

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Marcus Vinicius da Silva Costa

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELOS CONSÓRCIOS
PÚBLICOS INTERMUNICIPAIS DE MINAS GERAIS NA PERSPECTIVA DE
GESTORES DE SAÚDE

Belo Horizonte

2023

Marcus Vinicius da Silva Costa

**AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELOS CONSÓRCIOS
PÚBLICOS INTERMUNICIPAIS DE MINAS GERAIS NA PERSPECTIVA DE
GESTORES DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mirela Castro Santos Camargos.

Belo Horizonte

2023

C837a Costa, Marcus Vinícius da Silva.
Avaliação dos serviços prestados pelos Consórcios Públicos Intermunicipais de Minas Gerais na perspectiva de gestores de saúde [recurso eletrônico] / Marcus Vinícius da Silva Costa. - - Belo Horizonte: 2023.
104f.: il. Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientadora: Mirela Castro Santos Camargos
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Consórcios de Saúde. 2. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. 3. Administração de Serviços de Saúde. 4. Atenção à Saúde. 5. Dissertação Acadêmica. I. Camargos, Mirela Castro Santos. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: W 84.3

Bibliotecária responsável: Monaliza Maria da Silveira Caires Lima CRB-6/1707.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ATA DE NÚMERO 103 (CENTO E TRÊS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELO CANDIDATO MARCUS VINICIUS DA SILVA COSTA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 18 (dezoito) dias do mês de outubro de dois mil e vinte e três, às 15:00 (quinze horas), realizou-se, por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS INTERMUNICIPAIS DE MINAS GERAIS NA PERSPECTIVA DE GESTORES DE SAÚDE", do aluno *Marcus Vinicius da Silva Costa*, candidato ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Política, Planejamento e Avaliação em Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Mirela Castro Santos Camargos, Doane Martins da Silva e Kátia Ferreira Costa Campos, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- (X) APROVADO;
() APROVADO COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
() REPROVADO.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 18 de outubro de 2023.

Profª. Drª. Mirela Castro Santos Camargos
Membro Titular - Orientadora (UFMG)

Profª. Drª. Doane Martins da Silva
Membro Titular (UFMG)

Profª. Drª. Kátia Ferreira Costa Campos
Membro Titular (UFMG)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por **Mirela Castro Santos Camargos, Coordenador(a)**, em 23/10/2023, às 11:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Doane Martins da Silva, Professora do Magistério Superior**, em 24/10/2023, às 06:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Katia Ferreira Costa Campos, Supervisor(a)**, em 30/10/2023, às 18:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Davidson Luis Braga Lopes, Secretário(a)**, em 31/10/2023, às 15:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2726253** e o código CRC **BF6F78F3**.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me dar saúde e força para enfrentar todo este desafio, principalmente força psicológica para chegar até o final desta etapa.

Ao Alexandre, porque nada disso seria possível sem você me apoiando. Agradeço por continuar acreditando na minha capacidade, pois mesmo quando eu queria desistir você estava ao meu lado para não deixar acontecer.

A minha mãe Eliane e ao meu pai Walteir, por sempre me incentivarem a alcançar meus objetivos e sempre me apoiarem quando precisei.

Ao meu irmão, minha sobrinha Clara e sobrinho Kauã, que mesmo não estando sempre ao meu lado, sei que estão torcendo por mim.

A minha orientadora, Profa. Dr^a. Mirela, que sempre foi compreensiva e disponível. Uma orientadora com paciência que sempre me ajudou quando precisei e confiava na minha capacidade em momentos que eu mesmo não estava acreditando.

A Prof^a. Sônia, que sempre me incentivou a entrar no mestrado e que tenho o maior prazer de ajudar nas disciplinas e orientações dos alunos da graduação. Que teve o carinho de ler toda a dissertação e me ajudou sempre que necessário nesta etapa.

A minha fisioterapeuta Dr^a. Janete, amiga e companheira de luta do dia a dia. Nossa parceria e seu apoio foram fundamentais durante essa caminhada.

A toda a equipe antiga Diretoria de Articulação de Consórcios Interfederativos, sempre atuante para que possamos cumprir nossos objetivos, mas sempre mantendo as risadas e compartilhando informações.

E por último, mas não menos importante, aos colegas e professores do mestrado, que propiciaram grandes momentos de discussão durante as aulas e que contribuíram para meu crescimento profissional.

“Eficiência, por exemplo, não significa um corte de custos desenfreado. É você diminuir custos em coisas que não agregam ao paciente, ao profissional de saúde, e direcionar os recursos para onde de fato eles fazem diferença.”

Pedro de Godoy Bueno (CEO do Grupo Dasa).

RESUMO

COSTA, Marcus Vinicius da Silva. **Avaliação dos serviços prestados pelos Consórcios Públicos Intermunicipais de Minas Gerais na perspectiva de gestores de saúde**. 2023. 104 f. 2023. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2023.

Introdução: um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é a descentralização de serviços de saúde, com uma única direção em cada esfera de governo e tendo os estados e municípios responsabilidade compartilhada pela gestão de políticas públicas. A autonomia municipal tornou-se mais factível por meio de acordos de cooperação, entre os entes interessados na realização de um mesmo objetivo. Dessa cooperação, resultam os consórcios interfederativos, que são associações voluntárias seja por meio de municípios, estados e/ou união. Assim como ocorrem em outras regiões do país, os consórcios de saúde em Minas Gerais existem devido a uma necessidade dos municípios de se unirem, já que sozinhos, não conseguiriam prestar determinado tipo de serviço para a sociedade. A avaliação precisa ser pensada não só como um julgamento do serviço que está sendo prestado, mas também como uma oportunidade de mudanças. **Objetivo:** avaliar os serviços prestados pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais na perspectiva de gestores municipais. **Metodologia:** do ponto de vista metodológico trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que foi realizada com os gestores municipais de saúde do estado de Minas Gerais nas 14 Macrorregiões de Saúde. Os dados foram coletados por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, de fevereiro a setembro de 2023. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e a coleta de dados só foi iniciada após aprovação. A realização das entrevistas ocorreu entre março e setembro de 2023, sendo utilizado um roteiro semiestruturado. Considerando que se trata de investigação para um Programa de Mestrado Profissional e do curto tempo para a pesquisa, optou-se pela quantidade pré-definida de 14 participantes. As entrevistas foram gravadas, ouvidas na totalidade, transcritas e submetidas à Análise de Conteúdo, seguindo a modalidade de Análise Temática. **Resultados e discussão:** foram organizadas três categorias de análise: a primeira aborda a participação dos consórcios na Rede de Atenção à Saúde, a qual foi relacionada com a referência e contrarreferência,

Transporte Sanitário Eletivo, atenção especializada e compra de medicamentos. Na segunda categoria, foi apresentado o alcance das finalidades propostas, abordando a atenção especializada e o consórcio de saúde como uma ferramenta importante para os municípios de pequeno porte. Na terceira e última categoria, foram apresentadas as potencialidades e fragilidades, com destaque para a discussão de pontos como a distância do consórcio, o valor dos procedimentos, a variedade de procedimentos e a qualidade do serviço. O estudo revelou que os participantes reconhecem a importância do consórcio para a integração da Rede de Atenção à Saúde. Contudo, mesmo sabendo da importância dos consórcios, nem sempre os serviços são prestados da melhor maneira para os pacientes do SUS. **Considerações finais:** durante a realização deste estudo, ficou evidente a necessidade de os gestores entenderem a Rede de Atenção à Saúde e saber da importância que os consórcios têm na rede para ajudar os municípios a prestarem os serviços para a população. Cabe ressaltar que o consórcio de saúde representa uma valiosa estratégia que pode auxiliar os municípios a fortalecerem seu fluxo dentro da Rede de Atenção à Saúde.

Palavras-chave: consórcio intermunicipal de saúde; avaliação de serviços de saúde; gestão dos serviços de saúde; rede de atenção à saúde.

ABSTRACT

COSTA, Marcus Vinicius da Silva. **Evaluation of the services provided by the Intermunicipal Public Consortiums of Minas Gerais from the perspective of health managers**. 2023. 104 f. 2023. Dissertation (Professional Master's Degree in Health Services Management) – School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, 2023.

Introduction: one of the principles of the Unified Health System (UHS) is the decentralization of health services, with a single direction in each sphere of government and states and municipalities having shared responsibility for the management of public policies. Municipal autonomy became more feasible through cooperation agreements between entities interested in achieving the same objective. This cooperation results in interfederative consortia, which are voluntary associations whether through municipalities, states and/or unions. As in other regions of the country, health consortia in Minas Gerais exist due to a need for municipalities to come together, as alone they would not be able to provide a certain type of service to society. Evaluation needs to be thought of not only as a judgment of the service being provided, but also as an opportunity for change. **Objective:** to evaluate the services provided by Intermunicipal Health Consortia in Minas Gerais from the perspective of municipal managers. **Methodology:** from a methodological point of view, this is a research with a qualitative approach, which was carried out with municipal health managers in the state of Minas Gerais in the 14 Health Macroregions. Data were collected through interviews with a semi-structured script, from February to September 2023. The project was submitted to the Research Ethics Committee of the Federal University of Minas Gerais and data collection only began after approval. The interviews took place between March and September 2023, using a semi-structured script. Considering that this is research for a Professional Master's Program and the short time for the research, a pre-defined number of 14 participants was chosen. The interviews were recorded, listened to in full, transcribed and submitted to Content Analysis, following the Thematic Analysis modality. **Results and discussion:** three categories of analysis were organized: the first addresses the participation of consortia in the Health Care Network, which was related to referral and counter-referral, Elective Health Transport, specialized care and purchase of medicines. In the second category, the scope of the proposed purposes was presented, addressing specialized care and the health

consortium as an important tool for small municipalities. In the third and final category, the strengths and weaknesses were presented, with emphasis on the discussion of points such as the distance from the consortium, the value of the procedures, the variety of procedures and the quality of the service. The study revealed that participants recognize the importance of the consortium for the integration of the Health Care Network. However, even knowing the importance of consortia, services are not always provided in the best way for SUS patients. **Final considerations:** during this study, it became evident the need for managers to understand the Health Care Network and know the importance that consortia have in the network to help municipalities provide services to the population. It is worth noting that the health consortium represents a valuable strategy that can help municipalities strengthen their flow within the Health Care Network.

Keywords: intermunicipal health consortium; evaluation of health services; management of health services; health care network.

LISTA FIGURAS

Figura 1 – Possibilidades das composições dos consórcios públicos.....	20
Figura 2 – Linha do tempo dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais.....	24
Figura 3 – Divisão administrativa de Minas Gerais entre Superintendências Regionais de Saúde e Gerências Regionais de Saúde.....	31
Figura 4 – Divisão por macro e microrregiões conforme o Plano diretor de regionalização do SUS/MG 2019	32
Figura 5 – Divisão por microrregiões e municípios consorciados.....	33

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentual de municípios com consórcios públicos, segundo a área de atuação - 2015/2019.....	22
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fatores que favorecem ou dificultam o consorciamento intermunicipal .	21
Quadro 2 – Caracterização dos participantes do estudo.....	38
Quadro 3 – Potencialidades e fraquezas dos consórcios.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
CEAE	Centro Estadual de Atenção Especializada
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GRS	Gerências Regionais de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SETS	Sistema de Transporte Eletivo em Saúde
SRS	Superintendências Regionais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSE	Transporte Sanitário Eletivo
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
URS	Unidades Regionais de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	14
1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVO.....	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1	Consórcio Intermunicipal de Saúde.....	19
3.2	Avaliação em saúde.....	25
4	METODOLOGIA DA PESQUISA	30
4.1	Caracterização do estudo	30
4.2	Cenário do estudo	30
4.3	Participantes do estudo	33
4.4	Técnica de coleta de dados	34
4.5	Técnica de análise de dados.....	35
4.6	Considerações éticas	36
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
5.1	Participação dos consórcios na RAS	39
5.2	O Consórcio Intermunicipal de Saúde e o alcance das finalidades propostas.....	50
5.3	O que se pode melhorar nos Consórcios Intermunicipais de Saúde.....	56
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO... 74	
	APÊNDICE B – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA..... 76	
	APÊNDICE C – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DOS PESQUISADORES..... 79	
	APÊNDICE D – PRODUTO TÉCNICO I: PROPOSTA DE OFICINA	80
	APÊNDICE E – PRODUTO TÉCNICO II: RELATÓRIO TÉCNICO..... 85	
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG.. 99	

APRESENTAÇÃO

Sou formado em Administração de Empresas pelo Centro Universitário UNA, graduado em Gestão de Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com MBA Executivo em Gestão Hospitalar pela Faculdade UniBF e Gestão das Organizações Públicas de Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Tenho trajetória profissional de 14 anos vinculado ao setor público de saúde. No período de 2009 a 2019, trabalhei no serviço administrativo de uma unidade básica de saúde do Município de Belo Horizonte. Com o passar dos anos, identifiquei-me com a gestão, dando início a minha segunda graduação no curso de Gestão de Serviços de Saúde, na UFMG. Entre 2019 e 2021, trabalhei com implantação e suporte de *software* de gestão em saúde e educação para municípios e, desde fevereiro de 2021, estou desenvolvendo atividades na Diretoria de Articulação de Consórcios Interfederativos vinculada à Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES/MG). Essa vinculação me motivou no desenvolvimento deste no mestrado profissional.

Ao cursar a disciplina de Avaliação de Políticas de Saúde, percebi a escassez de estudos relacionados à avaliação dos consórcios no Estado de Minas Gerais, fato corroborado quando entrei na Diretoria de Articulação de Consórcios Interfederativos para desempenho das funções inerentes ao cargo. No decorrer de 2021, observei, em especial, uma lacuna no quesito relacionado a uma avaliação dos serviços prestados pelos consórcios de saúde aos municípios, o que me levou ao interesse e aos estudos sobre o tema.

A escolha do mestrado profissional na linha de pesquisa “Política, Planejamento e Avaliação em Saúde” foi um desejo com vistas a contribuir para a produção de serviços de qualidade pelos consórcios aos municípios consorciados e ao paciente. Além de ser de grande valia para meu crescimento profissional e acadêmico, uma vez que hoje me vejo com maior maturidade profissional e com a possibilidade de futuramente inserir no doutorado a fim de consolidar a minha formação.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) assegura a toda sociedade o direito universal e integral à saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a universalidade e integralidade, com o financiamento tripartite (União, Estados e Municípios), princípios reafirmados na Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990). Dessa forma, compreende-se a saúde como um direito fundamental, devendo promover acesso universal e igualitário às ações e serviços, com ênfase na promoção, proteção e recuperação da saúde.

É outro princípio do SUS a descentralização de serviços de saúde, com uma única direção em cada esfera de governo e tendo os estados e municípios responsabilidade compartilhada pela gestão de políticas públicas (Brasil, 1990). Por meio da descentralização foi possível aumentar a oferta de serviços no nível local e, ainda, criar políticas públicas de saúde de acordo com a necessidade real do município, além de ampliar a complexidade dos procedimentos a serem prestados (Barata; Tanaka; Mendes, 2004).

Por sua vez, esses procedimentos aumentam cada vez mais a necessidade de ampliação nos recursos financeiros a serem executados e com o considerável incremento das atividades, observou-se, também, maior participação dos municípios no financiamento dos serviços de saúde (Morais *et al.*, 2021; Neves; Ribeiro, 2006).

Entretanto, com o avanço da descentralização, foi possível perceber que um município isoladamente pode possuir limitações para fornecer todos os serviços de saúde necessários à população, especialmente quando os recursos de investimento e custeio necessários são altos (Pires, 2015; Gonçalves, Guimarães; Lima, 2020). Como explicitado por Souto Júnior (2010), em municípios com até 30.000 habitantes, a autonomia municipal levou ao déficit na oferta de serviços de saúde que são prestados à população, em função de não possuírem estruturas administrativas com recursos humanos suficientes e eficientes, além da ausência de equipes técnicas e da precariedade dos investimentos.

O grande número de pequenos municípios, com pouca ou nenhuma disponibilidade de serviços de média e alta complexidade, principalmente pela baixa remuneração oferecida e insuficientes recursos financeiros para implementação de ações de saúde, aumenta a necessidade de parcerias para a organização e gestão do sistema de saúde (Lima, 2000; Freitas; Oliveira, 2015). A parceria entre municípios

leva ao ganho de eficiência, dado que muitos municípios menores não possuem competência técnica e financeira de forma individual (Pires, 2015; Gonçalves; Guimarães; Lima, 2020).

Neste contexto, a autonomia municipal tornou-se mais factível por meio de acordos de cooperação, entre os entes interessados na realização de um mesmo objetivo. Essa cooperação resulta nos consórcios interfederativos que são associações voluntárias seja através de municípios, estados e/ou união (Machado; Andrade, 2014).

A cooperação ajudou os municípios se consorciarem para comprar e oferecer serviços com maior escala e com escopo definido de acordo com as necessidades, garantindo maior economia sempre com o desafio de prestar mais serviços com menos recursos, principalmente devido a demanda da sociedade aos serviços de saúde cada vez aumentarem mais e os recursos financeiros serem finitos (Souto Júnior, 2010; Morais *et al.*, 2021).

O consórcio ocorre quando existe a união ou associação de dois ou mais entes da mesma natureza jurídica e decidem criar um instrumento para melhorar a prestação de serviço no território como, por exemplo, a compra de medicamentos e procedimentos médicos. Essa atitude proporciona a ampliação da resolubilidade da rede de saúde (Muller; Greco, 2007).

Os consórcios públicos, na área de saúde, devem obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulam o SUS (Brasil, 2005). Eles apoiam na estratégia de descentralização na condução de objetivos gerais do SUS para a regionalização e hierarquização da oferta de serviços. São considerados inovações do setor público que podem ser adicionadas entre as iniciativas que criam soluções organizacionais que se afastam do típico modelo de administração direta, melhorando a gestão, promovendo serviços especializados e de maior complexidade tecnológica à população, com a possibilidade de alcançar ganhos econômicos (Neves; Ribeiro, 2006; Flexa; Barbastefano, 2019).

Assim como ocorrem em outras regiões do país, os consórcios de saúde em Minas Gerais existem devido a uma necessidade dos municípios de se unirem, já que sozinhos, não conseguiriam prestar determinado tipo de serviço para a sociedade.

A avaliação precisa ser pensada não só como um julgamento do serviço que está sendo prestado, mas também como uma oportunidade de mudanças (Campos, 2005). A avaliação dos serviços de saúde deve ser vista como componente essencial

da prestação de serviços, ou seja, como uma ferramenta importante para diagnosticar uma realidade, possibilitando nivelar os padrões mínimos de qualidade, dentro os princípios do SUS (Magalhães *et al.*, 2015).

Devido às especificidades de cada município e à necessidade de monitoramento periódico para uma melhor tomada de decisão do gestor, é fundamental analisar se os serviços prestados pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde estão atendendo a real necessidade dos municípios ou se são necessárias adequações para que essa demanda seja suprida.

Diante do exposto, emergiu o seguinte questionamento: como os gestores municipais avaliam os serviços prestados pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde em relação aos seus objetivos e necessidades do município?

Esta pesquisa se justifica pelo fato de os municípios necessitarem de ações efetivas para a garantia de acesso em saúde com integralidade e equidade, sendo fundamental que tais ações sejam planejadas e monitoradas para uma melhor decisão do gestor. Dessa forma, este estudo se fundamenta pela importância de avaliar se os gestores municipais consideram que o consórcio está prestando os serviços adequados às necessidades dos consorciados.

2 OBJETIVO

Avaliar os serviços prestados pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais na perspectiva de gestores municipais.

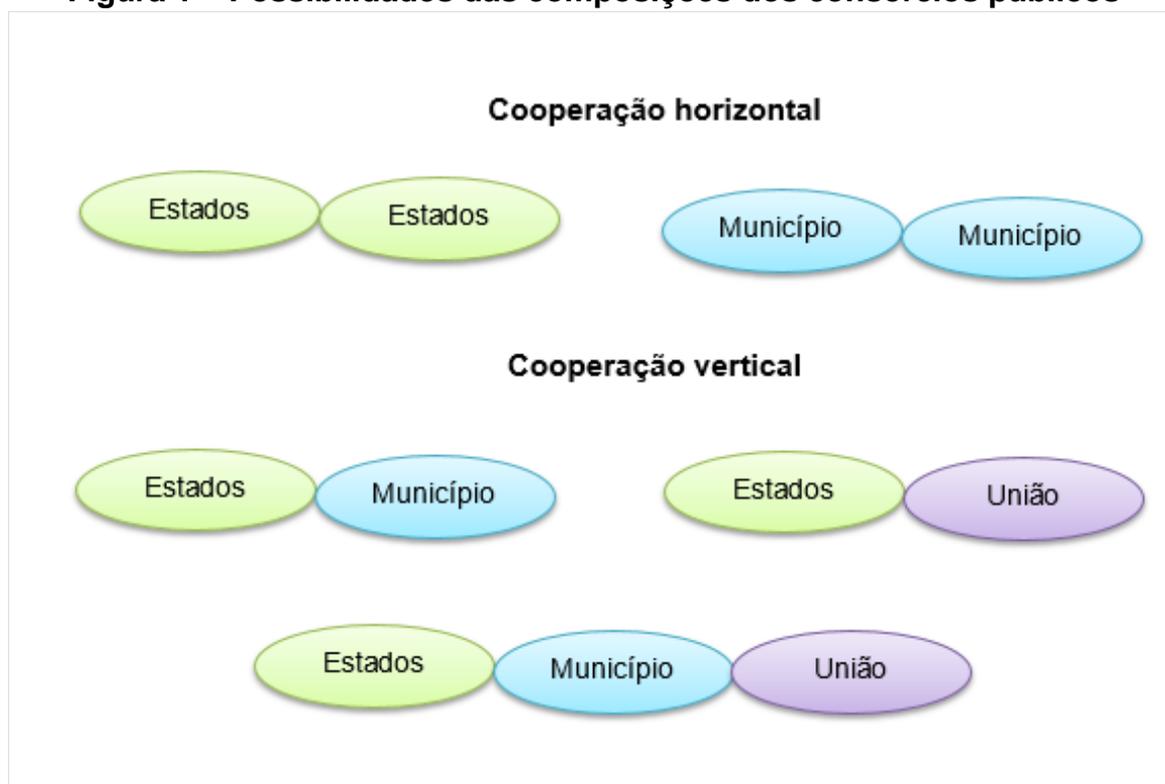
3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para o desenvolvimento deste estudo, o embasamento teórico foi realizado em duas temáticas complementares que demonstram o universo estudado. Primeiramente, foi abordada Consórcio Intermunicipal de Saúde e, na sequência, Avaliação em Saúde.

