

Juliana Veloso Neves

**GOVERNANÇA NA SAÚDE PÚBLICA REGIONAL: CASO DO CONSÓRCIO
INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO SÃO FRANCISCO**

Montes Claros

Outubro/2020

Juliana Veloso Neves

**GOVERNANÇA NA SAÚDE PÚBLICA REGIONAL: CASO DO CONSÓRCIO
INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO SÃO FRANCISCO**

Dissertação apresentada ao curso de mestrado em Sociedade, Ambiente e Território da Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Estadual de Montes Claros, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociedade, Ambiente e Território.

Área de concentração: Planejamento Urbano e Regional

Orientador: Prof. Dr. Fausto Makishi

Montes Claros

Outubro/ 2020

Neves, Juliana Veloso.

N518g
2020

Governança na saúde pública regional [manuscrito]: caso do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco/ Juliana Veloso Neves. Montes Claros, 2020.

144 f.: il.

Dissertação (mestrado) - Área de concentração em Sociedade, Ambiente e Território. Universidade Federal de Minas Gerais / Instituto de Ciências Agrárias.

Orientador: Fausto Makishi.

Banca examinadora: Assis Luiz Mafort Ouverney, Carolina dos Reis Alves.

Inclui referências: f. 119-129.

1. Sistema Único de Saúde -- Minas Gerais -- Teses. 2. Descentralização na administração pública -- Teses. 3. Regionalização -- Teses. 4. Consórcios -- Teses. 5. Divisões territoriais e administrativas - Teses. I. Makishi, Fausto. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Instituto de Ciências Agrárias. III. Título.

CDU: 351

ELABORADA PELA BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA DO ICA/UFMG
Nádia Cristina Oliveira Pires / CRB-6/2781

JULIANA VELOSO NEVES

**GOVERNANÇA NA SAÚDE PÚBLICA REGIONAL:
CASO DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO SÃO FRANCISCO**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Associado UFMG-Unimontes em Sociedade, Ambiente e Território, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociedade, Ambiente e Território.

Área de Concentração: Sociedade, Ambiente e Território.

Aprovada pela banca examinadora constituída pelos professores:

Dr. Assis Luiz Mafort Ouverney

Fundacao Oswaldo Cruz

Dr^a Carolina dos Reis Alves

Universidade Estadual de Montes Claros

Dr. Fausto Makishi - Orientador

Universidade Federal de Minas Gerais

Montes Claros, 23 de outubro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Fausto Makishi, Professor do Magistério Superior**, em 25/10/2020, às 16:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carolina dos Reis Alves, Usuário Externo**, em 26/10/2020, às 21:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Assis Mafort Ouverney, Usuário Externo**, em 25/11/2020, às 12:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os profissionais das diversas áreas, especialmente aos servidores do SUS, os quais dedicam suas vidas a servir e lutar por um mundo mais justo e menos desigual. Que nesse momento histórico, sombrio e atribulado que atravessamos com a pandemia são: luz, alento, força, colo, refúgio, esteio, exemplo, resiliência, dedicação, abdicção, doação e espera.

Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus pelas oportunidades que tem me oferecido no transcurso da minha vida e por estar sempre comigo, estendendo sua mão generosa para que eu pudesse ter forças para chegar até aqui.

À minha família e ao meu marido pelas esperas, pelo apoio, pela paciência e pelo amor incondicional.

Aos meus amigos por compreenderem minhas ausências e sempre apoiarem minhas escolhas.

Ao meu orientador pelo exemplo, pela paciência e pela generosidade com que conduziu todo o processo de edificação deste trabalho.

Aos colegas e professores do mestrado SAT (UFMG e UNIMONTES) pela partilha, pela experiência e pela oportunidade.

A toda equipe da Secretaria de Saúde de Pirapora, especialmente a minha gestora Maria Cândida pela compreensão, incentivo e amizade.

A todos os colegas gestores, conselheiros de saúde, ao CISMESF na figura do Fábio, e aos demais atores da rede de saúde microrregional de Pirapora pelo importante auxílio.

Aos meus sobrinhos pela inspiração em desejar todos os dias um mundo melhor para eles.

“Sem amor eu nada seria.” I Coríntios 13:1.

RESUMO

Considerado um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS) visa garantir o acesso integral, universal e gratuito à toda população brasileira. A sua capacidade em gerar impactos sociais vai muito além de sua infraestrutura. Porém, a operacionalização da política de saúde pública no Brasil, historicamente se desdobra em um emaranhado de relações políticas, sociais e econômicas singulares, pelas quais o presente trabalho se interessa. A heterogeneidade dos municípios acresce de complexidade a gestão dos serviços de saúde pública, exigindo novas alternativas, e o fortalecimento das esferas de pactuação e compartilhamento da gestão. Os consórcios têm se revelado como importantes estruturas de governança, viabilizando serviços de média e alta complexidade ao nível dos municípios e sendo suporte para a gestão do SUS local e para negociações necessárias à viabilização da assistência à saúde. Na microrregião de Pirapora-MG, a atuação e os resultados do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco (CISMESF) para o sistema de saúde microrregional ainda não foram mensurados, abrindo a possibilidade para que essa pesquisa pudesse atuar na tentativa de melhor elucidar o real papel do consórcio dentro do contexto da saúde pública na micro. Os procedimentos metodológicos utilizados neste estudo de caso de caráter qualitativo, empírico e exploratório combinaram técnicas de revisão de literatura, análise documental, entrevistas e análise de dados secundários como mecanismos de coleta e construção do caso. A análise do discurso dos atores da microrregião revelou barreiras que a maioria enfrenta para ativação da participação, principalmente os conselheiros municipais, comprometendo com isso toda a rede microrregional. Além disso, as falas indicam que a falta de informação adequada pode refletir na não participação e, conseqüentemente, no enfraquecimento do consórcio enquanto instância de governança dentro da micro. A maior parte dos atores entrevistados se considera participante ativo com contribuições relevantes nas reuniões de governança, mas os assuntos que envolvem a defesa dos interesses das redes podem estar sendo desprivilegiados, enfraquecendo as relações e o desenvolvimento do território. Quantitativamente, a microrregião de Pirapora tem número menor de equipamentos de saúde tanto em relação aos municípios de Montes Claros e Belo Horizonte, quanto em relação às microrregiões de Vespasiano e Bom Despacho. Com relação ao quantitativo de profissionais, todas as categorias e especialidades médicas, a microrregião de Pirapora segue com menor disponibilidade comparada. A análise feita sugere que os benefícios do consórcio são diferentes para cada município. É importante para os gestores ter ciência dos seus benefícios individuais a fim de explorá-los melhor. Por fim, a reflexão do papel do CISMESF pode potencializar sua atuação microrregional de forma a cumprir as expectativas dos atores e fortalecer o desenvolvimento da região.

