

# Repad

Revista Estudos e  
Pesquisas em Administração

v. 4, n. 3, Setembro-Dezembro/2020

---



*This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)*



**UFMT**

**Consórcio intermunicipal de saúde da região do Garças/Araguaia:  
Importância para prestação da assistência em saúde**

Mariane Silva Souza

ssouza.m@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5530-9337>

<http://lattes.cnpq.br/7041155395006857>

Universidade Federal de Mato Grosso

Barra do Garças, Mato Grosso, Brasil

Elizeu Demambro

<https://orcid.org/0000-0001-5798-1039>

<http://lattes.cnpq.br/6764429770633899>

Instituto Federal de Mato Grosso - Campus Barra do Garças

Barra do Garças, Mato Grosso, Brasil.

## RESUMO

O direito à saúde é um dever do Estado garantido aos cidadãos pela Constituição. A implementação das políticas assistenciais estruturou-se com o surgimento do Sistema Único de Saúde, que propôs como estratégia de gestão a descentralização dos serviços entre os entes federados. O modelo de gestão associada emergiu como uma solução racional e econômica, através do compartilhamento de recursos entre os consorciados. A presente pesquisa tem como objetivo analisar a estrutura de funcionamento e financiamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Garças/Araguaia (CISRGA) e avaliar o nível de satisfação dos usuários com os serviços prestados. O tipo de pesquisa realizada neste trabalho foi a quantitativa; na coleta de dados foram utilizados questionário com algumas perguntas fechadas e outras foram utilizadas a escala de Likert. O CISRGA é um instrumento de gestão associada que facilita a execução dos serviços de saúde oferecendo atendimentos de diversas especialidades médicas e terapêuticas especializadas, mas com constantes atrasos em repasses financeiros. Em uma pesquisa realizada em agosto e setembro de 2019 no Hospital Milton Pessoa Morbeck em Barra do Garças com 30 usuários, o estabelecimento de saúde foi considerado como muito bom/bom na avaliação geral da maioria dos usuários.

**Palavras-chave:** SUS. Municípios consorciados. Serviços públicos em saúde. Assistência especializada.

## **Intermunicipal health consortium of the Garças/Araguaia region: Importance for the provision of health care**

## ABSTRACT

The right to health is a State duty guaranteed to citizens by the Constitution. The implementation of assistance policies structured with the Unified Health System, which proposes as a management strategy the decentralization of services among the federates. The associated management model emerged as a rational and economical solution, through the sharing of resources among consortium members. This research aims to analyze the operating structure and financing of the Intermunicipal Health

Consortium of the Garças/Araguaia Region (CISRGA) and to assess the level of user satisfaction with the services provided. The type of research carried out in this work was quantitative; in data collection questionnaires were used with some closed questions and others were used in the Likert scale. The CISRGA is an instrument of associated management that facilitates the execution of health services, offering resources from several medical and therapeutic specialties, but with constant delays in financial transfers. In a survey conducted in August and September 2019 at the Milton Pessoa Morbeck Hospital in Barra do Garças with 30 users, the health establishment was considered to be very good/good in the general evaluation of most users.

**Keywords:** SUS. Consortium municipalities. Public health services. Specialized assistance.

**Submissão:** 12/05/2020

**Nova Submissão - Correções:** 29/07/2020

**Aceito:** 30/07/2020

**Publicado:** 30/09/2020

## INTRODUÇÃO

A saúde é considerada um direito fundamental e dever do Estado cabem a ele a elaboração e execução de políticas públicas, visando promover e recuperar a saúde, bem como, o bem estar da população. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 pela Constituição Federal (CF) para ser um modelo mundial de sistema público de saúde, sendo responsável tanto pela prestação de serviços básicos quanto de especializados, de forma a garantir o acesso integral, gratuito, igualitário a todos os cidadãos (BRASIL, 1988).

O SUS, fruto de um amplo movimento político e social, propôs como estratégia de gestão à descentralização dos serviços. A introdução desse novo modelo está associada à escassez de recursos, sobretudo nos municípios e ao aumento da responsabilização na provisão de serviços pelos entes federados (BARRETO; PAVANI, 2013).

Um instrumento para enfrentar este problema foi à implementação de parcerias, de forma a aproveitar de forma racional e econômica os recursos públicos. Com a publicação da Lei 11.107/2005, que estabeleceu normas gerais acerca do consorciamento entre os entes federados, os municípios intensificaram a complementação de suas estruturas, a fim de sanar suas demandas reprimidas de serviços, reduzir custos de programas específicos e solucionar problemas de recursos, e assim, viabilizar o atendimento ambulatorial e hospitalar de maior complexidade (BRASIL, 2005).

Esse instrumento inovador é de suma importância para a Administração Pública, porquanto possibilita a otimização da gestão, mediante o compartilhamento das obrigações e dos recursos estatais, aumenta o poder de barganha e a resolutividade das ações, melhora a eficiência e qualidade dos serviços assistenciais prestados pelos consorciados.

A política assistencial do SUS prevê a responsabilização do Estado em promover o bem estar físico, proporcionando e restabelecendo a saúde do indivíduo, que pode ser viabilizada através da gestão associada entre os entes federados. Os municípios, especialmente os de pequeno porte, apresentam dificuldades financeiras em fornecer os

serviços da atenção especializada aos cidadãos e a partilha das responsabilidades estatais mostra-se um mecanismo eficaz e econômico. Justifica-se esta pesquisa ao mostrar o grau de importância do funcionamento deste consórcio que expõe as condições atuais desta parceria, e assim, ficará evidente a comunidade sua efetividade ou não. A região Garças-Araguaia é formada por diversos municípios de pequeno porte, a formação de um Consórcio de Saúde estável e efetivo pode contribuir para a melhora da qualidade de vida dos pacientes, bem como, da eficiência na gestão pública na saúde.

## REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico da presente pesquisa foi estruturado em três tópicos, a saber: Direito fundamental à saúde, Consórcios públicos e o CISRGA em Barra do Garças.

### Direito fundamental à saúde

Nas constituições anteriores a 1988, a saúde não era reconhecida como um direito e atendia somente uma parcela da sociedade, ou seja, aqueles que eram empregados e contribuísssem com a Previdência Social. Em 1934, a Constituição instituiu a obrigação do cuidado à saúde e definiu as competências dos entes federativos no provimento dessas ações. Não obstante, todos esses avanços foram extintos no período de ditadura militar (BARRETO; PAVANI, 2013).

Na Constituição de 1988, a saúde voltou a ser vista como um direito social, universal e igualitário e dever do Estado. Ao Estado compete cuidar, defender e prestar serviços de atendimento de saúde a população, por meio de políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988).

