bases normativas do movimento descentralizador e regionalizador da gestão sobre a MAC. Assim, o Pacto Pela Gestão atua na definição de diretrizes de gestão do SUS, com ênfase na PPI. Ou seja, na planificação entre (e intra) municípios e estados, objetivando a oferta e o financiamento dos serviços; no controle social, colocando mais força na opinião pública; e no fortalecimento do vínculo trabalhista do profissional da saúde e na promoção de educação em saúde.

Desta forma, o estado junto com o município somam forças, com apoio e orientação da união, para a atenção na MAC. Propondo um espaço de gestão regional, os Colegiados Regionais de Saúde, compostos por gestores municipais de uma região, representam as necessidades dos munícipes quanto à pactuação com a esfera estadual. Com isso, é possível arquitetar um plano de ações tangíveis a sua necessidade de atenção, corporificado nas linhas do Termo de Compromisso de Gestão.

A prática assistencial de MAC dever se dar no campo de ação, com serviços ambulatoriais e hospitalares, estaduais ou municipais, públicos ou privados, assegurados pela ação individual do município ou em conjunto, sobre forma de colegiado, somando necessidades e competências para melhorar a efetividade da gestão regionalizada autônoma.

Uma das formas coletivas de se assegurar os cuidados de saúde na MAC surge na criação do CIS. Citado anteriormente, o CIS, legitimado pela Reforma Administrativa do Estado (RAE) de 1995, tem seu propósito pautado em objetivos comuns entre os participantes consorciados, sendo reflexo das necessidades de saúde sobre os determinantes econômicos,

3 Emenda Constitucional 29: Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de Saúde.

sociais e culturais da região, buscando maior eficácia, eficiência e efetividade nas ações.

Diferentemente de eficiência, que objetiva a relação de menor custo para o benefício, e da eficácia, que só busca alcançar o objetivo, a **efetividade** procura alcançar os objetivos provocando efeitos sobre os envolvidos, os quais se mostrarão modificados em relação ao início do processo de ação (ASSIS, 2005; FURTADO, 2001).

Destarte, há de se considerar, num processo de avaliação, as finalidades do CIS e os efeitos desse plano gestor na atenção à MAC. Visto anteriormente, o CIS-AMAUC deixa claro suas intenções específicas nas seguintes implicações: melhorias na qualidade do serviço; otimização dos recursos; melhorias na gestão descentralizada e responsividade pública sobre os agravos.

Percebe-se, neste plano normativo, o complexo arcabouço político público que o gestor municipal se depara para exercício de suas atribuições. Além das singularidades do território e demandas do serviço, que dizem respeito aos usuários e às equipes, a gestão pública dos cuidados em saúde confere elementos burocráticos que a faz competente: são as ferramentas de fiscalização, auxílio e coordenação do trabalho exercido. Entre esses, estão o Cadastro Nacional de Entidades da Saúde (CNES), Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde (SIOPS), PlanejaSUS, TelesSaúde, UNASUS, etc.

Mesmo com as particularidades assistenciais encontradas em cada município brasileiro, há um caminho em comum para os respectivos gestores, que busca por soluções que ajudem a viabilizar o planejamento ou a situação de emergência/urgência, seja na aplicação de recursos ou na coordenação das equipes e da assistência à saúde.

3.3 A EMISSÃO DE RECOMENDAÇÕES ESPERADA DE UMA AVALIAÇÃO

Realizar uma avaliação implica em emitir um juízo de valor, seja pela mensuração ou valoração qualitativa perante a finalidade do objetivo avaliado (SCRIVEN, 1995).

Maclaughlin e Jordan (2004, p.21) definem avaliação como “investigação sistemática de mérito, de valor ou significância de um objeto, sendo que sua finalidade é minimizar as incertezas

nas decisões a serem tomadas”. Há, portanto, total pertinência em realizar avaliações em saúde, nas intervenções desde as políticas públicas até a prática clínico-assistencial, com vistas às tomadas de decisão para melhoria das condições de saúde das populações (BRASIL, 2008a).

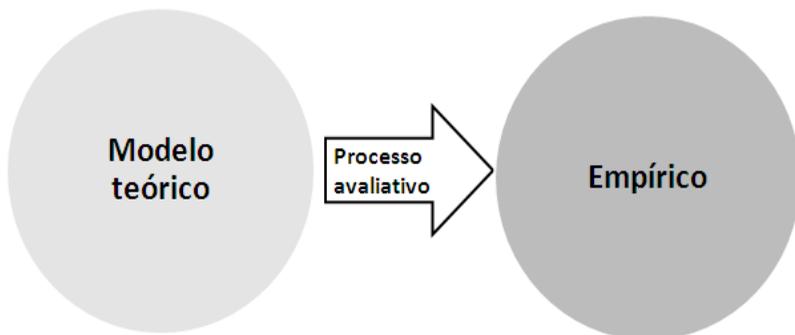
Portanto, os resultados da avaliação deverão prover produtos para o sistema ou objeto examinado, influenciando o processo de produção, seja sobre seus agentes ou suas técnicas. Porém, o produto somente adquire este caráter transformador quando o avaliador incorpora-se na dimensão lógica do objeto, atribuindo valor ao contexto e aos interesses institucionais que o estrutura. Também, considera-se o modo de usufruto desses dados, pertinente ao gestor a sua alocação ou não nos processos de produção, apresentando naturezas distintas entre os compromissos do gestor privado e o público (IBAÑEZ, 2011).

Ao gestor liberal, a garantia da efetividade dos processos repousa sobre o escopo da sua missão conforme a sua agenda, pactuada sobre a responsabilidade de atingir as metas do grupo o qual representa, tendo a eficiência como linha condutora de atuação. Diferentemente, o gestor público brasileiro transita suas ações sob as políticas Públicas legitimadas pelo Estado democrático, as quais normatizam os padrões dos atos produtivos do processo de intervenção, que vai desde a sistematização, formulação, implementação, fiscalização e avaliação (IBAÑEZ, 2011).

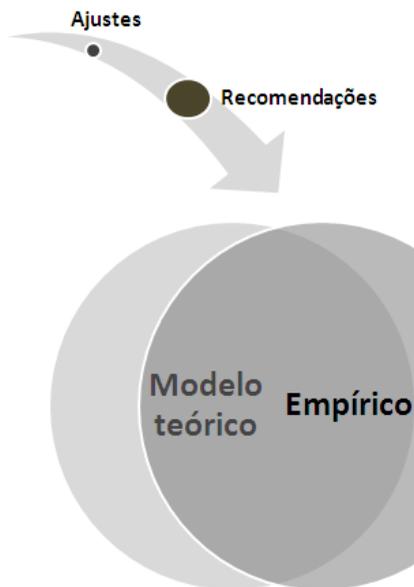
Deste modo, os caminhos adotados pelo gestor público na intervenção de saúde são influenciados por caminhos normativos, representados no Modelo Teórico apresentado anteriormente. Assim, a otimização nas ações de atenção à saúde, perfaz sobre a interface entre o modelo teórico preconizado politicamente em seu contexto social e os fatos empíricos emergidos em pesquisa.

Para melhor elucidar esses preceitos, a figura 2 aponta o caminho entre o modelo teórico e a realidade empírica, de forma que os pontos de ajuste sobre dado serviço em direção ao modelo poderão provocar modificações no processo de produção e organização do objeto avaliado, por intermédio das recomendações que o avaliador deve emitir ao final do processo.

(a)



(c)



(b)

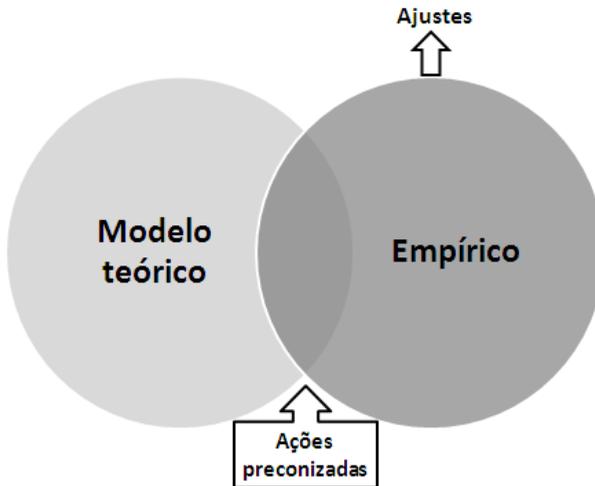


Figura 7. Recomendações após a avaliação como instrumento de ajustes entre o empírico e o Modelo teórico-conceitual à Avaliação

3.4 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Tendo em vista a opção metodológica adotada, houve inicialmente a necessidade de estabelecer os stakeholders⁴ implicados no objeto a ser avaliado. Guba e Lincoln (1989) definem que devem integrar a pesquisa sujeitos que formarão um único grupo, heterogêneo nas atribuições, mas homogêneo no objetivo final que é a avaliação para mudanças. Os stakeholders foram os Secretários Municipais de Saúde da CIS-AMAUC, assim com os Presidentes dos Conselhos Municipais de Saúde

4. Stakeholder é um termo alcinhado por Robert E. Freeman e Edward L. Red (FREEMAN & RED, 1984), traduzido para o português como parte interessada ou interveniente. Refere-se aos interessados/envidos que possuem papel na avaliação, ao modular o fenômeno como esse se apresenta.

da época da coleta de campo, representando o Controle Social como parte da gestão.

A justificativa dos stakeholders eleitos, como exige exposição no computo da metodologia avaliativa empregada, se dá pela delimitação da presente avaliação da efetividade, que se refere apenas aos avanços e desafios na utilização do CIS-AMAUC como instrumento da gestão para o SUS, não pretendendo avaliar outros aspectos implicados na temática da efetividade do objeto.

Em termos instrumentais, utilizou-se para a coleta de informações as técnicas de Entrevista Individual (EI) que permite revelar as singularidades das percepções do processo vivencial de cada ator social. Na operacionalização foi utilizada a Entrevista não-estruturada (MARCONE, 1999).

No tratamento e análise do material empírico, foi empregada a técnica do Circulo Hermenêutico Dialético (CHD), ilustrado na figura 3, conforme preconizado por Guba & Lincoln (1982). Tal técnica exige movimentos dialéticos e dialógicos, em uma proposição construtivista de análise e construção de conhecimento junto aos stakeholders, partindo de uma relação constante entre o pesquisador e os últimos.

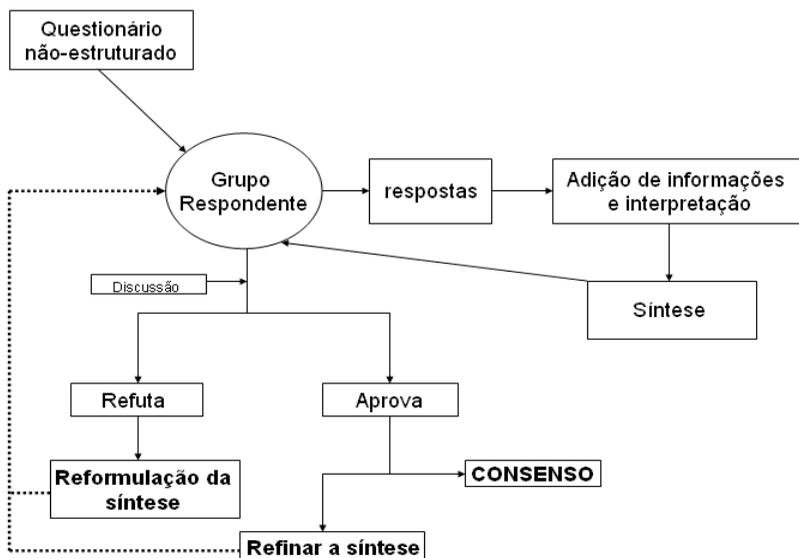


Figura 8 – Modelo para condução do Círculo Hermenêutico Dialético empregado.