Palavras-chave: SUS; Descentralização; Regionalização; Redes; Território

ABSTRACT

Considered one of the largest and most complex public health systems in the world, the Unified Health System (SUS) aims to guarantee full, universal, and free access to the entire Brazilian population. Its ability to generate social impacts goes far beyond its infrastructure. However, the operationalization of public health policy in Brazil has historically unfolded in a tangle of singular political, social, and economic relations in which the present work is concerned. The heterogeneity of the municipalities adds complexity to the management of public health services, requiring new alternatives, and the strengthening of the spheres of agreement and sharing of management. Consortia have proven to be important governance structures, enabling medium and high complexity services at the municipal level and supporting the management of the local SUS and for negotiations necessary to make health care viable. In the microregion of Pirapora-MG, the performance and results of the Intermunicipal Health Consortium of the Middle São Francisco (CISMESF) for the micro-regional health system have not yet been measured, opening the possibility for this research to act in an attempt to better elucidate the real role of the consortium within the context of public health in the micro. The methodological procedures used in this qualitative, empirical, and exploratory case study combined techniques of literature review, document analysis, interviews, and analysis of secondary data as mechanisms of collection and construction of the case. The analysis of the discourse of the actors in the micro-region revealed barriers that the majority face to activate participation, especially the municipal councilors, thereby compromising the entire micro-regional network. Also, the statements indicate that the lack of adequate information may reflect the non-participation and, consequently, the weakening of the consortium as an instance of governance within the micro. Most of the actors interviewed consider themselves to be an active participant with relevant contributions to governance meetings, but issues involving the defense of the interests of the networks may be underprivileged, weakening relations and the development of the territory. Quantitatively, the Pirapora microregion has a few health equipment both about the municipalities of Montes Claros and Belo Horizonte and concerning the microregions of Vespasiano and Bom Despacho. Regarding the number of professionals, all categories, and medical specialties, the microregion of Pirapora remains with less availability compared. The analysis made suggests that the benefits of the consortium are different for each municipality. Managers need to be aware of their benefits to exploit them better. Finally, reflecting on the role of CISMESF can enhance its micro-regional performance to meet the expectations of the actors and strengthen the development of the region.

Keywords: SUS; Decentralization; Governance; Regionalization; Networks; Territory.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráficos

Gráfico 1 – Nível de complexidade dos atendimentos realizados via CISMESF.....	114
--	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da microrregião de Pirapora	79
Tabela 2 – Caracterização da amostra.....	93
Tabela 3 - Comparativo entre os equipamentos disponíveis nas redes de atenção.....	108
Tabela 4 – Valores gastos por municípios, per capita e por custo médio.....	116

LISTA DE ABREVIACÕES

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ACDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
APS – Atenção Primária à Saúde
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CF – Constituição Federal
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIRSUN – Consórcio Intermunicipal de Rede de Urgência do Norte de Minas
CIS – Consórcio Intermunicipal de Saúde
CISMESF – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco
CISMIP – Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Pirapora
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CMS – Conselhos Municipais de Saúde
CNRS - Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS – Conferência Nacional de Saúde
COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSECS – Colegiado dos Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde
COSEMS – Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde
DENERU – Departamento Nacional de Endemias Rurais
DP – Defensoria Pública
FGTS – Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
FPM – Fundo de Participação dos Municípios
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICA – Instituto de Ciências Agrárias
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
MG – Minas Gerais
MP – Ministério Público
NASF – Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
OPAS – Organização Panamericana da Saúde
PAIS - Programa de Ações Integradas em Saúde
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PIASS - Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB – Produto Interno Bruto
PJ – Poder Judiciário
PMC – Projeto Montes Claros
PNI - Programa Nacional de Imunização
PPI – Programação Pactuada Integrada
RAS – Redes de Assistência à Saúde
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES - Secretaria de Estado da Saúde
SESP – Serviço Especial em Saúde Pública

SETS – Sistema Estadual de Transporte em Saúde
SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
Unimontes – Universidade Estadual de Montes Claros
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
2 O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRO	19
2.1 A HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E A ORIGEM DA DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO	19
2.2 ASPECTOS GERAIS SOBRE A ESTRUTURA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM 2019	26
2.3 REDES REGIONALIZADAS E DESCENTRALIZAÇÃO: A TERRITORIALIZAÇÃO DO SUS	31
3 GOVERNANÇA NA SAÚDE PÚBLICA	44
3.1 GOVERNANÇA	44
3.2 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE	49
3.3 REDES E EXTERNALIDADES DE REDES	53
3.4 CONFLITOS E JUDICIALIZAÇÃO NA GOVERNANÇA REGIONAL	59
4 METODOLOGIA	64
4.1 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS E INFORMAÇÕES	66
4.2 ENTREVISTAS COM OS ATORES CHAVE DA GOVERNANÇA MICRORREGIONAL	67
4.3 FONTES DE DADOS SECUNDÁRIOS	68
4.4 TRANSCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	71
5 O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO SÃO FRANCISCO - CISMESF	74
5.1 SOBRE OS ATORES DO CISMESF	88
5.2 ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO NAS INSTÂNCIAS DE GOVERNANÇA MICRORREGIONAL	91
5.3 ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE CONSÓRCIOS E ARRANJOS EQUIVALENTES	102
5.4 PRODUÇÃO CISMESF E EXTERNALIDADES DE REDE	106
REFERÊNCIAS	119
APÊNDICE I: DEMONSTRATIVO GASTOS EM PROCEDIMENTOS POR COMPLEXIDADE, POR MUNICÍPIO E POR ANO.	130
APÊNDICE 2: PERIODICIDADE, ASSUNTO E INTERVALO ENTRE AS REUNIÕES DO CISMESF DE ACORDO COM AS ATAS.	132
APÊNDICE 3: DADOS DETALHADOS DOS EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MICRORREGIÃO DE PIRAPORA, BOM DESPACHO, VESPASIANO E DOS MUNICÍPIOS DE MONTES CLAROS E BELO HORIZONTE EM 2019.	136
APÊNDICE 4: DISPONIBILIDADE DE PROFISSIONAIS DO SUS NAS MICRORREGIÕES DE PIRAPORA, BOM DESPACHO, VESPASIANO E DOS MUNICÍPIOS DE MONTES CLAROS E BELO HORIZONTE EM 2019.	138
APÊNDICE 5	140
ANEXO I	141
ANEXO 2:	144

APRESENTAÇÃO

Não tenho dúvida de que o curso da minha história acadêmica e profissional conspirou para que pudesse hoje desenvolver esse trabalho.