O SUS pode ser definido como um conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, por meio de serviços assistenciais, inclusive a assistência terapêutica, e das atividades de prevenção, a ser prestado pelos entes da administração. O SUS deve ser organizado de forma regionalizada e hierarquizada em níveis crescentes de complexidade e os serviços de saúde devem ser fornecidos de forma compartilhada entre União, Estados e municípios atribuindo competências a cada ente federativo (BRASIL, 1990).

A provisão dos serviços de saúde enfrenta dois problemas atuais, o da inclusão e escassez de recursos. A inclusão relaciona-se aos critérios de acesso aos serviços de saúde, como exemplo, pode ser citado os Hospitais Municipais que tem por primazia atender seus respectivos municípios. A escassez de recursos restringe o fornecimento dos serviços, dificultando o planejamento e execução das ações.

### Consórcios Públicos

No Brasil, a formação dos consórcios intermunicipais iniciou-se a partir de 1891, os consórcios horizontais eram contratos celebrados que deveriam ser aprovados pela instância federativa superior. Em 1937, tornou-se figura jurídica de direito público. Na década de 60, a gestão centralizou a prestação dos serviços, os consórcios passaram novamente a serem administrativos e vistos como pactos de colaboração, perdendo a personalidade jurídica (RIBEIRO, 2007).

A atual Constituição Federal incentivou os municípios a colaborarem entre si para prestação de serviços públicos, fomentado pelas características do modelo organizacional descentralizado, impulsionando o surgimento de propostas inovadoras na

gestão pública e a promoção da igualdade de acesso entre os cidadãos de diferentes esferas (LINHARES; MESSEMBERG; FERREIRA, 2017).

Após 1995, o consorciamento entre os entes federativos tornou-se mais pronunciado, atingindo o cume de expansão no ano de 2010. O aumento no número de consórcios públicos criados, especialmente entre 2008-2010, deveu-se a flexibilização normativa e segurança jurídica advindas pela Lei dos Consórcios, associada ao aumento das responsabilidades no provimento de serviços públicos, autonomia administrativa e financeira introduzidas pela Constituição. Entre 1988 e 2000, o país observou um intenso processo de fragmentação territorial, foram criados mais de 1400 municípios, dos quais 79% possuem entre 5 a 10 mil/habitantes. A proporção de municípios favorece a associação intermunicipal, os municípios com menos de 5 (cinco) mil habitantes foram os que registraram maior número de consorciamento em saúde (LINHARES; MESSEMBERG; FERREIRA, 2017).

O consorciamento no país predomina em maior escala dependendo do serviço público, subsiste em mais de 3100 municípios para execução das várias políticas públicas. Entre 2005 e 2015, o número de consórcios saltou de 1906 para 2672 na área da saúde; o segundo que mais registrou consorciamento foi o do meio ambiente, que variou entre 387 em 2005 para 880 em 2015 (LINHARES; MESSEMBERG; FERREIRA, 2017). Os referidos autores defendem que a criação do SUS e transferência de recursos chamados “fundo a fundo”, caracterizados pelo repasse de recursos diretamente de fundos da esfera federal para a esfera estadual, municipal e distrital, foi a mola propulsora para a introdução desse instrumento de gestão nas ações e serviços da saúde municipal.

A Lei dos Consórcios prevê que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão contratar consórcios públicos para a realização de objetivos de interesse comum, que serão determinados pelos entes da Federação que se consorciarem, pela peculiaridade regional ou local (BRASIL, 2005).

Segundo Ribeiro (2007), os consórcios públicos podem ser classificados em:

I) Consórcios administrativos: foram criados antes da Lei 11.107 de abril 2005, sendo pactos de colaboração sem personalidade jurídica ou associações civis regidas pelo direito privado.

II) Consórcios de direito privado: são regidos sob o direito privado, contudo devem obedecer às normas de direito público no que concerne à admissão de pessoal, contratações e execuções de receitas e despesas.

III) Consórcios de direito público: são considerados autarquias, regidos pelo mesmo regime jurídico, que visam à realização de objetivos de interesse comum ou permitem a cooperação entre entes.

O consorciamento pode ocorrer no sentido horizontal, no caso da cooperação ocorrer entre os entes da mesma esfera, ou vertical, quando a associação envolver entes de diferentes níveis, permitindo variados arranjos (Quadro 1).

O orçamento anual do consórcio público deve ser aprovado em Assembleia Geral. Os membros consorciados deverão em cada exercício financeiro firmar um contrato de rateio, sendo necessário que os recursos a serem utilizados constem na Lei Orçamentária Anual (LOA) dos entes federados ou no Plano Plurianual no caso de programas ou ações previstos para o cumprimento a longo prazo (BRASIL, 2005; RIBEIRO, 2007; ANDRADE *et al.*, 2015). O contrato de rateio dispõe a respeito da dotação orçamentária e estima o valor total do convênio firmado, a fim de possibilitar a organização e execução dos serviços de saúde prestados pela entidade.

**Quadro 1.** Arranjos de consorciamento.

<p>1. MUNICÍPIO ↔ MUNICÍPIO                  Área de atuação: o território dos municípios</p>
<p>2. MUNICÍPIOS ↔ ESTADOS                  Área de atuação: o território dos municípios</p>
<p>3. ESTADO ↔ ESTADO                  Área de atuação: o território dos Estados</p>
<p>4. UNIÃO ↔ ESTADOS E/OU DISTRITO FEDERAL                  Área de atuação: o território dos Estados e/ou Distrito Federal</p>
<p>5. UNIÃO</p> <p>ESTADOS ↔ MUNICÍPIOS                  Área de atuação: o território dos municípios</p>

Fonte. Ribeiro (2007).

### O CISRGA em Barra do Garças

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Garças/Araguaia é um modelo de gestão associada em Mato Grosso, instituído em 1998, formado por oito municípios, proporciona aos aproximadamente 89.027 munícipes, assistência médica especializada.

Em 29 de abril de 1998, foi criado o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Garças/Araguaia, através da Ata nº 01/98, como um consórcio público, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, regido pelo Estatuto alterado em 03 de dezembro de 2018 (CISRGA, 2018a).

O CISRGA é composto pelos municípios Araguaiana, Barra do Garças, General Carneiro, Novo São Joaquim, Pontal do Araguaia, Ponte Branca, Ribeirãozinho e Torixoréu. Possui o objetivo de prestar serviços públicos de saúde, de apoio diagnóstico e terapêutico de natureza especializada, atendimento hospitalar e ambulatorial aos cidadãos dos municípios consorciados.

O primeiro Conselho Diretor foi composto pelos prefeitos de Barra do Garças, General Carneiro e Torixoréu, nos cargos de Presidente, Vice-presidente e Secretário Geral, respectivamente, com mandato terminando em 31 de dezembro de 1998. No biênio 2019-2020, a Diretoria Executiva está sob responsabilidade dos municípios de Pontal do Araguaia (Presidência), Ponte Branca (Vice-presidência) e Barra do Garças (Secretaria Geral). Os recursos financeiros que compõem o Consórcio incluem: cota de contribuição dos municípios integrantes; auxílio concedido por entidade pública ou privada; saldos de exercício e rendas eventuais (CISRGA, 1998).