O CHD foi operacionalizado através de constante diálogo, críticas, análises, construções e reconstruções coletivas, já que os resultados em todas as etapas são apresentados aos entrevistados. Uma das vantagens que essa técnica apontou foi que os resultados de cada etapa permitiram ao pesquisador adicionar informações e percepções novas do campo, que auxiliaram no processo hermenêutico dialético.

Além das EI, foram utilizados documentos, literatura normativa e crítica e observações sobre o ambiente da pesquisa. Nesse estudo, também foi empregada Análise Documental de arquivos oficiais do CIS-AMAUC e atas públicas (Memória da reunião) dos Conselhos Municipais de Saúde dos respectivos consorciados, no período de 2009-2010.

A fase final do CHD, representada pelo termo “consenso”, foi a validação pelos entrevistados sobre as interpretações do pesquisador, acerca do objeto avaliado, de forma que as divergências encontradas foram reintegradas ao processo avaliativo, até que se chegou a concordância. Guba e Lincoln (1982) defendem que deve se atingir o “consenso” como resultado final da aplicação da técnica do Círculo Hermenêutico Dialético. Pela estável relação estabelecida no transcurso do projeto entre entrevistados e pesquisador e pelo interesse demonstrado dos primeiros nas discussões e constantes análises dos dados coletados, o consenso foi em todos os pontos apresentados.

Foram necessárias 4 reuniões com cada stakeholder, desde o primeiro momento de aproximação e explicação, até o momento de construção dos parâmetros avaliativos. Deste modo, o processo de imersão ao campo, coleta e resposta, evoluiu, devido a agenda dos envolvidos, dentre 60 dias. Assim, para cada encontro, pactuou-se um intervalo de 15 dias, tanto para o tratamento dos dados, quanto para a reflexão epistêmica dos stakeholders.

Os dados foram sintetizados, a fim de aperfeiçoar a discussão das partes envolvidas sobre os fatos emergidos, e assim facilitar o diálogo e compreensão dos mesmos e de terceiros.

O Quadro 2 foi utilizado para construção do CHD com os envolvidos na avaliação. Ou seja, os fatos e conceitos de discussão que emergiram da análise, divididos em categorias.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10	Caso 11	Caso 12	Caso 13	Caso 14	Caso 15	Caso 16
Entrevista Não-Estruturada	<ul style="list-style-type: none"> FALE SOBRE O CIS-AMAUC. 															
Questões desdobradas	Importância do consórcio para a região Principais atividades Dificuldades na atenção a MAC Melhorias administrativas da atenção à saúde Mudanças para a população															

Quadro 2- Sistematização empregada para o tratamento dos produtos das entrevistas, com a questão disparadora e pontos de desdobramentos da mesma.

No Quadro 3, as categorias do Quadro 1 foram sintetizadas e então confrontadas com as categorias da análise dos documentos e atas de reunião do Conselho Municipal de Saúde, na qual empregou-se a mesma sistematização apresentada no Quadro 2.

Categoria Temática Stakeholder	Categoria Temática Análise Documental	Síntese

Quadro 3 – Síntese entre as categorias temáticas do produto das falas dos Stakeholders e de e das categorias da Análise Documental

Com vistas aos pressupostos metodológicos do presente trabalho, o Quadro 4 sintetizou as concordâncias e as reivindicações dos Stakeholders sobre a efetividade do CIS-AMAUC, construindo parâmetros para a presente Avaliação.

Parâmetros para a Avaliação			
Internos à Gestão		Externos à Gestão	
	Positivos		Positivos
	Reivindicações		Reivindicações

Quadro 4 – Parâmetros para avaliação, sobre os pontos positivos e reivindicações.

Há que se ressaltar que o consenso pleno não é possível, uma vez que se tratam de diversas realidades municipais e interesses, mas sim uma acomodação de resultados que descrevem a realidade pesquisada. Esse posicionamento se baseia no princípio fundamental da dialética relativa ao movimento, à transformação, em que os fenômenos nunca estão completos e acabados, pois na realidade se encontram interesses contraditórios, antagônicos e em constante evolução, assim como o conhecimento e a ciência. No presente estudo, as reincidências de valores que emergiram dos discursos, foram utilizadas para a construção dos parâmetros para a matriz avaliativa da efetividade do CIS-AMAUC.

As fases do percurso metodológico empregado foram as que se seguem, em conformidade com o preconizado por Guba e Lincoln (1989) e Minayo (1996; 2002).

Fase 1:

- Coleta de dados e análise simultânea: respeito total no tratamento das informações, junto à análise documental.
- Identificação dos aspectos essenciais junto a cada pessoa entrevistada e aos comentários durante o processo de aplicação do CHD.
- Síntese das informações após cada entrevista e análise dos comentários.

Fase 2:

- Identificação das categorias de análise.
- Condensação dos dados, tomando-se como base o referencial empírico e teórico.
- Retorno do consenso para os stakeholders; momento de aprovação, ou refinamento.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo respeitou as normas de pesquisa envolvendo seres humanos com base a partir da Resolução n°196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi desenvolvido após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (Anexo 1), sendo que todos os entrevistados participaram após registro formal no termo de consentimento livre e esclarecido, em duas vias (Anexo 2). O fomento do presente foi oportunizado pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Santa Catarina (FAPESC), através do Edital PPSUS 2010, Projeto “Análise da articulação entre NASFs e a ESF na 6ª SDR do Estado de Santa Catarina - dos desafios às potencialidades para a efetivação do SUS”.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A cidade de Concórdia apresenta a maior população entre os consorciados. É o município com maior desenvolvimento urbano e atua como polo comercial e social para os demais municípios da região. Esta realidade demanda planos sobre a capacidade individual de cada município de adquirir consultas e exames de determinadas especialidades. Da mesma forma, traz questões periféricas à prestação do serviço, mas que também influenciam na sua execução, como: o transporte do paciente; a disponibilidade de profissionais de saúde acompanhantes e que, por realizarem o acompanhamento, deixam o município de origem desassistido; a alimentação; a estadia (internação); entre outros.

Também há questões mais complexas: ao fazer a transferência dos serviços de saúde, injeta-se dinheiro na economia do município polo, interferindo diretamente nas relações formais e informais dos agentes.

Sobre as relações de assistência e amparo, segundo Maximiano (2004), as atitudes do gestor podem ser reativas e/ou proativas. A atitude proativa está relacionada à antecipação de novas situações e é representada pelas forças que impulsionam as mudanças. A atitude reativa está pautada à incapacidade de adaptação a novas situações e é representada pelas forças que desejam preservar a estabilidade, a manutenção do status quo. No caso em estudo, os municípios membros do CIS-AMAUC ficam dependentes da oferta de serviço em Concórdia e passam a tomar atitudes mais reativas.

Esta realidade não acontece somente na esfera pública justamente porque ela depende da rede privada em alguns casos. Dessa forma gera-se outra limitação, a predominância de estabelecimentos privados e filantrópicos que contribuem para que o desenvolvimento da região fique concentrado em Concórdia.

Ao firmar este modelo de Gestão promovido pelo CIS, planejamento dos municípios deve atender ao objetivo estabelecido pela constituição de forma integrada e pactuada. Para que esse modelo de gestão seja efetivo, os gestores devem ter uma sólida compreensão das forças indicadoras que produzem os objetivos (MAXIMIANO, 2002).

4.1 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO

4.1.1 Resultados da 1ª Fase 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 Médico generalista ex-credenciado da CIS-AMUAC, apresentando assim 22 Stakeholders, exemplificados no Quadro 5.

Entrevista Não estruturada	Fale sobre o CIS-AMAUC.				
	Caso1	Caso2	Caso 3	Caso4	Caso5
Desdobramentos	<p>Importância do consórcio para a região; Objetivos do consórcio; Principais demandas; Dificuldades da regionalização da Saúde; Capacidade dos serviços de MAC; Tabela de compra SUS defasada. Financiamento dos serviços de MAC; Corporativismo clínico; Não credenciamento de serviços; Participação da AMOSC</p>	<p>Importância do consórcio para a região; Objetivos do consórcio; Principais demandas; Dificuldades da regionalização da Saúde; Melhorias na compra dos serviços de MAC; Adesão da AMOSC; Dificuldades pelo corporativismo clínico; Não credenciamento de serviços; Hospital São Francisco como referência para a MAC; Tabela de compra SUS defasada. Desarmonia na Gestão intermunicipal.</p>	<p>Importância do consórcio para a região; Objetivos do consórcio; Principais demandas; Dificuldades da regionalização da Saúde; Melhorias na compra de medicamentos; Financiamento dos serviços de MAC dificultado pelo corporativismo clínico; Tabela de compra SUS defasada. Não credenciamento de serviços; Desarmonia na Gestão intermunicipal. Hospital São Francisco como referência para a MAC;</p>	<p>Importância do consórcio para a região; Objetivos do consórcio; Principais demandas; Dificuldades da regionalização da Saúde; Capacidade dos serviços de MAC; Financiamento dos serviços de MAC; Corporativismo clínico; Não credenciamento de serviços; Hospital São Francisco como referência para a MAC; Participação da AMOSC Tabela de compra SUS defasada.</p>	<p>Importância do consórcio para a região; Criação dos CIS; Tabela de compra SUS defasada. Dificuldades da regionalização da Saúde; Capacidade dos serviços de MAC; Facilitação na compra de medicamentos e transporte; Tabela de compra SUS defasada. Corporativismo clínico mediante a disponibilidade de serviços; Participação da AMOSC Não credenciamento de serviços; Desarmonia na Gestão intermunicipal</p>
	Caso 6	Caso7	Caso 8	Caso 9	Caso 10
Desdobramentos	<p>Capacidade dos serviços de MAC; Objetivos do consórcio; Principais demandas; Dificuldades da regionalização da Saúde; Tabela de compra SUS defasada. Capacidade dos serviços de MAC; Financiamento dos serviços de MAC; Corporativismo clínico; Não credenciamento de serviços; Hospital São Francisco como referência para a MAC Participação da AMOSC Desarmonia na Gestão intermunicipal.</p>	<p>Dificuldades da regionalização da Saúde; Principais demandas; Melhorias na compra de medicamentos; Importância do consórcio para a região; Objetivos do consórcio; Dificuldades da regionalização da Saúde; Capacidade dos serviços de MAC; Financiamento dos serviços de MAC; Tabela de compra SUS defasada. Corporativismo clínico; Não credenciamento de serviços; Tabela de compra SUS defasada.</p>	<p>Importância do consórcio para a região; Objetivos do consórcio; Principais demandas; Tabela de compra SUS defasada. Dificuldades da regionalização da Saúde; Capacidade dos serviços de MAC; Financiamento dos serviços de MAC; Corporativismo clínico; Não credenciamento de serviços; Desarmonia na Gestão intermunicipal. Tabela de compra SUS defasada.</p>	<p>Importância do consórcio para a região; Objetivos do consórcio; Principais demandas; Dificuldades da regionalização da Saúde; Melhorias na compra dos serviços de MAC; Adesão da AMOSC; Dificuldades pelo corporativismo clínico; Não credenciamento de serviços; Hospital São Francisco como referência para a MAC Desarmonia na Gestão intermunicipal. Tabela de compra SUS defasada.</p>	<p>Importância do consórcio para a região; Objetivos do consórcio; Principais demandas; Dificuldades da regionalização da Saúde; Melhorias na compra dos serviços de MAC; Tabela de compra SUS defasada. Adesão da AMOSC; Dificuldades pelo corporativismo clínico; Não credenciamento de serviços; Hospital São Francisco como referência para a MAC.</p>

Quadro 5. Exemplos dos Resultados do Circulo Hermenêutico Dialético dos Stakeholders, Meio Oeste, Santa Catarina, 2012.