Desde o curso de Educação Física na Unimontes percebi aptidão para a pesquisa e, com ela, um profundo desejo de ingressar, tão logo fosse possível, em um curso de Mestrado e Doutorado. Mas, como meu desejo inicial sempre foi cursar Enfermagem, tive que esperar a finalização desta segunda graduação, em 2010, para só então iniciar as tentativas de ingressar no mestrado.

A Enfermagem despertou em mim outra grande paixão: a Saúde Pública e todas as suas interfaces. Por isso, assim que terminei o curso tentei alguns mestrados federais nesta área.

Porém, não tive como continuar me dedicando a essas tentativas, pois necessitava ingressar no mercado de trabalho que, desde o início, exigiu-me muita dedicação e compromisso, o que fez com que meu sonho de cursar o mestrado estivesse em segundo plano.

Minha primeira atuação no serviço público foi em um Consórcio de Saúde, o CISRUN. Consórcio Intermunicipal com sede em Montes Claros, cujo objetivo é gerir o SAMU na Macrorregião Norte de Minas. Nele eu exercia uma função de gestão o que me permitiu conhecer a fundo a legislação, as parcerias, os fluxos, a governança, as fraquezas e potencialidades dessa modalidade de serviço público de saúde e perceber a dinâmica de gestão dentro de um consórcio, o qual garantia atendimento em Urgência e Emergência para 86 municípios tão diferentes.

A gestão do CISRUN foi uma tarefa desafiadora e enriquecedora. E estava diretamente envolvida nesse processo. Durante os três anos como servidora pública contratada pelo consórcio, tive a oportunidade de conhecer toda a Macro Norte de Minas Gerais. Pude participar de reuniões e eventos e, por tudo isso, conheci diversos atores da saúde no norte de Minas.

Ao retornar a minha cidade natal, Pirapora, continuei tendo oportunidade de passar por experiências ricas em saúde pública ao atuar na gestão da Secretaria Municipal de Saúde. Além de possibilitar capacitação de diversas formas, a minha trajetória na SMS ajudou-me a fortalecer meus conhecimentos acerca do SUS, da gestão, da participação social, da governança em saúde e da atuação dos consórcios na microrregião.

Outra experiência que considero ter sido base para esse trabalho foi o tempo em que atuei como Conselheira Municipal de Saúde, espaço no qual pude vivenciar intensamente a participação social e a governança, multiplicando meu apreço pelo SUS.

Dessa forma, ao ingressar no mestrado, além de realizar um sonho, pude, ao definir o tema da minha dissertação, aproveitar plenamente a oportunidade de escrever sobre aquilo que mais me fascinava no meu trabalho: a saúde pública.

Nesta pesquisa procurei problematizar o papel do consórcio CISMESF para os municípios da microrregião de Pirapora. Também utilizei a governança em redes no território como potencialidade para o consórcio e busquei inquirir como ela se desenhava para a gestão do SUS local.

Trazer à tona a discussão sobre os consórcios e a governança na micro foi culminância de toda essa trajetória profissional e acadêmica. Aqui exponho muito do que vivi e experimentei. Mas muito além, foi tudo o que aprendi no mestrado e no desenvolvimento deste trabalho.

Reconheço as possíveis limitações deste estudo. Mas espero ter podido evidenciar, ainda que parcialmente, o lugar do consórcio na gestão pública em saúde, especialmente nos municípios menores, e assim, apontar perspectivas futuras para a microrregião e para fomento de novos estudos.

A expectativa é que os resultados discutidos e analisados até aqui possam servir de base para o fortalecimento da gestão e da governança em saúde nos consórcios, na micro e no SUS.

A presente dissertação está estruturada, de acordo com normas estabelecidas pelo colegiado do curso de Mestrado Associado UFMG/Unimontes em Sociedade, Ambiente e Território, em dois capítulos, sendo o primeiro deles introdutório, de revisão de literatura, e o segundo apresentando os resultados do caso em estudo, além dessa seção introdutória e das considerações finais, apresentadas ao final do trabalho.

O primeiro capítulo foi estruturado como de revisão de literatura, cujo objetivo foi aproximar a descrição do funcionamento do Sistema Único de Saúde aos conceitos base como regionalização, descentralização e redes de atenção à saúde. Acreditamos que tal abordagem possa contribuir para construção de uma perspectiva analítica a qual permite melhor visualizar e problematizar a dinamicidade das formas de organização e atuação do Estado, no que diz respeito às Políticas de Saúde Pública.

O segundo capítulo volta-se ao debate sobre a governança da saúde pública propriamente dita, tomando como caso o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio

São Francisco. Nele apresentamos os dados obtidos através das diversas fontes utilizadas a fim de fomentar o debate sobre o papel do CISMESF como espaço privilegiado para a governança local na microrregião de Pirapora.

Esperamos, como resultado desse trabalho, fornecer base teórica, metodológica e estatística que subsidie a tomada de decisão dos atores locais em saúde com vistas a otimizar a gestão do SUS local e dar luz a novas perspectivas, tanto para o consórcio quanto para a micro. Sem pretender esgotar o assunto, também esperamos contribuir com outros estudos os quais preencham as lacunas e fomentem novos e diversos olhares sobre a saúde na micro.

Manifesto, com o desenvolvimento deste trabalho, um afeto especial enquanto pesquisadora e profissional do SUS por ter a oportunidade de escrever sobre a minha terra, meus colegas, minha caminhada na saúde pública do Norte de Minas Gerais. Na esperança de poder contribuir efetivamente para o desenvolvimento, não só da microrregião de Pirapora, mas de todos os municípios pequenos e distantes do nosso país.