O ano de 2015 foi um marco importante para o Consórcio. Em setembro, foi autorizado o convênio, através da Lei nº 3662, de 02 de setembro de 2015, com o Hospital e Pronto Socorro Milton Pessoa Morbeck, localizado no município de Barra do Garças. O convênio permitiu a cessão de uso de bens, cessão de servidores públicos municipais, repasse de recursos financeiros. Cabe ao Hospital garantir o acesso aos serviços pactuados de forma regular e contínua, seguindo uma programação específica em cada uma de suas áreas de atuação, em consonância com a proposta organizacional da saúde para o município e microrregião (BARRA DO GARÇAS, 2015).

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O objeto de estudo deste trabalho foi o CISRGA, a fim de avaliar a sua situação atual, como também sua estrutura de funcionamento e aspectos do financiamento. Caracteriza-se por ser uma pesquisa quantitativa, tendo por objetivo aferir a opinião de usuários de serviços de saúde conduzidos por um consórcio.

Para avaliar a estrutura funcional e modalidades de serviços pactuados entre os municípios consorciados foram coletadas informações no Estatuto Constitutivo do CISRGA, no Regimento Interno e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

O financiamento do consórcio foi avaliado através do Relatório Informações Financeiras: transferência para municípios, disponível no sitio eletrônico da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso (SES/MT), da Portaria nº 087/2008/GBSES e do Contrato de Rateio nº 001/20 celebrado entre o município de Barra do Garças e o CISRGA.

Para estimar o tempo de atraso dos repasses financeiros do PAICI ao município de Barra do Garças entre os anos de 2015 a 2019 foi empregado a seguinte fórmula: Tempo de atraso (dias) = data real - data prevista para o repasse. Considerou-se como data real aquela presente no relatório Informações Financeiras e como data prevista, o dia 10 de cada mês. De acordo com a cláusula quarta do Contrato de Rateio, todo dia 10 de cada mês o Município deve repassar diretamente ao Consórcio pela rede bancária os valores acordados.

A percepção dos usuários sobre a qualidade dos serviços prestados pelo Hospital Pronto Socorro localizado no município de Barra do Garças foi estimada por intermédio de questionário fechado e da escala de Likert, tendo como base o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde do Ministério da Saúde (PNASS). As entrevistas ocorreram entre os meses de agosto e setembro de 2019, com 30 pacientes atendidos pelo Hospital. Os mesmos foram questionados sobre tempo de espera para agendar um procedimento e para ser atendido, e opinião sobre as condições higiênicas e qualidade no atendimento. Foi utilizada uma distribuição de frequência para os resultados, para isso, foi feita uma tabulação organizada de número de respostas em planilha do Excel e descritos como porcentagem.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Constituição Federal garante que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Uma forma de garantir a execução das políticas na área da saúde é a gestão associada dos recursos objetivando a cobertura total das ações. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde representam uma parceria entre os entes municipais, geralmente circunvizinhos, mediante a pactuação de recursos e regras de financiamento de serviços e de acesso, a fim de gerir de forma associada às incumbências estatais, para realização de objetivos de interesse comum (NETO, 2011).

O CISRGA é composto por oito municípios conforme exposto na Tabela 1.

**Tabela 1.** Municípios consorciados e número de habitantes.

<b>Municípios consorciados</b>	<b>População (hab.)</b>
Araguaiana	3.100
Barra do Garças	61.012
General Carneiro	5.540
Novo São Joaquim	5.074
Pontal do Araguaia	6.711
Ponte Branca	1.576
Ribeirãozinho	2.405
Torixoréu	3.609
<b>TOTAL</b>	<b>89.027 hab.</b>

**Fonte.** Dados do CISRGA (2018a) e IBGE (2020). Elaboração dos autores.

O CISRGA é composto administrativamente pelos órgãos: Assembleia Geral, Conselho Diretor, Conselho Fiscal, Conselho Técnico de Saúde e Secretaria Executiva. A estrutura administrativa interna é composta de cargos de carreira e em comissão (CISRGA, 2018b).

A principal finalidade do CISRGA é promover a assistência à saúde integral, isonômica e universal aos usuários dos entes consorciados, buscando a complementação dos serviços de saúde. Presta serviços no âmbito hospitalar, ambulatorial, de apoio diagnóstico e terapêutico de natureza especializada mediante pactuação (CISRGA, 2018b).

Para desempenhar suas funções, é permitido ao consórcio (CISRGA, 2018b):

- Contratar serviços médicos, ambulatoriais e laboratoriais, de média e alta complexidade;
- Contratar serviços especializados de pessoa física ou jurídica;
- Firmar convênios, contratos, parcerias, acordos de qualquer natureza, receber auxílios, contribuições e subvenções de outras entidades e órgãos públicos e/ou privados, de pessoas físicas ou jurídicas.

De acordo com o preconizado pelas diretrizes do CISRGA, os municípios dos territórios membros deverão ser preferencialmente atendidos por intermédio de convênios firmados pela compra de serviços de saúde, que deve obedecer à tabela de valores da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CISRGA, 2018b).

No contrato de prestação de serviços (entre a entidade e os profissionais) deverá estar discriminado: as modalidades de atendimento de cada profissional (consultas e exames ou somente consultas); as especialidades e forma de atendimento aos municípios (CISRGA, 2018b).

Os convênios pactuados estão referidos de acordo com as especialidades médicas, como odontologia, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, fonoaudiologia, gastroenterologia, ginecologia, obstetrícia, nefrologia, neurologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, reumatologia e vascular, e tipo de atendimento ofertado por cada especialidade (CISRGA, 2020a).

Ademais, o CISRGA possui convênios firmados na área de ultrassonografia, radiologia (incluindo a odontológica) e laboratório de análises clínicas. Outro serviço prestado pelo CISRGA são os atendimentos hospitalares, ambulatorial, serviços de

apoio de diagnóstico e terapêuticos de natureza especializada realizados no Hospital e Pronto Socorro Milton Pessoa Morbeck.

O Hospital localiza-se na cidade de Barra do Garças, encontra-se cadastrado no CNES sob o nº 2395886.

Na Tabela 2 estão descritos o número de leitos para assistência existente no Hospital.