3.1 Consórcio Intermunicipal de Saúde

Segundo Ribeiro (2007), existem três tipos de consórcios: administrativos, públicos de direito público e públicos de direito privado. Os consórcios administrativos são os que foram constituídos antes da Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que é a lei dos consórcios públicos. Já os consórcios públicos de direito privado são considerados associação ou fundação e têm personalidade jurídica constituída por entes federativos, para realizar objetivos de interesse comum, sendo personificada sob o direito privado (Brasil, 2005). E por último, os consórcios públicos de direito público são considerados autarquias, podendo realizar objetivos de interesse comum ou viabilizar que um ente coopere com outro ente da federação.

Os consórcios públicos só podem ter em sua composição entes federativos, ou seja, só entre municípios (intermunicipais) ou entre estados, nessa composição sendo chamado de cooperação horizontal. Outra possibilidade é município(s), estado(s) e/ou Distrito Federal ou com a participação de todas as esferas federativas, sendo chamado de cooperação vertical, esta composição irá variar de acordo com a necessidade para a criação do consórcio (Confederação Nacional de Municípios, 2016), conforme a Figura 1.

Figura 1 – Possibilidades das composições dos consórcios públicos

Fonte: Adaptado de Confederação Nacional de Municípios (2016).

Os consórcios se apresentam como um valioso instrumento para a implantação de políticas públicas que propõem solucionar os problemas que acontecem em territórios multimunicipais como infraestrutura, meio ambiente e saúde (Flexa; Barbastefano, 2019).

A Confederação Nacional de Municípios (2016) apresenta fatores que favorecem ou dificultam a realização do consorciamento intermunicipal, compilados no Quadro 1.

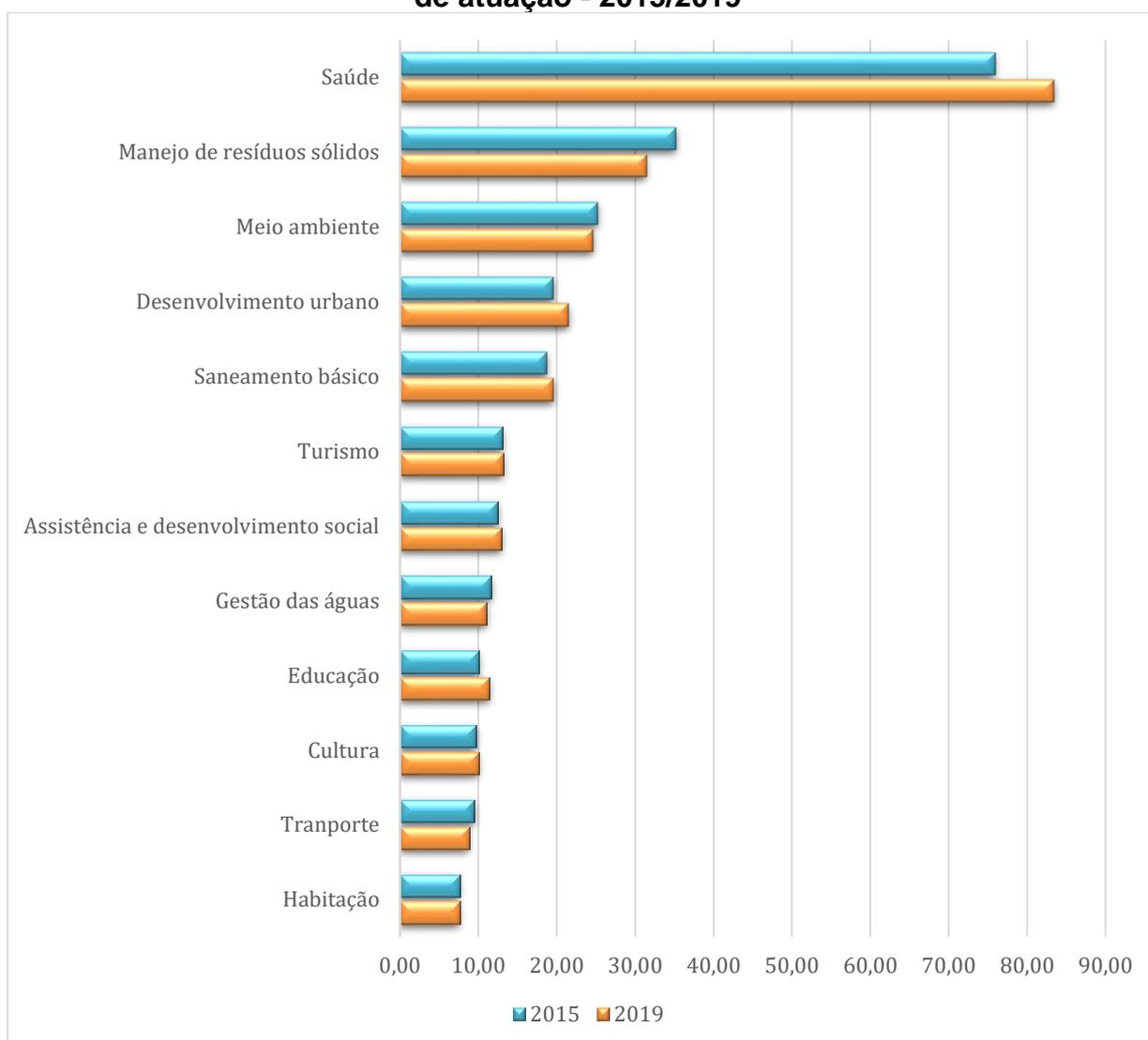
Quadro 1 – Fatores que favorecem ou dificultam o consorciamento intermunicipal

Fatores que favorecem	Fatores que dificultam
A identidade regional prévia entre os municípios consorciados, torna-se um estímulo político e social que pode favorecer a atuação conjugada;	A falta de uma identidade da região, vinculado ao baixo capital social das instituições locais;
A articulação entre as lideranças políticas regionais, mesmo em contextos adversos, possibilitando produzir alianças intermunicipais;	Municípios tomando decisão de forma individualista;
Interesse em resolver problemas que podem prejudicar os municípios e a população torna o consorciamento como uma estratégia para conseguir a solução;	Desavenças político-partidárias entre governantes;
O pensamento das políticas públicas pode aumentar as formas de consorciamento, e um deles é quando suas regras sistêmicas e/ou seus mecanismos de indução financeira apontam nesse sentido;	Conflitos intergovernamentais em algumas políticas públicas;
O auxílio do governo estadual e/ou federal, pode ser utilizado como um incentivo para a criação e continuação de um consórcio na região;	Falta de solução federativa dos níveis de governo, especialmente dos governos estaduais que não tem governabilidade direta; o que dificulta a obtenção de informação e conhecimento sobre a montagem e funcionamento de consórcios;
Quando se associam os prefeitos e governadores, pode ocorrer um favorecimento de algo que seja importante para os dois através dos pactos políticos;	A questão do associativismo ainda é menos destacada que a questão territorial;
Legislações que tornem mais atrativa e estável a opção do consorciamento.	Obstáculos ao associativismo intermunicipal, por parte dos Tribunais de Contas na interpretação do assunto no direito administrativo.

Fonte: Adaptado de Confederação Nacional de Municípios (2016, p. 32-33).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019), 96,7% dos municípios brasileiros em 2015 declararam participar de um consórcio público intermunicipal e no ano de 2019 o valor apresenta uma pequena queda para 95,1%. Na pesquisa, foram abordados 12 tipos de setores que tem a presença de consórcio, verificando-se que o maior percentual de municípios utiliza o consórcio na área da saúde (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Percentual de municípios com consórcios públicos, segundo a área de atuação - 2015/2019



Fonte: Adaptado de Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019).

O consorciamento a um Consórcio Intermunicipal de Saúde é uma decisão autônoma dos municípios. Em geral, esses estão localizados em área geográficas próximas e se associam para administrar e prover conjuntamente serviços de apoio

diagnóstico de maior densidade tecnológica e consultas especializadas à população. Pode ser considerado um instrumento utilizado pelos gestores municipais para superar os desafios locais, com o objetivo de ampliar a oferta dos serviços de saúde (Teixeira, Dowell; Bugarin, 2003; Grzelzak *et al.*, 2017).

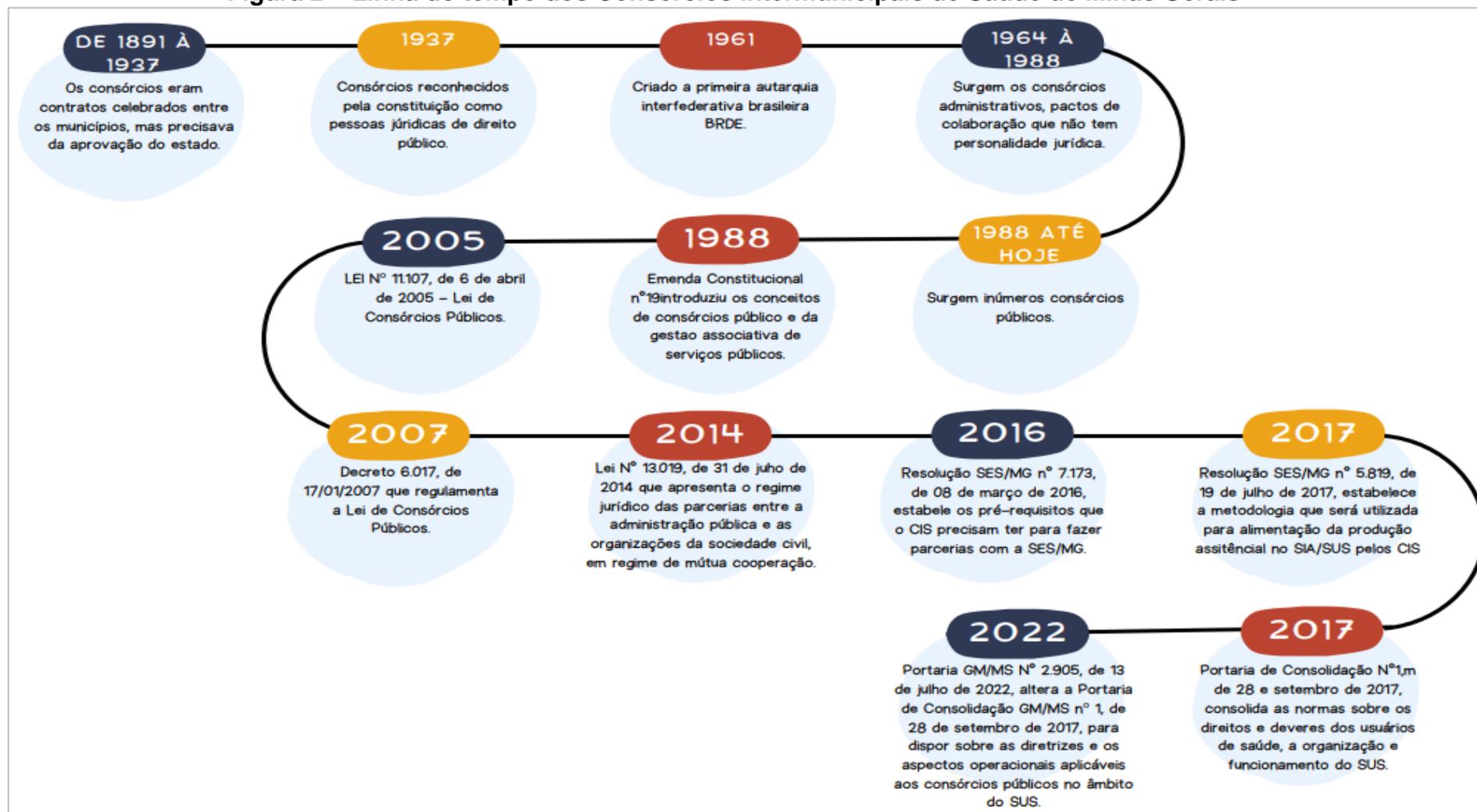
Os Consórcios Intermunicipais de Saúde passaram a ser vistos como estratégias de articulação e mobilização dos municípios, com coordenação estadual, de acordo com necessidades locais, respeitando as demandas de saúde, perfil epidemiológico, características geográficas e possibilidade de ofertas de serviços. Para tal, é imprescindível a vontade política, pois para ter um funcionamento adequado, o consórcio precisa, antes de tudo, estabelecer relação de caráter cooperativo (Lima, 2000).

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde apresentam como vantagens, do ponto de vista gerencial, a racionalização dos custos, resolução de demandas regionais sem se limitar às fronteiras administrativas dos municípios, além de efetivar o planejamento e execução das políticas públicas de saúde por meio de transferências de recursos financeiros (Minas Gerais, 2023).

A adesão dos municípios a um Consórcio Intermunicipal de Saúde tem ainda, como vantagem, a estruturação de uma rede de acordo com a capacidade de todos os atores envolvidos, otimizando os serviços prestados e referenciando os pacientes entre os municípios consorciados (Flexa; Barbastefano, 2019).

Na Figura 2, será apresentado a linha do tempo dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de Minas Gerais, iniciando em 1891, quando era necessário a aprovação do estado para realização dos contratos; passando por 1988, na Emenda Constitucional nº 9, que introduz os conceitos de consórcios públicos; 2007 com a Lei de consórcio; e, tendo em 2022, a Portaria do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e os aspectos operacionais aplicáveis aos consórcios públicos no âmbito do SUS.

Figura 2 – Linha do tempo dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais



Fonte: Adaptado de Ribeiro (2007, p. 19).

De acordo com a Figura 2, é possível perceber que a ideia de consorciamento existe desde o final do século XIX e, ao longo dos anos, foram instituídas legislações que auxiliam o uso da estratégia, sendo uma delas a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005 - Lei de Consórcios Públicos. A partir desse ano, tanto o governo federal quanto o estadual começam a criar Portarias e Resoluções específicas para os consórcios que prestam serviços de saúde.

Legislação mais específica para os consórcios na área da saúde só foi estabelecida pela Portaria GM/MS nº 2.905, de 13 de julho de 2022, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2022).

Um dos pontos abordados na Portaria GM/MS nº 2.905 é como ele poderá cumprir as finalidades e diretrizes, no âmbito do SUS (Brasil, 2022).

§ 1º Para o cumprimento de suas finalidades, o consórcio público, no âmbito do SUS, poderá:

I - executar ações e serviços de saúde;

II - firmar convênios, contratos, acordos de qualquer natureza, receber auxílios, contribuições e subvenções sociais e econômicas de outras entidades e órgãos do governo.

§ 2º Cabe aos respectivos gestores locais partícipes estabelecer a atuação dos consórcios públicos no âmbito do SUS, conforme as normas vigentes.

§ 3º Para fins do disposto no § 1º, as ações e os serviços públicos de saúde desenvolvidos pelos consórcios públicos deverão obedecer aos princípios, às diretrizes e às normas do SUS, sendo vedada a cobrança aos usuários." (NR) Art. 101-C. A constituição e a organização de consórcios públicos, no âmbito do SUS, devem observar as seguintes diretrizes:

I - estabelecimento de relações de cooperação federativa, com a finalidade de prestar serviços e desenvolver ações conjuntas que visem ao interesse coletivo e a benefícios públicos em saúde;

II - fortalecimento do federalismo cooperativo, do processo de regionalização e da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS;

III - melhoria da articulação e da coordenação entre os entes federados, de forma a potencializar a capacidade do setor público de ofertar ações e serviços de saúde, com ganhos de escala e eficiência; e

IV - observância aos pactos firmados e estabelecidos no Planejamento Regional Integrado (PRI), aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em relação à sua respectiva área de atuação (NR) (Brasil, 2022)

3.2 Avaliação em saúde

A avaliação é um elemento presente em diversas áreas e campos da sociedade. No entanto, a sua aplicação pode variar, gerando uma ambiguidade conceitual e metodológica, tornando necessário que tanto gestores quanto pesquisadores expliquem suas escolhas teóricas e técnicas para a realização de uma avaliação (Hartz; Silva, 2005).

Para os autores Hartz e Silva (2005), existe uma diferença importante entre monitoramento e avaliação pontual. O monitoramento é um processo contínuo de acompanhamento sistemático de um programa, projeto ou serviço ao longo do tempo, com o objetivo de obter informações e indicadores sobre seu desempenho e resultados. É um processo que permite identificar problemas e oportunidades de melhoria, bem como fazer ajustes necessários para garantir a efetividade e a eficiência do programa ou serviço.

O monitoramento permite a obtenção de informações referentes aos serviços prestados, o que irá possibilitar melhorias nas políticas de saúde, auxiliando no desenvolvimento dos instrumentos de gestão para uma melhor tomada de decisão (Neri *et al.*, 2023).

Segundo Champagne *et al.* (2011), a avaliação pode ser realizada antes, durante ou mesmo após a implementação de um programa, levando em consideração a forma, a extensão e as razões dos benefícios obtidos. Ela essencialmente envolve a emissão de uma análise crítica de uma intervenção, por meio da utilização de um dispositivo que fornece informações cientificamente robustas e socialmente aceitáveis sobre a intervenção ou qualquer um de seus elementos.

A avaliação é um processo metodológico que sistematicamente coleta informações relacionadas às atividades, características e impactos de um programa, respondendo a questões específicas de avaliação. Ela tem como objetivo determinar o mérito ou valor do programa e explicar a relação entre o programa e seus resultados, considerando uma variedade de contextos, como os aspectos políticos, econômicos, culturais, sociodemográficos e organizacionais (Champagne *et al.*, 2011).

Já a avaliação pontual, como o próprio nome indica, é uma avaliação única, realizada em um determinado momento do tempo, com o objetivo de avaliar o desempenho e os resultados do programa, projeto ou serviço em questão. Ela pode ser realizada em diferentes momentos, como no final de um projeto ou período determinado, ou em momentos específicos de mudanças significativas no programa ou serviço (Hartz; Silva, 2005).

Ambos são importantes para garantir a efetividade e eficiência de programas e serviços. Embora o monitoramento possa produzir informações úteis para a realização de uma avaliação, ele não é necessariamente equivalente à avaliação. O monitoramento fornece informações sobre o desempenho de um programa ou serviço ao longo do tempo, enquanto a avaliação pontual tem como objetivo responder a

perguntas específicas sobre o sucesso do programa ou serviço em um determinado momento (Hartz; Silva, 2005).

A institucionalização da avaliação é fundamental para garantir que os sistemas de informação sejam otimizados para fins de avaliação e que as avaliações pontuais ou investigações avaliativas sejam realizadas de maneira adequada e útil para serem utilizadas na tomada de decisão do gestor (Hartz; Silva, 2005; Tanaka; Tamaki, 2012).

Segundo Lima e Brazorotto (2023), para a realização do processo de avaliação é necessário considerar os aspectos demográficos e epidemiológicos, o perfil da população e, dependendo do tipo de avaliação, também é necessário considerar o aumento da expectativa de vida.

Segundo Donabedian (2003), avaliação em saúde é um processo sistemático de avaliar a qualidade, eficiência e eficácia dos serviços de saúde, com o objetivo de melhorar o atendimento e os resultados para os pacientes.

A avaliação em saúde foi constituída como objeto de interesse em diversos momentos históricos, tanto anterior à saúde pública institucionalizada quanto depois da implementação do SUS (Furtado; Vieira-Da-Silva, 2014), sendo considerada um instrumento importante de auxílio à gestão pela sua capacidade de aperfeiçoar a qualidade da tomada de decisão (Tanaka; Tamaki, 2012).

A avaliação para a gestão de serviços de saúde é um processo crucial para garantir a qualidade e efetividade dos serviços prestados aos usuários do sistema de saúde. Ela envolve a coleta, análise, transformação dos dados em informações e interpretação de informações, com o objetivo de fornecer subsídios para a tomada de decisões por gestores, profissionais de saúde e outros envolvidos no processo, podendo ser utilizada como um instrumento político para modificar/influenciar a direção e agilidade da atenção à saúde (Tanaka, 2011; Tanaka; Tamaki, 2012).

Nos serviços da saúde, a inclusão de avaliações como uma prática estruturada em vários níveis de serviços, pode possibilitar que os gestores tenham informações relevantes para a definição das melhores intervenções estratégicas (Beckhauser *et al.*, 2018; Tanaka; Tamaki, 2012).

A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada de forma sistemática e criteriosa, utilizando métodos e técnicas adequados para o tipo de informação que se deseja obter. É importante que os objetivos da avaliação sejam claramente definidos, para que se possa selecionar as melhores estratégias e instrumentos para atingi-los (Tanaka, 2011; Tanaka; Tamaki, 2012).

As avaliações precisam ser executadas com agilidade; utilizar dispositivos metodológicos que melhor se adequem ao tempo e recursos disponíveis; aproveitar as informações e os conhecimentos que já estão acessíveis e utilizar os resultados como suficientes para a tomada de decisão. Nos serviços de saúde, a necessidade de solucionar as demandas de saúde da população e satisfazer os usuários limitam o tempo para tomar a decisão e as avaliações em saúde são utilizadas para o gestor conseguir se posicionar sobre a demanda da melhor forma (Tanaka; Tamaki, 2012).

Além disso, é importante ressaltar que a avaliação deve ser realizada de forma objetiva e imparcial, buscando sempre a precisão e a confiabilidade dos resultados. Para isso, é necessário garantir a transparência das informações, a qualidade dos dados coletados e a adequação dos métodos e técnicas utilizados (Tanaka; Tamaki, 2012).

É importante destacar que a avaliação não deve ser vista como um fim em si mesma, mas como um meio para melhorar a qualidade dos serviços prestados, sendo possível utilizar como um instrumento de mudanças para melhorar a qualidade dos serviços prestados (Tanaka, 2011; Tanaka; Tamaki, 2012; Monteiro, Moreira e Farias, 2022).