1 INTRODUÇÃO

Considerado um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, o Sistema Único de Saúde (SUS) parte de uma visão ampla do direito universal à saúde e, sob a responsabilidade do Estado, visa garantir o acesso integral, universal e gratuito à toda população brasileira. O sistema é constituído pela variedade de ações e serviços públicos de saúde oferecidos pelo Estado em suas três esferas de administração direta ou indireta, e mantidas pelo poder público (BRASIL, 1990a). O acesso a serviços de saúde, de forma integral, universal e gratuita, pode ser visto como um fator de grande contribuição para o aumento da expectativa de vida dos brasileiros nas últimas décadas. Para se ter uma ideia, a expectativa de vida média do brasileiro era, em 1980, de 62,5 anos e, passadas quase quatro décadas, esse número saltou para casa dos 76 anos (IBGE, 2019).

Notadamente, a implantação do Sistema Único de Saúde agregou à população brasileira importantes impactos no acesso e utilização de serviços de saúde. Atualmente, o SUS é responsável pelo atendimento de mais de 190 milhões de brasileiros, realizando 75% de todos os procedimentos de alta complexidade no país. O SUS é também responsável pela realização de cerca de 2 milhões de partos por ano. Essa rede de serviços é composta por mais de 6.528 hospitais credenciados e mais de 42 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS), dentre outros serviços, além de contar com uma equipe de mais de 3 milhões de profissionais (BRASIL, 2011; BRASIL, 2018; MARTINS *et al.*; 2019).

A capacidade do SUS em gerar impactos junto à sociedade vai muito além de sua infraestrutura. A operacionalização das políticas de saúde pública no Brasil se desdobra em um emaranhado de relações políticas, sociais e econômicas singulares pelas quais essa pesquisa se interessa.

A heterogeneidade dos municípios brasileiros no que concerne às condições geográficas, territoriais, econômicas, sociais, logísticas e administrativas, acrescem de complexidade a gestão dos serviços de saúde pública ofertados pelo Estado e dificulta a sua gestão de forma centralizada. Assim, a descentralização tem por finalidade promover novas relações intergovernamentais e a maior democratização através da incorporação de novos atores sociais, podendo ser vista ainda como um fenômeno político conjuntural, que ocorre a reboque de um processo maior, observado em outras áreas da burocracia pública nacional. Tal processo se caracteriza pela forte transferência de responsabilidades do governo federal para estados e municípios (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012).

Se por um lado, descentralização segue um fluxo ascendente na estruturação político-administrativa, por outro lado, os municípios que compartilham realidades próximas tendem a formar coalizões, a fim de vencer as restrições de recursos (físicos, materiais, tecnológicos, financeiros e humanos) e garantir a efetividade dos serviços de saúde às suas populações. A regionalização, portanto, se insere no contexto político-territorial, voltada à cooperação intermunicipal, envolvendo governo, organizações públicas e privadas e sociedade civil, com objetivo de atender a necessidades comuns ao espaço geográfico.

Assim, a descentralização e a regionalização da saúde podem ser vistas como partes adjacentes do processo de construção e estruturação política e administrativa de um sistema nacional que opera em dimensões continentais, mas que deve, vista sua maior efetividade, atender às demandas específicas que ocorrem em níveis local e regional.

O fortalecimento da participação social ao longo dos anos merece destaque na história da saúde pública brasileira. Juntamente com a descentralização e a regionalização, essa participação favoreceu o compartilhamento dos processos decisórios entre diversos atores. Porém, cabe observar que a consolidação histórica dessas instâncias de participação, a fim de potencializar a atuação dos sujeitos, ainda não está consumada.

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) se desenha como uma rede complexa, multinível e policêntrica, dotada de uma dinâmica singular, construída ao longo dos anos, a qual procura organizar a produção e gestão da saúde ao contexto regional e, em certa medida, territorial.

Um olhar mais atento revela que o SUS vai muito além do recorte político-administrativo dos estados e municípios, sendo relevante o espaço-território onde ocorre a interação população-serviço. Em outras palavras, as redes de saúde não são elementos neutros, inertes, isentos das relações sociais, políticas e econômicas as quais se estabelecem em nível local e regional. A operacionalização da política pública, por consequência a efetividade dos serviços de saúde ofertados pelo Estado, não está avulsa das relações que ocorrem na arena local e devem considerar esses aspectos.

A distribuição espacial desigual dos serviços, questões de insuficiência de escala, escassez de recursos (financeiros, humanos e materiais) comprometem o alcance da atenção integral. Além disso, determinantes da saúde não respeitam as fronteiras geográficas. Tudo isso exige novas alternativas e, o fortalecimento das esferas de pactuação e compartilhamento da gestão do SUS - em diversas escalas de abrangência territorial, a fim de permitir o desenvolvimento de ações integradas - tem sido uma

alternativa à superação de tais obstáculos. Por outro lado, a inércia do Estado frente a operacionalização de um sistema de saúde que deve ser integrado, regionalizado e descentralizado exige dos gestores a implementação de novas formas de acesso a procedimentos de diferentes níveis de complexidade, a fim de garantir a integralidade do cuidado à saúde de seus municípios. Nas micro e macrorregiões do interior - onde os municípios encontram maior dificuldade em dispor de serviços que exigem maior densidade tecnológica - maior aporte de recursos e mão de obra especializada emergem novas estratégias de acesso: os consórcios públicos de saúde.

Os consórcios têm se revelado como importantes estruturas de governança, viabilizando serviços de média e alta complexidade ao nível dos municípios, o transporte sanitário e, sendo suporte para a gestão do SUS local e para negociações necessárias à viabilização da assistência à saúde. Na microrregião de Pirapora-MG, a atuação e os resultados do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco (CISMESF) para o sistema de saúde microrregional ainda não foram mensurados, abrindo a possibilidade para que essa pesquisa pudesse atuar, na tentativa de melhor elucidar o real papel do CISMESF dentro do contexto da governança em saúde pública, nos municípios e na micro.

Por isso, procuramos debater o papel do CISMESF como espaço privilegiado para a governança local na microrregião de Pirapora. Investigando como tem sido a atuação do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) na visão dos atores locais, avaliando se o consórcio tem contribuído para fortalecimento da governança na região e analisando como se dá, na prática, a governança na rede de saúde da micro.