**Tabela 2.** Descrição do número de leitos existente no Hospital.

<b>Leitos</b>	<b>Quantidade</b>
<b>CIRÚRGICO</b>	
Cardiologia	02
Cirurgia geral	10
Ginecologia	04
Nefrologiaurologia	01
Ortopediatraumatologia	08
<b>CLÍNICO</b>	
Clínica geral	20
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	02
<b>COMPLEMENTAR</b>	
Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto	10
Unidade isolamento	04
Unidade de cuidados intermediários pediátrico	03
<b>OBSTÉTRICO</b>	
Obstetrícia clínica	06
Obstetrícia cirúrgica	06
<b>PEDIÁTRICO</b>	
Pediatria clínica	14
Pediatria cirúrgica	01
<b>OUTRAS ESPECIALIDADES</b>	
Psiquiatria	04

**Fonte.** Dados do CNES (2020). Elaboração dos autores.

Estipular o número de leitos hospitalares para atender a certa população não é uma tarefa simples, dado que envolve a análise de um conjunto complexo de fatores, tais como recursos disponíveis, tecnologia, índices de utilização, necessidade de assistência. O cálculo do quantitativo de leitos necessários deve ser realizado por tipo de especialidade através de equações matemáticas considerando aspectos como população esperada, taxa de internação, fator de ajuste para a taxa de recusa, tempo de internação, taxa de ocupação e fator de ajuste para internações de não residentes (BRASIL, 2015a).

Os tipos de leitos hospitalares são determinados segundo os critérios definidos em portarias ministeriais, como faixa etária, tempo de permanência, definição de diagnóstico/terapêutica, intensidade do cuidado, tipo de especialidade (BRASIL, 2014a).

O Hospital é composto pelos setores de Urgência e Emergência, Ambulatorial, Hospitalar e Serviços de Apoio (CNES, 2020). Urgência é uma condição de agravo à saúde, com ou sem risco iminente de morte, que requer intervenção imediata para evitar complicações. Emergência é uma situação de agravo à saúde que ameaça à vida ou cause sofrimento intenso necessitando de assistência médica imediata. Segundo a Portaria 354, de 10 de março de 2014, “o serviço de Urgência e Emergência deve dispor

de infraestrutura física dimensionada de acordo com a demanda, complexidade e perfil assistencial da unidade, garantindo a segurança e a continuidade da assistência ao paciente” (BRASIL, 2014b). A unidade ambulatorial é o local destinado ao cuidado em saúde de pacientes externos, para diagnóstico e tratamento em regime de não internação. A área hospitalar é aquela designada a proporcionar aos cidadãos portadores de diversas patologias assistência médica integral, curativa e preventiva. As instalações complementares são setores em que se realizam serviços de apoio para auxiliar no diagnóstico ou recuperação da saúde (BRASIL, 1977).

O Hospital está habilitado a executar os serviços de laqueadura, vasectomia e UTI adulto. A habilitação em serviços, definida por legislação técnica específica, indica que o estabelecimento de saúde apresenta capacidade de executar certo procedimento que exige funções especializadas (Tabela 3).

**Tabela 3.** Descrição dos serviços habilitados no Hospital Pronto Socorro Milton Pessoa Morbeck

Descrição	Competência inicial	Competência final	Portaria	Data da Portaria
Laqueadura	11/1997	-	PT SAS N°48	19/12/2019
Vasectomia	01/1992	-	PT SAS N°48	19/12/2019
UTI adulto	08/2003	-	PT SAS 679	30/09/2002

**Fonte.** Dados do CNES (2020). Elaboração dos autores.

O CISRGA é muito importante para a microrregião Garças/Vale do Araguaia. A cidade de Barra do Garças tornou-se referência no atendimento em saúde, tanto a nível público quanto privado, sendo a sede do consórcio e onde localiza-se a maioria dos convênios pactuados (inclusive o Hospital Pronto Socorro). A pactuação dos serviços fomenta a economicidade, porquanto a compra de serviços em grande escala favorece o poder de barganha da instituição, diminui os gastos de deslocamento do paciente e amplia a resolutividade dos casos.

Ademais, o consorciamento entre os entes permite a oferta de serviços médicos de média e alta complexidade em pequenos municípios cujo aporte financeiro é escasso. Esse cenário de insuficiência financeira (falta de repasses do Estado e da União) é um dos grandes dilemas enfrentados pelos gestores no cotidiano sendo um dos motivos que culminaram, em 2015, segundo a entidade, na decisão de transformar a gestão municipal do Hospital de Barra do Garças em associada, gerida pelo consórcio (CISRGA, 2020b).

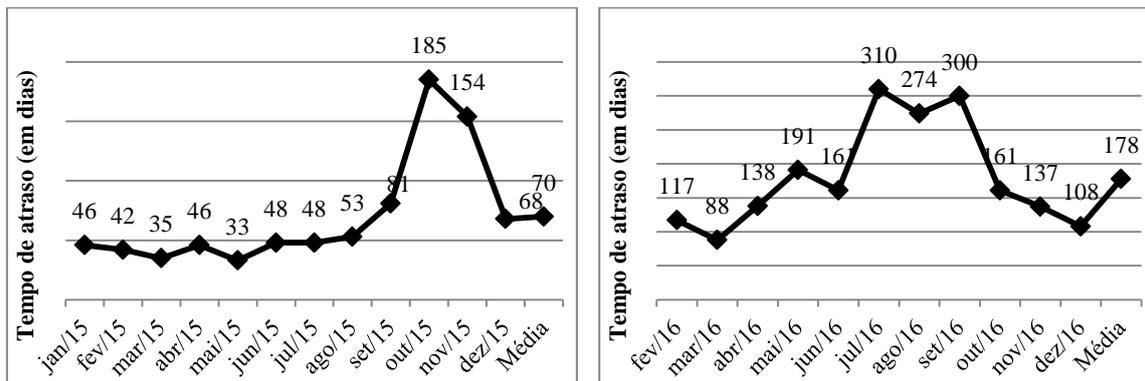
A irregularidade no financiamento das ações de saúde do CISRGA foi observada nos últimos anos. O PAICI, instituído através da Portaria n° 087/2008/GBSES, visa o repasse de incentivo aos municípios consorciados, no âmbito do SUS no Estado de Mato Grosso, mediante formalização de Termo de Compromisso, obedecendo critérios (população e cota per capita), ficando a cargo do Estado a cota de 50% da participação mensal financeira de cada município (SES/MT, 2008).

Os outros 50% ficam sob responsabilidade do município membro, que repassa o valor mensal do convênio ao consórcio segundo o estabelecido no Contrato de Rateio firmado anualmente, o qual determina que os repasses sejam em parcelas iguais e sucessivas, como descrito na dotação orçamentária consignada na LOA do município (CISRGA, 2020c).

O incentivo financeiro da Secretaria de Estado de Mato Grosso ao município de Barra do Garças foi avaliado nos anos de 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019 (Figuras 1 - 3).