Portanto, é fundamental que os resultados da avaliação sejam compartilhados com os envolvidos no processo, para que possam ser utilizados como subsídios para a tomada de decisões e para a implementação de melhorias no sistema de saúde (Tanaka, 2011; Tanaka; Tamaki, 2012).

Desse modo, os Consórcios Intermunicipais de Saúde são estruturas organizacionais que frequentemente precisam ser submetidas a uma avaliação de seus resultados, articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e das necessidades dos municípios consorciados. Isso ocorre devido à sua capacidade de promover o desenvolvimento de sistemas regionais com acordos estabelecidos, o que, por sua vez, simplifica a aplicação das estratégias destinadas a descentralização para a regionalização e hierarquização do SUS na oferta da prestação de serviços para a comunidade (Flexa; Barbastefano, 2019).

Monteiro, Moreira e Farias (2022) corroboram que os serviços têm papel importante no modelo de atenção à saúde e, portanto, é necessário realizar avaliação da qualidade das ações e serviços prestados. Reforçando assim, a significância de institucionalizar a avaliação como parte importante do planejamento para a

formulação, ampliação ou aperfeiçoamento das políticas de saúde e dos processos decisórios.

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

Para o desenvolvimento deste estudo, o percurso metodológico foi dividido em: caracterização do estudo, cenário, participantes da pesquisa, técnica de coleta de dados, técnica de análise de dados e cuidados éticos.

4.1 Caracterização do estudo

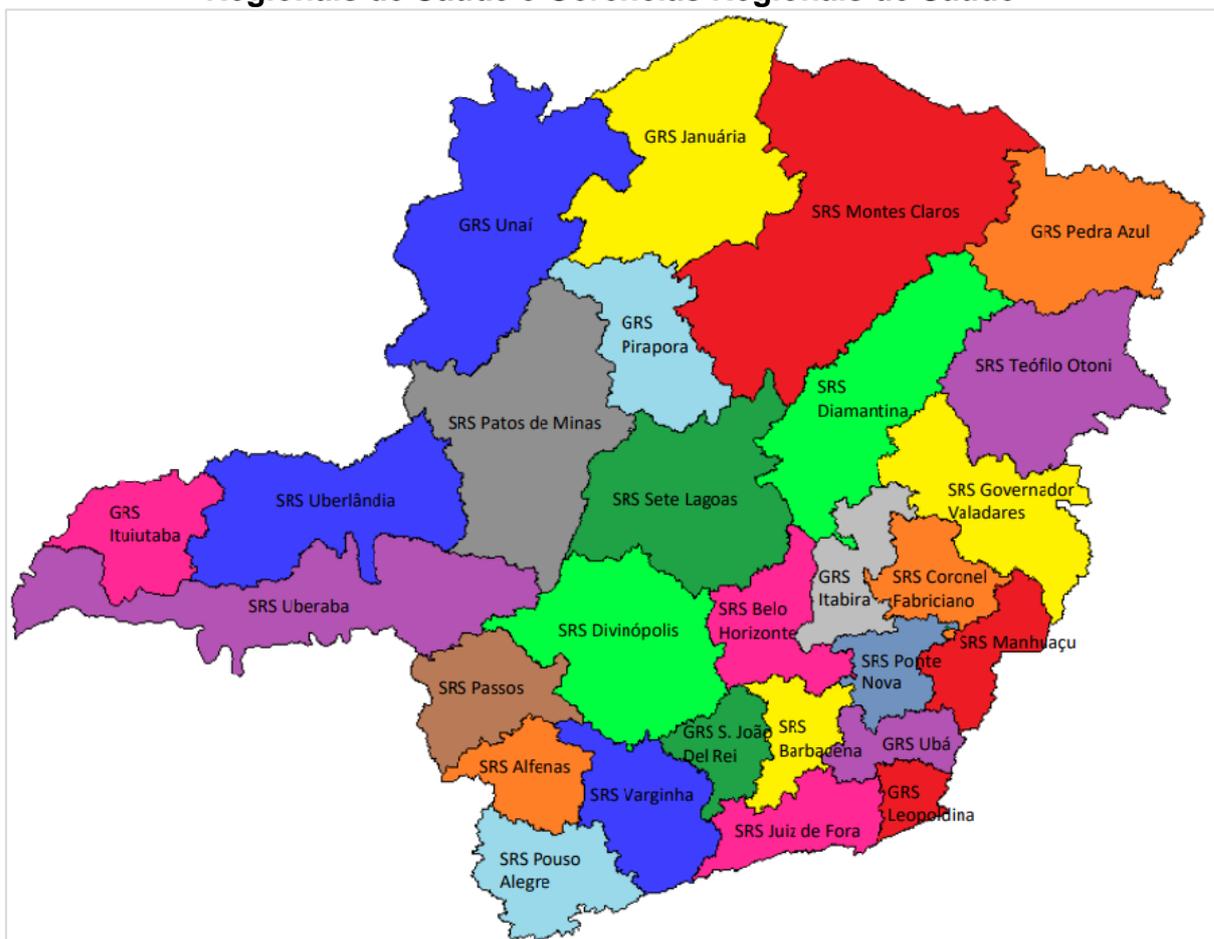
Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que segundo Stake (2016), a pesquisa qualitativa acontece devido ao raciocínio baseado em especial na percepção e na compreensão humana. Gomes (2014) afirma que ela busca aprofundar nos fenômenos, fatos e processos de grupos delimitados, podendo ser uma ferramenta importante a ser utilizada na saúde coletiva para abordar da melhor forma diferentes grupos da sociedade. A abordagem qualitativa permite compreender a situação que está sendo vivenciada e analisar o processo de trabalho que as pessoas relatam (Minayo, 2013).

A abordagem qualitativa tem como um dos objetivos descobrir e interpretar ou compreender um fato, o que possibilita extrair os dados subjetivos com singularidade, conhecendo a opinião dos participantes por meio da interpretação dos dados obtidos na pesquisa (Alves-Mazzotti, 2002; Stake, 2011; Gomes, 2014).

4.2 Cenário do estudo

O estado de Minas Gerais, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022) apresenta uma população estimada de 21.411.923 pessoas com uma área territorial de 586.513.983 km². A divisão administrativa da Secretária de Estado de saúde de Minas Gerais conta com 28 Unidades Regionais de Saúde (URS) e se constituem nas sedes físicas da SES/MG descentralizadas dentro do Estado de Minas Gerais, representadas pelas Superintendências Regionais de Saúde e Gerências Regionais de Saúde (Figura 3).

Figura 3 – Divisão administrativa de Minas Gerais entre Superintendências Regionais de Saúde e Gerências Regionais de Saúde

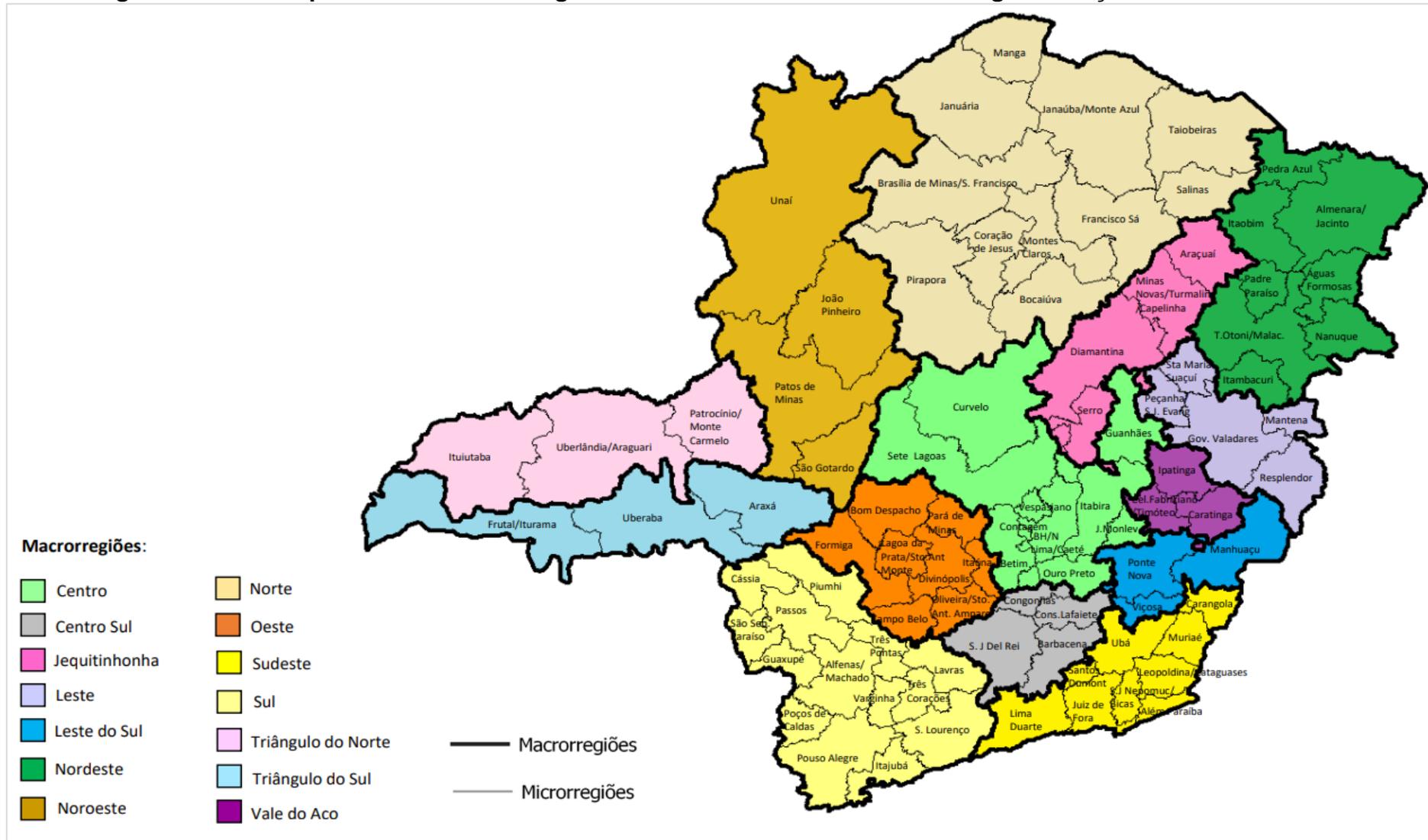


Fonte: SES/MG (Minas Gerais, 2020)

Nota: GRS (Gerências Regionais de Saúde) e SRS (Superintendências Regionais de Saúde).

O estado se divide ainda por Macro e Microrregiões, contando com 14 Macrorregiões de Saúde, que são: Centro, Centro Sul, Jequitinhonha, Leste, Leste do Sul, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Sudeste Sul, Triângulo do Norte, Triângulo do Sul e Vale do Aço. E no total são 89 microrregiões distribuídas dentro das Macrorregiões e 107 polos de Microrregiões (Figura 4).

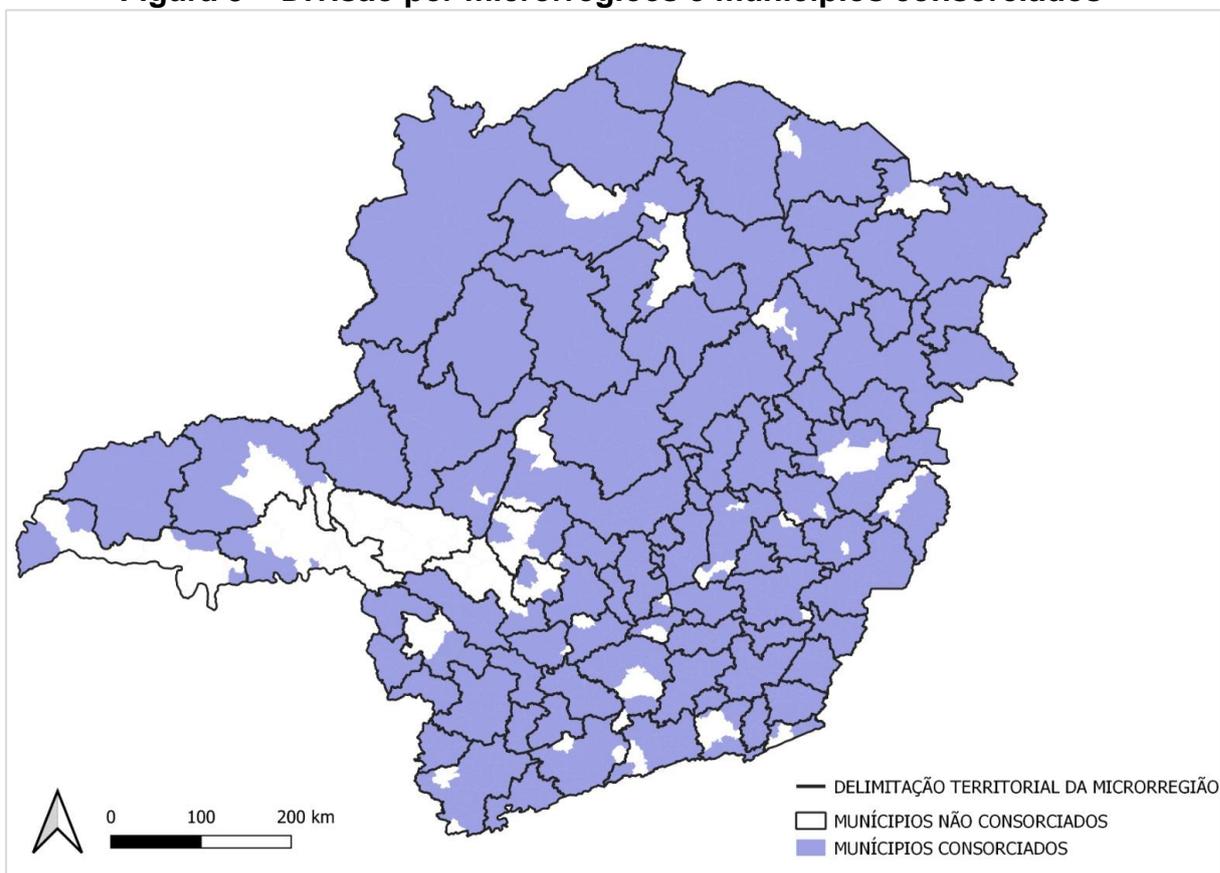
Figura 4 – Divisão por macro e microrregiões conforme o Plano Diretor de Regionalização do SUS/MG 2019



Fonte: SES/MG (Minas Gerais, 2023).

Na Figura 5 está apresentada de roxo os municípios que são consorciados a um consórcio público de saúde ou administrativo que não seja SAMU.

Figura 5 – Divisão por microrregiões e municípios consorciados



Fonte: SES/MG (Minas Gerais, 2023).

Atualmente, o Estado de Minas Gerais tem 55 consórcios públicos considerados generalistas e 11 consórcios públicos temáticos que são responsáveis pela execução dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que são adequados à Lei nº 11.107/2005 e 10 consórcios administrativos que estão em desacordo com os critérios determinados pela legislação (Minas Gerais, 2023).

4.3 Participantes do estudo

Optou-se pela quantidade pré-definida de 14 participantes, selecionados por uma amostra não probabilística devido à acessibilidade que, segundo Vergara (2010), são participantes selecionados devido à facilidade de acesso a eles. O presente estudo foi realizado em todas as Macrorregiões de Saúde do estado, sendo realizada

uma entrevista em cada.

Definiu-se como critério de inclusão que o município deveria estar associado a um consórcio público de saúde que não fosse o SAMU e que a sede do consórcio pertencesse a Macrorregião de Saúde em que está localizado. Além disso, os participantes deveriam ter mais de 06 meses de experiência no cargo, informar na videoconferência que estavam cientes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e aceitar participar da pesquisa. Os critérios de exclusão dos participantes foram: ter afastado do cargo ou ausentado no período de realização da pesquisa, ter ficado mais de 06 meses sem responder pelo cargo de secretário municipal ou não assinar o TCLE.

A exclusão dos consórcios do SAMU se deu porque esses são custeados mensalmente pela União, estados e municípios. Nesse caso, teve-se o cuidado para que a percepção do gestor não fosse influenciada por questões de financiamento do estado ou União.

4.4 Técnica de coleta de dados

Os meios para obtenção de dados na pesquisa qualitativa são variados e abrangem técnicas como observação, análise documental, entrevista dentre outros (Vergara, 2010). Foram realizadas entrevistas individuais com roteiro semiestruturado. Essas entrevistas tiveram como enfoque a obtenção dos discursos dos sujeitos determinados sócio historicamente, para aprofundamento da análise das percepções desses sujeitos (Machado, 2002).

Optou-se por utilizar um roteiro semiestruturado (Apêndice B). Cabe ressaltar que este roteiro foi amplamente discutido e foi realizado um pré-teste com um entrevistado com características semelhantes aos participantes da presente pesquisa. Durante o pré-teste, foram observados quais perguntas precisavam passar por ajustes e o tempo de duração, além de ser um primeiro treinamento para que o entrevistador se familiarizasse com o roteiro e a abordagem dos participantes.

As entrevistas foram realizadas de forma remota, em função de evitar a necessidade de deslocamentos para os vários municípios. Segundo Schmidt, Palazzi e Piccinini (2020), as entrevistas podem ser realizadas de forma assíncrona, sem interação simultânea (e-mails e fóruns de discussão) ou de forma síncrona com interação simultânea (videoconferência, audioconferência ou troca de mensagens

instantâneas). Devido ao volume de dados ser expressivamente maior em comparação a entrevistas baseadas em texto e da maior possibilidade de interação entre entrevistador e entrevistado, optou-se pela modalidade síncrona por videoconferência. A realização das entrevistas ocorreu entre março e setembro de 2023. Elas tiveram a duração média de 45 minutos, foram gravadas e transcritas.

Os participantes foram convidados para participar da pesquisa por meio de ligação ou mensagem telefônica. Posteriormente, foi definida a melhor data e horário e envio do link para a sala virtual junto com o TCLE e o parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Foi utilizada a plataforma *Google Meet*. Em momento algum ocorreu recusa de participação na pesquisa e nenhum participante solicitou que a entrevista fosse interrompida ou cancelada.

4.5 Técnica de análise de dados

As entrevistas foram gravadas, ouvidas na totalidade, transcritas e submetidas à Análise de Conteúdo, seguindo a modalidade de Análise Temática. Essa técnica consiste em avaliar de forma sistemática um corpo de texto, de forma a desvendar e quantificar a ocorrência de palavras, frases ou temas considerados chave que possibilitem uma comparação posterior. Segundo Bardin (2010), a Análise de Conteúdo constitui uma abordagem de pesquisa empregada para analisar e compreender o conteúdo de diversos tipos de documentos e textos, permitindo a reinterpretação das mensagens e a obtenção de uma compreensão mais profunda de seus significados, transcendendo a leitura superficial.

A Análise de Conteúdo vai além do campo meramente descritivo da mensagem, buscando descobrir o que está por trás dos assuntos manifestos, alcançando uma interpretação mais profunda e tem sido utilizada na análise de comunicações nas ciências sociais e humanas (Cappelle; Melo; Gonçalves, 2003; Minayo, 2013).

Conforme Bardin (2010) a organização da análise foi realizada em 3 etapas:

- a) pré-análise: Foi realizada a escuta e transcrição dos áudios gravados e também a sistematização inicial das ideias e leitura flutuante;
- b) exploração do material: Após a transcrição do material, foi feita leitura sistemática, com o objetivo de buscar a coerência dos dados, agrupar as

informações de todos os participantes e destacar as frases mais relevantes ou que chamaram mais atenção;

- c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação: por fim foi realizada uma categorização a partir dos conteúdos manifestos nas respostas, que permitiu ordenamento e análise tendo como base a fundamentação teórica do tema estudado.

4.6 Considerações éticas

O projeto foi submetido ao CEP da UFMG. A coleta de dados só foi iniciada após aprovação do referido Comitê, por meio do CAAE: 64560822.9.0000.5149 (Anexo A). Foram respeitados os princípios da ética em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013).

Os participantes receberam todas as informações para compreensão do que se trata a pesquisa, e foram informados sobre a garantia da confidencialidade e privacidade e sobre o direito de manifestarem livremente o interesse em participar ou não em qualquer fase do processo, sem nenhum tipo de prejuízo caso haja interrupção.

Tratando-se de videoconferências para realização da pesquisa, os participantes tiveram que informar que receberam o TCLE por *e-mail* e que aceitavam fazer parte do estudo. As gravações e transcrições das entrevistas e termos de consentimento foram mantidos em arquivo confidencial sob a responsabilidade da pesquisadora orientadora na Escola de Enfermagem da UFMG. Por se tratar de entrevista na modalidade síncrona por videoconferência, as gravações foram arquivadas a partir de armazenamento em nuvem no computador da pesquisadora responsável.

Na Declaração de Responsabilidade dos Pesquisadores, a orientadora e o mestrando se comprometeram a cumprir os princípios éticos estabelecidos para o uso dos dados, com garantia de anonimato, sigilo, confidencialidade da identificação e das informações dos participantes, bem como sua guarda em segurança.

Na apresentação dos resultados, não foi divulgado em nenhum momento os nomes dos entrevistados, tampouco de pessoas citadas. Para tal, foram atribuídos para os gestores a letra G, seguida da numeração crescente de 1 a 14 garantindo o

anonimato, respeitando a confidencialidade, seguindo a ordem cronológica das entrevistas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 14 gestores, com idade de 28 a 63 anos, sendo 06 do sexo feminino (Quadro 2).