Os gestores, assim como os elementos-chave, colocaram a importância do CIS para a região, discorrendo sobre as complicações administrativas encontradas nela.

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 a medida em que se insere nela, 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, o setor privado (TEIXEIRA, 2007).

Do ponto de vista estratégico, percebemos que o planejamento pode ser entendido através de formulações que irrompem com a normatividade e que se impõem sobre a realidade (ANSOFF, 1983), visto que o propósito dos processos de planejamento objetiva alcançar o máximo de liberdade de ação, invocando a participação de todos os agentes articuladores do objeto (GIOVANELLA, 1990).

Deste modo, o debate sobre a tabela SUS de pagamento de serviços especializados surge em todas as entrevistas e discussões, legitimando a 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)

Qual é profissional que vai trabalhar por sete reais? Então, não tá dando para oferecer assistência desta forma, está muito defasada a tabela de procedimentos (caso 12).

O que antes era oferecido doze reais, hoje conseguimos pagar trinta reais! Daí houve uma melhora, mas ainda temos que batalhar muito para a compra desses serviços (caso 5).

Então para a região deu muito certo trabalhar com consórcios. (caso7).

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 mesma esfera no ambiente público estatal. Haja vista que 70% do cuidado de MAC no Brasil está sob influência do setor privado (RIZZOTO, 2009), e que, na região da AMAUC, esse setor conta com 52% da capacidade instalada (CNES, 2012).

No encontro dos núcleos do CONASEMS, no mês de fevereiro de 2012, foi debatida a temática “Defasagem da Tabela SUS”, sendo proposta a atualização dos valores praticados na compra de procedimentos e insumos de atenção à média e alta complexidade, alegando impossibilidade de prestação de serviços neste tipo de cuidado, frente a não participação dos prestadores de serviço privado (CONASEMS, 2012).

Apesar da complexidade de atuação do CIS-AMAUC sobre aspectos de compra de serviços, os envolvidos defendem essa instância administrativa, apontando exemplos de consórcios vizinhos que realizam, segundo eles, ótimos resultados na MAC. Desta forma, um elemento-chave incorporado na pesquisa durante a coleta de campo foi o CIS da Associação de

Municípios do Oeste de Santa Catarina – CIS-AMOSC.

CIS-AMOSC trabalha com 20 municípios da sua microrregião, e mais 31 de outras regiões, sendo 10 da AMAUC, que se incorporaram ao longo do tempo. Conforme exposto, a CIS-AMOSC consegue desempenhar as atribuições propostas, ou seja, existe a adesão dos profissionais especialistas, a participação compartilhada dos gestores e a negociação na compra de serviços e medicamentos, confluindo na melhoria da oferta dos serviços de MAC, no controle da continuidade do cuidado e na responsividade pública sob os agravos.

A AMOSC se tornou uma grande parceira aqui para nós, lá conseguimos comprar o serviço (caso 9).

Nós temos buscado a AMOSC né, é um pouco mais longe, mas os especialistas estão tudo lá (caso 3)

Eles têm os mesmos problemas que nós, mas lá (CIS-AMOSC) eles enfrentam, e dá certo (caso 4).

No mesmo âmbito, os stakeholders relataram a importância desta união intermunicipal para gerar possibilidades de enfrentamento às dificuldades de execução dos serviços de MAC. Segundo Lima (2000), a estruturação do município frente às ações regionalizadas de saúde e as especialidades assistenciais estão no âmago da problemática dos municípios, seja na estrutura instalada ou na alocação de recursos.

A dificuldade entre os consorciados surge, também, sobre a desarticulação entre os participantes e a parcialidade de alguns membros da liga, alegando um entrave na execução da atenção aos cuidados de MAC e no desenvolvimento de novos projetos nesta área. Neves (2006) atribui a menorização das ações de MAC e da AB, à inexistência de um espaço destinado à discussão e decisões por parte dos dirigentes municipais de saúde, embora genericamente prevista em seu estatuto e regimento interno, mas sem 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, representando para os entrevistados o ponto fundamental para entender as dificuldades, assim como, para pensar nas melhorias da instituição e na rede pública de atenção a 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)

Mesmo com a CIS-AMAUC dando suporte, há um monopólio das pessoas que tem os aparelhos, então eles tentam se fortalecer, eles são muito fortes nesse lado, então eles dificultam muito o acesso pras pessoas, então muitas vezes o município tem que se dispor e pagar, pra ter agilidade, ou vai pra promotoria, encaminha processos, isso é que viabiliza (caso 6).

A classe médica é apontada como responsável pela insuficiência de serviços e aumento de preços na região consorciada. Na otimização dos serviços de MAC os municípios consorciados buscam no CIS-AMAUC a referência para a compra e negociação dos mesmos. Porém, para que haja a especialidade clínica instalada e credenciada, não basta o processo público de licitação para inserção e prestação do serviço, é necessária a incorporação deste 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 13).

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).

Se eu trazer mais profissionais, eles fecham o corpo clínico do hospital e eles não recebem esses profissionais. Daí ninguém se credencia (caso14).

Aí eu sou médico, me formei, vou pra Concórdia... Se o hospital não te credenciar, o que você faria aqui? (caso 2)

Segundo Saviani (1989), “problema” é algo que o homem se depara na sua existência e tem a necessidade de resolvê-lo frente às circunstâncias dadas da sua realidade. Esta é a condição para se desenvolver e buscar elementos de reformulação da condição emancipatória. Assim, 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 (RIBEIRO, 1993).

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, 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).

O médico chega e diz: olha essa prótese do SUS tem que trocar em 5 anos! E a qualidade é ruim! Daí ele já oferece uma marca que ele trabalha e que custa o dobro. Mas às vezes eles (médicos especialistas) já impõem: só trabalho com essa marca! (caso 10)

A instituição CIS só surge em um meio que lhe permite, em um espaço produzido intencionalmente (SANTOS, 2003), 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.

Segundo os envolvidos no debate, o município referência para o CIS-AMAUC nos agravos de MAC, Concórdia, que também é o município polo em oferta de serviços em saúde privada, não compartilha das mesmas prioridades que os vizinhos consorciados. Citam que Concórdia é referência para ela mesma, atuando somente sobre a demanda local, dificultando a efetividade dos cuidados.

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)

No nosso estatuto, uma das nossas metas é essa: atender as especialidades, mas aí complica porque Concórdia, que é a referência, não acontece. Lá tem um especialista e ele que manda. Concórdia ainda é uma cidade pequena e o corpo clínico se fecha e eles que mandam (caso 4).

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.

Para Moniesco (1938), principal teórico do corporativismo, todas as sociedades históricas foram corporativas, menos as sociedades democráticas nascidas no século XIX, porque a Revolução Francesa destruiu os quadros corporativos e reduziu a sociedade aos indivíduos.

Segundo Kazumi Munakata (1981), o corporativismo nasceu para integrar as peças funcionais da nação (patrões e empregados) apagando a força a luta de classes, buscando trazer a colaboração entre elas. Ele considera que seria o corporativismo nascido da necessidade clara, desde as grandes greves, de corrigir problemas do mundo do trabalho, para os quais o liberalismo não tinha boas respostas.

Deste modo, o corpo médico em si não é problema para a região do CIS-AMAUC, mas sim a forma como conduz as

ações desta corporação, e assim, sobre a prestação de serviços médicos. Como observado, os profissionais especialistas instalados na região formam um grupo fechado, dentro de um regime autoritário que perpetua uma classe favorecida: aqueles que foram os primeiros a se instalarem na região e a oferecer serviço de MAC.

Assim como o corporativismo não é malverso em sua origem, mas se transforma sobre o contexto, o corpo clínico e sua influência problemática para a saúde coletiva do meio oeste catarinense apresenta-se da mesma forma por estar intimamente ligado ao privilégio que a unidade hospitalar “São Francisco” (HSF) assume na região. Para Ribeiro (1993), o corporativismo nasce de condições complexas que não se dão apenas pelo desejo do grupo privilegiado, mas principalmente pela demanda social da função que o grupo exerce e do ganho econômico que une os participantes de determinada corporação. É o interesse individual convergente em termos de condições, e a exclusividade na execução de determinada função que permite o corporativismo, seja no contexto investigado ou em outros.

Um aspecto interessante defendido por Silveira (1988) é que o corporativismo médico deve ser considerado um sério prejuízo à sociedade, uma vez que utiliza uma lógica que mercantiliza a saúde. Percebe-se isso, ao submeterem a garantia ou não do atendimento e as necessidades de saúde do usuário à lógica do ganho financeiro no setor privado, o que, segundo este autor “(...) não deixa de ser um problema de conscientização que demanda a inversão de certos valores condicionados pela estrutura ideológica utilitarista”.

Com estrutura única na microrregião, a instituição hospitalar São Francisco é referenciada pelo Estado nas atribuições da MAC, atendendo casos urgentes, internações e procedimentos cirúrgicos. O impedimento do vínculo institucional de novos médicos especialistas que compõem a demanda de MAC movimenta todo este processo de mercantilização do cuidado à saúde, limitando as ações do próprio hospital, assim como da CIS-AMAUC, no credenciamento de novos especialistas.

O hospital sem o médico ele não faz muita coisa, a mesma coisa o médico sem o hospital, ele também não faz. (caso 8)

O problema todo e maior é justamente com o hospital, porque tem um corpo clínico fechado aqui que não permite que os outros venham, quer dizer, não permitem veladamente.

Urologistas tem dois aqui, eles não atendem pelo SUS, não querem atender por esse valor aqui, né, “eu ganho R\$ 10,00”, tô pagando R\$ 33,00, mas os caras não querem atender, tem que negociar em Chapecó, ver se consigo lá o atendimento (caso 14)

Se os cirurgiões, que aqui tem 7 agora, se eles não aceitarem o cara, ele não entra nem...ele pode até vir, mas o dia em que ele precisar de, por exemplo, ah, deu uma complicação lá, precisar da avaliação de um Clínico, de um outro Cirurgião, eles de maneira dissimulada meio que não atendem. Eu já trouxe há alguns anos atrás um Neurologista que não ficou por conta disso (caso 10)

No âmago da questão, quando a LOS, em seu artigo 24, cita que: "quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada", dá início à observância e regência do Estado sobre esta “complementaridade” da esfera privada sobre os cuidados da saúde. Mas antes de tudo, cria legalmente a possibilidade do gestor investir e intervir na saúde pública conforme os planos de governo vigente, pretendido ideologicamente. Ou seja, legitima-se uma ação de governo e não de Estado.

Deste modo, através do SUS, a sociedade civil organizada tem direito de personalizar serviços na livre concorrência, para transformar a saúde pública privatizada em saúde pública conjunta (CF. Artigos 1º ao 5º, 60, 170, 175 e Leis: 8.078/ 90, 8.080/90 e 8.884/94).

Assim sendo, é direito social coletivo que o Estado providencie hospitais privados, com preferência a filantrópicos, que assumam a responsabilidade estatal de prover leitos e também de investir em profissionais e tecnologia para a classe médica liberal autônoma internar sua clientela particular. Porém, alertamos para os fatos debatidos neste trabalho, que revertem a lógica coletiva para a individual e/ou a do cartel, pois as instituições, com seus agentes, adquirem aspectos de mercado, com atividades empresariais muito lucrativas.