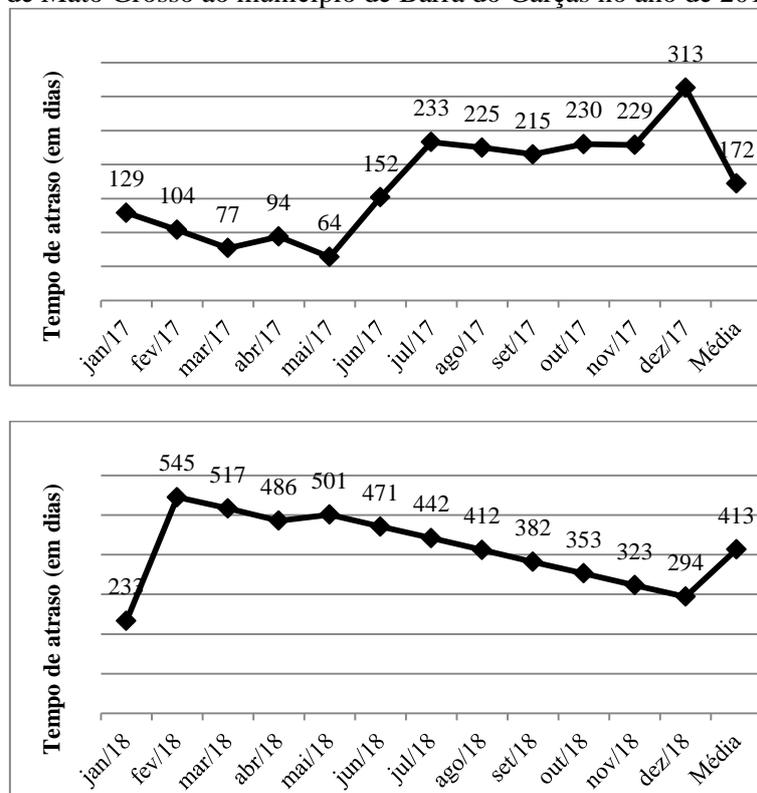
A irregularidade nos repasses é um fato marcante e recorrente, as competências do ano de 2015 foram quitadas com tempo médio de atraso de 70 dias, o mesmo ocorreu nos anos posteriores. Em 2016 e 2017, as parcelas foram repassadas em média com 178 e 172 dias de atraso. Destacam-se os anos de 2018 e 2019, nos quais os repasses foram realizados em média com 413 e 38 dias de atraso, respectivamente. A competência relativa ao mês de fevereiro de 2018, dentre as analisadas, foi a que apresentou o maior tempo para ser liquidada, 545 dias.

**Figura 1.** Demonstrativo de repasses financeiros do PAICI efetuados pela Secretaria de Estado de Mato Grosso ao município de Barra do Garças no ano de 2015 e 2016.



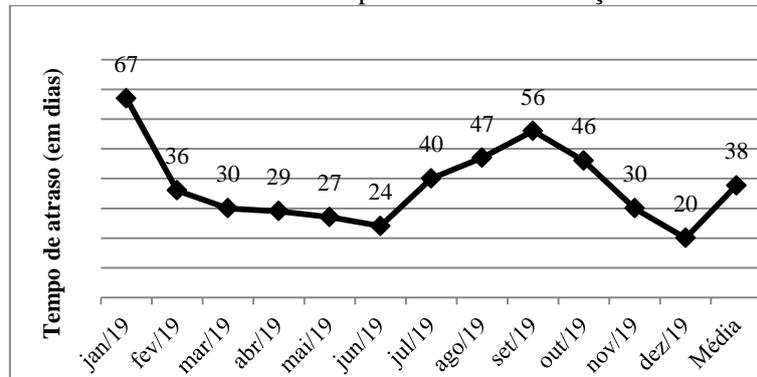
Fonte. Dados da SES/MT (2015; 2016). Elaboração dos autores.

**Figura 2.** Demonstrativo de repasses financeiros do PAICI efetuados pela Secretaria de Estado de Mato Grosso ao município de Barra do Garças no ano de 2017 e 2018



Fonte. Dados da SES/MT (2017; 2018). Elaboração dos autores.

**Figura 3.** Demonstrativo de repasses financeiros do PAICI efetuados pela Secretaria de Estado de Mato Grosso ao município de Barra do Garças no ano de 2019.



**Fonte.** Dados da SES/MT (2019). Elaboração dos autores.

Na avaliação dos repasses financeiros foi utilizado como referência o município de Barra do Garças, por ser o maior em contingente de habitantes e, conseqüentemente, receber os maiores valores monetários, contudo, o subfinanciamento pode ser replicado aos demais municípios consorciados. Isso gera um efeito em cascata, pois se o município não recebe o incentivo financeiro não será capaz de cumprir com suas obrigações perante o consórcio. Um gestor para desenvolver as políticas públicas necessita que as mesmas sejam financiadas, em um quadro de insuficiência financeira torna-se difícil garantir o acesso à saúde e promover o bem estar da população.

A problemática acerca do financiamento dos serviços públicos é uma característica marcante no país. Os gestores municipais na tentativa de garantir o acesso da população à assistência especializada têm extrapolado os gastos pactuados com o desenvolvimento de ações de saúde. Entre 2010 e 2017, as despesas públicas do Governo Federal cresceram 40,4% com a saúde, enquanto que o Estado aumentaram 49,4% e o município 71,6% (SILVA *et al.*, 2017).

A saúde está enfrentando outro desafio, após a promulgação do novo regime fiscal, que apresentou um novo cenário por 20 anos estabelecendo a desvinculação na CF das despesas (saúde e educação) com relação às receitas e um teto para as despesas primárias baseado na correção das despesas do ano anterior pela inflação do mesmo período. Em termos práticos, a despesa primária está congelada em um valor fixo obtido em 2016 (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