Sobre a rede de saúde pública que compõe a micro Pirapora, levantamos dados nos quais pudemos analisar, criticamente, sua composição em relação a outras microrregiões. Com isso, buscamos analisar de que forma o consórcio está inserido na rede de saúde, e se tem atuado de modo a superar as dificuldades locais, apontando as possíveis vantagens e desvantagens para os municípios estarem consorciados ao CISMESF. Além disso, analisamos como o consórcio tem se posicionado enquanto alternativa para a prestação de serviços de média e alta complexidade na superação dos vazios assistenciais dentro da micro.

2 O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRO

2.1 A história da saúde pública no Brasil e a origem da descentralização e regionalização

A construção e operacionalização de uma política de saúde pública no Brasil, assim como outras políticas públicas, é marcada pelos contextos históricos, a reatividade socioeconômica, as características setoriais, os atores, incentivos e restrições, assim como pelo jogo de constante reafirmação do cenário democrático. Nesta seção, busca-se ilustrar parte dessas idas e vindas que marcam a trajetória de um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, o SUS.

A história da saúde pública brasileira tem início com a vinda da Corte Portuguesa para o Brasil em 1808. Na ocasião, foram criadas as primeiras instâncias de saúde pública, que, naquele período, limitavam-se a habilitar e fiscalizar o registro dos curandeiros e fiscalizar os navios, a fim de prevenir que chegassem novas doenças às cidades costeiras (SCOREL; TEIXEIRA, 2012; NUNES, 2000).

No primeiro reinado de Dom Pedro Primeiro, 1822 a 1831, a medicina era exercida por um pequeno número de médicos, cirurgiões e boticários. Serviços de saúde eram acessíveis apenas para classes específicas da população, quase sempre em cidades de maior porte. Aos pobres restava a assistência da caridade e das Casas de Misericórdia - fundadas para oferecer atenção aos indigentes (PAIM, 2012; SCOREL; TEIXEIRA, 2012). Nesse período, a maior parte dos agravos à saúde estavam relacionados às condições de trabalho e de moradia, aos modos de vida e, em certa medida, aos costumes. Eram muitos comuns os casos de parasitoses, carência nutricional e tuberculose. Ao poder público cabiam apenas ações de regulamentação das práticas pouco científicas da 'arte de curar' (PAIM, 2012; NUNES, 2000).

O período regencial (1831 a 1840) foi marcado pelo início da expansão dos cursos de medicina e diplomação de médicos, farmacêuticos e parteiras, visando a ampliação da mão de obra especializada (EDLER, 1998). Até o final do segundo reinado de Dom Pedro Segundo, em 1889, o que se verifica é uma atuação ainda precária, para não dizer inexistente, do Estado na assistência médica, restrita à internação de doentes graves nos períodos de epidemias. Os serviços médicos hospitalares estavam nas mãos de entidades filantrópicas e a saúde pública padecia com doenças transmissíveis como a rubéola (NUNES, 2000; SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

De acordo com Escorel; Teixeira (2012), apenas na República Velha, mais especificamente no o governo de Deodoro da Fonseca, verifica-se uma maior responsabilização do Estado, principalmente no que concerne à fiscalização. Demoraria algum tempo, até a promulgação da Constituição Federal em 1891, no governo de Floriano Peixoto, para o Governo Federal transferir atribuições relacionadas à saúde para municípios e estados. Sobre isso, destaca-se que o governo de Floriano Peixoto testemunhou alguns avanços na área da saúde pública nunca antes experimentados. A criação do Sistema de Saúde do Governo de São Paulo, que foi modelo de atenção à saúde coletiva para a implementação de diversas outras políticas nos demais estados; o desenvolvimento do Instituto Bacteriológico Nacional; a construção do pioneiro código Sanitário do Estado de São Paulo, são alguns exemplos desses tempos de vanguarda (PAIM, 2012; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). Chama a atenção ainda que, a falta de apoio institucional, por parte do governo federal, além da carência de mecanismos de financiamento e controle, oferecia barreiras para a consolidação de estados e municípios como protagonistas na saúde pública naquela ocasião.

Somente no período da República Velha, no governo de Hermes da Fonseca, o processo de interiorização da saúde retornou à agenda macro do governo federal. Em um contexto de denúncia da condição precária de saúde pública no Brasil e sob a intensificação das atividades dos sindicatos profissionais - reforçado pela concretização de uma primeira greve geral, a qual paralisou a cidade São Paulo, entre os anos de 1914 e 1919 - instala-se, de modo provisório, o Instituto de Profilaxia Rural, reforçando o cenário de descentralização, iniciado anos antes (TAMANO, 2017; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012; NUNES, 2000).

A Lei Eloy Chaves inaugura em 1923 um sistema de saúde para trabalhadores ligada à previdência através das caixas de aposentadoria e pensão, que futuramente viriam todas a ser agregadas a um único sistema, o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) (POLIGNANO, 2011; CARVALHO, 2013)

O governo provisório Getúlio Vargas (1930-1934), com profundas mudanças no cenário nacional após a quebra da bolsa de Nova Iorque, e do ápice da crise política do arranjo oligárquico, buscava o fortalecimento de um Estado centralizado. Nesse período, além da interrupção das campanhas sanitárias, houve um retrocesso significativo no que concerne a política de descentralização da saúde pública, devido a controles estatais crescentes (TAMANO, 2017; PAIM, 2012; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Em 1934, com a nova Constituição Federal, as campanhas sanitárias foram retomadas. E, em 1937, com a Reforma da Capanema, orientada pelas diretrizes de racionalidade administrativa e fortalecimento do poder central, altera-se o funcionamento do órgão ministerial responsável pela saúde. Nesse período, à saúde pública não era facultada uma estrutura ministerial própria, sendo esta, dividida com a Educação (TAMANO, 2017; PAIM, 2012; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). Essa época, marcada pela centralização normativa e descentralização executiva, ou seja - apenas a execução da política sanitária ficava sob a responsabilidade dos municípios - foram instituídas as Conferências Nacionais de Saúde (CNS). Além disso, nota-se um grande investimento na formação e especialização de profissionais vinculados à saúde pública (TAMANO, 2017).