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 a MAC (NEVES, 2006).

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 rever as pautas anteriores, minimizando a capacidade dos Conselhos Municipais de Saúde.

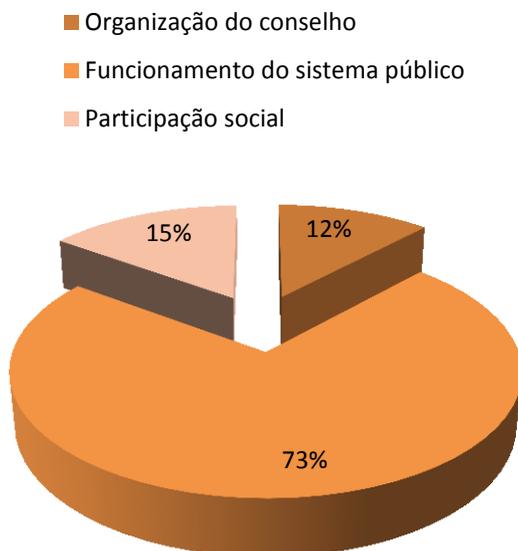


Figura 9. Distribuição dos temas abordados nas reuniões dos C.M.S. por categoria temática, no período de julho de 2010 a julho de 2011.
Fonte: Atas públicas dos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios do CIS-AMAUC.

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.

As informações apontam que, nas políticas públicas, os instrumentos de gestão e fiscalização, são os elementos essenciais na prática crítica dessas atividades, ou seja, esses instrumentos são valiosos como produtos de um movimento de reforma sanitária, na busca da participação e empoderamento social. Assim, o descaso ou a falta de conhecimento sobre os mesmos, pode acarretar na fragilidade do SUS (CORREIA, 2000).

Na prática, o CMS discute sobre atividades preventivas sob a forma de promoção de saúde, sobre as formas de acesso na atenção primária, a valorização salarial dos trabalhadores da saúde e da continuidade dos cuidados. Em face aos serviços de MAC, a “continuidade dos cuidados”, representando 9,3% da pauta debatida em conselho, demonstra um antagonismo político-social das demandas e reivindicações para com as melhorias na saúde da região. Visto anteriormente, os envolvidos na avaliação, demonstram-se hegemônicos sobre as debilidades da atenção especializada na região da AMAUC, colocando-a como um “nó” na assistência pública de saúde. Porém, o CMS, que representa a sociedade, não se manifesta da mesma forma, pois o hiato que existe sobre o assunto não condiz com a eminência do debate.

De tal modo, nosso modelo teórico hipotético, que explica o CIS nas suas atribuições e é premissa para a avaliação, apresenta complicadores contextuais, exigindo um ajuste para a análise do objeto. Como observado, o contexto de concepção e formação do CIS-AMAUC se faz sobre a relação financeira entre o público e privado, ou seja, sobre a capacidade do Estado na regulação de preços e serviços que estão sendo produzidos pelo setor concorrente, que, ao contrário do regime estatal, procura o lucro e valorização do capital.

Portanto, criam legalmente um ambiente de subjugação, de inversão, entre o sistema absoluto e o complementar, colaborando para o corporativismo neoliberal.

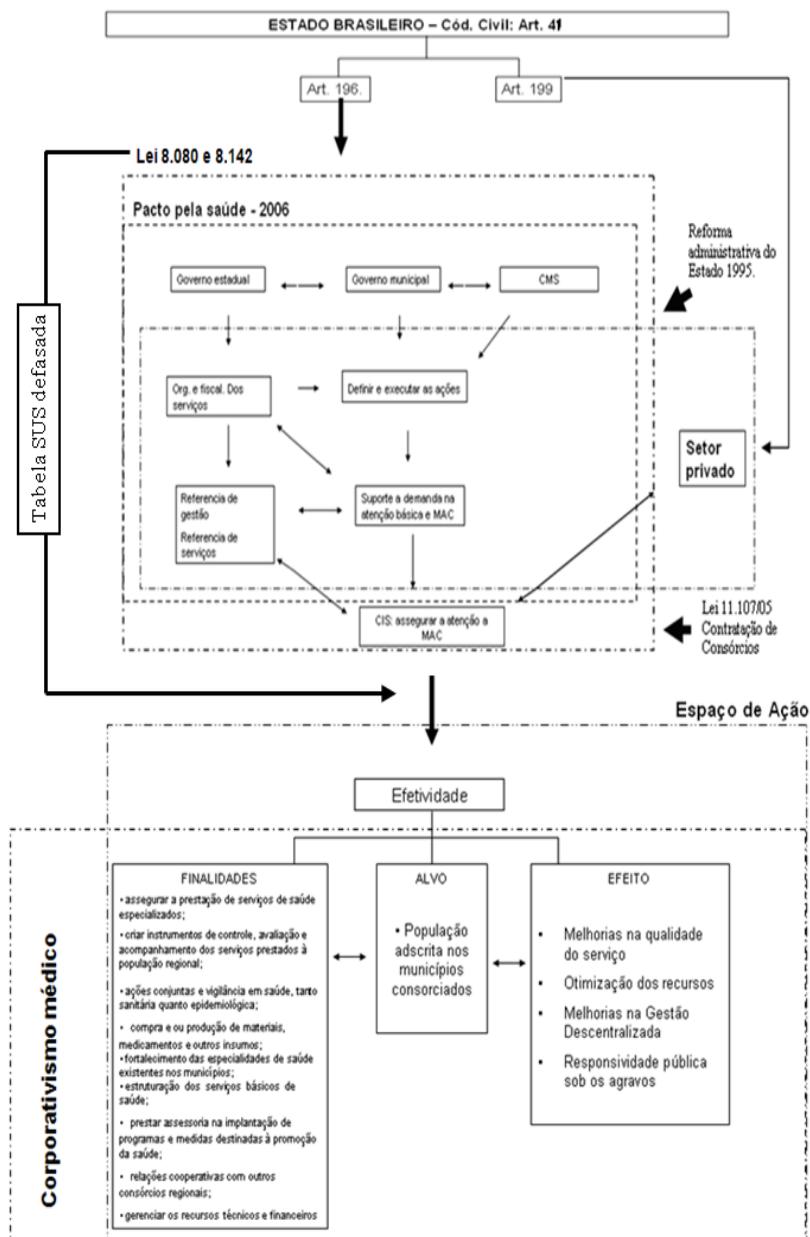


Figura 10. Modelo teórico ajustado, frente as peculiaridade do CIS-AMAUC, Meio Oeste, Santa Catarina, 2012.

4.1.2 Resultados da 2ª Fase e Discussão

Em retorno a campo, compartilhando com os stakeholders esta primeira análise, foi dada continuidade ao processo formativo e construtivista da avaliação do CIS-AMAUC. Neste momento foram debatidas as questões desdobradas entre os envolvidos e os demais resultados apresentados aqui no item 4.2.1, com o objetivo de legitimar, ajustar e sintetizar os dados empíricos analisados sobre a efetividade.

Individualmente, cada entrevistado colocou sua perspectiva conclusiva sobre as ponderações da 1ª fase, percebendo as falas e reivindicações de todos os envolvidos, junto à análise deferida. Deste modo, resultante a discussão e aprovação do grupo, os parâmetros temáticos sobre a efetividade do consórcio, que adiante servirão de matriz avaliativa, convergiram sobre o tripé: gestão e conhecimento, gestão de recursos e capacidade de serviços e procedimentos. Tais categorias e parâmetros foram novamente expostos à análise dos entrevistados, para que formassem um consenso formativo (Quadro 6).

Categoria Temática	Parâmetros da Categoria
Gestão e Conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> • Proximidade entre os municípes: ✓ Promove a integração entre os Gestores de Saúde; ✓ Compartilhamento de saberes e experiências; ✓ Integra ações públicas na negociação e responsividade social ✓ Municípios pequenos são mais unidos.
Gestão dos recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciamento dos recursos da PPI. ✓ CIS ser reconhecido pelo Estado de SC na gerência dos recursos oriundos da PPI. • Tabela CIS-AMAUC de compra de serviços e procedimentos: ✓ Promove melhoria sobre a tabela SUS; ✓ Não satisfação da classe médica. • Compra de medicamentos: ✓ Facilidade na compra; ✓ Menos compras.
Capacidade de serviços e procedimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Oferta de serviços e procedimentos: ✓ Insuficiência de serviços e procedimentos especializados. ✓ Falta de hospitais e policlínicas públicos ✓ Corporativismo médico ditando a capacidade de assistência. ✓ Referência hospitalar não atende a microrregião. • Credenciamento de serviços e procedimentos: ✓ Falta de profissionais na região ✓ Valores de pagamento não aceitos pelo corpo clínico. ✓ Profissionais não concordam com o CIS.

Quadro 6. Parâmetros para Avaliação do CIS-AMAUC, Meio Oeste, Santa Catarina, 2012.

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 otimizadoss pelo consórcio na cidade polo, mesmo providas 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)

CIS é uma ferramenta que eu digo assim: que é de apoio ao estado, não é de concorrente do estado.. o estado não ia dar conta desses 300 mil procedimentos.. e aí como é que ia fazer? Então o pecado hoje que nós temos é que o estado não reconhece o consórcio.. e essa produção desses 300 mil que até então não estava aparecendo e agora começa a aparecer.. esses 300 mil procedimentos de 2010, por exemplo a região produziu mas não tá nascendo história.. então esse é o grande pecado que eu vejo..(caso 13)

Ou seja, a prestação de serviços efetivados pelo CIS não comporão a relação de serviços prestados pelo município residente, mas para o município referência. Tal condição coloca o CIS como um complicador na captação de recursos públicos, pois desestabiliza o registro da participação municipal na atenção

de MAC.

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.

Desta forma, a categoria de gestão de recursos representou a problematização que há frente à compra e oferta de serviços dentro do CIS-AMAUC. 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 a estrutura, o processo e o resultado do objeto, conforme Quadro 7.

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. 	<ul style="list-style-type: none"> •Políticas públicas: ▪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.

Quadro 7 – Parâmetros para avaliação de Consórcios Intermunicipais de Saúde, conforme os Stakeholders em termos dos pontos positivos e reivindicações, Meio Oeste, Santa Catarina, 2012.

4.1.3 O produto final da Avaliação e suas recomendações

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 o resultado de tal avaliação. Deste modo, a Avaliação de Quarta Geração permitiu tanto a inserção do pesquisador 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.

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 reformas que se não houver melhorias sobre estes acerca das reivindicações, a entidade CIS-AMAUC continuará a existir apenas enquanto ente legal, mas distantes 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 a 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 pensar no processo geral inserindo-se na coletividade das relações sociais do indivíduo, em um Estado que controla até certo ponto as relações, seja em termos da liberdade, do trabalho, da família e do provimento de serviços públicos, como no campo da saúde.

A saúde pública, legitimada pela seguridade social do Estado democrático nacional, refere-se também aos processos normativos na intenção de organizar socialmente e politicamente a população sobre seu regime. Os serviços de saúde pública pleiteiam cuidados de diferentes níveis de atenção, indo da atenção primária a alta complexidade, das unidades básicas a hospitais especializados.

Segundo Bauman (2001) passamos por um momento de liquefação da moral e dos valores, onde a vida ocidental, erguida sobre padrões políticos-científicos sólidos, se transformou numa vida precária, diluindo-se, sem que sejamos capazes de contê-la. Para tal aforismo o autor se baseia na pós-modernidade, ou melhor, no mal-estar da pós-modernidade, colocando a individualização, o consumismo e o efêmero da atual Sociedade (BAUMAN, 2010b).