Quadro 2 – Caracterização dos participantes do estudo

Código	Cargo atual	Tempo no cargo (anos)	Sexo	Idade (anos)	Escolaridade
G1	Secretária Municipal de Saúde	02	Feminino	34	Ensino médio completo
G2	Secretária Municipal de Saúde	01	Feminino	28	Ensino superior completo
G3	Secretária Municipal de Saúde	02	Feminino	33	Ensino superior completo e especialização <i>lato sensu</i>
G4	Secretário Municipal de Saúde	01	Masculino	41	Ensino Superior Completo
G5	Secretário Municipal de Saúde	06	Masculino	47	Ensino Superior completo e mestrado
G6	Secretário Municipal de Saúde	01	Masculino	31	Ensino superior completo e especialização <i>lato sensu</i>
G7	Secretária Municipal de Saúde	04	Feminino	32	Ensino superior completo e especialização <i>lato sensu</i>
G8	Diretor de Apoio Administrativo e Assistência à Saúde (equivalente a Gestor Municipal de Saúde)	07	Masculino	39	Ensino superior completo e especialização <i>lato sensu</i>
G9	Secretário Municipal de Saúde	02	Masculino	41	Ensino Superior completo e mestrado
G10	Secretário Municipal de Saúde	06	Masculino	38	Ensino superior completo e especialização <i>lato sensu</i>
G11	Secretário Municipal de Saúde	06	Masculino	41	Ensino superior completo e especialização <i>lato sensu</i>
G12	Secretário Municipal de Saúde	02	Masculino	55	Ensino superior completo e especialização <i>lato sensu</i>
G13	Secretária Municipal de Saúde	08	Feminino	42	Ensino superior completo
G14	Secretária Municipal de Saúde	06	Feminino	63	Ensino superior completo e especialização <i>lato sensu</i>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Dos entrevistados 57,14% eram do sexo masculino, 71,42% tinham pelo menos ensino superior com especialização e apenas uma participante que não tinha ensino superior. A idade média e tempo como gestor no município dos participantes foram 40 anos e 3,85 anos, respectivamente (quadro 2).

Após leituras exaustivas e aprofundadas de todas as entrevistas foram construídas três categorias de análise, assim nomeadas: 1) Participação dos consórcios na RAS; 2) Alcance das finalidades propostas e 3) Potencialidades e fragilidades dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

5.1 Participação dos consórcios na RAS

Esta categoria de análise aborda como o consórcio participa da RAS, uma vez que ela é uma estratégia adotada para organizar e integrar os serviços de saúde de forma mais efetiva e coordenada, visando melhorar a qualidade do atendimento e o acesso aos serviços.

Segundo Shortell *et al.* (1996) e a Organização Mundial da Saúde (2008), a RAS é a responsável pela gestão e oferta de serviços de saúde a população de forma contínua, de acordo com as necessidades de cada usuário ao longo do tempo por meio de vários níveis de atenção à saúde.

Mendes (2011), define RAS como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, que ofertam uma atenção integral a determinada população, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenador do cuidado, com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população”

Como o atendimento do paciente muitas vezes precisa acontecer em diferentes unidades de saúde, devido ao nível de atenção de cada equipamento, é necessária uma articulação entre as unidades para assegurar não só a integridades do atendimento, mas também a continuidade do cuidado. Nesse caso, uma das maneiras de assegurar esse processo é o contrarreferenciamento do paciente da atenção secundária ou terciária para a APS.

Nas entrevistas, os gestores foram perguntados quais as três principais consultas e/ ou procedimentos especializados com maior gargalo no município. No total, apareceram 23 tipos diferentes entre procedimentos, consultas médicas e com outros profissionais de nível superior.

As consultas médicas que mais apareceram como gargalos foram de ortopedia, neurologia pediátrica, neurologia adulto e urologia. Entre os procedimentos foram citadas ressonância magnética e tomografia computadorizada. Já entre os profissionais de nível superior, exceto médico, apontados como dificuldade de contratação e com uma demanda alta para o município foram citados odontólogo, fonoaudiólogo e psicólogo. No que se refere a consulta de neurologia pediátrica e as consultas que não são médicas, os gestores informaram que a alta demanda se dá devido ao aumento de casos de pacientes com possível Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade.

As entrevistas revelaram que nem sempre acontece o contrarreferenciamento para a equipe de Saúde da Família (eSF) responsável pelo paciente quando os serviços dos consórcios são utilizados. Nesses casos, os pacientes voltam sem nenhuma informação do que foi realizado na consulta.

Segundo Mendes *et al.* (2019), existem diversos fatores que contribuem para a existência da fragmentação do sistema de atenção à saúde, entre eles o fato da Estratégia de Saúde da Família (ESF) frequentemente carecer de estrutura necessária para coordenar adequadamente a interação com a unidade de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Adicionalmente, tanto os profissionais da eSF quanto os profissionais da atenção secundária muitas vezes operam de forma isolada, sem uma comunicação efetiva entre eles.

As deficiências na coordenação dos cuidados ocorrem principalmente durante a passagem de uma unidade de saúde para outra, especialmente entre a ESF e a AAE. Essas lacunas se manifestam por questões relacionadas à responsabilidade e à interrupção do fluxo de informações (Mendes *et al.*, 2019).

Os resultados revelaram que muitas vezes não existe o contrarreferenciamento devido à falta de estrutura para coordenar a interação da ESF com a AAE.

Não, só se ele voltar, por exemplo, um encaminhamento para o tratamento mais avançado. Aí costuma vir com relatório (G1).

[consórcio 1] Não, não volta, eu acho que não volta não, porque os pacientes trazem para a gente é quando precisa de algum exame específico, quando precisa de uma cirurgia, precisa de algo mais, tirando isso assim não tem muito retorno não (G2).

O cardiologista, por si só, a gente não tem essa preocupação, que a gente tem o cardiologista aqui dentro do município. Isso é facilitado, mas pensando em outra especialidade, realmente eu vejo essa contrarreferência muito falha, eu vejo assim, a gente realmente, é deficitária essa contrarreferência aí para o médico do município, as vezes chega um exame, um laudo de um exame, mas nada além do que isso (G8).

A efetiva organização da RAS requer uma abordagem abrangente, que considere aspectos econômicos, estruturais e operacionais, garantindo uma prestação de serviços de saúde mais eficiente, acessível e de qualidade para a população (Mendes *et al.*, 2015).

Conforme Mendes *et al.* (2019), a organização da RAS deve ser cuidadosamente planejada e implementada, visando a efetividade, eficiência e qualidade dos serviços de saúde. Essa estruturação se baseia em princípios essenciais, como a busca por economia de escala, a garantia de recursos adequados e disponíveis, o foco na qualidade e acessibilidade dos cuidados, além da integração harmoniosa tanto horizontal quanto vertical entre os diferentes níveis de atenção. Além disso, é importante considerar os processos de delimitação de territórios sanitários e a definição clara dos níveis de atenção para assegurar um atendimento mais abrangente e eficaz à população.

Alguns gestores entrevistados mencionaram que o contrarreferenciamento pode variar de prestador para prestador e de profissional para profissional, não tendo um fluxo estabelecido. Além disso, em alguns casos, o contrarreferenciamento só ocorre efetivamente quando o atendimento prestado pelo consórcio se dá por um funcionário do próprio município.

[Nome do pesquisador], a contrarreferência dele é muito específica de alguns médicos. Alguns médicos participam de uma rede e outros médicos é algo bem como se fosse uma consulta isolada, sabe? Então, assim, aí vai de prestador para prestador, médico a médico, tem médico que tem contrarreferência bacana para prestar atenção da família e tem outros médicos que estão ali atendendo, acabou e passou e foi para frente e acabou (G6).

Com relação aos atendimentos que nós conseguimos fazer em [município sede do consórcio] e aqui no município [...]. Então, pensando nesses tipos de atendimento, eu consigo ter uma contrarreferência direto com o prestador [...]. Agora, já com a [prestador de serviço com sede no município polo da Macrorregião de Saúde], a gente tem muita dificuldade, porque na [prestador de serviço com sede no município polo da Macrorregião de Saúde] a gente fala com os agendadores dos prestadores. Então, assim, com os serviços que é prestado dentro do município em [nome do município], a gente tem uma contrarreferência existente. Já na [prestador de serviço com sede no município polo da Macrorregião de Saúde] já é algo mais difícil (G7).

Principalmente quando é um paciente que tem essas necessidades, eles fazem relatório, encaminham para a gente, então a gente tem sim, não é tanto quanto o CEAE mas o [nome do consórcio] também tem esse serviço, tem essa transferência. As meninas, às vezes, lá do [nome do consórcio], ligam para a gente, se é um paciente que tem uma ocorrência, qualquer coisa, eles entram em contato com a gente sim (G14).

Segundo Alves *et al.* (2015), o referenciamento e contrarreferenciamento de pacientes são práticas de extrema relevância para aprimorar a qualidade do atendimento na saúde. No entanto, a alocação adequada dos pacientes enfrenta desafios decorrentes da ausência de uma referência correta e contrarreferência efetiva, muitas vezes devido à falta de integração adequada entre a APS e os demais pontos da rede de saúde. Mendes *et al.* (2019) corroboram que a ausência de um sistema de referência e contrarreferência bem definido, apoiado por prontuários clínicos eletrônicos e planos de cuidados, contribui para esse cenário.

O referenciamento e contrarreferenciamento na área da saúde se relaciona com o encaminhamento e acompanhamento de pacientes entre diferentes níveis de atendimento e especialização, como uma maneira de assegurar uma assistência integral e coordenada. Vou fornecer uma explicação e referências bibliográficas para uma compreensão mais aprofundada (Mendes *et al.*, 2012, 2019; Alves *et al.*, 2015).

O referenciamento é o processo pelo qual um profissional de saúde encaminha um paciente para um nível de atendimento mais especializado ou para outro profissional de saúde. Esse encaminhamento pode ocorrer quando o diagnóstico ou tratamento requerem uma expertise ou recursos que estão além das capacidades do profissional ou unidade de saúde que está cuidando do paciente (Mendes *et al.*, 2012, 2019; Alves *et al.*, 2015).

O contrarreferenciamento é o processo pelo qual o profissional ou unidade de saúde que recebeu o paciente referenciado fornece *feedback* ao profissional ou unidade que fez o encaminhamento. Isso inclui informações sobre o diagnóstico, tratamento e evolução do paciente, permitindo uma comunicação e continuidade do cuidado eficazes entre os diferentes níveis de atendimento (Mendes *et al.*, 2012, 2019; Alves *et al.*, 2015).

Os gestores também abordaram que a falta do contrarreferenciamento é um ponto falho dentro da lógica dos serviços executados por consórcios e que sentem a necessidade de melhorar a articulação entre a atenção secundária com a APS.

Poucas vezes, não tem esse fluxo muito bem definido [...]. Se o município cobra do consórcio e há um estudo de um fluxo dessa contrarreferência, acredito eu que ela melhora consideravelmente. Mas também não há, ainda, na nossa região, nenhum envolvimento do consórcio com o planejamento da atenção primária, ou planejamento dos municípios sedes não. Então, não há um planejamento com relação a que tipo de serviço, a que tipo de coisa o consórcio vai adquirir, não, porque vai dependendo muito da demanda corrente (G11).

Diante da realidade vivenciada pelos municípios consorciados, uma das formas de melhorar essa articulação seria criando um fluxo de encaminhamento. Segundo Mendes *et al.* (2019), normalmente, não existem diretrizes clínicas fundamentadas em evidências que estabeleçam as circunstâncias nas quais os pacientes devem ser encaminhados aos especialistas. Na maioria das vezes, não se realiza uma estratificação de riscos na ESF que viabilize a identificação e o encaminhamento das pessoas que realmente se beneficiariam com a AAE.

Outra alternativa, mencionada pelos gestores entrevistados, para lidar com os desafios impostos pela falta de contrarreferenciamento seria a possibilidade de avançar quanto ao uso de tecnologias, como por exemplo, o prontuário eletrônico unificado.

Na verdade, eu entendo como um desafio, por se tratar não do consórcio, mas a gente conseguir com que os prestadores, esse é um desafio inclusive dos consórcios, inclusive nas pactuações da Programação Pactuada Integrada que a gente referencia os pacientes para outros municípios, a gente ainda tem uma dificuldade muito grande de ter esse referenciamento, essa contrarreferência [...]. Com o avanço da tecnologia agora pode ser que a gente consiga caminhar para algo nesse sentido, se a gente conseguir caminhar para um prontuário eletrônico que possa ser unificado, alguma coisa, ou que pelo menos possa ter formulários de encaminhamento via online, eu acho que algumas coisas nesse sentido. Mas no impresso, é um desafio muito grande ainda (G10).

Muito pouco, praticamente inexistente, é um dos gargalos que a gente tem, a gente precisa ter sistemas hoje que conversem (G12).

É fundamental refletir sobre as razões que levam os profissionais e/ou serviços a não utilizarem o mecanismo crucial de articulação proporcionado pelo referenciamento e contrarreferenciamento de pacientes. Muitas vezes, essa ausência de utilização está relacionada à falta de organização do trabalho, o que acaba resultando na negligência do processo de referência e contrarreferência dos usuários. Essa situação leva a questionar até que ponto os profissionais envolvidos com a assistência estão devidamente orientados em relação ao trabalho que desempenham

e à importância desse processo para concretizar os princípios propostos pela institucionalização do SUS (Veloso *et al.*, 2022).

O referenciamento e contrarreferenciamento adequados são estratégias efetivas para assegurar a integralidade, um dos princípios do SUS e a continuidade da qualidade dos cuidados, garantindo uma articulação entre diferentes níveis da atenção e resultando em melhores resultados de saúde para os pacientes (Veloso *et al.*, 2022 e Alves *et al.*, 2015). Entretanto, para que esse fluxo ocorra de maneira eficiente e com foco no cuidado integral, é imprescindível uma comunicação efetiva entre os serviços de APS e atenção secundária. Essa integração é fundamental para garantir uma abordagem holística e coordenada, beneficiando significativamente a experiência dos pacientes e os resultados alcançados em seu tratamento (Veloso *et al.*, 2022).

Alguns gestores expõem nas entrevistas que o contrarreferenciamento no seu município está funcionando adequadamente, quando os serviços dos consórcios são utilizados. O que ocorre devido a uma melhor articulação com os prestadores de serviço e a presença atuante da eSF.

A gente controla isso muito bem, essa referência, contrarreferência tem uma ligação muito de perto, até porque eu tenho uma equipe de saúde da família na atenção primária, então assim é tudo muito fácil controlar. [...] Tem muita facilidade nesse sentido todo, entendeu? De dominar essa referência, contrarreferência, os fluxos da atenção secundária dentro do consórcio, se está atendendo o que precisa, o que não precisa, como é que está isso aí (G5).

Então na maioria das vezes sempre acontece, sabe, a gente faz esse contrarreferenciamento em comum, tanto a gente direciona como eles direcionam qual que é a próxima conduta a ser realizada. Então sempre tem isso. Geralmente, as clínicas, os serviços sempre têm esse direcionamento entre nós, entre o município e a prestação de serviço (G4).

Mesmo diante do elevado investimento financeiro para um melhor referenciamento e contrarreferenciamento, quando esses são realizados de forma adequada, o tratamento mais efetivo e seguro é disponibilizado à população e observa-se uma eficiência no gasto com a promoção e prevenção à saúde.

É possível perceber nas entrevistas que mesmo o consórcio sendo a associação de um grupo de municípios, nem todos fazem uma boa articulação com a Unidade de Saúde da Família (USF) e não estão cumprindo de forma eficaz o seu papel na RAS. Desse modo, não adianta voltar o olhar apenas para os consórcios e

suas atividades, já que alguns municípios precisam se estruturar internamente e articular com o Consórcio Intermunicipal de Saúde para que a RAS funcione adequadamente, quando os serviços em outros municípios são utilizados.

Outro ponto que fortalece a RAS e abordado pelos gestores nas entrevistas foi o Transporte Sanitário Eletivo (TSE). Afinal, esse pode ser considerado um recurso logístico estratégico, que desempenha um papel crucial na mediação do acesso à atenção especializada. Segundo Almeida, Silva e Bousquat (2022); Busato e Ribas (2022), com a inclusão do TSE é possível apontar melhorias concretas na atenção especializada pela perspectiva da RAS, entre elas um fluxo que seja adequado para os pacientes entre os diversos pontos da rede.

Os consórcios públicos, além da prestação de serviços de consultas e procedimentos, também podem realizar a atividade de TSE dos pacientes, o que pode ser considerada uma estratégia interessante e fundamental para o atendimento. Contudo, os municípios não são obrigados a utilizar o serviço de TSE ofertado, uma vez que eles mesmos podem realizar, separadamente, essa atividade para sua população.

Alguns participantes relataram que utilizam o TSE pelo consórcio no município e consideram que é uma ferramenta que ajuda no deslocamento de pacientes. Apesar disso, alguns gestores que consideram o serviço importante para o município apontam que esse tipo de atividade tem pontos falhos, como a falta de um seguro do veículo.

Hoje, o ônibus fica só no meu município. Então, se for para eu falar do transporte eletivo, eu sou muito beneficiada, porque eu agreguei um veículo à minha frota, a gente até conversou de fazer a concessão dele, mas ainda não fez formalmente, ele ainda pertence ao consórcio (G7).

É bacana, eles têm um sistema de agendamento, o ônibus não pode viajar só com o motorista, ele tem que ter um agente de viagem, todo mundo tem que estar cadastrado antes de sair a viagem, então até um dia antes tem que estar todo mundo cadastrado, com nome, CPF e tudo mais, mas a única coisa que eu acho falho, e foi até algo que aconteceu, foi que o consórcio do ônibus é que ele não tem seguro para perda total, porque ele fala que é muito caro, e teve um acidente de ônibus, e perdeu, perdeu, assim, bateu, teve perda total e nem comprou-se um outro ônibus, porque ele não tinha esse seguro para perda total, mas tirando isso, é bacana o serviço (G6).

Utilizo sim, e é um serviço bom, porque o consórcio te fornece, no nosso caso, o ônibus, para transporte dos pacientes, nós estamos com um ônibus novo, que a frota foi toda renovada, então nós estamos com ônibus novos. E a vantagem que eu acho muito grande desse serviço do consórcio, é porque a manutenção desses veículos é feita pelo consórcio, e são muito bem-feitas, tem a manutenção preventiva e a manutenção corretiva (G14).

Alguns gestores justificaram o porquê que preferem que o serviço de TSE seja realizado pelo próprio município vis-à-vis o serviço oferecido pelo consórcio.

Hoje, eu não utilizo, o município [nome do município] não utiliza porque foi uma decisão da gestão anterior, mas eu já entrei e já fiz a solicitação, porque eu acho que é vantagem para os municípios usarem o transporte do consórcio, mas hoje nesse momento a gente usa transporte próprio, recurso próprio (G4).

Não, não utilizo [...]. Foi meio que imposto para a gente ter um ônibus junto com o município vizinho, então a gente pegava o paciente aqui, passava no outro município, pegavam os pacientes de lá e depois faziam o inverso. E aí começou com a situação de a gente entrava com o motorista e eles entraram com o atendente do ônibus, mas aí começou a ter muita discordância, falta de vaga, muita confusão, a gente optou quando a gente conseguiu uma emenda parlamentar de comprar um ônibus de 20 poucos lugares, de ter o nosso próprio ônibus (G5).

Não utilizo mais, porque o transporte que eles têm é limitado, a quantidade de pacientes, e meu município precisa de mais, bem maior, hoje eu não utilizo, mas eu tenho no município um transporte cedido por eles, que eu faço um transporte intermunicipal uma vez ao dia, mas esse foi cedido para o município, sob a minha responsabilidade (G13).

A gente não utiliza do consórcio, porque como a gente está aqui a 20 quilômetros, basicamente, do consórcio, 23 quilômetros, é muito perto, o município pensou em fazer o transporte separado. Quando era SETS, quando era o transporte de mais de um município, isso, às vezes, causava um impacto muito grande para a gente, aqui, às vezes, nos moradores da comunidade rural e era assim, você tinha que esperar os pacientes do seu município e de outro município terminar para retornar ao município, aquelas pessoas que são nas comunidades rurais, demorava ainda mais para chegar em suas comunidades, isso faz caso, e a gente preferiu fazer só o município mesmo, e tem dado muito certo, sabe, a gente entendeu melhor fazer dessa maneira, mas aí, a gente faz o lançamento dos pacientes todos, para a gente pleitear o recurso do transporta SUS [...]. A gente faz aqui, o atendimento por turno. Tem o pessoal, o volume maior, que vai pela manhã, e sai às seis horas, seis e meia, e volta às onze horas, e tem no período da tarde, que sai meia-de-meia, quatro e meia, já está retornando para o município, já também e funciona muito bem (G8).

Cabe ainda, mencionar que em sua fala um gestor declarou que, devido a questões políticas, utiliza o TSE, uma vez que seu município é sede do consórcio. Segundo ele, mesmo tendo comprovando que é prejuízo em comparação à alocação de veículos para realizar o transporte, o prefeito optou por usar o serviço.

Então, eu, inúmeras vezes, já solicitei para o prefeito que, do ponto de vista da gestão, eu já teria saído antes [...]. O consórcio nunca teve um plano de ação, pensando em renovação da frota, foi o que eu falei anteriormente, sempre se colocou a culpa no estado, e nunca se organizou [...]. Então, hoje, um presidente do consórcio é um gestor da cidade de [nome da cidade que o presidente do consórcio é prefeito], e no processo de boa relação entre os prefeitos, o nosso prefeito fica um pouco receoso de tirar o serviço, porque acaba que você deixa de fortalecer o consórcio. E ao mesmo tempo, não se é cobrado efetivamente aquilo que o consórcio deveria entregar. Então, pela questão política, que não nos deixa cobrar do consórcio aquilo que ele deveria entregar, e pela questão prática mesmo de veículos defasados, que você não percebe a possibilidade (G9).

Para Melo *et al.* (2017) o transporte eletivo não é apenas um meio de locomoção, mas sim um dispositivo estratégico que promove a equidade de acesso, apoiando a realização da integralidade do cuidado em sistemas de saúde bem organizados. Respeitando os princípios da integralidade, equidade e de regionalização do SUS, sendo potencializado quando o Estado de Minas Gerais institucionaliza o Sistema de Transporte Eletivo em Saúde (SETS).

O serviço de TSE deve ser prestado à população quando é necessário a realização de atendimento em outro município, devido a isso, foi abordado nas entrevistas como o gestor considera que seria a prestação desse serviço sem o consórcio.

Na verdade, dar conta a gente dá, porque nós ficamos, antes de adquirir esse ônibus, que foi adquirido no final do ano passado, a gente fazia a gestão desse serviço no município mesmo. Mas a vinda do consórcio ajuda, porque a gente dedica nossa equipe para outras áreas, e deixa essa área específica para a gestão do consórcio, na questão de manutenção de ônibus, essas questões específicas do transporte. Então isso acaba que ajuda a gente, não que a gente não conseguiria fazer se não tivesse, mas vem para agregar, vem para somar, para ajudar (G10).