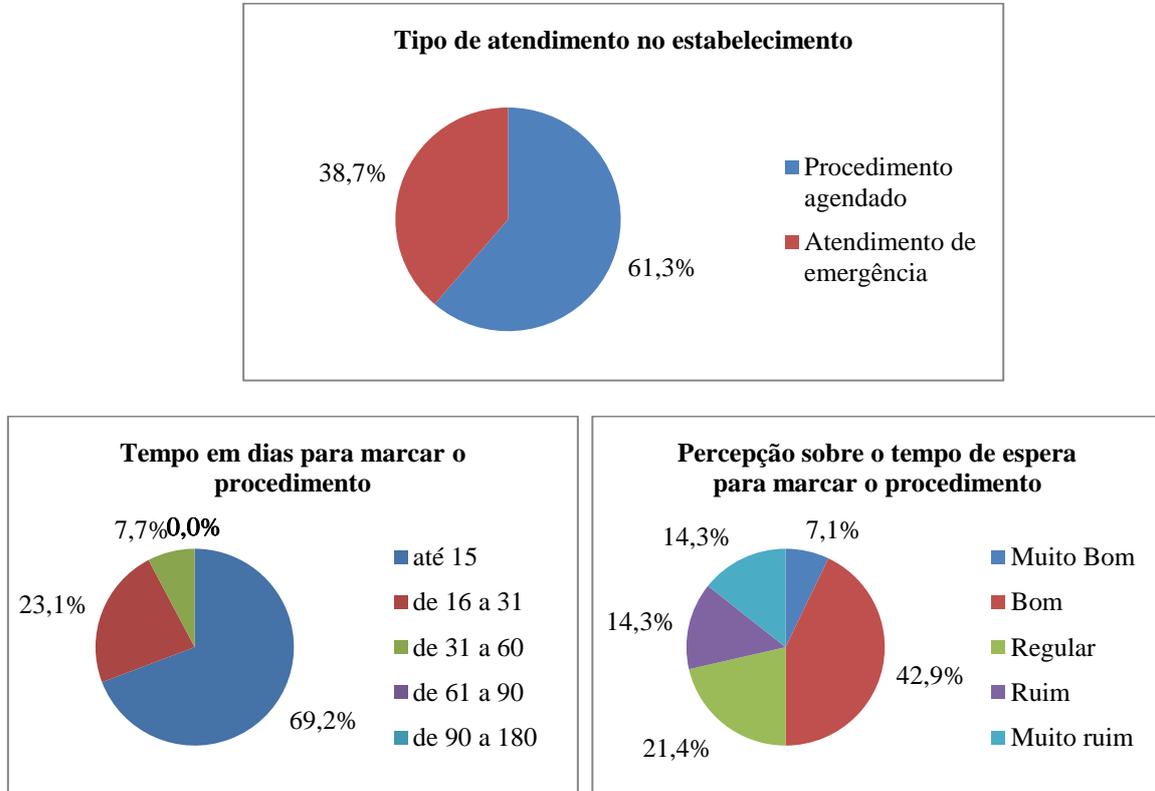
O fato do congelamento não levar em conta as transformações demográficas e epidemiológicas em curso no país, ocasionará o aumento das desigualdades na oferta de bens e serviços de saúde no território nacional. Isso pode resultar em um processo de disputa das diversas áreas do governo por recursos cada vez mais escassos, pois não haverá espaço no orçamento para todos (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

A maioria dos cidadãos acredita que tem direito a qualquer serviço do SUS. Mas, apenas 36,3% afirmam que o SUS investe na melhoria e expansão dos serviços (BRASIL, 2003). Por conseguinte, é necessária a disponibilidade de recursos financeiros suficientes e estáveis, com investimentos na capacitação de recursos humanos e modernização de processos de trabalho (VIEIRA; BENEVIDES, 2016), qualificação da atenção básica, construção de uma rede própria de serviços de média e alta complexidade descentralizada e fortalecimento da participação e controle social (LORENZETTI *et al.*, 2014).

Para conhecer o nível de satisfação dos usuários com os serviços prestados pelo

Hospital Milton Pessoa Morbeck, foi realizada uma entrevista entre os meses de agosto e setembro de 2019 (Figuras 4 a 7), baseada no PNAS (BRASIL, 2015b).

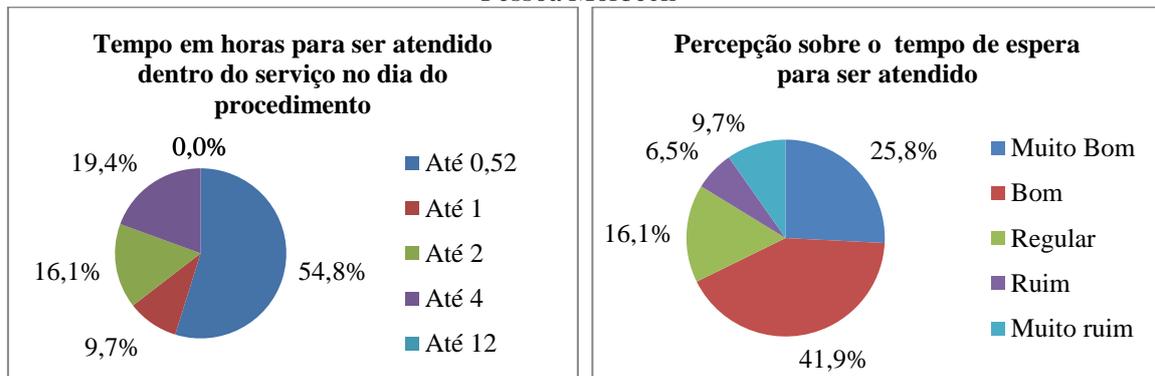
**Figura 4.** Percepção do tempo para agendar/marcar o procedimento pelo Hospital Milton Pessoa Morbeck.



Fonte. Elaboração dos autores.

A maioria dos entrevistados afirmou que precisou agendar/marcar o procedimento (já chegou com data e hora marcada para realizar o procedimento) e o tempo para o agendamento foi em torno de até 15 dias. 42,9% consideraram esse tempo de espera como bom (Figura 4). O tempo de espera pode variar de acordo com as necessidades terapêuticas do indivíduo e, embora o tempo para o serviço de saúde ofertar o procedimento seja considerado bom, é possível otimizar a gestão da proposta organizacional para a microrregião.

**Figura 5.** Percepção do tempo de espera no dia do procedimento no Hospital Milton Pessoa Morbeck

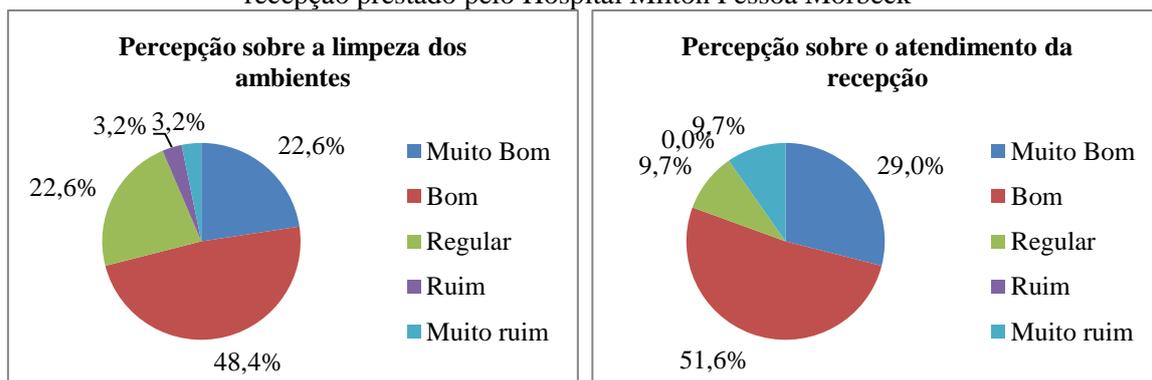


Fonte. Elaboração dos autores.