No período compreendido entre 1937 e 1945 (Estado Novo), destaca-se o surgimento dos grandes e modernos hospitais públicos, a maioria previdenciários; e a criação do Serviço Especial em Saúde Pública (SESP) - resultado de um acordo entre o governo brasileiro e o norte-americano para combate à malária uma vez que a doença estava impedindo a exploração de matéria prima, em especial a borracha amazônica e o ferro na região do Vale do Rio Doce (PAIM, 2012; RENOVATO e BAGNATO, 2010). Nesse contexto, Escorel e Teixeira (2012), demonstram que o processo de descentralização foi idealizado, com novas diretrizes para a saúde pública, através da centralização do poder normativo em relação às ações estaduais, extinguindo o poder dos municípios.

Em 1941 foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde com o foco na defesa sanitária da população, assistência social aos indivíduos e às famílias e proteção da maternidade e da infância. É no final desse período que se observa o início das manifestações pela redemocratização do país.

O governo de Eurico Gaspar Dutra (1946 a 1951), foi marcado, na área da saúde, por um modelo sanitarista de campanha, centralizador no qual o autoritarismo conheceu seu auge. A formulação do Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia) não chegou a marcar uma política efetiva de saúde por parte do governo federal, com metas e ações bem definidas, e sim uma tentativa de organizar os gastos públicos nesses setores (GIACOMONI e PAGNUSSAT, 2007). Houve, nesse mesmo período, a realização da 2ª CNS com foco em: condições de higiene e de segurança no trabalho; prestação da assistência médico-sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes; e combate à malária. No entanto, nota-se que não havia um plano geral que coordenasse e integrasse

as medidas de saúde pública nos anos 50 e 60 e as ações eram desconexas e sobrepostas (SCOREL e TEIXEIRA, 2012).

No segundo governo de Getúlio Vargas, período entre 1951 e 1954, houve um reforço do modelo sanitário desenvolvimentista, segundo o qual as ações eram voltadas para potencializar a produção industrial ao evitar perdas na mão de obra das indústrias, portos e demais unidades produtoras. Sendo assim, os objetivos da política de saúde estavam, como as demais políticas sociais, subordinados à força do progresso e do enriquecimento do Brasil (PAIM, 2012; SCOREL; TEIXEIRA, 2012; NUNES, 2000).

Em 1953, durante a República Populista de Vargas, ocorreu a Criação de um Ministério da Saúde independente, sendo que até 1964 houve grande transitoriedade de seus titulares, deixando claro o objeto de barganha política que circulava naquele ministério. Uma política de descentralização considerável a qual aconteceu a partir do ano de 1956, durante o governo de Juscelino Kubitschek, foi a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU), esse foi um momento importante de disputa entre modelos de atenção à saúde. Porém, no âmbito das políticas sociais, as ações eram realizadas apenas como medidas paliativas face à política desenvolvimentista a qual não permitia que esforços fossem empreendidos com outro objetivo (HAMILTON; FONSECA, 2003; PAIM, 2012; SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Até o final dos anos 1950 e início dos anos 1960, de acordo com Scorel e Teixeira (2012), os pobres eram assistidos por serviços para necessitados, prestados por estados, municípios e entidades filantrópicas. Esses serviços tinham um caráter assistencialista e clientelista, mas a assistência à saúde foi ampliada para os trabalhadores urbanos que tivessem carteira assinada. Apenas no ano de 1962, com a realização do XV Congresso Brasileiro de Higiene, iniciam-se as discussões acerca do conceito ampliado de saúde, segundo o qual as condições globais de trabalho e a pobreza eram vistos como determinantes da saúde e da doença (NUNES, 2000).

Realizada em 1963, a 3ª Conferência Nacional de Saúde fomenta reflexões importantes sobre a introdução de técnicas de planejamento ascendente no setor saúde, com vistas a implementar novo projeto sanitário, baseado na municipalização, sempre em conformidade com o desenvolvimento econômico do país (SCOREL; DE SOUZA JÚNIOR, 2016; TEIXEIRA, 2012).

A partir de então, a estratégia de municipalização compilava o novo projeto sanitário, descentralizado e sustentado em um modelo de serviços de saúde com atendimento básico prestado por auxiliares, o qual se estendia até o nível terciário com

atendimento médico hospitalar. Estava então configurada uma nova ideia - dessa vez mais delineada - de descentralização e hierarquização. Nessa esfera de interiorização e municipalização, que percorria o cenário nacional, houve a promulgação da lei que estendia a previdência social aos trabalhadores rurais, através do Estatuto do Trabalhador Rural. No entanto, essas ações não encontraram um contexto político que propiciassem a sua implementação.

Durante a Ditadura Militar, foram adotadas reformas e diminuição na participação dos gastos com as políticas sociais, dentre elas a saúde. A primeira década do regime, presenciou um sistema de atenção à saúde sob a responsabilidade dos Estados e do governo federal, pois havia o predomínio da centralização do poder, não só normativo, mas no executivo, com um retrocesso marcante na política descentralizadora (SOUTO; OLIVEIRA, 2016; PAIVA; TEIXEIRA, 2014; PAIM, 2012; ESCOREL, 2012).

Houve, nesse período, uma revolução no pensamento sobre a abordagem vigente dos problemas de saúde. Com críticas demasiadas à medicina curativa, orientada pela doença, com ênfase na atenção hospitalar e no uso crescente de tecnologias complexas. Essas críticas fomentaram a constituição de uma base teórica e ideológica para um novo pensamento médico social, reforçado pela criação da Associação Latino Americana de Medicina Social, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; ESCOREL, 2012; PAIM, 2008).

A partir dos anos setenta tem início a ação de movimentos sociais no combate à ditadura e na democratização da saúde, onde o sistema vigente passou a ser duramente criticado. O chamado movimento sanitário, ainda embrionário, inaugurou a proposta e o projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que posteriormente seria a base ideológica para a criação do SUS (CORDEIRO, 2004; PAIM, 2008; POLIGNANO, 2011; CARVALHO, 2013; DE SOUZA JÚNIOR, 2016; SOUTO; OLIVEIRA, 2016; TAMANO, 2017).

Nesse contexto, em 1971 o Projeto Montes Claros (PMC), promoveu e fortaleceu experiências regionais - advindas da abordagem marxista da saúde ou teoria social da medicina - cujo objetivo era pensar as mudanças necessárias na área da saúde, com base nos determinantes sociais da doença (CORDEIRO, 2004; PAIM, 2012; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012; ESCOREL, 2012). Inserido nesse contexto, o PMC foi um projeto de extensão de cobertura de serviços comunitários de saúde, muito importante para a Reforma Sanitária brasileira (PEREIRA; MENDONÇA, 2012; ESCOREL, 1999).