Eu acho que seria muita dificuldade, eu acho que é muito importante a especialização, hoje a logística deles, sempre tem as licitações prontinhas para a aquisição de pneus, de peças de manutenção, é muito especializado isso [...]. Então, hoje, eu acredito que para nós seria muito difícil, nós iríamos passar por muita dificuldade se a gente tivesse que voltar a gerenciar esses ônibus. (G12).

O transporte eletivo não apenas facilita a acessibilidade dos pacientes a serviços especializados, mas também fortalece a coordenação entre diferentes pontos da rede de saúde. Isso é especialmente importante em cenários onde a oferta de recursos médicos varia de acordo com a complexidade dos serviços necessários. Ao permitir que os pacientes se desloquem de maneira organizada e eficiente entre esses

diferentes níveis de atenção, o transporte eletivo contribui para a garantia de que cada indivíduo receba os cuidados adequados para suas necessidades específicas.

O acesso aos serviços de saúde especializados depende diretamente da existência de um sistema de transporte eficiente, que permita que os pacientes se desloquem de forma adequada e oportuna aos locais onde esses serviços são oferecidos, principalmente nos municípios pequenos que a prestação de serviços de média complexidade acontece em outro.

Segundo Almeida, Silva e Bousquat (2022), em países de baixa ou média renda, a disponibilidade de meios de locomoção é tão essencial quanto a oferta de serviços de saúde. Portanto, os sistemas de transporte têm um papel fundamental e transversal na RAS, sendo imprescindíveis para possibilitar os fluxos e contrafluxos necessários.

Outra abordagem importante que se apresentou na fala dos gestores no âmbito do fortalecimento da RAS foi a integralidade, um princípio que envolve uma abordagem abrangente, levando em conta a totalidade das pessoas e suas necessidades. Para ser alcançado é preciso a integração de diversas ações, desde a promoção da saúde até o tratamento e a reabilitação. Essa perspectiva visa garantir que todas as dimensões do bem-estar humano sejam consideradas de forma ampla e coordenada, resultando em um cuidado mais abrangente e eficaz.

A integralidade na prestação dos serviços de saúde é a entrega de um conjunto de atividades que atendam às necessidades da população, o dever pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças (Mendes, 2011).

Para existir a integralidade do cuidado é necessário existir a rede. Tendo uma das formas com a articulação dos serviços de saúde pelas equipes utilizando como uma das estratégias o referenciamento e contrarreferenciamento (Merhy; Cecílio, 2003; Oliveira; Silva; Souza, 2021).

Ao falar sobre integralidade, os gestores explicam como o consórcio ajuda nessa construção.

De certa forma, ele nos auxilia nesse princípio do SUS, porque alguns serviços que sem ele a gente não conseguiria ofertar, a partir do momento que a gente tem o apoio do consórcio, a gente consegue ofertar, acabando impactando na garantia da integralidade (G9).

Sem o consórcio a gente jamais conseguiria acesso a muitos procedimentos que hoje nós temos visto aquilo que nós falamos lá no começo da entrevista, a quantidade ínfima de procedimentos via Programação Pactuada Integrada, o valor da tabela não é atrativo para os prestadores quererem prestar serviço para os municípios, e os consórcio nos ajuda tanto na quantidade quanto na complementação de valores quando é necessário. Então, sem o consórcio, eu acho que estaríamos muito aquém do que estamos hoje, muito deficiente, já é deficiente, seria quase impossível conseguir essa integralidade que nós conseguimos hoje (G11).

Hoje eu considero como a gente falou na entrevista inteira que [consórcio] faz parte da minha rede, sem ele eu não conseguiria atender a minha demanda (G3).

Integralidade então funciona muito bem, igual eu te falei, pode ser um privilégio nosso por ter uma equipe só, mas a gente tem muito essa situação, do marcador, do agente de saúde com o médico, com retorno, com o que aconteceu na atenção secundária, qual foi a resposta dele e isso é bem integrado (G5).

Eu vou te falar que sem o consórcio, essa integralidade, que já é prejudicada hoje com o consórcio, ela seria muito pior, ele me ajuda (G12).

Segundo Mendes *et al.* (2019), a integralidade abrange a entrega, por parte da equipe de saúde, de uma gama diversificada de serviços voltados para suprir as demandas da população sob sua responsabilidade. Esses serviços englobam não somente a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento, o cuidado, a reabilitação e os cuidados paliativos, mas também envolvem a coordenação da oferta de assistência em diferentes pontos do sistema de saúde. Adicionalmente, a integralidade requer o correto reconhecimento das questões biológicas, psicológicas e sociais subjacentes às doenças, visando uma abordagem abrangente e holística para a saúde da população atendida.

Segundo Magnago e Pierantoni (2015), no contexto dos desafios mais intimamente ligados à administração do trabalho, os gestores destacaram os entraves associados aos contratos de emprego e à remuneração adotada pelo município. Esses pontos abordados pelos autores também foram observados no presente estudo e pode ser ilustrado na fala que se segue.

Sim, essa aí era outra questão, nenhum dos nossos médicos moram aqui no município, todos vêm de fora. Então se você não tiver um salário atrativo melhor que o da região não vem (G2).

De acordo com a gestora, com a terceirização, é possível uma substituição quando alguém fica afastado devido a um atestado médico ou odontológico e o estabelecimento não fica sem profissional. Além disso, com a terceirização, o valor

gasto com o salário não entra na folha de pagamento do município, ajudando o mesmo a obedecer ao limite previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal.

O bom dos plantões de a gente terceirizar é pelo fato que se alguém faltar e se alguém pegar um atestado, eu não preciso ficar correndo atrás como é terceirizado eu passo para a [nome da empresa que terceiriza profissionais], e a [nome da empresa que terceiriza profissionais] se organiza e encaminha outro para mim. Agora a atenção primária estava difícil por questão de salário [...]. Ela [nome da empresa que terceiriza profissionais] a gente tem até outros profissionais mesmo, alguns enfermeiros, a gente vai mudar o pessoal da limpeza, a vantagem é que ele sai da folha de pagamento. (G2).

Os consórcios de saúde desempenham um papel crucial ao promover uma integração mais abrangente das RAS. Essa abordagem não apenas aumenta a disponibilidade de leitos, mas também facilita o acesso a serviços de baixa, média e alta complexidade. Além disso, os consórcios têm o potencial de fortalecer significativamente o sistema de regulação regional, otimizando a distribuição de recursos e garantindo uma alocação mais eficaz dos pacientes aos serviços de saúde adequados. Dessa forma, os consórcios de saúde emergem como uma estratégia indispensável para a melhoria da qualidade e da acessibilidade dos cuidados de saúde em âmbitos regionais.

O estudo revelou que os participantes reconhecem a importância do consórcio para a integração da RAS. Entre os principais pontos foram abordados a referência e contrarreferência, o TSE e a integralidade. Contudo, mesmo sabendo da importância dos consórcios, nem sempre os serviços são prestados da melhor maneira para os pacientes do SUS.

5.2 O Consórcio Intermunicipal de Saúde e o alcance das finalidades propostas

Os consórcios intermunicipais surgiram como resposta às necessidades dos municípios de enfrentarem os desafios da municipalização da saúde, dadas suas limitações em infraestrutura, recursos financeiros e de pessoal. Muitas vezes os municípios alcançam uma notável melhoria da eficiência econômica quando participam de consórcios (Lima, 2000).

Os consórcios se apresentam como meios para abordar questões locais, ao mesmo tempo em que preserva a autonomia individual de cada município, normalmente visando alcançar metas de interesse mútuo que apresentariam desafios para serem resolvidas de forma individual, entre eles acesso a ações e serviços de

saúde para a população dos municípios consorciados. O consórcio público tem como finalidade a prestação de serviços e desenvolvimento de ações conjuntas visando o interesse coletivo e benefícios públicos (Lima, 2000).

No decorrer das entrevistas os gestores abordaram a respeito do cumprimento das finalidades do consórcio e a também alguns pontos referentes às diretrizes que os consórcios precisam seguir.

Um dos meios de alcançar as finalidades é por meio da execução de ações e serviços de saúde obedecendo à diretriz de fortalecer o processo de regionalização e a organização da RAS. Em uma das entrevistas, o gestor abordou o consórcio na gestão do Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE), que é um dos programas da SES de Minas Gerais. O entrevistado alertou sobre o cuidado que se deve ter quando o consórcio não entende sobre suas responsabilidades e papéis.

Nós já tivemos outras situações em que o consórcio foi acionado para fazer o gerenciamento, quer dizer, nós temos o CEAE aqui, que é o Centro de Atenção Especializada, [...] em um determinado momento o consórcio assumiu a gestão do CEAE, nesse momento nós quase perdemos o CEAE, pela má gestão. Por quê? Justamente nesse ponto que nós estamos dizendo, o consórcio não entende o seu papel importante na rede de atenção, e não entendendo, ele não se prepara para isso (G9).

Outra gestora também menciona a falha do consórcio em não acompanhar as necessidades dos entes consorciados tanto na relação entre consórcio e município quanto na prestação dos serviços do consórcio.

A gestão administrativa dele é muito falha, falha no sentido de que não acompanha as necessidades dos municípios, não se atualiza, poderia muito bem ter capacitações para os próprios gestores, capacitações para nível médio, mas nós não temos. Eu vejo que a gestão do consórcio é fraca. A forma de prestação de serviços do consórcio e de agregar serviços ao consórcio também é algo fraco, porque até quando nós temos um problema, por exemplo, veio um valor errado do serviço contratado. Eu repasso ao [nome do consórcio] só para eles terem ciência, porque aí quem vai fazer toda a conversa e resolver é município e prestador também (G7).

A mentalidade do consórcio era essa que eu te contei primeiro, o consórcio não ouvia ou não tinha esse planejamento com os municípios, daí para cá começou. Então assim, essa mentalidade de consórcio participar e ser gerido pelos municípios consorciados de alguma forma, ela é nova (G11).

Um ponto bem fraco dos consórcios, eu acho que a questão do planejamento, de estar inserido na nossa rede de atenção, eles ficam parecendo que é um serviço à parte, como se fosse um serviço à parte, eu sinto isso, e o que eu tenho, tem x e y de serviço, e às vezes não é o que eu necessito, eu vejo que às vezes o consórcio me atende, mas não atende o município vizinho, porque aqui nós temos uma especificidade (G13).

A gestão administrativa dele é muito falha, falha no sentido de que não acompanha as necessidades dos municípios, não se atualiza, poderia muito bem ter capacitações para os próprios gestores, capacitações para nível médio, mas nós não temos. Eu vejo que a gestão do consórcio é fraca. A forma de prestação de serviços do consórcio e de agregar serviços ao consórcio também é algo fraco, porque até quando nós temos um problema, por exemplo, veio um valor errado do serviço contratado. Eu repasso ao [nome do consórcio] só para eles terem ciência, porque aí quem vai fazer toda a conversa e resolver é município e prestador também (G7).

A mentalidade do consórcio era essa que eu te contei primeiro, o consórcio não ouvia ou não tinha esse planejamento com os municípios, daí para cá começou. Então assim, essa mentalidade de consórcio participar e ser gerido pelos municípios consorciados de alguma forma, ela é nova (G11).

Um ponto bem fraco dos consórcios, eu acho que a questão do planejamento, de estar inserido na nossa rede de atenção, eles ficam parecendo que é um serviço à parte, como se fosse um serviço à parte, eu sinto isso, e o que eu tenho, tem x e y de serviço, e às vezes não é o que eu necessito, eu vejo que às vezes o consórcio me atende, mas não atende o município vizinho, porque aqui nós temos uma especificidade (G13).

A ausência de um planejamento adequado pode provocar implicações na gestão, resultando em ações desnecessárias que não atendem às necessidades dos usuários dos serviços de saúde. O planejamento desempenha um papel fundamental na orientação das ações para alcançar os objetivos estabelecidos. Sem um planejamento adequado, as atividades ocorrem de forma passiva, e os serviços funcionam de maneira descoordenada (Martins; Waclawovsky, 2015).

O serviço prestado pelo consorcio faz parte dos recursos que o município tem e precisa estar inserido no processo de planejamento municipal e regional para garantir que as necessidades da população sejam atendidas de maneira eficaz e eficiente, promovendo o desenvolvimento sustentável e o bem-estar da comunidade.

Segundo Barbosa e Mor (2018), a ausência de critérios adequados no processo de planejamento em saúde acarreta uma série de desafios significativos. Isso se manifesta na dificuldade de acesso aos serviços de saúde, na falta de coordenação eficaz entre as entidades envolvidas (municípios e consórcios), na subutilização dos recursos e na incapacidade de reduzir as disparidades territoriais. Esse cenário, por sua vez, resulta em custos financeiros elevados e na diminuição da eficiência na resolução dos problemas de saúde. Uma das maneiras de melhorar o planejamento em saúde é a realização de avaliações periódicas para analisar o andamento do serviço e quais os pontos a serem melhorados para garantir uma melhor efetividade para a população (Tanaka, 2011; Tanaka; Tamaki, 2012).

Alguns consórcios foram se adequando ao longo do tempo e percebendo a importância do planejamento na gestão em saúde e da necessidade de imprimir melhorias contínuas.

Atualmente sim, mas muito em cima daquilo que eu falei na questão anterior, da necessidade que teve de melhora no pensamento e mudança de pensamento do consórcio. Então assim, não se pensava, até muito pouco tempo atrás, na necessidade do consórcio participar de planejamento, participar da vida do município, porque era assim, o consórcio tinha lá, contratava-se um médico [...]. De um tempo para cá que os consórcios, principalmente o [nome do consórcio], que foi ouvindo e tendo como protagonista os gestores municipais na questão de mudar funcionário, de mudar médico, aumentar ou diminuir demanda, mudança de demanda, contratação de médicos, e aí o consórcio, foi aí que teve a sacada de credenciar médicos capazes de atender nos municípios (G11).

Eu considero que é prestado com bastante qualidade assim, é muito, é igual eu falei, atende super bem, sabe? Todos os serviços credenciados, a gente consegue ter acesso a esses serviços (G4).

Muito boa. É algo mesmo de parceria, sabe, de entender as demandas, de a gente ver que está acontecendo alguma coisa, igual há um tempo atrás, vários municípios menores, não o caso de [nome do município do gestor], mas o município, por exemplo, [nome do município que faz divisa com o município do gestor], tem um cateterismo por ano, então, assim, isso não adianta. Então, assim, demandas de municípios menores foram vistas pelo consórcio, e eles agora querem credenciar cateterismo, angioplastia, então, assim, eles são bem próximos, sabe, da gente (G6).

A falta de preparo dos gestores de saúde é um fator significativo que compromete a gestão em saúde. Isso se reflete em distorções significativas em sua atuação diária, manifestadas por dificuldades como a falta de compreensão das estratégias governamentais, o que cria obstáculos para que o gestor assuma um papel de liderança. Essa atitude é fundamental para o bom desempenho do trabalho com a comunidade e as equipes multiprofissionais (Martins; Waclawovsky, 2015).

Nem todos os consórcios foram se adequando as necessidades dos municípios, como se pode perceber na fala do participante G9, que sente falta de uma pessoa técnica para discussão das políticas.

Acredito que ainda falta essa figura técnica, como a gente precisa, nas discussões das políticas públicas de saúde, a gente precisaria, ali dentro do consórcio, de figuras, por exemplo, uma figura com característica assistencial, para ela olhar para um todo e entender que o consórcio faz parte das redes de atenção à saúde (G9).

O consórcio precisa ser pensado de acordo com as necessidades da região por meio de uma cogestão dos serviços e das demandas dos municípios consorciados

(Leal *et al.*, 2019). Um dos participantes do estudo reforça que o consórcio é uma ferramenta importante, principalmente para municípios pequenos e do interior do estado.

Assim, por tudo que eu já tenho vivenciado e experiências e relatos, eu vejo que o consórcio é uma ferramenta muito importante, principalmente para a gente de interior, principalmente para cidades muito pequenas, que você não consegue, talvez, instalar um determinado serviço exclusivo para o seu município, porque vai onerar muito os cofres dos municípios, sem estar lá exclusivo para você. Quando você consegue o serviço consorciado, você consegue reduzir custos. Então, eu entendo que o consórcio é uma ferramenta muito válida para a gestão pública como um todo (G10).

Segundo Mendonça e Andrade (2018), quando o município utiliza o consórcio ele acrescenta uma ferramenta em benefícios, principalmente para pequenos municípios, ajuda também no desenvolvimento da região e na implantação de políticas de interesse estadual e federal, além de ser considerado uma ferramenta para a constituição da ação coletiva.

Outro ponto abordado pelos participantes foi a questão política que às vezes pode beneficiar ou prejudicar a participação dos consórcios na região.

Então, de uma maneira geral, o que eu percebo, é que atrelado ao componente político, se gerou uma zona de conforto, então o consórcio, hoje, ele está pautado muito mais na compra e entrega de serviço, então ele atua muito mais apagando esse incêndio que a gente precisa apagar diariamente, mas ele não tem um componente de planejamento, então esse eu sinto falta do consórcio de maneira geral. Então, eu acho que é isso, nessa perspectiva em que você tem um componente político, que trabalha como um guarda-chuva para blindar as cobranças que deveriam ser feitas, tirar o consórcio da zona de conforto, para que ele se capacite, entenda a sua importância, acaba que ele trabalha nessa zona de conforto, e realmente ele vai acabando não tendo essa visão do todo, ele tem uma visão muito fragmentada do seu papel dentro das políticas de saúde do estado e do Ministério da Saúde, e do município [...] pela questão política, que não nos deixa cobrar do consórcio aquilo que ele deveria entregar (G9).

Influencia sim, mas muito não, desses seis anos que eu estou aí dentro da secretaria, seis anos, não vou dizer que não tenha interferência política, porque são os prefeitos que são os membros natos, nós somos membros da parte técnica, mas assim, de um modo geral, muitas discussões que nós secretários levamos (G10).

Algumas vezes, os gestores fazem projeções de gastos apenas para o seu mandato no governo municipal, mas não garantem sua continuidade em longo prazo. Muitas vezes, os interesses políticos prejudicam o desenvolvimento das políticas de saúde (Grzelzak *et al.*, 2017). Um participante comentou como as questões políticas

pode prejudicar o desenvolvimento do consórcio, mesmo diante de suas potencialidades.

Eu percebo o consórcio com uma potencialidade muito grande, que não é aproveitada, primeiro, pelo aspecto político [...] muitas vezes que o prefeito precisaria acionar o consórcio, a gente percebe que essa cobrança acaba não ocorrendo de maneira efetiva, justamente por essa política de boa vizinhança, porque o presidente do consórcio sempre é um dos gestores da microrregião (G9).

A gestão de alguns consórcios na área da saúde, influenciada por interesses políticos, resulta em um sistema de consórcios municipais que requer intervenções externas para garantir a prestação dos serviços de saúde (Grzelzak *et al.*, 2017).

Os gestores também destacaram os serviços prestados pelos consórcios públicos, pensando nas demandas do município, nos locais do atendimento e na necessidade de ser um integrante importante da RAS, como um dispositivo de “salvação” para os gestores.

Mas me preocupa a gente pensar que ele é a nossa salvação, nós gestores precisamos tomar cuidado com isso de não ver ele como a única esperança, porque nós temos que lutar por outros meios de pactuações, de investimento aí do ministério, nós precisamos disso (G3).

Então, eu entendo que o consórcio é uma ferramenta muito válida para a gestão pública como um todo [...]. Então, entendo que o consórcio é uma ferramenta muito importante, e que ela só precisa ser aprimorada, lapidada, porque é algo que ainda não era visto com a magnitude que está se vendo hoje (G10).

Olha, eu acho excelente, excelente porque eu saí de um consórcio muito pequeno, eu era do [nome do consórcio que fazia parte quando era gestor de outro município] (G5).

Eu considero que é prestado com bastante qualidade assim, é muito, é igual eu falei, atende super bem, sabe? Todos os serviços credenciados, a gente consegue ter acesso a esses serviços (G4).

Quando ocorre parceria entre os consórcios e municípios, cumpre-se um papel fundamental na busca por melhorias na qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população. Os municípios que são consorciados se sentem mais unidos, pois compartilham desafios semelhantes. Essa união fortalece a capacidade de procurar recursos estaduais para a região e permite a otimização de seus recursos, que muitas vezes são limitados, visando aprimorar a qualidade do atendimento de saúde para a população (Pypcack Júnior *et al.*, 2020).

Para Pypcack Júnior *et al.* (2020), o consórcio público de saúde tornou-se uma ferramenta para atender a população que necessita de serviços da média ou alta complexidade, sendo um serviço importante para alcançar a qualidade da assistência à saúde para a população.

As pactuações bem-feitas nas macrorregiões de saúde são uma ferramenta vital para garantir um sistema de saúde eficiente, acessível e de alta qualidade, promovendo a saúde da população e respondendo às necessidades em constante evolução. Elas ajudam a superar desafios geográficos, econômicos e sociais, contribuindo para o bem-estar e a equidade na assistência médica.

Nas discussões realizadas nesta categoria, os participantes abordaram o serviço como uma parte importante na integração do serviço de saúde da média complexidade, sendo uma possibilidade para gerir um serviço da política de saúde do CEAE. Foram citados pontos em que a política muitas vezes pode prejudicar ou ajudar na prestação de serviços. Por fim, uma percepção mais ampla coloca que o consórcio não é a única ferramenta para ajudar o município e seus gestores, mas uma das possibilidades para tal.

Um dos modos de melhorar os serviços prestados é apontando as potencialidades e fragilidades das organizações e algumas vezes podendo utilizar o *benchmarking* para fazer a fragilidade se transformar em uma potencialidade, esse ponto será o próximo tópico que será abordado.

5.3 O que se pode melhorar nos Consórcios Intermunicipais de Saúde

Nesta categoria de análise, os participantes abordaram as potencialidades e as fragilidades dos consórcios em que são associados e ações que podem ser utilizadas de outros existentes para aperfeiçoar o que está vinculado.

No Quadro 3, é apresentada uma síntese das potencialidades e fragilidades mencionadas durante as entrevistas.