Em relação ao tempo de espera no dia do procedimento, 54,8% dos pacientes esperaram por até 31 minutos para serem atendidos e 41,9% consideraram o tempo de espera bom (Figura 5). Provavelmente no dia do atendimento houve uma boa organização interna entre a equipe de saúde e o tempo que os usuários aguardaram para serem atendidos fica em uma média suportável de espera, mesmo em uma rotina diária repleta de afazeres, na qual o tempo disponível é muito importante.

Consoante um estudo realizado, em 2003, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde para se conhecer a situação de saúde na opinião dos 3200 brasileiros residentes em vários municípios do país, o tempo de espera é uma fonte de insatisfação. 67 % dos participantes apontaram o fator tempo, que inclui tempo de espera, demora no atendimento, demora em filas de espera, demora para marcar consultas, demora na recepção, como um problema no atendimento prestado pelo SUS (BRASIL, 2003). O fator tempo de espera influencia diretamente a percepção dos pacientes concernentes aos serviços prestados pela instituição. No presente estudo, a maioria dos entrevistados considerou o tempo para o agendamento e realização no dia do procedimento como bom.

**Figura 6.** Percepção sobre a limpeza do ambiente e qualidade do atendimento da recepção prestado pelo Hospital Milton Pessoa Morbeck

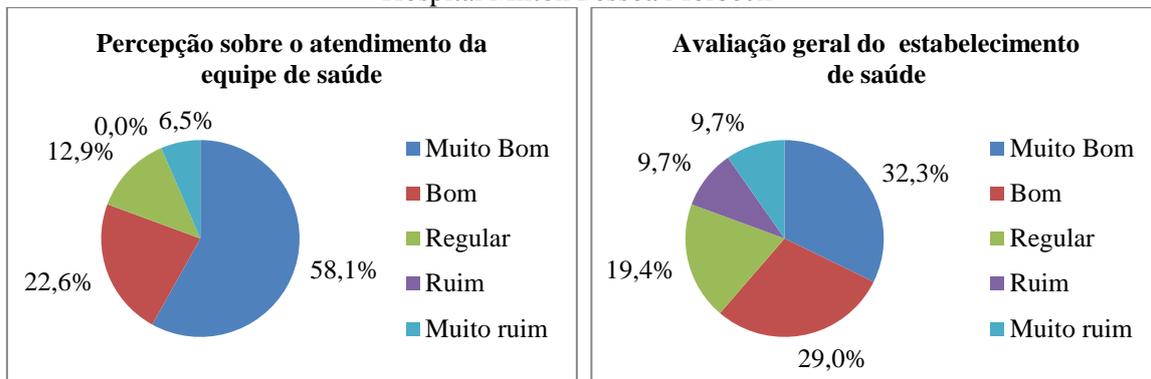


Fonte. Elaboração dos autores

Os pacientes também foram questionados acerca da limpeza do ambiente e qualidade do atendimento prestado. No quesito limpeza dos ambientes e atendimento da recepção, 48,4% e 51,6% (Figura 6) consideraram bom. Os usuários entenderam que o atendimento e limpeza do ambiente estavam a contento, foram bem recepcionados e acharam o local com boas condições de assepsia.

Nos itens atendimento da equipe de saúde e avaliação geral do estabelecimento de saúde, a maioria dos entrevistados (Figura 7) respondeu que considera muito bom. Ao analisar os dados no geral, os pacientes atendidos pelo CISRGA no Hospital possuíam uma percepção, que varia entre bom a muito bom, a respeito da qualidade dos serviços prestados, assim, acredita-se que os profissionais de saúde do referido hospital possuem treinamento e capacitação adequadas à função. Na avaliação geral sobre o estabelecimento de saúde em questão 50% dos entrevistados avaliaram como bom e muito bom, isto leva a entender que o hospital é uma referência positiva na região.

**Figura 7.** Percepção sobre o atendimento da equipe de saúde e avaliação geral do Hospital Milton Pessoa Morbeck



Fonte. Elaboração dos autores

Segundo um estudo, quando os itens de avaliação (prevenção + assistência + promoção + reabilitação) foram considerados em conjunto, observou-se que 41,6% avaliaram que o SUS funciona bem ou muito bem. E a qualidade boa no atendimento prestado pelos profissionais enfermeiros e médicos é uma das principais causas de satisfação (BRASIL, 2003).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os municípios, sobretudo os de pequeno porte, apresentam dificuldades na provisão dos serviços voltados à atenção à saúde e o consorciamento intermunicipal mostra-se uma alternativa, dado que é um instrumento de gestão, incentiva a redução de gastos, o aumento do poder de negociação e do acesso dos munícipes dos entes consorciados a serviços de saúde especializados.

A análise dos aspectos financeiros limitou-se ao município de Barra de Barças. Em estudos futuros poderão ser estudados os demais membros do Consórcio a fim de avaliar o impacto do subfinanciamento para entidade.

Na primeira parte de nosso objetivo, foi possível analisar que o CISRGA tem diversos convênios médicos pactuados, incluindo serviços hospitalares, ambulatoriais e para fins de diagnóstico, atendendo a população da Região Garças/Vale do Araguaia, sendo um recurso na prestação da atenção secundária e terciária, possibilitando ao Estado cumprir suas obrigações fundamentais.

Dentre os convênios pactuados, destaca-se o Hospital e Pronto Socorro Milton Pessoa Morbec, o qual é referência em saúde para a microrregião ofertando atendimento em diversas especialidades médicas. É digno de nota que o estabelecimento possui uma avaliação geral muito boa, segundo a percepção dos usuários da atenção Hospitalar. Assim, entende-se que a segunda parte do objetivo de avaliar o nível de satisfação dos usuários dos serviços de saúde, foi plenamente atendido.

Na percepção dos usuários entrevistados pode-se sugerir que a maioria considera o Hospital e Pronto Socorro Milton Pessoa Morbec uma referência em qualidade de atendimento à saúde na região.

A investigação do assunto proposto neste trabalho foi de grande importância e nos traz uma preocupação com o futuro, pois, a inconstância nos repasses do PAICI aos municípios pode culminar na inadimplência financeira dos mesmos frente ao consórcio, causando a interrupção da oferta de serviços aos munícipes desses territórios, além de

impossibilitar o planejamento de ações.

A saúde é considerada um direito que deve ser acessível a todos os cidadãos, independentemente de qualquer condição, a fim de atender o nível mínimo de cuidado. Baseado nesta premissa o Estado poderia negar o cuidado à saúde do munícipe de outra localidade? Consoante a Constituição, o ser humano é detentor de direitos universais que sem discriminação de titularidade deveria ser acessível a todos.