Com o objetivo de implantar um sistema de prestação de serviços de saúde em 50 municípios do interior de Minas Gerais, o PMC, propunha a construção de postos de atendimento nas comunidades rurais que seriam dirigidos por auxiliares de saúde os quais teriam a função de estimular a participação da comunidade, além da construção de um hospital regional em Montes Claros como centro especializado do sistema (RODRIGUES *et al.*, 2019; PEREIRA; MENDONÇA, 2012; ESCOREL, 1999). O PMC foi resultado do processo de modernização pelo qual passava a Secretaria de Estado da Saúde (SES-MG), das experiências em medicina comunitária, da atuação dos movimentos sociais e partidários de esquerda e da disponibilidade de grande aporte financeiro internacional. Esse projeto, que trouxe inovações como a multidisciplinaridade, territorialização, planejamento em saúde e atenção primária como eixo estruturante, deixou sua marca por seu arcabouço legal e ideológico ter sido o precursor do pensamento crítico presente na Reforma Sanitária que deu origem ao SUS (PEREIRA; MENDONÇA, 2012; ESCOREL, 1999).

Por fim, a carta de Montes Claros com o título “muda saúde” continha um conjunto de diretrizes apresentadas pelos secretários municipais de saúde da região, propondo o fim do clientelismo e das fraudes, participação social, universalização e equidade no acesso, juntos, esses conceitos transformaram-se na bandeira da 8ª Conferência Nacional de Saúde (RODRIGUES *et al.*, 2019; CORDEIRO, 2004; ESCOREL, 1999).

Já no ano de 1974, ainda na Ditadura Militar do Presidente Ernesto Geisel, foi elaborado o II Plano Nacional de Desenvolvimento, com prioridades na área de social, educação e saúde; estruturação do movimento sanitário e dos territórios de saúde, além da priorização do setor saúde no aspecto social (ESCOREL, 2012; PAIM, 2008). Devido ao ressurgimento de antigos problemas (crise sanitária), associado ao aumento dos gastos com hospitalizações e declínio dos investimentos em saúde pública, cresce a privatização dos serviços médicos prestados aos previdenciários (PAIM, 2012). Nesse mesmo ano, inaugura-se a primeira ação de universalização de acesso no atendimento de emergências. Essa inauguração se deu devido a um grande número de matérias noticiadas, as quais davam conta da alarmante mortalidade da população nas portas dos hospitais (ESCOREL, 2012).

Em 1975 acontece a 5ª Conferência Nacional de Saúde com foco na saúde das populações marginais e participação comunitária. A partir de então, uma grande evolução é presenciada com a implantação dos programas inovadores e mecanismos de

coordenação da política no setor saúde como: programas de extensão da cobertura em áreas rurais; programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS); programa Nacional de Imunização (PNI); sistema de Vigilância Epidemiológica em saúde; rede de laboratórios de Saúde Pública e o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PAIM, 2012; ESCOREL, 2012). Nos anos seguintes, a publicação de debate sobre componente histórico-social da saúde confere maior visibilidade acadêmica ao assunto e se configura, mais tarde, como pilar para as conferências nacionais seguintes. A 6ª Conferência Nacional de Saúde com tema: “grandes epidemias, interiorização e Plano Nacional de Saúde” aconteceu em 1977, mas apenas em 1979 as discussões ganharam corpo no Primeiro Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde.

Em 1980, sob a gestão do Presidente João Batista Figueiredo aconteceu a 7ª Conferência Nacional de Saúde, a qual propôs a intensificação dos debates sobre extensão das ações de saúde através dos serviços básicos. Entre os anos de 1982 e 1983 foram discutidas propostas de criação do Sistema Nacional de Saúde e a implementação do Programa de Ações Integradas em Saúde (PAIS), discurso incipiente para a criação do sistema único. Nos anos finais do regime militar o PAIS é transformado e ocorrem reuniões para elaboração do Sistema Nacional de Saúde, o V Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde e o Encontro Nacional de Saúde em Montes Claros (PAIM, 2012; ESCOREL, 2012; DE SOUZA JÚNIOR, 2016).

A partir do ano de 1985, com a instauração da Nova República, sob o comando de José Sarney, há a proposta de restauração da democracia e normalização da economia, mas as anunciadas políticas sociais democráticas foram substituídas por conservadoras. O movimento sanitário crescente, foi fortalecido pela nomeação de seus representantes para importantes cargos de direção governamental o que favoreceu uma reviravolta nos rumos da Política Nacional de Saúde (ESCOREL, 2012; DE SOUZA JÚNIOR, 2016).

Porém, a tão esperada unificação do sistema de Saúde encontrou resistências. A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi convocada no ano de 1986 para dar solução aos entraves encontrados. Como diferencial das outras conferências, foram incluídos no debate os usuários dos serviços de saúde. Os principais desdobramentos da Oitava foram a constituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e a conformação da Plenária Nacional de Saúde. Além disso, seu relatório final apresentou a sistematização da Reforma Sanitária como projeto de políticas articuladas (SOUTO; OLIVEIRA, 2016; PAIM, 2012; ESCOREL, 2012). No ano seguinte à Conferência, foi aprovado o decreto

que criou os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), uma estratégia transitória para a chegada do SUS.

O fim do regime militar, na segunda metade da década de 1980, teve reflexos importantes na área da saúde, assim como em outras áreas da administração pública. O período que marca a retomada da democracia no contexto político brasileiro caracteriza-se pelo fortalecimento das instituições, pela participação popular e dos movimentos de esquerda, bem como a inclusão de valores de igualdade e justiça social na agenda pública nacional. Os fundamentos do Sistema Único de Saúde - SUS foram estabelecidos nesse contexto, resultando na consolidação da saúde como política social, garantida pelo Estado a todos os brasileiros (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2012).

A Constituição Federal de 1988, incorpora a concepção ampliada de saúde, que “deve ser garantida através de políticas sociais e econômicas de acesso universal e igualitário” (BRASIL, 1988). A partir da publicação da Lei Orgânica da Saúde - a Lei nº 8.080 - e da Lei nº 8.142 em 1990, as atribuições adquiriram novos critérios entre os entes das esferas governamentais, tanto no que concerne ao financiamento quanto às instâncias de participação. Com a aprovação da Constituição Cidadã, houve a efetiva criação do SUS onde a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado. (PAIM, 2008; PAIM, 2012; ESCOREL, 2012).