Quadro 3 – Potencialidades e fraquezas dos consórcios

Potencialidades	Fragilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Variedade de procedimentos ofertados; • Fortalecimento da microrregião de saúde através dos serviços prestados; • Equipe jurídica para apoio ao município; • Agilidade para credenciamento e licitação de novos prestadores e fornecedores; • Preço ofertado; • Distância do município ao consórcio; • Tempo para o agendamento; • Contratação dos procedimentos através de licitação em vez de credenciamento; • Apoio do Secretário executivo nas demandas do município; • Sede própria adequada para a prestação de serviços ao usuário; • Possibilidade de oferta de serviços no município consorciado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Data para realização do exame não está adequada a necessidade do consórcio; • Falta de gestão administrativa; • Falta de articulação com os prestadores terceirizados; • Os serviços prestados não estão de acordo com as necessidades do município; • Falta de atualização tecnológica; • Pouca variedade de procedimentos ofertados; • Quantidade de procedimentos ofertados pelo consórcio para o município está inferior com o desejado; • Distância do município ao consórcio; • Não ofertar o procedimento de Ultrassonografia que é importante; • Não atender a alta complexidade; • Suporte as dúvidas do gestor referente aos prestadores de serviços terceirizados que algumas vezes não está realizando o serviço necessário; • Falta de planejamento para os serviços que serão fornecidos pelo consórcio; • Custo elevado para manter o Transporte Sanitário Eletivo; • Falta de investimento no corpo técnico e infraestrutura; • Falta de negociação com os municípios; • Falta de planejamento das ações do consórcio; • Estrutura física inadequada para a prestação de serviços aos usuários.

Fonte: Elaborado pelo autor.

É possível perceber que para alguns gestores municipais o serviço que ele está consorciado tem como potencialidade a distância da sede, variedade de procedimentos ofertados e tempo para agendamento, sendo que esses mesmos pontos são abordados por outros gestores sendo uma fraqueza em seu consórcio.

As potencialidades da organização são elementos internos e controláveis que criam condições favoráveis para ela em relação ao seu ambiente. São características ou qualidades da organização que têm o potencial de influenciar positivamente o seu desempenho (Silva *et al.*, 2011).

Mendes *et al.* (2019) falam que estudos no âmbito da saúde evidenciam que aproximadamente 40% das faltas em consultas especializadas podem ser associadas à carência de uma estrutura logística bem-organizada neste contexto.

A sede do consórcio ser perto do município associado ou o médico atender no próprio município traz vantagens uma vez que pode diminuir o absenteísmo das consultas especializadas. Quando o G10 fala que “*E com a vinda, a gente diminui isso drasticamente*” ele está falando dos profissionais médicos do consórcio que se deslocam para o seu município para realizar o atendimento dos pacientes e com isso ocorre uma queda no absenteísmo.

O [nome do consórcio 1] ele é mais próximo do meu município, que é aqui na cidade de [município sede do consórcio] (G2).

Um dos problemas que nós temos aqui, é justamente a falta, esse absenteísmo. E com a vinda, a gente diminui isso drasticamente, porque o deslocamento, tem locais onde a gente manda para deslocamento, que o paciente praticamente perde o dia todo dele, tendo dentro do município, ele perde ali uma hora ou meio período, então isso também ajuda no processo (G10).

Em essência, as potencialidades são internas e controláveis da organização, representam seus atributos e recursos positivos, que podem ser estrategicamente utilizados para alcançar sucesso e prosperidade no mercado ou contexto em que estão inseridos (Silva *et al.*, 2011).

Enquanto houve um aumento em suas fontes de financiamento, o movimento de descentralização das responsabilidades governamentais dos serviços a serem prestados na saúde trouxe um impacto significativo nas finanças dessas unidades federativas (Silva *et al.*, 2017). É possível perceber nas entrevistas que os consórcios muitas vezes conseguem um valor menor para os procedimentos que os municípios precisam.

A oportunidade que ele nos dá de conseguir consultas com um preço acessível, que eu consigo atender mais pessoas e agilidade nisso, se eu quero atender, se eu quero agendar consultar eu não preciso esperar tempos não, eu consigo agendar uma facilidade (G3).

Os pontos fortes são os valores realmente da consulta especializada, os exames complementares [...] e também um dos pontos positivos também é a licitação compartilhada de medicamentos que a gente já tem pelo consórcio e funciona muito bem e a gente já tem já, antes de ter o FarmaCIS, a gente já tem isso dentro do consórcio e realmente funciona muito bem, por isso que a gente anseia isso expandir para materiais médicos hospitalares e outros tipos de insumos em saúde (G8).

O consórcio briga muito pelo preço dos procedimentos, então é um preço, na perspectiva de uma microrregião de saúde do norte de Minas, em que você tem dificuldade de fixação de profissional, então o consórcio é um ente que, nesse quesito, ele nos ajuda muito com relação ao custo do serviço. Os pontos fortes, o principal ponto forte é com relação a esse gargalo que o município teria se não tivesse o consórcio na contratação de serviços, então o principal ponto forte é justamente em consulta e procedimento, que a gente não conseguiria realizar na ausência do consórcio, então acho que esse é o principal ponto forte do consórcio (G9).

Contratar prestador por um custo mais acessível, porque quando você faz aquela pesquisa em custo, o consórcio sempre sai bem mais barato, 60 a 80% mais barato que o mercado, então esse é um ponto forte, e a gente obter serviço de qualidade também, porque é um serviço especializado, e que a contratação a gente sempre olha isso também, da qualidade do serviço. Então, esses são os pontos que eu elenquei aqui como os fortes (G14).

Peters *et al.* (2022) mencionam que os consórcios de saúde conseguem valores unitários menores para grande parte de itens adquiridos em comparação com os valores que os municípios adquirem. Leal *et al.* (2019) complementam com seu estudo que os consórcios conseguem preços mais baixos devido a economia de escala e escopo da região.

Além de valores menores na compra de medicamentos, outro ponto importante é que os consórcios conseguem ajudar a reduzir o desabastecimento do medicamento no município. Segundo Pypcack Júnior *et al.* (2020), em sua pesquisa nos municípios do Médio Vale do Itajaí no Estado de Santa Catarina que fazem parte do consórcio da região, observou-se uma redução aproximada de 12% de 2007 para 2008, e de 48% de 2007 para 2009 no número de itens que apresentaram falta em pelo menos um dia.

Para Barbosa e Mor (2018), o consórcio precisa ser utilizado como uma estratégia para reduzir custos, aumentar e melhorar a oferta de serviços de saúde na região. Principalmente nos municípios de pequeno porte, em que a demanda é baixa por procedimentos especializados, é necessário um consórcio para que, ao consolidar as demandas de todos os municípios, seja possível a contratação do serviço e o aumento do poder de barganha para tentar diminuir o valor ofertado por terceiros. A

participante G7 abordou na sua entrevista que o consórcio fortalece a microrregião de saúde, abrindo novas possibilidades.

Em relação aos pontos fortes, nós somos uma microrregião pequena, então ter um consórcio é no intuito de fortalecer essa microrregião e de trazer mais coisas. Então, eu vejo que como um ponto forte é ter a micro junta. O consórcio foi feito pensando na microrregião, então esse seria o ponto forte do consórcio (G7).

Leal *et al.* (2019) trazem em seu estudo que os gestores do estado de Pernambuco utilizam o consórcio para melhorar o fortalecimento da regionalização, sendo uma forma de organizar os serviços na região. Além disso, destacam a importância da cogestão dos serviços a partir das demandas dos municípios.

As fragilidades são caracterizadas como potencial de melhoria que limitam a capacidade de desempenho da organização e devem ser superadas. Constituem condições melhorias que devem ser continuamente observadas, melhoradas ou eliminadas para evitar impactos negativos na competitividade da organização no futuro (Silva *et al.*, 2011).

É essencial que a organização identifique suas fragilidades de forma honesta e objetiva, buscando implementar estratégias e ações corretivas para minimizar ou eliminar essas limitações. A superação das fraquezas é um passo importante para garantir a sustentabilidade e o crescimento contínuo da organização (Silva *et al.*, 2011).

O participante G2 trouxe anteriormente em sua fala que o outro consórcio que está associado tem como força a sua localização, pois está perto do seu município. A distância geográfica pode ser considerada força ou fragilidade. Para G2, a distância geográfica pode influenciar no número de absenteísmo na média complexidade.

O ruim do [nome do consórcio 2] é que ele é mais longe para a gente, mas a gente sempre leva uma demanda maior, vai micro-ônibus, vai em van, a gente leva uma quantidade maior [...]. Do [nome do consórcio 2] que fica mais longe, às vezes sai de manhã e volta à tarde, aí o paciente fica reclamando, ficou com fome, que o hospital ele foi construído em uma área um pouco mais afastada, então lá por perto não tem restaurante, não tem nada que eles possam lanchar. Então esse é um ponto negativo, que aí os pacientes voltam insatisfeitos nessa questão não é da demora, é do tempo de espera, porque como vai uma quantidade maior de pacientes, tem que esperar todo mundo terminar, e essa dificuldade até de alimentação porque ele está construído em uma área mais isolada, não tem muita casa por perto, não tem muita coisa (G2).

A escassez ou ausência de consultas em diversas especialidades representa um desafio significativo para os gestores, pois dificulta assegurar o acesso dos residentes a serviços de atendimento especializado (Silva *et al.*, 2017).

A diversidade de especialidades oferecidas pelos consórcios pode interferir no acesso a atenção especializada quando necessária, mas pode-se perceber que em alguns consórcios esse ponto é considerado como uma fragilidade, o que faz pensar que, às vezes, os secretários executivos dos consórcios precisam conversar para avaliar como essa fragilidade pode virar uma potencialidade.

Cardiologista, um risco cirúrgico. Às vezes eu não vou conseguir na data que eu preciso, né? Às vezes tem que ser na data que eles oferecem, esse é ponto negativo. Às vezes eu preciso para semana que vem eu não vou conseguir por causa de ser com a guia, aí eu vou conseguir só para mês que vem, aí tem esse ponto negativo, porque às vezes tem que esperar um pouco (G1).

Os pontos fracos são esses, de a gente não ter tantas especialidades, assim, como a gente precisaria ter (G6).

Os pontos fracos [...] aumentar a gama de oferta de serviços, porque a demanda é muito dinâmica, então o consórcio, se tivesse planejamento, conseguiria nos atender com mais facilidade nessa mudança das demandas que tem (G11).

Acho que precisava melhorar mais, ter uma diversificação de serviço (G13).

As razões por trás da questão do acesso limitado a consultas especializadas envolvem a presença de vagas abaixo dos padrões regulatórios, uma quantidade inadequada de médicos, a complexidade de reter profissionais médicos em áreas remotas, uma notável dependência do setor privado e uma diminuição na contribuição da União e dos estados na provisão e financiamento de serviços (Silva *et al.*, 2017).

O Estado de Minas Gerais com sua grande extensão territorial e sua diversidade geográfica, econômica e cultural também dificulta a prestação de serviços médicos para toda a população. Com isso, nem sempre a falta de contratação de especialista será culpa do consórcio, mas sim devido à localização e à oferta de serviços no território.

Os gestores entrevistados abordaram também que a compra de medicamentos básicos já está implantado em um consórcio e que a SES/MG lançou diretrizes para auxiliá-los com essa demanda.

E assim, a gente tem tentado dentro do consórcio, dentro para ter essa integralidade mesmo [nome do município] tem um problema, a gente distribui 319 remédios na Farmácia Popular. O consórcio para fazer parte dessa integralidade os médicos do consórcio eles tem que seguir a lista nossa, ele não pode ficar receitando remédio que está fora da lista, porque senão você não consegue atender o paciente, o paciente do município pequeno, mas um município pobre, a população é pobre [...]. Agora com os medicamentos também ele vai entrar agora com a nova política do estado aí talvez para fortalecer também essa parte de a gente comprar os medicamentos, porque o que eu falo, estou tendo problema direto (G5).

Na verdade nós já estamos fazendo uma ampliação, inclusive que eu cobrei, que está muito forte em todos os consórcios, é a questão do processo de licitação, fazer compras compartilhadas, mas isso a gente já vem trabalhando também para a ampliação, e já tem algumas experiências que a gente vem observando de outras regiões do país, inclusive, e a compra compartilhada te dá escala, escopo, ela te dá um poder de barganha maior, e nós já estamos avançando para essa questão também, já estamos estruturando lá no consórcio uma central de licitação, que vai começar a caminhar para a gente fazer licitações compartilhadas com os municípios, para a gente tentar melhorar nesses processos (G10).

Hoje ele só tem esse serviço de consulta e procedimento, ele tem o antigo SETS, né, que agora vai ser o Transporta SUS, e ele vai começar com a questão do FarmaCIS, mas ainda não começou, mas é algo também que a gente vai fazer, já solicitou adesão (G6).

Segundo Flexa e Barbastefano (2019), no contexto dos processos relacionados à aquisição de materiais, medicamentos e à contratação de serviços, é notável observar que os consórcios têm se destacado consideravelmente, exibindo um desempenho substancialmente mais eficaz e eficiente em comparação com as práticas de aquisição individuais adotadas por cada uma das entidades federativas de forma isolada.

No estudo realizado por Ferraes e Cordoni Junior (2007), foi possível analisar que, em 2000, o Consórcio Paraná Saúde alcançou um custo 29,7% menor em comparação com os valores publicados no Banco de Preços do Ministério da Saúde.

Outro ponto fraco abordado por um participante foi que o consórcio deveria ter uma central de compras.

Penso que o consórcio deveria ter uma central de compras, onde caberia a ele a licitação de toda parte hospitalar, de toda parte de insumos de saúde para os outros municípios (G8).

Segundo Flexa e Barbastefano (2019), a viabilidade da autonomia municipal tornou-se, grande parte das vezes, mais substancial quando os municípios, por meio de acordos cooperativos, escolheram se associar em consórcios visando à aquisição

de serviços em maior amplitude e com metas distintamente delimitadas, alinhadas às suas próprias necessidades.

Ao perguntar aos participantes o que eles consideram que poderia tornar-se uma força, pensando em serviços de outros consórcios que eles têm conhecimento, um gestor abordou o atendimento da alta complexidade.

Os pontos fracos hoje que eu acho é que podia atender um pouco na parte de alta complexidade, principalmente de algumas cirurgias, porque a gente acaba vendo aí algumas políticas do governo do estado, do governo de eletivas e de outras tendo não conseguindo ainda fluir. Então assim a gente tem muito gargalo nessa parte, o consórcio talvez facilitaria a gente nesse sentido (G5).

É possível que uma parceria entre os consórcios ajude na inserção de um novo item a ser ofertado que irá ajudar o município a diminuir seu gargalo na alta complexidade. Souza e Demambro (2020) realizaram um estudo em um hospital que é referência na microrregião em Garças/Vale do Araguaia e administrado por um consórcio público. A pesquisa constatou que o estabelecimento possui uma avaliação geral muito boa, segundo a percepção dos usuários, sendo favorável o nível de satisfação do usuário com os serviços utilizados.

Em uma das entrevistas foi citada também a utilização do consórcio para a contratação de médico da ESF por consórcios públicos. Como a participante em questão é associada a dois consórcios públicos, especifica-se em todas as falas da gestora qual o consórcio está citando, ou seja, [consórcio 1] ou [consórcio 2].

Por exemplo, tem me ajudado bastante a questão com os médicos dos PSFs, porque meu município é um município de 13.000 mil habitantes, nessa faixa aí, o salário do prefeito é baixo, ninguém pode ganhar mais que o prefeito. Aí os médicos dos PSFs estavam ganhando um valor abaixo do que a região paga, e aí a gente estava sem médico na atenção primária, porque ninguém queria ficar aqui. Então a gente conseguiu contratar eles através da [nome da empresa que terceiriza profissionais], não, mentira, do [nome do consórcio 1] e aí a gente conseguiu aumentar o salário, que agora eles são PJ, e agora nós temos médicos em todos os PSFs da atenção primária. Antes, a gente não estava conseguindo por questão do salário. Então foi um ponto que ajudou bastante também [...]. [nome da empresa que terceiriza profissionais] ela é do [nome do consórcio 2], e aí a gente, os médicos do pronto atendimento, os plantonistas são pela [nome da empresa que terceiriza profissionais [...]]. Não falta médico nesse sentido, principalmente na atenção primária, não é nem tanto nos plantões, sabe? (G2).

Com base no relato acima, mencionando as dificuldades dos municípios para contratação de profissionais, principalmente os médicos é possível perceber que o consórcio ampara os consorciados em todos os pontos da RAS.

A presença de uma rotatividade substancial entre os profissionais médicos e enfermeiros que compõem as equipes da ESF, acarretando impactos significativos na efetivação dessa abordagem. Esses impactos englobam não apenas os custos associados à constante necessidade de capacitação da equipe e as interrupções nos programas de saúde, mas também prejudicam diretamente os usuários atendidos e, de maneira central, comprometem a capacidade desses profissionais em estabelecer laços duradouros com a comunidade atendida (Tonelli *et al.*, 2018; Barbosa *et al.*, 2019).

Uma das estratégias utilizadas pelas organizações para transformar suas fragilidades em potencialidades é o *benchmarking* que tem passado por uma evolução contínua, saindo do tradicional enfoque competitivo, que se concentrava apenas nos produtos da concorrência, e tem se transformado em uma prática de aprendizado das melhores práticas de excelência e colaboração mútua (Carlini Júnior; Vital, 2020; Oliveira *et al.*, 2017).

Dada a complexidade territorial de Minas Gerais com necessidades regionais diversificadas, além da heterogeneidade demográfica, econômica e assistencial dos municípios, tem-se como proposta deste estudo considerar a necessidade de utilizar o *benchmarking* com outros consórcios.

O *benchmarking* é uma ferramenta estratégica na qual as empresas colaboram trocando informações com outras organizações, visando aprimorar seus processos produtivos e a qualidade de bens e serviços. Podemos defini-lo como um instrumento de gestão no qual as empresas buscam aprimorar suas práticas por meio da partilha de experiências com empresas que atuam em setores similares e que demonstram um progresso notável (Nuciteli; Malagolli, 2020).

Pensando que os consórcios de saúde são serviços públicos e não tem o foco em lucro e nem em concorrência, a utilização do *benchmarking* na prática do aprendizado se torna uma estratégia para ser utilizada com os outros serviços, além disso, tem se mostrado altamente eficaz para auxiliar o desenvolvimento de pequenas e médias empresas.

Ao aprender com outras organizações, elas podem identificar oportunidades de melhoria, implementar soluções mais eficientes e aprimorar seus processos, produtos

e serviços. Essa abordagem colaborativa também permite que as empresas troquem conhecimentos, experiências e ideias, fomentando um ambiente propício para o crescimento e a inovação no setor empresarial (Carlini Júnior; Vital, 2020; Oliveira *et al.*, 2017).

Assim, a troca de experiências pode ser exitosa para que os consórcios consigam agregar novas atividades e melhorar os serviços prestados. Ademais, por não terem fins lucrativos, os consórcios públicos podem ter facilidade para estimular a tal ação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido ao princípio da descentralização, os municípios tiveram que aumentar a oferta de serviços para a sua população. Com isso, foi necessária uma ampliação da complexidade dos serviços ofertados. Com o avanço da descentralização municípios de pequeno porte começaram a perceber que teriam que aumentar os gastos para proporcionar uma atenção à saúde adequada.

Essa autonomia municipal começou a ser mais factível por meio de acordos de cooperação, entre municípios com o mesmo objetivo. Essa cooperação traz como resultado os consórcios interfederativos que são associações voluntárias entre eles.

Os consórcios públicos de saúde são uma ótima estratégia para serem utilizados pelos municípios, principalmente os de pequeno porte, no interior do estado. Mesmo diante dos benefícios da associação aos consórcios, a avaliação dos serviços prestados por eles precisa ser pensada e realizada periodicamente.

No presente estudo, foi possível perceber que o papel dos consórcios vai além de um serviço prestado, que fornece consulta e exames. Eles conseguem auxiliar os municípios em vários tipos de serviços como: TSE, compra de medicamentos e materiais médicos hospitalares e até na gestão de serviços como o CEAE.

Com essa gama de serviços ofertados, os consórcios conseguem dar assistência aos entes consorciados em vários pontos da RAS para que o usuário consiga alcançar o princípio da integralidade do SUS.

Com a realização das entrevistas, foi possível perceber que, muitas vezes, os consórcios públicos de saúde não estão cumprindo seu papel como integrante da RAS. Na perspectiva dos gestores, alguns consórcios estão cumprindo apenas o papel de prestador de serviços de saúde e não estão participando da articulação dos serviços em rede para a continuidade do cuidado em saúde do paciente.

A relevância e a complexidade do tema mostram a necessidade de novos estudos, assim como, uma ampliação da análise para outros municípios e gestores. Nesse caso, um número maior de participantes poderia permitir uma análise por Macrorregião de Saúde ou mesmo a exploração de determinados consórcios. Contudo, acredita-se que o presente estudo contribuiu para levantar as perspectivas dos gestores de saúde sobre os serviços prestados pelos Consórcios Públicos Intermunicipais, atingindo os objetivos propostos.

Durante a realização deste estudo, ficou evidente a necessidade de os gestores municipais e os secretários de executivos dos consórcios entenderem a RAS e saber da importância que os consórcios têm na rede para ajudar os municípios a prestarem os serviços para a população. Diante disso e da necessidade de uma devolutiva para o serviço proposta pelo curso de Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde, apresenta-se no Apêndice D uma proposta de oficina para os secretários executivos dos consórcios sobre a participação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde na RAS e como deve ser o seu papel na rede para uma melhor articulação e fortalecimento do sistema de saúde.

Além disso, foi elaborado um Relatório Técnico Científico da Pesquisa (Apêndice E) trazendo os principais resultados da pesquisa para auxiliar os gestores municipais a criarem estratégias para melhorar a participação dos consórcios públicos de saúde na articulação com a RAS.

Cabe ressaltar que o consórcio de saúde representa uma valiosa estratégia que pode auxiliar os municípios a fortalecerem seu fluxo dentro da rede. Mesmo sendo incipiente, é importante destacar o verdadeiro papel do consórcio na RAS como um serviço que é importante para melhorar a assistência à saúde na região e que faz parte do SUS e que ele vai além de um prestador de serviços de saúde.