Influenciado pelo neoliberalismo, o Estado vigente atua na concepção de fornecer e organizar o espaço público isonômico sobre as singularidades da sociedade, não lhes impedindo a liberdade, mas a maneira de ser administrável. Isto é, a otimização gestora que o Estado cria, com a descentralização e regionalização das ações e cuidados, junto à flexibilidade estatal para com as complementariedades do setor privado, dá o poder de escolha e execução para a instituição ou indivíduo dentro de um rol de possibilidades (BAUMAN, 1998).

Deste modo, possibilita e responsabiliza o indivíduo pelo uso e execução dos objetos, ou seja, individualiza o sistema, o que Bauman chama de “Hospitabilidade de acampamento”

(BAUMAN, 1999). O Estado cria espaços para instituições desvinculadas ao compromisso público inserirem-se nas ações finalísticas da esfera pública, ao mesmo tempo em que responsabiliza e culpabiliza estes pela não efetividade das ações.

Assim, o Estado se omite da sua principal diretriz: a participação como promotor e gestor da organização pública. É a crítica sobre política descentralizada que impõe sobre o indivíduo a responsabilização dos fins, onde o poder estatal delega as ações, mas não garante o meio e exige os resultados (BAUMAN, 1998). Para tanto, o Estado deve ser mínimo na responsividade social, assim, quanto mais desengajado publicamente o Estado, melhor para o capitalismo fluir (BAUMAN, 2010a).

Diante desses pressupostos, o fenômeno do encontro das funções que deveriam ser desempenhadas por órgãos públicos e as são pelas entidades privadas, na compra ou Gestão de serviços, evidencia-se na 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 a localidade em que se situa. Sua inserção, mais que uma ação local, pertence a uma globalização política, desenrainzada 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, 2001)

Esta análise sobre a concepção de compras de serviços da MAC, conflui na discussão sobre o 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/do agir (BAUMAN, 2001).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a efetividade da gestão municipal de saúde, deve-se compreender o território no qual se irá atuar e os recursos disponíveis, para então se estabelecerem metas frente as possibilidades a serem cumpridas, com base no planejamento das intervenções.

Logo, as atividades de planejamento perpassam pelo campo da avaliação, a qual, sob a óptica da saúde pública vigente, deve ser valorizada, adotando o plano e a programação como guias das práticas da organização, utilizando-os como instrumentos de acompanhamento das ações de saúde, tanto através de seminários específicos, enquanto rotina administrativa dos agentes do sistema ou programa (SOUZA, 2009).

Nota-se, acerca dos estudos sobre a Planejamento e Gestão em Saúde (PAIM & TEIXEIRA, 2006) que há diversas formas de avaliação, principalmente as que avaliam as ações programáticas, privilegiando a dimensão do processo de trabalho em saúde. Por vezes, negligencia-se as repercussões dessas ações no contexto cotidiano, no pensar e agir dos agentes e das intervenções em saúde, evocando ações negociadas entre estas partes (TRAD & BASTOS, 1998)

O Estado brasileiro tem obrigação constitucional para com a provisão dos cuidados, ao indivíduo e ao coletivo, na busca da proteção e reabilitação das enfermidades. O panorama apresentado no presente trabalho instiga reflexões sobre a ideologia de fundo que move todo o processo de saúde da sociedade brasileira.

O Ministério da Saúde vem adotando várias estratégias e ações para reduzir o ônus das doenças e agravos não transmissíveis na população brasileira, através das medidas preventivas, das políticas de alimentação e nutrição e de promoção da saúde com ênfase na escola e espaços públicos e, ainda, por meio das ações de atenção a grupos específicos de trabalho com garantia de medicamentos básicos na rede pública, protocolos e capacitação de profissionais de forma presencial e à distância, entre outros (BRASIL, 2003).

Como foi visto no presente estudo avaliativo, a integralidade das intervenções percorre uma rede de profissionais e procedimentos especializados que vão além da

AB, com necessidade de atenção de MAC, um dos nós críticos para a efetividade da gestão pública em saúde.

No âmbito da regionalização e descentralização dos cuidados e minimização de desigualdades sociais, os equipamentos e insumos, como o espaço em si, demandam um custo financeiro considerável, tanto para o município referência, quanto para as comunidades satélites dependentes (LIMA, 2009).

Ademais, a forte concentração na década de 90 para operacionalização da AB, com a Estratégia Saúde da Família no centro deste movimento, levou os municípios à adequação dos serviços de cuidados à saúde, construindo uma tendência aos cuidados de baixa complexidade (Mattos, 2003).

Para tanto, na função de dar subsídio às demandas da Saúde, tanto o governo municipal, como o estadual, não conseguiram aderir ao PDR e, assim também, ao PPI da sua macrorregião, ou pela insuficiência e ou inexistência dos serviços, respectivamente.

No entanto, por meio dos CIS e outros instrumentos, conseguiram contratar serviços privados, conforme as atribuições pactuadas nos Termos de Compromisso de Gestão.

Dessa forma, há que se questionar em que medida a complementaridade privada não serve ao protagonismo neoliberal na intervenção do Estado na atenção à saúde nos agravos de média e alta complexidade, legitimado constitucionalmente.

Destaca-se que o neoliberalismo é termo que traduz um conjunto de políticas econômicas que se tornaram comuns nos últimos 25 anos. Refere-se à idéia de livre comércio e de idéias "liberais" no sentido de nenhum controle (MORAES, 2001).

Diferentemente das organizações corporativas, que negociam diretamente com o Estado os interesses da burguesia, ou das associações setoriais, os institutos liberais constituem-se como entidades civis, cujo eixo central de atividade é a ideologia, a difusão de sua concepção de mundo (GROS, 2004). Aqui não se trata de defender interesses econômicos imediatos, mas de construir a hegemonia burguesa, ou seja, difundir uma concepção de mundo que transforme os preceitos do livre mercado em "pensamento único" (RAMONET, 1996).

Referente à política pública em saúde, alusivo à necessidade de modernização do país, a construção do projeto

da reforma sanitária fundou-se na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde. Ou seja, a reforma sanitária pretendia não só movimentar a saúde, mas os cuidados sociais em si, na contra-maré neoliberal do Estado Mínimo.

Fleury (2009), discutindo sobre a formulação do SUS, comenta que foram retomadas as orientações liberais que propugnam por uma forte redução da presença do Estado, seja na economia, seja nas políticas sociais. Para tanto, utilizaram-se instrumentos como a privatização das empresas estatais e mesmo de serviços sociais, a redução da pauta e/ou valor dos benefícios sociais juntamente ao aumento das dificuldades para alcançá-los, a introdução de mecanismos da economia de mercado como a competição gerenciada na organização dos serviços sociais, a redução do papel de provedor do Estado com a transferência desta competência a organizações civis lucrativas ou não.

Assim, as Leis Orgânicas da Saúde, 8.080/90 e 8.142/90, dispondo sobre as condições, a organização e o financiamento da participação social (vetada na LOS 8.080/90) e transferências intergovernamentais de recursos, abriram legitimidade para a sùcia neoliberal com a possibilidade de complementar os serviços públicos com as ações privadas. Cria-se, deste modo, uma área de sustento para o neoliberalismo econômico nutrir-se e, ao mesmo tempo, parasitar o sistema público, causando sérios danos ao(s) hospediero(s) (BAUMAN, 2010).

No plano das especializações tecnológicas, onde a atenção de média e alta complexidade emerge, o padrão SUS vigente parece estar caminhando no sentido do "plano de cuidados básicos" preconizados pelo Banco Mundial, aliado a um "estoque" de maior complexidade, de maior ou menor porte, dependente do interesse e das pressões do mercado no sentido da compra desses produtos pelo setor público e da disponibilidade financeira ou política do setor público para adquiri-los (SANTOS, 2004).

Esse panorama pode ser caracterizado da seguinte forma: ampliação do acesso aos serviços de atenção básica, como pacote básico de saúde; mercantilização dos serviços de MAC (cerca de 70% da oferta estão na iniciativa privada); grande precarização dos vínculos de trabalho no setor público;

terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos; conformação de um sistema de saúde complementar, regulamentado; e institucionalização da participação, por meio dos conselhos e conferências de saúde nas três esferas de governo (RIZZOTO, 2009).

Destarte, esta análise sobre a concepção de compras de serviços da MAC, conflui a discussão sobre o financiamento, integralidade e qualidade dos serviços prestados pelo setor privado. Ou seja, a complementaridade da esfera privada sobre o domínio público permite que a ideologia mercantilista do capitalismo atue na atenção a saúde pública.

Fica, assim, uma reflexão para a busca de uma resposta: Há possibilidades para que qualquer aspecto ou instância do SUS possa vir ser efetiva em um panorama político-ideológico neoliberal e globalizante crescente como o que nos encontramos?

Frente à experiência vivida nesta pesquisa, afirmamos que sim, ao passo que o controle social, através dos conselhos e colegiados de saúde também se torne efetivo, critico sobre a sua realidade, empoderando-se de meios e ferramentas de gestão pública, que possibilitem reivindicações sobre o planejamento das ações do sistema de saúde, buscando a legitimidade das mesmas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTENSTETTER, C. Health Care Reform in Germany: Patchwork Change within Established Governance Structures. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v.30, s/n, p. 121-142. 2005.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILLI, P. (Orgs) **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ANSOFF, H. I. **Administração Estratégica**. São Paulo: Atlas, 1983.

ARANGO, A. L. V. El derecho a la salud: políticas públicas y percepción de actores y grupos de población: del papel a la realidad. Manizales 2008. **Hacia Promoción Salud**, Manizales, v.14, n.1, p. 68-92. 2009.

ASSIS S. G.; DESLANDES S. F.; MINAYO M. C. S.; SANTOS, N. C. Definição de objetivos e construção de indicadores visando à triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS S. G.; SOUZA E. R. (Orgs.) **Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

BALTUSSEN, Rob. et al. **Generalized cost-effectiveness analysis: a guide**. Geneva: World Health Organization, 2002.

BASTOS, F. A.; MISOCZKY, M. C. **Avançando na implantação do SUS: Consórcios Intermunicipais de Saúde**. Porto Alegre: DACASA Editora, 1998.

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

_____. **Vida a crédito**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010(b).

_____. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001

_____. **Globalização: as conseqüências humanas.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

_____. **O Mal-Estar na Pós-Modernidade.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado? **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.1, p. 150-53. 2007.

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

BRASIL. Ministério da Justiça. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: < <http://www.cnes.datasus.gov.br> >. Acesso em: 25 de maio de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Brasília, 2011(a).

_____. Ministério da Saúde. CONASS. **Assistência de Média e Alta complexidade.** Col. Para entender a Gestão. Brasília. 2011(b).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília: CONASS, 2011(c).

_____. Ministério da Saúde. **SUS de A a Z.** Brasília, 2009

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A estratégia de redes regionalizadas de atenção à Saúde: princípios e diretrizes para sua implementação no SUS.** Brasília, 2008(a).

_____. Ministério da Saúde. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação econômica em Saúde: desafios para Gestão no Sistema Único de Saúde.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008(b)

Ministério da Saúde. **Regulamento Pactos pela Vida e de Gestão**. Série Pactos pela Saúde, vol. 2. Brasília, 2006(a).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Política Nacional de regulação**. Brasília: CONASS, 2006(b).

Ministério da Justiça. Secretaria Nacional da Justiça. **Lei nº 9.790 de março de 1999**. Brasília, 1999.

_____. **Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999**: Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e Termo de Parceria. Brasília, 1997(a).