Contudo, fica uma questão: como equalizar recursos escassos e atendimento integral e igualitário? Esta, sim, seria uma pergunta problema para futuras investigações com mais profundidade em nossa área de estudo. Podemos sugerir que os critérios de financiamento do SUS deveriam ser revistos, bem como a tabela de valores de procedimentos, a fim de ampliar o número de atendimentos e as especialidades médicas conveniadas e de não sobrecarregar os municípios que são referência em saúde e que geralmente arcam com grande parte das despesas. Porém, deixaremos para futuros estudos em um próximo artigo.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. M. *et al.* Consórcio público: um modelo de gestão aplicado na saúde pública da região de Juazeiro do Norte – CE. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 8, 2015, Brasília. **Anais** [...]. Brasília: CONSAD, 2015. p. 1-27. Disponível em: <[https://www.dropbox.com/sh/jea7o9oimtevco5/AADhHC8IaVrS\\_OqjnQdmzwZra?dl=0&preview=CONS%C3%93RCIO+P%C3%9ABLICO.pdf](https://www.dropbox.com/sh/jea7o9oimtevco5/AADhHC8IaVrS_OqjnQdmzwZra?dl=0&preview=CONS%C3%93RCIO+P%C3%9ABLICO.pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2020.

BARRA DO GARÇAS. **Lei nº 3662 de 02 de setembro de 2015**. Barra do Garças, MT: Poder Executivo Municipal, 2015. Disponível em: <<http://www.barradogarcas.mt.leg.br/leis/leis-ordinarias/leis-ordinarias-2015/lei-no-3-662-de-02-de-setembro-de-2.015/view>>. Acesso em: 30 abr. 2020.

BARRETO, I. F. J.; PAVANI, M. O direito à saúde na ordem constitucional brasileira. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, Vitória, v. 14, n. 2, p. 71-100, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18759/rdgf.v14i2.263>>. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 30 – Bsb, de 11 de fevereiro de 1977**. Brasília, DF: Presidência da República, 1977. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília: CONASS, 2003. 244 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/opiniaio\\_brasileiros1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/opiniaio_brasileiros1.pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. **Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005**. Brasília, DF, Presidência da República, 2005. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11107.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11107.htm)>. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. Consulta pública nº 6, de 12 de março de 2014. **Parâmetros assistenciais do SUS: Nota Técnica Seção A – Atenção hospitalar (leitos e internações)**. Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/02/Se----o-A---Aten---o-Hospitalar--Leitos-e-Interna----es-.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 354, de 10 de março de 2014**. Brasília, Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354\\_10\\_03\\_2014.htm](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.htm)>. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/02/ParametrosSUS.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 64 p. Disponível em <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass\\_programa\\_nacional\\_avaliacao\\_servicos.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2020.

CISRGA. **Ata nº 01: criação do Consórcio Intermunicipal de Saúde Garças-Araguaia**. Barra do Garças - MT, 1998. Disponível em: <[https://www.cisrga.com.br/wp-content/uploads/2020/01/Ata\\_no\\_01-1998\\_Criacao\\_do\\_Consorcio\\_de\\_29\\_de\\_Abril\\_de\\_1998.pdf](https://www.cisrga.com.br/wp-content/uploads/2020/01/Ata_no_01-1998_Criacao_do_Consorcio_de_29_de_Abril_de_1998.pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2020.

CISRGA. **Reforma Estatutária**: aprovada em 03 de dezembro de 2018. Barra do Garças - MT, 2018a. Disponível em: <[https://www.cisrga.com.br/wp-content/uploads/2020/01/CISRGA\\_-\\_Reforma\\_Estatutaria.pdf](https://www.cisrga.com.br/wp-content/uploads/2020/01/CISRGA_-_Reforma_Estatutaria.pdf)>. Acesso em: 30 abr.

2020.

CISRGA. **Regimento Interno:** aprovado em 11 de dezembro de 2018. Barra do Garças – MT, 2018b. Disponível em: <[https://www.cisrga.com.br/wp-content/uploads/2020/01/CISRGA\\_-\\_Regimento\\_Interno.pdf](https://www.cisrga.com.br/wp-content/uploads/2020/01/CISRGA_-_Regimento_Interno.pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2020.

CISRGA. **Saúde/Convênio.** Barra do Garças – MT, 2020a. Disponível em: <<https://www.cisrga.com.br/saude-convenios/>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

CISRGA. **Consórcio de Saúde assume a gestão do Pronto Socorro Municipal.** Barra do Garças – MT, 2020b. Disponível em: <<https://www.cisrga.com.br/2020/01/24/consorcio-de-saude-assume-a-gestao-do-pronto-socorro-municipal/>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

CISRGA. **Contrato de Rateio nº 001/2020 celebrado entre o município de Barra do Garças e CISRGA.** Barra do Garças – MT, 2020c. Disponível em: <<https://www.cisrga.com.br/publicacoes/atos-oficiais/convenios-atos-oficiais/convenios-atos-oficiais-2020/>>. Acesso em: 16 abr. 2020.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde:** ficha estabelecimento. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/index.jsp?coUnidade=5101802395886>>. Acesso em: 05 mai. 2020.

IBGE. **Municípios: população estimada em 2019.** Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 20 abr. 2020.

LINHARES, P. T. F. S.; MESSEMBERG, R. P.; FERREIRA, A. P. L. Transformações na federação brasileira: o consórcio intermunicipal no Brasil do início do século XXI. **Boletim de Análise Político-Institucional**, n. 12, p. 67-74, jul./dez. 2017. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8102>>. Acesso 30 abr. 2020.

LORENZETTI, J.; LANZONI, G. M. M.; ASSUITI, L. F. C.; PIRES, D. E. P.; RAMOS, F. R. S. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto & Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-425, jun. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072014000290013>>. Acesso em: 27 mar. 2020.

NETO, L. G. B. Aspectos Jurídicos, Contábeis e Financeiros dos Consórcios Públicos. **Revista Controle**, v. IX, n. 1, p. 215-227, jan/jun. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.32586/rcda.v9i1.122>>. Acesso em: 27 mar. 2020.

RIBEIRO, W. A. Cooperação Federativa e a Lei de Consórcios Públicos. **Confederação Nacional de Municípios**, Brasília, 2007, p. 72. Disponível em: <[https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca\\_antiga/Cons%C3%B3rcios%20Publicos%20\(2007\).pdf](https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca_antiga/Cons%C3%B3rcios%20Publicos%20(2007).pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2020.

SES/MT. **Portaria nº 087/2008/GBSES, de 18 de junho de 2008.** Cuiabá, MT. Disponível em: <<https://www.iomat.mt.gov.br/ver-pdf/1761/#/p:36/e:1761?find=paici>>. Acesso em: 30 abr. 2020.

SES/MT. **Relatório de Transferência de Recursos da Saúde para os Municípios: 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019.** Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/informacoes-financeiras>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

SILVA, C. R.; CARVALHO, B. G.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. F.; P. A. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, abr. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. **Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada**. Nota Técnica nº 28, Brasília, set. 2016. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/160920\\_nt\\_28\\_disoc.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2020.