Espera-se que os resultados deste estudo trabalho possam contribuir para o aprimoramento, fortalecimento e articulação dos consórcios na RAS e auxiliar na resolução das fragilidades encontradas. Além disso, espera-se que o estudo possa contribuir para o planejamento do município junto com o consórcio, possibilitando a melhoria da assistência prestada no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; SILVA, K. S.; BOUSQUAT, A. Atenção especializada e transporte sanitário na perspectiva de integração às Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 4025-4038, out. 2022.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. O planejamento de pesquisas qualitativas. *In*: ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 2002. p. 147-178.

ALVES, M. L. F. *et al.* Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais–Brasil. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 25, n. 4, p. 469-475, nov. 2015.

BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 13, n. 1, p. 15-24, mar. 2004.

BARBOSA, F. S.; MOR, D. S. M. Consórcios públicos de saúde: as aderências pelos municípios e o atingimento da eficiência dos serviços prestados. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, DF, v. 9, n. 3, p. 379-392, set. 2018.

BARBOSA, L. G. *et al.* Recursos Humanos e Estratégia Saúde da Família no norte de Minas Gerais: avanços e desafios. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 287-294, set. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.

BECKHAUSER, S. P. R. *et al.* Qualidade de serviços em saúde: uma avaliação em ambulatórios gerais de uma cidade localizada no sul do Brasil. **Revista de Estudos Sociais**, Mato Grosso, v. 20, n. 40, p. 128-141, jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.905, de 13 de julho de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as diretrizes e os aspectos operacionais aplicáveis aos consórcios públicos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 dez. 2013.

BRASIL. Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 abr. 2005.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 set. 1990.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BUSATO, I. M. S.; RIBAS, R. M. Análise da legislação de transporte sanitário de pacientes no município de Curitiba. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 16, n. 24, p. 65-78, ago. 2022.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife. v. 5, supl. 1, p. 63-69, dez. 2005.

CAPPELLE, M. C. A.; MELO, M. C. O. L.; GONÇALVES, C. A. Análise de conteúdo e análise de discurso nas ciências sociais. **Organizações rurais & agroindustriais**, Lavras, v. 5, n. 1, p.69-85, abr. 2003.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A análise de implantação. *In*: BROUSSELLE, A. *et al.* (org). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41-60.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 925-936, mar. 2015.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Consórcios públicos intermunicipais: uma alternativa à gestão pública**. Brasília, DF: CNM, 2016

MELO, M. B. *et al.* Transporte eletivo e direito à saúde na perspectiva do usuário: um dispositivo de gestão. **Revista INTERFACE**, Natal, v. 14, n. 2, p. 38-57, dez. 2017.

MORAIS, R. *et al.* Vantagens e desafios dos consórcios intermunicipais de saúde: um ensaio teórico. **Revista de Desenvolvimento Econômico**, Salvador, v. 2, n. 49, p. 203-225, ago. 2021.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

MENDONÇA, F. F.; ANDRADE, S. K. A. V. Consórcio público de saúde como arranjo para relação federativa e o processo de regionalização. **Redes**, Porto Alegre, v. 23, n. 3, p. 206-224. dez. 2018.

FERRAES, A. M. B.; CORDONI JUNIOR, L. Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 475-486, maio/jun. 2007.

FLEXA, R. G. C.; BARBASTEFANO, R. G. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 325-338, jan. 2020.

FREITAS, B. R.; OLIVEIRA, A. R. Avaliação dos consórcios intermunicipais de saúde da zona da mata mineira: uma análise sob a ótica dos gestores de saúde. **HOLOS**, Natal, ano 31, v. 3, p. 338-353, jul. 2015.

FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, dez. 2014.

GOMES, R. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.

GONÇALVES, L. M. M.; GUIMARAES, D.; LIMA, M. C. S. Eficiência na aquisição de medicamentos através de Consórcios Intermunicipais de Saúde. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p.85-94, abr/jun. 2020.

GRZELZAK, M. T. *et al.* A Importância dos consórcios intermunicipais de saúde. **South American Development Society Journal**, São Paulo, v. 3, n. 7, p. 196-205, abr. 2017.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de informações básicas municipais perfil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População estimada**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

CARLINI JÚNIOR, R. J.; VITAL, T. W. A utilização do benchmarking na elaboração do planejamento estratégico: Uma importante ferramenta para a maximização da competitividade organizacional. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, São Paulo, v. 6, n. 14, p. 60-66, abr. 2004.

LEAL, E. M. M. *et al.* Razões para a expansão de consórcios intermunicipais de saúde em Pernambuco: percepção dos gestores estaduais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 128-142, jul./set. 2019.

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. 985-996, out./dez. 2000.

LIMA, R. A.; BRAZOROTTO, J. S. Análise situacional da incorporação de tecnologias em hospitais públicos federais no Brasil. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 14, 3202343, p. 1-6, jul. 2023.

MACHADO, J. A; ANDRADE, M. L. C. Cooperação intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribuição de custos e benefícios. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 695-720, maio/jun. 2014.

- MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 9-17, jan./mar. 2015.
- MAGALHÃES, B. G. *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 76-85, jan./mar. 2015.
- MARTINS, C. C.; WACLAWOVSKY, A. J. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 100-109, jan./jun. 2015.
- MACHADO, M. N. M. **Entrevista de pesquisa**: a interação pesquisador/entrevistado. Belo Horizonte: C/Arte, 2002.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2011.
- MENDES, E. V. *et al.* **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019.
- MENDES, E. V. *et al.* **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 2. ed. Brasília, DF: OPAS, 2012.
- MERHY, E. E.; CECÍLIO, L.C.O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: UNICAMP, 2003.
- MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **Os consórcios intermunicipais de saúde (CIS)**. Belo Horizonte, SES/MG 2023. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/cis>. Acesso em: 25 mar. 2023.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- MONTEIRO, I. S.; MOREIRA, R. S.; FARIAS, S. F. Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal na estratégia saúde da família de Recife, Pernambuco, 2014. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 387-406, jul./set. 2022.
- MULLER, E. V.; GRECO, M. Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 925-930, maio 2010.
- NASCIMENTO, A. L. *et al.* Avaliação da satisfação de mães em relação aos serviços públicos de saúde de Montes Claros (MG). **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 46, n. 4, p. 238-250, abr. 2022.

NERI, S. C. C. *et al.* Diagnóstico situacional das práticas integrativas e complementares em saúde na Bahia: um estudo transversal. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 47, n. 1, p. 9-24, jan. 2023.

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

NUCITELI, S. T.; MALAGOLLI, G. A. Benchmarking uma ferramenta importante para a competitividade no setor de artesanato. **Revista Interface Tecnológica**, Taquaritinga, v. 17, n. 2, p. 877-888, dez. 2020.

OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 1-22, jan. 2021.

OLIVEIRA, G. G.; BERNARDES, M. M. S. O que é benchmarking?. *In*: BERNARDES, M. M. S.; van der LINDEN, J. C. S. (org.). **Design em pesquisa**. Porto Alegre: Marcavisual, 2017. p. 110-125.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial da saúde 2008**: cuidados de saúde primária: agora mais que nunca. Genebra: OMS, 2008.

PETERS, J. R. *et al.* Análise de preços praticados nas aquisições de medicamentos pelos consórcios de saúde em comparação com as instituições municipais para o período de 2017 a 2018. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 38-51, dev. 2022.

PIRES, S. S. Cooperação horizontal: a experiência dos consórcios intermunicipais. *In*: VII JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 7., 2015, São Luís do Maranhão. **Anais [...]**. São Luís do Maranhão: Universidade Federal do Maranhão, 2015.

PYPCACK JÚNIOR, R. *et al.* O papel dos consórcios intermunicipais como ferramenta na gestão da saúde pública. **Global Academic Nursing Journal**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. e3-e3, ago. 2020.

RIBEIRO, W. A. **Cooperação federativa e a lei de consórcios públicos**. Brasília, DF: CNM, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Gestão Regional. **Plano diretor de regionalização (PDR)**. Belo Horizonte: SES/MG, 2020. Disponível em: www.saude.mg.gov.br. Acesso em: 25 mar. 2022.

SHORTELL, S. M. *et al.* **Remaking health care in America**: building organized delivery systems. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.

SILVA, C. R. *et al.* Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, abr. 2017.

SOUTO JÚNIOR, J. V. **O papel da CIB/MG no processo de regionalização do SUS em Minas Gerais**. 2010. 130 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

SOUZA, M. S.; DEMAMBRO, E. Consórcio intermunicipal de saúde da região do Garças/Araguaia: Importância para prestação da assistência em saúde. **Revista Estudos e Pesquisas em Administração**, Rondonópolis, v. 4, n. 3, p. 129-146, set./dez. 2020.

SCHMIDT, B.; PALAZZI, A.; PICCININI, C. A. Entrevistas online: potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de COVID-19. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, v. 8, n. 4, p. 960-966, out./dez. 2020.

SILVA, A. A. *et al.* A utilização da matriz Swot como ferramenta estratégica: um estudo de caso em uma escola de idioma de São Paulo. SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 8., 2011, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rezende: Rio de Janeiro, 2011. p. 1-11.

STAKE, R. E. **Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam**. Porto Alegre: Penso Editora, 2016.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, dez. 2011.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 828-841, abr. 2012.

TEIXEIRA, L.; DOWELL, M. C. M.; BUGARIN, M. Consórcios intermunicipais de saúde: uma análise à luz da teoria dos jogos. **Revista Brasileira de Economia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 253-281, mar. 2003.

TONELLI, B. Q. *et al.* Rotatividade de profissionais da estratégia saúde da família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, Paso Fundo, v. 23, n. 2, p. 180-185, maio/ago. 2018.

VELOSO, R. C. S. G. *et al.* Referenciamento e contrareferenciamento à Atenção Primária de à Saúde de idosos com osteoporose. **Saúde**, Santa Maria, v. 48, n. 1, p. 1-15, fev. 2022.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 12. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre a **AVALIAÇÃO DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**, em desenvolvimento no Curso de Mestrado Profissional de Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Este estudo será realizado pelo pesquisador mestrando Marcus Vinicius da Silva Costa, orientado pela Profa. Dra. Mirela Castro Santos Camargos (responsável pela pesquisa).

A pesquisa tem por objetivo analisar a percepção dos gestores municipais de saúde quanto a prestação de serviços oferecidos pelos consórcios aos municípios consorciados. Para isso serão realizadas entrevistas individuais *online* que serão gravadas e transcritas, com garantia de confidencialidade. Se o(a) senhor(a) concordar em participar da pesquisa será convidado para uma entrevista de acordo com a sua disponibilidade e agendamento prévio. O(a) senhor(a) gastará em média 1 hora e 30 minutos para responder as perguntas.

As informações fornecidas na gravação serão identificadas pelo número da entrevista, em nenhum momento o(a) senhor(a) será identificado, garantindo o anonimato. As informações e resultados da pesquisa serão tratados com sigilo, sendo utilizados somente para fins científicos e acadêmicos. Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 05 (cinco) anos na Escola de Enfermagem da UFMG e após esse tempo serão destruídos.

A participação será voluntária e, mesmo depois do consentimento, o(a) senhor(a) terá o direito e a liberdade de interromper a qualquer momento a participação na pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

Para participar desta pesquisa o(a) senhor(a) não terá nenhum custo, não receberá qualquer vantagem financeira e receberá esclarecimentos sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar, estando livre para participar ou recusar-se a qualquer tempo, sem quaisquer prejuízos para o(a) senhor(a) ou para a instituição. Fica garantido ao participante o direito de indenização diante de eventuais danos e prejuízos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa assim como o reembolso no caso de gastos decorrentes da participação na mesma. Os riscos

identificados no desenvolvimento da pesquisa referem-se a possíveis desconfortos relacionados com receio e constrangimento pelas informações compartilhadas e pelo tempo dispensado. Informo que diante do objetivo desta pesquisa e a garantia de confidencialidade, privacidade e anonimato das informações coletadas, esses riscos serão minimizados no estudo.

Se concordar em participar, peço que assine este documento em duas vias, sendo que uma ficará com o(a) senhor(a) e a outra será arquivada juntamente com os demais dados da pesquisa.

Consentimento:

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____, fui informado(a) do objetivo do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) sabendo que meu nome não será divulgado e que os resultados serão utilizados para fins científicos. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____, ____ de ____ de 202__.

Nome: _____

Assinatura: _____ Contatos: _____

Marcus Vinicius da Silva Costa
E-mail: marcuscostaadm@gmail.com / Tel: (031) 99990-7661

Mirela Castro Santos Camargos
E-mail: mirelacsc@gmail.com / Tel: (31)3409-8024

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, o(a) senhor(a) poderá consultar:

Pesquisador: Marcus Vinicius da Silva Costa
Rua Alabastro, 333, Apto 204 Sagrada Família
e-mail: marcuscostaadm@gmail.com
Tel: (031) 99990-7661

Pesquisadora orientadora: Profa. Dra. Mirela Castro Santos Camargos
Av. Alfredo Balena, 190, Escola de Enfermagem da UFMG (sala 510), Santa Efigênia, CEP:
30.130-100, Belo Horizonte, MG. Telefone: (31) 3409-8024 / E-mail: mirelacsc@gmail.com

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627/ Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005/ Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP: 31270-901 Fone: (31) 3409-4592 / E-mail: coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE B – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA

Data: _____

Horário: _____

Nome do entrevistado: _____

Nome do município: _____

Orientações iniciais (entrevistador):

- Fazer uma breve contextualização da pesquisa
- Confirmar aceite e assinatura TCLE
- Confirmar aceite gravação da entrevista *online*

Perguntas norteadoras (roteiro semi-estruturado):

1. Qual o seu cargo atual? Há quanto tempo atua nesse cargo?

2. Sexo:

- () Masculino
- () Feminino

3. Idade:

- () De 18 a 24 anos
- () De 25 a 34 anos
- () De 35 a 44 anos
- () De 45 a 54 anos
- () De 55 a 64 anos
- () 65 anos ou mais

4. Escolaridade

- () Ensino Fundamental Incompleto
- () Ensino Fundamental Completo
- () Ensino Médio Incompleto
- () Ensino Médio Completo
- () Ensino Superior Incompleto

() Ensino Superior Completo

() Especialização

() Mestrado

() Doutorado

5. Você saberia citar as **TRÊS** principais especialidades em saúde que apresentam o maior gargalo, ou seja, aquelas com maior tempo de espera para agendamento no município.

1 _____

2 _____

3 _____

6. Alguns municípios estão filiados a mais de um consórcio de saúde, com isso a quantos Consórcios de Saúde seu município é associado??

7. Das especialidades elencadas anteriormente o consórcio que você está associado atende as especialidades que apresentam maior gargalo no município?

8. Pensando no tempo de marcação de consultas/procedimentos onde tem as prioridades devido a cada diagnóstico onde cada diagnóstico tem sua prioridade, como você considera o tempo para marcação do consórcio? O seu município seleciona de que forma prioridade para encaminhar o paciente de acordo com o diagnóstico médico?

9. Os consórcios realizam a divisão dos custos através da cota de rateio com seu consorciados e também utilizam uma tabela de valores dos procedimentos prestados por ele. Como você considera os valores pagos pelo seu município? Você tem conhecimento de como é realizado o cálculo dos valores constantes na tabela de procedimentos custeados?

10. Pensando na infraestrutura e nos equipamentos que o consórcio tem para prestar o serviço, como você considera o atendimento aos pacientes do seu município?

11. Uma das possibilidades de serviços oferecidos pelo consórcio é o transporte dos pacientes do município até o local de atendimento. O seu município utiliza esse serviço do consórcio? Como você considera a qualidade do serviço prestado?
12. O consórcio faz parte da rede de atenção à saúde (RAS) ajudando na articulação da rede e nos serviços oferecidos para a população. Pensando na RAS, como você considera que o consórcio está integrado à rede, pensando na questão do contrarreferenciamento para que o paciente continue o atendimento na atenção primária à saúde.
13. Como você percebe o princípio da Integralidade, tendo o consórcio como parte da RAS prestando os serviços aos pacientes encaminhados pela atenção primária à saúde?
14. Pensando de forma ampla sobre a prestação do serviço do consórcio, quais pontos fortes e fracos que você considera que o consórcio apresenta e quais você considera que são prioridades para melhorar?
15. Qual a sua percepção geral sobre a prestação de serviços do consórcio?

APÊNDICE C – DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DOS PESQUISADORES

Declaramos ter ciência e assumimos as responsabilidades envolvidas no uso de dados referentes ao projeto **AVALIAÇÃO DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**. A coleta de dados somente será iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, por meio da Plataforma Brasil. Comprometemo-nos a respeitar os princípios da ética em pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes receberão todas as informações para compreensão do que se trata a pesquisa, e serão informados sobre a garantia da confidencialidade e privacidade e sobre o direito de manifestarem livremente o interesse em participar ou não em qualquer fase do processo, sem nenhum tipo de prejuízo caso haja interrupção.

Todos os dados coletados com os questionários e termos de consentimento, serão mantidos em arquivo confidencial sob a responsabilidade da pesquisadora orientadora na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. A pesquisadora conta com computador de uso pessoal e restrito, mantido em segurança. Caso seja gerado algum documento impresso, também será realizado o arquivamento em armário localizado em sua sala, mantendo o sigilo e segurança das informações. O prazo de arquivamento (digital e/ou físico) será de cinco anos, sendo os materiais destruídos após esse período.

Assumimos o compromisso de que, em nenhum momento durante a escrita e divulgação dos resultados do trabalho, os nomes dos participantes serão identificados. A utilização de dados será exclusivamente para fins científicos, sem prejuízos de pessoas, grupos ou comunidades.

Marcus Vinicius da Silva Costa
Pesquisador/mestrando

Mirela Castro Santos Camargos
Pesquisadora/orientadora

APÊNDICE D – PRODUTO TÉCNICO I: PROPOSTA DE OFICINA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Marcus Vinicius da Silva Costa
Mirela Castro Santos Camargos

**PROPOSTA DE OFICINA SOBRE A PARTICIPAÇÃO DOS CONSÓRCIOS
INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Belo Horizonte
2023

1 INTRODUÇÃO

Esta proposta de oficina constitui como integrante da dissertação de Marcus Vinicius da Silva Costa, do curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. O autor tem como linha de pesquisa Política, Planejamento e Avaliação em Saúde e foi orientado pela professora doutora Mirela Castro Santos Camargos.

A dissertação teve como objetivo geral avaliar a prestação de serviços oferecidos pelo consórcio de saúde aos municípios consorciados na perspectiva dos gestores municipais.

Com a realização das entrevistas foi possível perceber que os consórcios públicos de saúde muitas vezes não estão cumprindo seu papel como integrante da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ou seja, pela percepção dos gestores alguns consórcios estão só fazendo o papel de prestador de serviços de saúde e não estão participando da articulação dos serviços em rede para a continuidade do cuidado em saúde do paciente.

A proposta desta ação é apresentar aos consórcios a RAS e como deve ser o seu papel na rede para uma melhor articulação e fortalecimento do sistema de saúde.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO

Com a descentralização dos serviços de saúde e os municípios começando a participar da gestão compartilhada do Sistema Único de Saúde foi possível perceber uma dificuldade para grande parte devido ao aumento da complexidade dos serviços que deveriam ser prestados para a população, com isso, uma das principais estratégias utilizadas para conseguir fortalecer a descentralização dos serviços de saúde foi a criação de Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).

Os CIS foram criados por meio de acordos de cooperação, onde os municípios se consorciam para aumentar a escala e escopo para a compra e oferta de serviços, podendo garantir maior economia. Os consórcios públicos precisam obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde.

A RAS é uma estratégia crucial para proporcionar um sistema de saúde mais eficaz e acessível à população. Essa abordagem visa otimizar a organização e a integração dos serviços de saúde, permitindo uma melhor coordenação entre diferentes níveis de atendimento, desde a atenção básica até os serviços de alta complexidade. Isso resulta em diversos benefícios para a população e para o sistema como um todo.

A melhoria da RAS requer um compromisso contínuo com a qualidade, o acesso e a coordenação dos serviços de saúde. Uma abordagem integrada e abrangente pode contribuir significativamente para a oferta de um sistema de saúde mais eficiente e eficaz, proporcionando cuidados de qualidade para a população.

3 OBJETIVO DA PROPOSTA

Esta ação tem como objetivo melhorar a RAS dos municípios por meio de um aperfeiçoamento da articulação do consórcio no sistema de saúde.

4 PLANEJAMENTO

Para realização da oficina será necessário local com capacidade para 54 pessoas, com estrutura de mesas e cadeiras móveis. Os materiais necessários serão *Datashow*, computador, quadro, canetas e papel tipo ofício. A oficina contará com apoio das áreas técnicas da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais que estão vinculadas com o tema.

5 PÚBLICO-ALVO

Secretários executivos dos consórcios públicos de saúde de Minas Gerais.

6 CARGA HORÁRIA

8h30

7 PARCERIAS: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.

8 MÉTODO DIDÁTICO

1. Explicação sobre a temática consórcio público e sua importância na RAS;
2. Experiência exitosa;
3. Discussão de um *case*;
4. Responder: quem somos? O que queremos? O que fazer? Como fazer?;
5. Sugestão de leitura complementar.

9 NÚMERO DE PARTICIPANTES POR OFICINA

54 participantes.

10 RECURSOS DIDÁTICOS

1. Recursos áudio visuais (*Datashow*, computador, ponteira);
2. Materiais para a construção do espaço de vivência (cartolina, pincel atômico, tripé);
3. Material impresso (textos complementares e atividade avaliativa).

11 PROGRAMAÇÃO DA OFICINA

8h00 – Abertura com apresentação da programação e objetivos da oficina.

8h30 – Contextualização da RAS.

9h30 – Papel do consórcio da RAS.

10h30 – Os ganhos para os municípios com uma RAS fortalecida.

11h30 – Experiência exitosa.

12h00 – Almoço.

13h00 – Divisão em grupo para realização de um *case*.

14h30 – Apresentação das propostas levantadas.

15h30 – Discussão das propostas.

17h00 – Avaliação da Oficina e encerramento.

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que a oficina seja um momento de reflexão para os participantes entendam a importância que o consórcio tem para melhorar a RAS dos municípios e quais alterações podem ser realizadas na gestão para alcançar uma melhor articulação com o sistema de saúde.