_____. Ministério da Saúde. **1997: ano da Saúde no Brasil: ações e metas prioritárias**. Brasília. 1997b.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB/SUS 96. Controle, regulação e avaliação**. Brasília, 1997c

_____. Ministério da Saúde. **Os Consórcios e a Gestão Municipal em Saúde**. Brasília, 1997(d).

_____. Ministério da Saúde. **Oficina de trabalho sobre consórcios em Saúde**. Brasília, 1997(e).

_____. Ministério da Saúde. Grupo Especial de Descentralização. **Municipalização das ações de Saúde. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Brasília, 1993.

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

CARVALHO A. I.; BODESTEIN R. C.; HARTZ Z.; MATIDA A. H. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 521-29. 2004.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 435-444, 2001.

CHÁVEZ, B. M; ARBELÁEZ M. P. La estratégia de municípios saludables como Política Pública, Antioquia, Colômbia, 2007. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v.26, n.1, p. 40-9. 2008.

CIS-AMAUC. Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Uruguai Catarinense. **Estatuto Social**. Santa Catarina, Concórdia. 2007

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.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Debate sobre a inserção de Consórcios Intermunicipais na Saúde**. Sítio eletrônico. Disponível em: <http://www.conasems.org.br>. Acesso em: 22 de mar. de 2012.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis. Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, supl.1, p. 191-202. 2002.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. Avaliação na área da Saúde, conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em Saúde dos modelos conceituais à prática na análise da implementação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p. 319-28. 2001.

CORDONI JÚNIOR, L. Política de Saúde nos anos 90 e reforma sanitária considerações sobre o artigo "Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas". **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p. 306-307. 2001.

CORREIA, M. V. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento.** Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2000.

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

DEMO, P. **Avaliação Qualitativa.** São Paulo: Cortez; 2002.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulação com o campo da avaliação em serviços de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 103-107. 1997.

DIONNE, K. The Role of Executive Time Horizons in State Response to AIDS in Africa. **Comparative Political Studies**, v.44, n.1, p. 55–77. 2011.

DOMINGOS, F. Dos Fundamentos e das Práticas. In _____. **Avaliação das aprendizagens: Desafios às Teorias, Práticas e Políticas.** Coleção Educação Hoje. Porto: Texto Editores, 2005.

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

FETTERMAN, D. M. 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.

FIRME, T. P. **Avaliação em rede. Relatório Técnico.** Rio de Janeiro: Rede de Informações para o Terceiro Setor, 2003.

FONT, J.; GUTIÉRREZ SUÁREZ, R.; PARRADO-DIEZ, S. **Intergovernmental Partnerships at the Local Level in Spain: ManComunidades and Consortia in a Comparative Perspective.** Paris: OECD, 1999. Disponível em: < <http://www.oecd.org/puma/> >. Acesso em: 20 de mai. 2011.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 24 ed. São Paulo: Graal, 2007.

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

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.

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

GADAMER, H. G. **Verdade e Método**. Petrópolis: Vozes, 1997.

GIOVANELLA, L. Planejamento Estratégico em Saúde: uma discussão da abordagem de Mario Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.6 n.2, p. 129-153. 1990.

GROS, D. B. Institutos liberais, neoliberalismo e Políticas Públicas na Nova República. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.19, n.54, p. 143-159. 2004.

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

HARTZ Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

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.

IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M. **Política e Gestão Pública de Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2011.

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

JUNQUEIRA, L. P. A Descentralização e a Reforma do Aparato Estatal em Saúde. In: CANESQUI, A. M. (Org.) **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1997.

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.

LIMA, Luciana Dias; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares. **Condições de financiamento em Saúde nos grandes municípios do Brasil**. Cad. Saúde Pública [online], v.25, n.10, p. 2237-48. 2009.

LIMA. A. P. G. 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.

MACLAUGHLIN, J. A.; JORDAN, A. Using logic models. In: WHOLEY, J. S. et. al. **Handbook of practical program evaluation**. San Francisco: Jossey 1994.

MARCONE, Mariana de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **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, L. O. **Programas Sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação**. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.

MARX, K. **Contribuição à Crítica da Economia Política**. Martins Fontes. São Paulo. 1977

MATTOS, R; COSTA N. R. Financiando o SUS: algumas questões para debate. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 1, n. 2, p. 315-34, 2003.

MATUS, C. **Política, Planificación y Gobierno**. Washington: OPS/ILPES. 1987.

MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru. **Introdução a administração**. 6ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MENDES, E, V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, p. 284-295, 1996.

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

MERINO, José G. Clinicians and the economic evaluation of health. **Salud Pública México** , v. 44, n. 2, p. 153-157. 2002.

MINAYO M. C. S. 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.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde**. 4 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.

MORENO, L. "Electronic Health Records: Synthesizing Recent Evidence and Current Policy." Trends in Health Informatics. **Mathematica Policy Research**, n. 1, New Jersey, 2005.

MOLINA G, RODRÍGUEZ CM. Participación pública y privada en la provisión de servicios de salud, Colombia 2006. **Investigação de Educação em Enfermagem**. v. 25, n. 1, p. 90-99. 2007.

MONOILESCO, Mihail. **O século do corporativismo**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1938.

MORAES, R.C. **Neoliberalismo: de onde vem, para onde vai**. São Paulo: SENAC, 2001

MORENO, Culebro. Transferência de políticas y construcción de lecciones para la modernización administrativa. **Revista Venezolana de Gerencia Pública**. n. 44.p. 531-42. 2008.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. **Avaliação da Gestão do Trabalho em Saúde da Família**. Curitiba: Editora Appris, 2012a.

_____. **Relatório Final para o Edital PPSUS 2010: construção e validação do instrumento AvaliaNASF.** Florianópolis: FAPESC, 2012b.

MUNAKATA, Kazumi. **A legislação trabalhista no Brasil.** São Paulo: Brasiliense, 1981.

NEVES, L. A, RIBEIRO, J.M. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p.2207-2217, out, 2006.

OPAS/OMS. Organização Mundial de Saúde. **Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde.** 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 20 nov. 2012

PASSERON, J.C. **O raciocínio sociológico: o espaço não-popperiano do raciocínio natural.** Petrópolis: Vozes; 1995.

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

PAZ, M.F. Tensiones de la gobernanza en el México rural. **Política y Cultura.** 2008; 193-208. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=26711160009>. Acesso em: 22 de maio de 2011.

PIMENTEL, F. Castim; et al Análise da atenção à Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). **Ciência e Saúde coletiva.** Pernambuco: v. 15, n. 4, p. 2189-96. 2010.

QUINHÕES, T. A. T, FLEURY, S. La Reforma del Sistema de Salud de los Estados Unidos de América en los Años '90. **Salud Colectiva**, v.1 n.2, p. 129 -153. 2005.

RAMONET, Ignacio. El pensamiento único: in _____, **Críticas ideológicas al pensamiento único del neoliberalismo**, Montevideo, Carumbé Ed. Especiales, 1996.

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

RIZZOTTO, M. L. F. **Neoliberalismo e Saúde; Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, Rio de Janeiro, EPSJV; Fiocruz, 2009.

ROCHA, ANA V. F. **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.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. **O Programa Saúde da Família Segundo profissionais de saúde, gestores e usuários**. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.13, n.1, p. 23-34, 2008

SALOMÃO F, C. **Regulação da atividade econômica: princípios e fundamentos jurídicos**. São Paulo: Malheiros, 2001.

SAMPAIO, Leandro. **Discursos e Notas taquigráficas – sessão 150.3.53.0, de 17 de junho de 2009**. Brasília: Câmara dos Deputados. Disponível: <http://www.camara.gov.br>. Acesso em: 20 de junho de 2012.

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

SANTOS, N. R.. **Municipalização: do chavão a uma luta grande e conseqüente dos serviços de Saúde no Brasil**. Saúde em Debate, Londrina, 1993.

SANTOS, M. A. B, GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de Saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência e Saúde coletiva** [online], v. 9, n. 3, p. 795-806. 2004.

SAVIANI, D. **Escola e Democracia**. 21. ed. São Paulo: Cortez e Autores Associados, 1989.

SCOTT-SAMUEL, A; O'Keefeb, E. **Bulletin of the World Health Organization** 2007.

SCRIVEN, Michael. **The Logic of Evaluation and Evaluation Practic**. In: **New Directions for Program Evaluation**. Jossey-Bass, Publishers, s/n, p. 49-70, 1995,

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, P. F. Sobre a deontologia do intervencionismo estatal no setor saúde. **Saúde Pública**, v.22, n..3, p.221-32. Jun, 1988.

SOUZA L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciência e saúde coletiva**. v. 14, n. 3, p 911-18, Jun, 2009.

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

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

STEFFEN. Monika, The French Health Care System: Liberal Universalism **Journal of Health Politics. Policy and Law**, v.35, s/n, p. 353-87, 2010.

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

TORRES, L. A. G., **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.

TRAD, L. A. B; BASTOS, A. C. de Sousa. O Impacto Sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): Uma proposta de Avaliação. **Cadernos De Saúde Pública**. v, 14 n. 2, p. 429-435, jun. 2011.

URBANEJA, M. Género e equidade: Desafios de los procesos de reformas sectoriales de salud. In: A. M. Costa. **Saúde, Equidade e Gênero: Um Desafio para as Políticas Públicas**, Brasília: ABRASCO, Universidade de Brasília. 2000.

UCHIMURA, K.Y. BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. s/n. 2002.

URREGO, A. C. **Mortalidad Materna en Colombia: Reflexiones en torno a la situación y la Política Pública durante la última década**. En: Colombia, Revista Ciencias De La Salud, v.5 n. 2, p.72 - 85 ,2007.

VALARELLI, L.L. **Indicadores de resultados de projetos sociais**. Disponível em: <http://www.rits.org.br/gestão>. Acesso em: 01 jun 2012.

APENDICE A

Certificado de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 1043

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584 GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

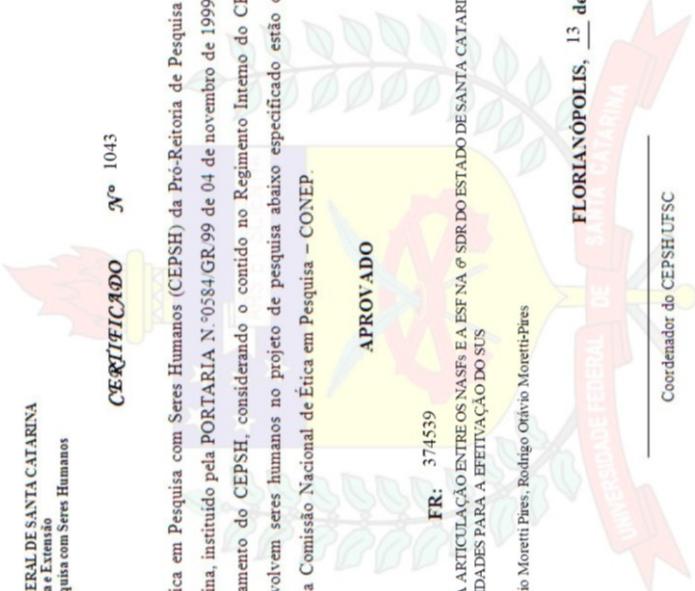
PROCESSO: 1043
FR: 374539

TÍTULO: ANÁLISE DA ARTICULAÇÃO ENTRE OS NASFs E A ESF NA ♂ SDR DO ESTADO DE SANTA CATARINA - DOS DESAFIOS ÀS POTENCIALIDADES PARA A EFETIVAÇÃO DO SUS

AUTOR: Rodrigo Otávio Moretti Pires, Rodrigo Otávio Moretti Pires

FLORIANÓPOLIS, 13 de Dezembro de 2010.

Coordenador do CEPShUFSC



APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido empregado no Projeto, após aprovação do mesmo no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina.



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Pública



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos convidando o(a) Sr.(a) para participar de nossa pesquisa **"ANÁLISE DA ARTICULAÇÃO ENTRE OS NASFs E A ESF NA 6ª SDR DO ESTADO DE SANTA CATARINA – DOS DESAFIOS ÀS POTENCIALIDADES PARA EFETIVAÇÃO DO SUS"**, em que vamos avaliar como está o funcionamento do NASF e da ESF. Esta pesquisa está sendo feita também nos outros municípios da região de Concórdia (SC), com os profissionais de outras equipes de Saúde da Família e NASF. Você pode levar este documento para ler em casa e depois trazer para assinar. Se alguma parte não estiver clara, pode perguntar que lhe explicaremos.

O SUS foi construído para garantir a população universalidade no acesso, equidade na atenção (atender mais quem mais precisa) e integralidade no cuidado. Para melhorar estes princípios, foi criada a Estratégia de Saúde da Família. Nossa pesquisa quer descobrir se estes três princípios estão acontecendo aqui.

Para isso, vamos usar algumas formas de coletar as informações: entrevistaremos profissionais de saúde junto com os outros profissionais que trabalham com eles nas equipes, e aplicação de questionários anônimos. As entrevistas serão gravadas com gravadores digitais, e as observações serão anotadas. Caso haja interesse e você autorize, também filmaremos/fotografaremos alguns momentos do seu processo de trabalho.

Registramos que não existe risco na sua participação, nem mesmo desconforto, sendo um espaço para você dizer tudo que quer ou sente sobre a Saúde da Família, por que não revelaremos quem nos deu a informação. Sua identidade será preservada. Você também tem liberdade tanto para deixar de falar alguma coisa que não se sinta a vontade para dizer, ou não queira, e até mesmo para sair do projeto a qualquer momento.

Os benefícios que nosso projeto pretende trazer são as melhorias para o funcionamento da Saúde da Família de acordo com o que o Ministério da Saúde oficializa no seus documentos.

Qualquer problema que tiver ou dúvida, você poderá entrar em contato com o Coordenador do Projeto, o Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires, do Departamento de Saúde Pública/Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal de Santa Catarina, que é o responsável pela pesquisa.

Ressaltamos: qualquer dúvida, agora ou em outro momento, poderá ser questionada ao coordenador diretamente ou a qualquer outro pesquisador de nosso projeto.

Também deixamos claro que você poderá retirar sua autorização para participar do projeto, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou custo, entrando em contato com o coordenador do projeto, nos contatos que estão abaixo da linha deste termo.

Mais uma vez ressaltamos: nenhuma informação que possa identificar você será utilizada no projeto, de forma que tem nosso compromisso de manter sigilo sobre tudo que nos for dito.

Espaço para digital	Agradecemos sua colaboração.	Local:	Data:
	<p style="text-align: center;">Assinatura do sujeito</p> <p>Nome completo: R.G.: Fone: E-mail:</p>	<p style="text-align: center;">Assinatura do pesquisador</p> <p>RODRIGO OTÁVIO MORETTI PIRES R.G.: 30.455.294-X Fone: (48) 99086582 E-mail: rodrigo.moretti@pq.cnpq.br</p>	

Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires
Campus Universitário – Trindade – Florianópolis (SC) – CEP 88040-970
Fone: (+55 48) 3271.9388 – ramal 208 – email: rodrigo.moretti@pq.cnpq.br

ANEXO

ARTIGO CIENTÍFICO INÉDITO

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE SOBRE A MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NA REGIÃO DO ALTO URUGUAI CATARINENSE – CIS/AMAUC

Fábio Luiz Quandt¹
Rodrigo Otávio Moretti-Pires¹

1. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

(*) Autor para correspondência: fabio.quandt@gmail.com

RESUMO: Os Consórcios Intermunicipais de Saúde surgem na perspectiva de dar conta de aspectos da atenção de que apresentam dificuldades para implementação, em especial em municípios de pequeno porte, como um dos instrumentos de regionalização da gestão do sistema de saúde no Brasil. O presente estudo teve o objetivo de avaliar a efetividade do Consórcio Intermunicipal de Saúde da região do Alto Uruguai Catarinense (CIS-AMAUC), do Estado de Santa Catarina – Brasil, sobre a Média e a Alta Complexidade (MAC). Trata-se de uma Pesquisa avaliativa, empregando Avaliação de Quarta Geração. Em termos instrumentais, utilizou-se para a coleta de informações as técnicas de Entrevista Individual (EI) sobre os *stakeholders*, de forma que foram entrevistados 16 Secretários Municipais de Saúde. Também empregou-se a Análise documental das Atas dos Conselhos Municipais de Saúde dos 16 municípios da Região. O processo de tratamento e análise do material empírico empregou o Circulo Hermenêutico Dialético (CHD). Os resultados apontam para problemas como Tabela defasada de pagamento por procedimentos de MAC e corporativismo Médico instalado. As reivindicações dos *stakeholders* foram unânimes quanto às duas categorias, formando consenso. A implementação e inserção de CIS na Atenção a MAC do SUS, pode representar uma ferramenta de gestão importante na integralidade e universalidade do acesso ao cuidado. Mas esta concepção apresenta-se como mediação sem enfrentamento de um contexto mais amplo, em que as políticas públicas são influenciadas pelo modelo neoliberais instalado, que orienta o sistema e fragiliza o provimento de serviços assim como o controle do Estado no campo da Saúde.

Palavras-chave: Política Pública de Saúde; Gestão e Planejamento em Saúde; Efetividade.

ABSTRACT: The Health Consortia emerge in perspective of accounting for aspects of care that was difficult to implement, especially in small municipalities, as an instrument of regionalization of the management in the health system from Brazil. Our study was to evaluate the effectiveness of the Intermunicipal Consortium of Health of the Alto Uruguay Santa Catarina (CIS-AMAUC), the State of Santa Catarina - Brazil, on the Middle and High Complexity (MAC). It is an evaluative study, using Fourth Generation Evaluation. In instrumental terms, it was used for data collection techniques Individual Interview (EI) on the stakeholders, so that respondents were 16 Municipal Health Secretaries also used to Desk review of the Minutes of the Municipal Boards of Health 16 municipalities in the region. The process of treatment and analysis of empirical material employed the Hermeneutic Dialectic Circle (CHD). The results point to problems such as Table lagged payment procedures and corporatism MAC Physician installed. The demands of the stakeholders were unanimous in both categories, forming consensus. The implementation and integration of the CIS Attention to MAC from SUS, may represent an important management tool in the whole and universal access to care. But this concept is presented as mediation without facing a broader context in which public policies are influenced by the neoliberal model installed, which guides the system and undermining the provision of services as well as state control in the field of Health

Keywords: Health Policies, Health Management , Effectiveness.

1. INTRODUÇÃO

A década de 1980 foi o ápice dos movimentos reformistas constitucionais do Estado¹. Diversos atores sociais brasileiros debatiam a necessidade de um sistema público e universal de Saúde, que garantisse atendimento integral a todos os cidadãos, tendo como principal movimento o 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, não mais se admitindo a limitação de seus atendimentos a um "pacote" mínimo e básico de serviços, destinado à parcela de trabalhadores formais da população¹.

O modelo de Seguridade Social adotado no Brasil preconiza que o Estado assuma o compromisso de certos padrões mínimos, no sentido de amparar sua população em relação aos males decorrentes das desigualdades sociais².

Assim, o direito a Saúde é uma manifestação da cidadania brasileira, tão relevante como o registro formal de trabalho e a aposentadoria. Nesse sentido, os conceitos de que Saúde é garantida é de fundamental importância, haja vista que no caso da Previdência Social e da Assistência Social, tanto as normas que constroem os direitos assegurados assim como a que parcela da população usufrui da proteção do Estado, 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 Municípios³.

Assim, a estruturação do sistema de Saúde brasileiro foi modulada de forma que o acesso aos serviços de Saúde garantidos pelo Estado permeasse as questões de cidadania e a quem caberia ou não este direito. No tocante ao SUS, a garantia legal de acesso a todos os cidadãos – princípio da universalidade – paralelamente a atenção ao usuário fundamentada no princípio da integralidade, desencadeia amplas discussões sobre a necessidade de reformulação do Sistema como um todo⁴.

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

precisamente pela prática, a não ser que se estabeleçam mecanismos gradativos que a tornem factual^{5, 6, 2}

A década de 1990 foi marcada por inúmeros processos, no sentido de modificação do modelo assistencial brasileiro, o que se relaciona de certa maneira ao sucateamento do sistema de Saúde que não dava conta da prestação de serviços a trabalhadores, que dirá a todos os cidadãos⁷

Frente ao princípio da Universalidade, a necessidade de reorganização do aparelho estatal para provimento dos serviços de Saúde – sucateados durante o Regime Militar – induziu o Ministério da Saúde a estabelecer Programas e Estratégias para a efetivação do SUS, sendo, por exemplo, criado em 1994 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 reorientador da prática assistencial e luta pela centralidade da AB no SUS fundamenta-se no potencial desse nível de complexidade, conforme defendido por autores tais como Starfield⁸ e Starfield e colaboradores⁹.

A Atenção Básica é definida na Política Nacional de Atenção Básica de 2011¹⁰ como o conjunto de ações de Saúde que objetivam atenção integral, no âmbito individual e no coletivo, com impactos na situação de Saúde.

Para esses autores, 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 Saúde⁹

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 Starfield⁹, 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 as demandas de competência desse nível, assim como deve se responsabilizar pela garantia de assistência integral, incluindo aqui mecanismos de referência e contra referência, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro

das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.

Um dos atributos essenciais que caracterizam a AB é a Coordenação do Cuidado, conforme citado anteriormente. O atributo pressupõe a continuidade tanto no nível da AB pela equipe multiprofissional, como na capacidade do Sistema de Saúde em integrar todo cuidado que 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^{11, 8}

1.2 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 possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação¹²

Portanto, apresenta-se um primeiro nível de atendimento, de alta densidade e baixa especialização tecnológica, generalista sob o enfoque social e 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 2011¹⁰, 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 cuidado⁵ 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 ações¹³

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS), entende a Média Complexidade como o nível assistencial ambulatorial, composta por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas e agravos de Saúde da população, cujas peculiaridades demandem a disponibilidade de

⁵ Linha de cuidado é um termo que caracteriza o histórico do usuário do Sistema Único de Saúde, pautado no acesso ao cuidado de maneira sistêmica, organizada pelos serviços dispostos, transitando sobre todos os níveis de complexidade, de acordo com seu agravo, e com a morbimortalidade da região (BRASIL, 2011)

profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o tratamento e apoio diagnóstico¹⁰

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 custos¹⁰

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 população¹⁴

Segundo o Conselho Nacional de Secretários da Saúde¹⁵, os procedimentos de MAC, historicamente, foram contratados/conveniados juntos ao serviço de Saúde vigente, sejam privados com fins lucrativos, sejam 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 Mendes¹³, as dificuldades da obtenção de procedimentos de maior complexidade para os municípios obrigaram os Governos municipais a buscarem alternativas, expandindo a rede municipal 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 em saúde das regiões¹⁵

1.3 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE-CIS E CONCEPÇÃO DE EFETIVIDADE

Para Assis et al¹⁶ e Furtado¹⁷, 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 & Façanha¹⁸, 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 ao 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 disponíveis¹⁹

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, realizado em março de 2011, identificou-se em campo o exercício do referido consórcio (CIS-AMUAC), 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 estar²⁰

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 como políticas públicas, todas passíveis de controle social, mas não livres de

ideologias políticas governamentais²¹. Porém, como ressalta Lima²², 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 Torres²³, um consórcio em si não tem personalidade jurídica, uma vez que ele constitui-se apenas de um acordo entre os municípios envolvidos, desta forma não tendo direitos e obrigações.. 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 SUS²².