APÊNDICE E – PRODUTO TÉCNICO II: RELATÓRIO TÉCNICO**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS****ESCOLA DE ENFERMAGEM****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE****MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Marcus Vinicius da Silva Costa

Mirela Castro Santos Camargos

**RELATÓRIO TÉCNICO DA PESQUISA “AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS
PRESTADOS PELOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS INTERMUNICIPAIS DE MINAS
GERAIS NA PERSPECTIVA DE GESTORES DE SAÚDE”**

Belo Horizonte

2023

1 INTRODUÇÃO

Este Relatório Técnico constitui como integrante da dissertação de Marcus Vinicius da Silva Costa, do curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. O autor tem como linha de pesquisa Política, Planejamento e Avaliação em Saúde e foi orientado pela professora doutora Mirela Castro Santos Camargos.

A dissertação teve como objetivo geral avaliar a prestação de serviços oferecidos pelo consórcio de saúde aos municípios consorciados na perspectiva dos gestores municipais.

2 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE

Por meio da descentralização foi possível aumentar a oferta de serviços no nível local e, ainda, criar políticas públicas de saúde de acordo com a necessidade real do município, além de ampliar a complexidade dos procedimentos a serem prestados (Barata; Tanaka; Mendes, 2004).

Por sua vez, esses procedimentos aumentam cada vez mais a necessidade de ampliação nos recursos financeiros a serem executados e com o considerável incremento das atividades, observou-se, também, maior participação dos municípios no financiamento dos serviços de saúde (Morais *et al.*, 2021; Neves; Ribeiro, 2006).

Entretanto, com o avanço da descentralização, foi possível perceber que um município isoladamente pode possuir limitações para fornecer todos os serviços de saúde necessários à população, especialmente quando os recursos de investimento e custeio necessários são altos (Pires, 2015; Gonçalves; Guimarães; Lima, 2020).

A parceria entre municípios leva ao ganho de eficiência, dado que muitos municípios menores não possuem competência técnica e financeira de forma individual (Pires, 2015; Gonçalves; Guimarães; Lima, 2020).

Neste contexto, a autonomia municipal tornou-se mais factível por meio de acordos de cooperação, entre os entes interessados na realização de um mesmo objetivo. Essa cooperação resulta nos consórcios interfederativos que são associações voluntárias seja através de municípios, estados e/ou união (Machado; Andrade, 2014).

A cooperação ajudou os municípios se consorciarem para comprar e oferecer serviços com maior escala e com escopo definido de acordo com as necessidades, garantindo maior economia sempre com o desafio de prestar mais serviços com menos recursos, principalmente devido a demanda da sociedade aos serviços de saúde cada vez aumentarem mais e os recursos financeiros serem finitos (Souto Júnior, 2010; Morais *et al.*, 2021).

O consórcio ocorre quando existe a união ou associação de dois ou mais entes da mesma natureza jurídica e decidem criar um instrumento para melhorar a prestação de serviço no território como, por exemplo, a compra de medicamentos e

procedimentos médicos. Essa atitude proporciona a ampliação da resolubilidade da rede de saúde (Muller; Greco, 2010).

Os consórcios públicos, na área de saúde, devem obedecer aos princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde (Brasil, 2005). Eles apoiam na estratégia de descentralização na condução de objetivos gerais do SUS para a regionalização e hierarquização da oferta de serviços. São considerados inovações do setor público que podem ser adicionadas entre as iniciativas que criam soluções organizacionais que se afastam do típico modelo de administração direta, melhorando a gestão, promovendo serviços especializados e de maior complexidade tecnológica à população, com a possibilidade de alcançar ganhos econômicos (Neves; Ribeiro, 2006; Flexa; Barbastefano, 2019).

A avaliação dos serviços de saúde deve ser vista como componente essencial da prestação de serviços, ou seja, como uma ferramenta importante para diagnosticar uma realidade, possibilitando nivelar os padrões mínimos de qualidade, dentro os princípios do SUS (Magalhães *et al.*, 2015).

Devido às especificidades de cada município e à necessidade de monitoramento periódico para uma melhor tomada de decisão do gestor, é fundamental analisar se os serviços prestados pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde estão atendendo a real necessidade dos municípios ou se são necessárias adequações para que essa demanda seja suprida.

3 METODOLOGIA

Do ponto de vista metodológico trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, que foi realizada com os gestores municipais de saúde do estado de Minas Gerais. O presente estudo foi realizado em todas as Macrorregiões de Saúde do estado, totalizando 14 entrevistas.

A técnica que foi utilizada na coleta de dados foi a realização de entrevistas semiestruturadas com gestores de saúde que tinham seu município associado a algum consórcio público de saúde, exceto Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais. A coleta de dados só foi iniciada após aprovação do comitê, por meio do CAAE: 64560822.9.0000.5149.

4 RESULTADOS

Após leitura exaustivas e aprofundadas de todas as entrevistas chegou-se a três categorias de análise: participação dos consórcios na RAS, alcance das finalidades propostas e potencialidades e fragilidades.

Dentro das três categorias foram abordados pontos principais como: referência e contrarreferência, o Transporte Sanitário Eletivo (TSE), a contratação de profissionais de saúde, a necessidade de adaptação ao longo do tempo para melhor prestação de serviços e o planejamento de gestão do consórcio.

4.1 Participação dos consórcios na RAS

Esta categoria de análise identificada pelas respostas dos gestores aborda como o consórcio participa da RAS, uma vez que ela é uma estratégia adotada para organizar e integrar os serviços de saúde de forma mais efetiva e coordenada, visando melhorar a qualidade do atendimento e o acesso aos serviços.

Como o atendimento do paciente muitas vezes precisa acontecer em diferentes unidades de saúde devido ao nível de atenção de cada equipamento, é necessária uma articulação entre as unidades para assegurar não só a integridades do atendimento, mas também a continuidade do cuidado. Nesse caso, uma das maneiras de assegurar esse processo é o contrarreferenciamento do paciente da atenção secundária ou terciária para a atenção primária.

As entrevistas revelaram que nem sempre acontece o contrarreferenciamento para a equipe de Saúde da Família (eSF) responsável pelo paciente quando os serviços dos consórcios são utilizados. Nesses casos, os pacientes voltam sem nenhuma informação do que foi realizado na consulta.

Alguns gestores colocaram que o contrarreferenciamento pode variar de prestador para prestador e de profissional para profissional, não tendo um fluxo estabelecido. Além disso, em alguns casos, o contrarreferenciamento só ocorre efetivamente quando o atendimento prestado pelo consórcio se dá por um funcionário do próprio município.

Outra alternativa para lidar com os desafios impostos pela falta de contrarreferenciamento, pensadas pelos próprios gestores entrevistados, seria a possibilidade de avançar quanto ao uso de tecnologias, como por exemplo, o prontuário eletrônico unificado.

Na contramão das afirmações anteriores, alguns gestores expõem nas entrevistas que o contrarreferenciamento no seu município está funcionando adequadamente, quando os serviços dos consórcios são utilizados. Segundo eles, isso ocorre devido a uma melhor articulação com os prestadores de serviço e a presença atuante da eSF.

Mesmo diante do elevado investimento financeiro para um melhor referenciamento e contrarreferenciamento, quando esses são realizados de forma adequada, o tratamento mais efetivo e seguro é disponibilizado à população, e observa-se uma eficiência no gasto com a promoção e prevenção à saúde.

É possível perceber nas entrevistas que mesmo o consórcio sendo a associação de um grupo de municípios, nem todos fazem uma boa articulação com a Unidade de Saúde da Família (USF) e não cumprindo de forma eficaz o seu papel na RAS. Desse modo, não adianta voltar o olhar apenas para os consórcios e suas atividades, já que alguns municípios precisam se estruturar internamente e articular com o Consórcio Intermunicipal de Saúde para que a RAS funcione adequadamente, quando os serviços em outros municípios são utilizados.

Os consórcios públicos, além da prestação de serviços de consultas e procedimentos, também podem realizar a atividade de TSE dos pacientes, o que pode ser considerada uma estratégia interessante e fundamental para o atendimento. Contudo, os municípios não são obrigados a utilizar o serviço de TSE dos pacientes ofertado, uma vez que eles mesmos podem realizar, separadamente, essa atividade para sua população.

O acesso aos serviços de saúde especializados depende diretamente da existência de um sistema de transporte eficiente, que permita que os pacientes se desloquem de forma adequada e oportuna aos locais onde esses serviços são oferecidos, principalmente nos municípios pequenos que a prestação de serviços da média complexidade acontece em outro município que nem sempre faz divisa com ele.

Alguns participantes relataram que utilizam o TSE pelo consórcio no município e consideram que é uma ferramenta que ajuda no deslocamento de pacientes. Apesar disso, alguns gestores que consideram o serviço importante para o município apontam que esse tipo de atividades tem pontos falhos como a falta de um seguro do veículo.

O serviço de TSE deve ser prestado a população quando é necessário a realização de atendimento em outro município, devido a isso foi abordado nas entrevistas como o gestor considera que seria a prestação desse serviço sem o consórcio.

O transporte eletivo não apenas facilita a acessibilidade dos pacientes a serviços especializados, mas também fortalece a coordenação entre diferentes pontos da rede de saúde. Isso é especialmente importante em cenários onde a oferta de recursos médicos varia de acordo com a complexidade dos serviços necessários. Ao permitir que os pacientes se desloquem de maneira organizada e eficiente entre esses diferentes níveis de atenção, o transporte eletivo contribui para a garantia de que cada indivíduo receba os cuidados adequados para suas necessidades específicas.

Os consórcios de saúde desempenham um papel crucial ao promover uma integração mais abrangente das redes de assistência à saúde. Essa abordagem não apenas aumenta a disponibilidade de leitos, mas também facilita o acesso a serviços de baixa, média e alta complexidade. Além disso, os consórcios têm o potencial de fortalecer significativamente o sistema de regulação regional, otimizando a distribuição de recursos e garantindo uma alocação mais eficaz dos pacientes aos serviços de saúde adequados. Dessa forma, os consórcios de saúde emergem como uma estratégia indispensável para a melhoria da qualidade e da acessibilidade dos cuidados de saúde em âmbitos regionais.

O estudo revelou que os participantes reconhecem a importância do consórcio para a integração da RAS entre os principais pontos eles abordaram a referência e contrarreferência, o TSE e a integralidade. Contudo, mesmo sabendo da sua importância dos consórcios, nem sempre os serviços são prestados da melhor maneira para os pacientes do SUS.

4.2 O Consórcio Intermunicipal de Saúde e o alcance das finalidades propostas

Os consórcios intermunicipais surgiram como resposta às necessidades dos municípios de enfrentarem os desafios da municipalização da saúde, dadas suas limitações em infraestrutura, recursos financeiros e pessoal. Muitas vezes os municípios alcançam uma notável melhoria da eficiência econômica quando participam de consórcios.

Os consórcios se apresentam como meios para abordar questões locais, ao mesmo tempo em que preserva a autonomia individual de cada município, normalmente visando alcançar metas de interesse mútuo que apresentariam desafios para serem resolvidas de forma individual, entre eles acesso a ações e serviços de saúde para a população dos municípios consorciados.

Uma das falhas abordadas foi do consórcio em não acompanhar as necessidades dos entes consorciados tanto na relação entre consórcio e município quanto na prestação dos serviços do consórcio.

Alguns consórcios foram se adequando ao longo do tempo e percebendo a importância do planejamento na gestão em saúde e da necessidade de melhorar pensando nas necessidades dos municípios consorciados.

Nesta seção, discutiu-se o consórcio de saúde no alcance da sua finalidade. Os participantes abordaram o serviço como uma parte que importante na integração do serviço de saúde da média complexidade, sendo uma possibilidade para gerir um serviço da política de saúde do CEAE. Foram citados pontos em que a política muitas vezes pode prejudicar ou ajudar na prestação de serviços. Por fim, uma percepção mais ampla que coloca que o consórcio não é a única ferramenta para ajudar o município e seus gestores, mas como uma das possibilidades para tal.

Um dos modos de melhorar os serviços prestados é apontando as potencialidades e fragilidades das organizações e algumas vezes podendo utilizar o *benchmarking* para fazer a fragilidade se transformar em uma potencialidade, esse será o próximo tópico que será abordado.

4.3 O que se pode melhorar no serviço

Nesta categoria de análise, os participantes abordaram as potencialidades e as fragilidades dos consórcios em que são associados e ações que podem ser utilizadas de outros existentes para aperfeiçoar o que está vinculado. No quadro 1, é apresentada uma síntese das potencialidades e fragilidades mencionadas durante as entrevistas.

Quadro 1 – Potencialidades e fraquezas dos consórcios

Potencialidades	Fragilidades
<ul style="list-style-type: none"> • Variedade de procedimentos ofertados; • Fortalecimento a microrregião de saúde através dos serviços prestados; • Equipe jurídica para apoio ao município; • Agilidade para credenciamento e licitação de novos prestadores e fornecedores; • Preço ofertado; • Distância do município ao consórcio; • Tempo para o agendamento; • Contratação dos procedimentos através de licitação em vez de credenciamento; • Apoio do Secretário executivo nas demandas do município; • Sede própria adequada para a prestação de serviços ao usuário; • Possibilidade de oferta de serviços no município consorciado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Data para realização do exame não está adequada a necessidade do consórcio; • Falta de gestão administrativa; • Falta de articulação com os prestadores terceirizados; • Os serviços prestados não estão de acordo com as necessidades do município; • Falta de atualização tecnológica; • Pouca variedade de procedimentos ofertados; • Quantidade de procedimentos ofertados pelo consórcio para o município está inferior com o desejado; • Distância do município ao consórcio; • Não ofertar o procedimento de Ultrassonografia que é importante; • Não atender a alta complexidade; • Suporte as dúvidas do gestor referente aos prestadores de serviços terceirizados que algumas vezes não está realizando o serviço necessário; • Falta de planejamento para os serviços que serão fornecidos pelo consórcio; • Custo elevado para manter o Transporte Sanitário Eletivo; • Falta de investimento no corpo técnico e infraestrutura; • Falta de negociação com os municípios; • Falta de planejamento das ações do consórcio; • Estrutura física inadequada para a prestação de serviços aos usuários.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Pensando que os consórcios de saúde que são serviços públicos que não tem o foco em lucro e nem em concorrência a utilização do *benchmarking* na prática do aprendizado se torna uma estratégia para ser utilizada com os outros serviços, além disso, tem se mostrado altamente eficaz para auxiliar o desenvolvimento de pequenas e médias empresas.

É possível que uma parceria entre os consórcios ajude na inserção de um novo item a ser ofertado que irá ajudar o município a diminuir seu gargalo na alta complexidade.

Assim, a troca de experiências exitosas para que os consórcios consigam agregar novas atividades e melhorar os serviços prestados. Ademais, por não terem fins lucrativos, os consórcios públicos podem ter facilidade para estimular troca de experiências.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Os consórcios públicos de saúde são uma ótima estratégia para serem utilizados pelos municípios, principalmente os de pequeno porte, no interior do estado. Assim, a avaliação dos serviços prestados pela instituição precisa ser pensada e realizada periodicamente.

Foi possível perceber que o papel dos consórcios vai além de um serviço prestado, que fornece consulta e exames. Eles conseguem auxiliar os municípios em vários tipos de serviços como: TSE, compra de medicamentos e materiais médicos hospitalares e até na gestão de serviços como o Centro Estadual de Atenção Especializada.

Com essa gama serviços ofertados, os consórcios conseguem dar assistência aos entes consorciados em vários pontos da RAS para que o usuário consiga alcançar o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde.

Com a realização das entrevistas, foi possível perceber que os consórcios públicos de saúde muitas vezes não estão cumprindo seu papel como integrante da RAS. Na perspectiva dos gestores alguns consórcios estão cumprindo apenas o papel de prestador de serviços de saúde e não estão participando da articulação dos serviços em rede para a continuidade do cuidado em saúde do paciente.

O estudo apresenta como limitações, que devido à alta demanda de decisões na secretaria de saúde algumas vezes foi necessário parar a entrevista para que fosse possível assinar documentos e repassar orientações para os servidores o que algumas vezes fez o participante perde o raciocínio do que estava falando.

A relevância e a complexidade do tema mostram a necessidade de novos estudos, assim como, uma ampliação da análise para outros gestores municipais, um número maior de participantes para realizar uma melhor análise dos dados comparando fala de gestores da mesma Macrorregião de Saúde.

Durante a realização deste estudo, ficou evidente a necessidade de os gestores dos consórcios entenderem a RAS e saber da importância que eles têm na rede para ajudar os municípios a prestarem os serviços para a população.

Cabe ressaltar que o consórcio de saúde representa uma valiosa estratégia que pode auxiliar os municípios a fortalecerem seu fluxo dentro da rede, mas ainda

sendo incipiente o verdadeiro papel o consórcio na RAS como um serviço que é importante para melhorar a assistência à saúde na região e que faz parte do SUS e que ele vai além de um prestador de serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 13, n. 1, p. 15-24, mar. 2004.
- MORAIS, R. *et al.* Vantagens e desafios dos consórcios intermunicipais de saúde: um ensaio teórico. **Revista de Desenvolvimento Econômico**, Salvador, v. 2, n. 49, p. 203-225, ago. 2021.
- FLEXA, R. G. C.; BARBASTEFANO, R. G. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 325-338, jan. 2020.
- GONÇALVES, L. M. M.; GUIMARAES, D.; LIMA, M. C. S. Eficiência na aquisição de medicamentos através de Consórcios Intermunicipais de Saúde. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p.85-94, abr/jun. 2020.
- MACHADO, J. A; ANDRADE, M. L. C. Cooperação intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribuição de custos e benefícios. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 695-720, maio/jun. 2014.
- MAGALHÃES, B. G. *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços prestados pelos Centros de Especialidades Odontológicas: visão dos usuários. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 76-85, jan./mar. 2015.
- MULLER, E. V.; GRECO, M. Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 925-930, maio 2010.
- NEVES, L. A.; RIBEIRO, J. M. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2207-2217, out. 2006.
- PIRES, S. S. Cooperação horizontal: a experiência dos consórcios intermunicipais. *In: VII JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 7., 2015, São Luís do Maranhão. Anais [...]. São Luís do Maranhão: Universidade Federal do Maranhão, 2015.*
- SOUTO JÚNIOR, J. V. **O papel da CIB/MG no processo de regionalização do SUS em Minas Gerais**. 2010. 130 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Pesquisador: MIRELA CASTRO SANTOS CAMARGOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64560822.9.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.868.638

Apresentação do Projeto:

O princípio da descentralização de serviços de saúde e ações do SUS traz os estados e municípios também responsáveis pela gestão de políticas públicas. Com o avanço da descentralização, foi possível perceber que um município isoladamente pode possuir limitações para fornecer todos os serviços de saúde necessários à população, especialmente quando os recursos de investimento e custeio necessários são altos.

Os consórcios ajudam na estratégia de descentralização na condução de objetivos gerais do SUS para a regionalização e hierarquização da oferta de serviços, podendo ser considerados inovações do setor público. O consórcio ocorre quando existe a união ou associação de dois ou mais entes da mesma natureza jurídica e decidem criar um instrumento para melhorar a prestação de serviço no território. Devido às especificidades de cada município e à

necessidade de monitoramento periódico para uma melhor tomada de decisão do gestor, é fundamental analisar se os serviços prestados pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde estão atendendo a real necessidade dos municípios ou se são precisas modificações para que essa demanda seja suprida.

Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa, que será realizada com 14 gestores municipais de saúde do estado de Minas Gerais, sendo um de cada macrorregião de saúde. A seleção dos gestores será de acordo com a facilidade de acesso. Na coleta de dados, serão realizadas entrevistas em profundidade semiestruturadas com atores ligados a gestão dos municípios

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 5.868.638

consorciados. Em relação às entrevistas, a técnica de análise de dados será a Análise de Conteúdo, seguindo a modalidade de Análise Temática. O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo geral analisar a prestação de serviços ofertados pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde segundo os gestores associados.

Os objetivos específicos são: avaliar a prestação de serviços oferecidos pelo consórcio de saúde aos municípios consorciados pela percepção dos gestores municipais; identificar as forças e fraquezas do consórcio para os municípios consorciados; e descrever os resultados obtidos da percepção dos gestores municipais sobre a prestação de serviços oferecidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sobre os riscos identificados, os participantes podem em algum momento se sentir desconfortáveis ou constrangidos para responder perguntas que mostrem suas percepções sobre o trabalho de um serviço contratado. Mas acredita-se que a liberdade para interromper a participação e a garantia de sigilo minimizam esses possíveis impactos negativos. Cabe ressaltar que não será divulgado em nenhum momento durante a escrita e divulgação dos resultados do trabalho, os nomes dos entrevistados ou de seus municípios não serão identificados, tão pouco de pessoas citadas. Pesquisa caracterizada como sendo de risco mínimo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo que visa analisar a prestação de serviços por meio de entrevistas com gestores. Cronograma, orçamento e TCLE estão adequados ao tipo de pesquisa e participantes envolvidos. As questões éticas foram asseguradas no projeto e no TCLE que está em forma de convite e apresenta as informações necessárias para o participante decidir ou não colaborar com a pesquisa. É um projeto de mestrado, e a equipe é formada pelo pesquisador mestrando e orientadora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados ao projeto e plataforma.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 5.868.638

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2036176.pdf	26/10/2022 09:49:42		Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	26/10/2022 09:48:39	MIRELA CASTRO SANTOS CAMARGOS	Aceito
Outros	GES.pdf	26/10/2022 09:47:30	MIRELA CASTRO SANTOS CAMARGOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Marcus.pdf	25/10/2022 09:39:53	MIRELA CASTRO SANTOS CAMARGOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/10/2022 09:38:09	MIRELA CASTRO SANTOS CAMARGOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Responsabilidade.pdf	25/10/2022 09:36:36	MIRELA CASTRO SANTOS CAMARGOS	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	25/10/2022 09:36:18	MIRELA CASTRO SANTOS CAMARGOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	25/10/2022 09:18:47	MIRELA CASTRO SANTOS CAMARGOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.868.638

BELO HORIZONTE, 30 de Janeiro de 2023

Assinado por:
Corinne Davis Rodrigues
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br