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, reconhece-se os incentivos burocráticos criados em alguns estados para sua formação²⁴. Segundo Rocha²⁵ no ano de 2000, os consórcios na esfera pública de saúde somavam 138 instituições, crescendo 10% ao ano. No estado de Santa Catarina, no período de 2004, apresentava-se com 56% dos municípios integrados a CIS²⁶. 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 habitantes²⁴

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 e 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.

2. OBJETIVO

Avaliar a efetividade do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Uruguai Catarinense (CIS-AMAUC).

3. METODOLOGIA

O estudo se fundamenta numa abordagem da Avaliação de Quarta Geração^{27,28}. 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 generalização²⁹.

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 efeitos³⁰. Serão realizadas questões não-estruturadas^{31,32}, 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, 11 E1; 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)²⁸, as quais serão tratadas pelo método da Análise documental³². 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 analisados Atas dos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios envolvidos, no período amostral de 2009 a 2010, assim como o Estatuto Social do CIS-AMAUC.

Deste modo, como parâmetro para nossa inserção avaliativa, após prévias emersões em campo e aporte teórico sobre tal, construiu-se o Modelo Teórico Ajustado, que leva em consideração os princípios da leis normatizadoras da Saúde Pública e que a 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 1).

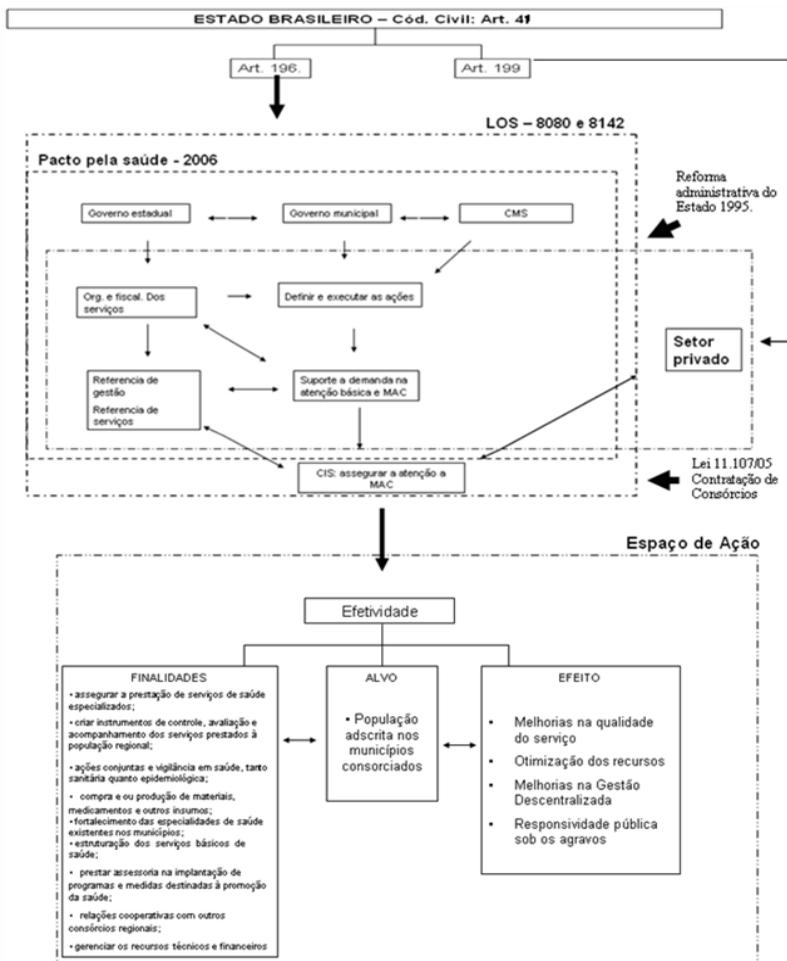


Figura 1. Modelo teórico-conceitual referente ao ambiente normativo do Consórcios Intermunicipais de Saúde e a sua efetividade sobre a Média e Alta Complexidade

4. 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 Médico generalista ex-credenciado da CIS-AMUAC, apresentando assim 22 *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 privado²⁵.

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 a 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 mesma esfera no ambiente público estatal. Haja vista que 70% do cuidado de MAC no Brasil está sob influência do setor privado (RIZZOTO, 2009), e que, 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. Neves³⁵ aponta, para a menorização das ações de MAC assim como na AB, à inexistência de um espaço destinado à discussão e decisões por parte dos dirigentes municipais de saúde, embora genericamente prevista em seu estatuto e regimento interno, mas sem 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, representando para os entrevistados o ponto fundamental para entender as dificuldades, assim como, para pensar nas melhorias da instituição e na rede pública de atenção a 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 deste 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 13).

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 realidade³⁶

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 intencionalmente³⁷, 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 Incisa³⁸, 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 para a Saúde coletiva do meio oeste catarinense, apresenta-se da mesma forma por estar intimamente ligado ao privilégio que a unidade hospitalar “São Francisco” (HSF) assume na região. Um aspecto interessante defendido por Silveira³⁹ é que o corporativismo médico deve ser considerado como sério prejuízo a Sociedade, uma vez que parte de uma lógica que mercantiliza a Saúde ao submeter a garantia ou não do atendimento as 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 a MAC³⁵. 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 rever as 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 possibilita 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 a estrutura, o processo e o resultado do objeto, conforme Quadro 1.

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 responsabilidade à demanda, visto a melhoria na negociação e qualidade. 	Positivos	•Políticas públicas: •Legitimidade governamental estadual do CIS •Tabela SUS de MAC •Gestão e pactuação •Controle social; •Participação do CMS.	Positivos
	Complicadores		Complicadores
	Reivindicações		Reivindicações
	<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. 		<ul style="list-style-type: none"> •Melhoria sobre a tabela SUS de compra de procedimentos e serviços MAC;
	<ul style="list-style-type: none"> •Corporativismo médico; •Corpo clínico hospitalar fechado. 		<ul style="list-style-type: none"> •O CIS não é reconhecido pelo Estado para gerir o financiamento (PPI) de MAC.
	<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. 		<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.

Quadro 1 – Parâmetros para avaliação de Consórcios Intermunicipais de Saúde, conforme os *Stakeholders* em termos dos pontos positivos e reivindicações, Meio Oeste, Santa Catarina, 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 distantes 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 a 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 pensar o processo geral inserindo-se na coletividade das relações sociais do indivíduo, em um Estado que controla até certo pontos as relações, seja em termos da liberdade, do trabalho, da família e do provimento de serviços públicos, como no campo da Saúde.

5. 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 a localidade em que se situa. Assim, sua inserção, mais que uma ação local, pertence a uma globalização política, desenrainzada 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*⁴⁰

Esta análise sobre a concepção de compras de serviços da média e alta complexidade, conflui na discussão sobre o 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/do agir⁴⁰.

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 a tanto inserção do pesquisador 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, Fetterman⁴¹ 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.

Agradecimento:

Agradecemos o apoio e cooperação FAPESC, AMAUC e a 6ª SDRISC.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Braga JCS, Paula SG. Saúde e previdência. Estudos de política social. São Paulo: Hucitec; 1986.
2. Moretti-Pires RO. Avaliação da Gestão do Trabalho em Saúde da Família. Curitiba: Appris; 2012.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
4. Elias PE. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo em Perspectiva 2004; 18(3).
5. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Ciênc. saúde coletiva 2009; 14(3): 743-752.
6. Fleury S. A reforma sanitária brasileira. In: Berlinguer G, Teixeira S, Campos G. Reforma sanitária: Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec/Cebes; 1988.
7. Cohn A. Estado e Sociedade e as reconfigurações, o direito à Saúde. Ciênc. saúde coletiva 2003; 8(1): 9-18.
8. Starfield B. Primary Care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
9. Starfield B. Improving equity in health: a research agenda. International Journal of Health Services 2001; 13(3): 545-566.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. 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 (PACS)]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2011 out. 24; seção 1. P. 48-55. Brasília, 2011.
11. Labra, ME. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: Lima N et al (orgs). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
12. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, 1978; Cazaquistão [internet]. Declaração de Alma-Ata. OPAS/OMS; 1978. [acesso em 2012 nov 20] Disponível em: <http://www.opas.org.br>.

13. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. A estratégia de redes regionalizadas de atenção à Saúde: princípios e diretrizes para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008a.
14. Mendes CC, Souza MCS. Estimando a demanda por serviços públicos nos municípios brasileiros. *Revista Brasileira de Economia* 2006; 60(3): 281-296.
15. CONASS (Brasil). Oficina de trabalho NOB/SUS-96: vigilância sanitária: consórcio intermunicipal de Saúde: recursos humanos para a Saúde, 1996. Relatório final da Oficina. Brasília: CONASS; 1996. 71p.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regulamento Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
17. Assis MMA. A municipalização da Saúde: intenção ou realidade? Análise de uma experiência concreta. Bahia: Universidade Estadual de Feira de Santana; 1998.
18. Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em Saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2001; 6(1): 165-181.
19. Marinho A, Façanha LO. Programas Sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.
20. Couttolenc BF. Por que avaliação econômica em Saúde? *AMB rev. Assoc. Med. Bras.* 2001; 47(1).
21. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. A estratégia de redes regionalizadas de atenção à saúde: princípios e diretrizes para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
22. Ministério da Saúde (Brasil). Oficina de trabalho sobre consórcios em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
23. Lima APG. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2000; 16(4): 985-996.
24. Muller EV, Greco M. Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do Paraná. *Ciênc. saúde coletiva* 2010; 15(3): 925-930.
25. Teixeira LS. Ensaio sobre consórcios intermunicipais de saúde: financiamento, comportamento estratégico, incentivos

- e economia política. Brasília : Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações; 2007.
26. Rocha AVF. Consórcios Intermunicipais: complemento para a municipalização da Saúde no Brasil [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2004.
 27. Secretaria do Estado de Saúde de Santa Catarina. Consórcios Intermunicipais de Saúde. [acesso em 2011 jul 20]. Disponível em: www.saude.sc.gov.br/Gestores/saude/Consortorios_Intermunicipais.ppt.
 28. Hayati D, Karami E, Slee B. Combining qualitative and quantitative methods in the measurement of rural poverty. *Social Indicators Research* 2006; 75: 361-394.
 29. Guba ES, Lincoln Y. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage; 1989.
 30. Minayo MCS. Hermeneutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz; 2002.
 31. Morgan D. *Focus group as qualitative research*. London: Sage; 1997.
 32. Marcone MA, Lakatos EM. *Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. São Paulo: Atlas; 1999.
 33. Neves LA, Ribeiro JM. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(10): 2207-17.
 34. Ribeiro JM. Arranjos neocorporativos e defesa de interesses do médicos. *Cad. Saúde Pública* 1993; 9(1):5-20.
 35. Santos M. *O Brasil: território e Sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Record; 2003.
 36. Incisa L. In: *Dicionário de política*. Brasília: UNB; 1995.
 37. Silveira PF. Sobre a deontologia do intervencionismo estatal no setor saúde. *Rev. Saúde Pública* 1988; 22(3): 221-232.
 38. Bauman Z. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
 39. Fetterman DM. *Empowerment Evaluation: An Introduction to Theory and Practice*. In: Kaftarian SJ, Wandersman A. *Empowerment Evaluation: Knowledge and Tools for Self-assessment and Accountability*. California: Sage; 1996