Os anos que se seguiram foram marcados por negociações em torno da lei complementar que regulamentaria o SUS. Somente em 1990, foi promulgada a Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142 de 1990), constituindo as bases legais de organização do novo sistema nacional de saúde brasileiro, o SUS.

2.2 Aspectos gerais sobre a estrutura do Sistema Único de Saúde em 2019

O SUS traz em sua estrutura fundamental a ênfase e valorização dos espaços e instrumentos democráticos e de compartilhamento decisório na sua gestão (NORONHA, LIMA E MACHADO, 2012). Essa estrutura de governança envolve os níveis nacional, estadual e municipal de governo em um complexo arranjo institucional e organizacional multicamadas, representado pelos conselhos de saúde, as comissões intergestores bipartites - CIB, as comissões intergestores tripartite – CIT, os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e o

Colegiado dos Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – COSECS.

De acordo com Paim (2012) e Moreira, Ribeiro; Ouverney (2017), a descentralização do sistema de saúde esteve vinculada a um processo mais amplo de transição política e de reconfiguração da Federação Brasileira, iniciado pelos movimentos democráticos da década de 1980 e moldado, posteriormente, pelos programas de ajuste macroeconômico. A ascensão da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, a fim de reduzir as disparidades regionais, alicerçada sobre as diretrizes da descentralização, integralidade e participação social, foi reforçada pela Constituição Federal de 1988 (CF/88) no seu artigo nº 198.

A primeira lei fundamental do SUS, que regulou as ações e serviços de saúde, a Lei nº 8.080 de 1.990, complementando a Constituição vigente, declarou a saúde como direito fundamental ao ser humano e dever do Estado, garantido - através de políticas sociais e econômicas - o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990).

A descentralização da saúde para os municípios também ganha ênfase nesta mesma Lei, no seu artigo 7º como um dos princípios do SUS. Esse artigo destaca a regionalização, integração e a hierarquização da rede de serviços de saúde como instrumentos para potencializar a resolutividade e melhorar a organização do sistema. Sobre a descentralização, hierarquização e a regionalização é importante destacar que já na Lei nº 8.080/90 os municípios poderiam constituir consórcios para desenvolver ações e serviços, dentro da política de regionalização. Sendo, portanto, uma das primeiras legislações que reconhecem o Consórcio Público de Saúde como instrumento da gestão da saúde regional no âmbito do SUS.

Em 1996, é publicada a primeira Norma Operacional Básica (NOB), após a criação do SUS e extinção do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), a qual concretiza a descentralização ao impulsionar e fomentar a atuação do gestor municipal redefinindo as responsabilidades entre as esferas de governo (BRASIL, 1996). Conforme observa De Lima (2000), a NOB 1996 cria incentivos para que os municípios - de acordo com características geográficas, demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e vontade política - estreitem relações cooperativas por meio dos consórcios.

Todavia, a mesma autora destaca que a adoção de tais estratégias pode assumir conotação distinta, desde o debate amplo - envolvendo múltiplos atores e de acordo com

a real necessidade de assistência da população dos municípios, passando por interesses clientelistas de certos gestores - até o aumento da "resolubilidade" do serviço de saúde de um determinado município, viabilizando, assim, a prática de terceirização ou do sistema de cooperativas de trabalhadores (DE LIMA, 2020).

Com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), nos anos 2001 e 2002, há a ampliação das atribuições dos municípios na atenção básica, estabelecendo a regionalização como metodologia para o alcance da equidade e fortalecimento da gestão do SUS (BRASIL, 2001). Nessa norma, o conceito de região aparece, pela primeira vez, relacionado a melhoria da distribuição espacial dos recursos e do acesso aos serviços por meio da regionalização (LIMA, 2012). A NOAS também define que para o alcance dos objetivos da regionalização são importantes algumas estratégias articuladas, dentre as quais destaca-se o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o fortalecimento da capacidade gestora do SUS (LIMA, 2012).

O PDR foi publicado, em sua primeira versão, no ano 2001. É um instrumento de planejamento e organização dos territórios, sob a responsabilidade dos estados, nacionais com base em diferentes e importantes critérios socioeconômicos, culturais, epidemiológicos, a fim de se desenhar a configuração das redes hierarquizadas, bases e parâmetros assistenciais, seus mecanismos de referência e contra referência, apoio logístico e etc. (BRASIL, 2001).

Ocorre que o excesso de rigidez característico da NOAS e a falta de definição do papel do governo federal na alocação de recursos que viabilizassem a implementação dos planos de regionalização comprometeram a efetivação das regiões de saúde em diversos territórios (LIMA, 2012). Embora tenha contribuído para a ascensão de uma nova lógica de organização dos sistemas de saúde com base nas regiões integradas, potencializando o planejamento e a programação regionais, um novo instrumento teve que ser elaborado para fortalecer a negociação e a pactuação nas regiões de saúde.

Nesse contexto, o Pacto pela Saúde, publicado no ano de 2006, propôs a redefinição de responsabilidades entre as três esferas de governo e buscou definir prioridades e metas para a saúde através do fortalecimento da negociação intergovernamental e da regionalização. Além disso, propôs diretrizes para se alcançar essa gestão cooperativa por meio da implantação de instâncias colegiadas a nível regional e definiu conceitos norteadores da regionalização. A partir do ano de 2010, numa tentativa de elucidar a carência de instrumentos que permitissem a efetivação da regionalização da saúde, foram elaboradas novas diretrizes para atualização do processo (LIMA, 2012).

Ao definir a regionalização como estratégia fundamental para a configuração das redes de saúde, a Portaria nº 4.279 de 2010 estabeleceu novos elementos para efetivação das redes e inseriu o conceito de região como área de abrangência territorial e populacional sob responsabilidade da rede (BRASIL, 2010). A partir desta publicação, as redes foram definidas como principal forma de minimizar a fragmentação advinda do processo de descentralização e qualificar a gestão a fim de obter um sistema integrado e unificado. A intenção é inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando ações e serviços para as Redes de Atenção à Saúde (RAS). O Pacto pela Saúde, destacado por essa Portaria, procura aprofundar o processo de regionalização e organização do sistema, sob a forma de redes, a fim de se alcançar a universalidade, integralidade e equidade até mesmo nas regiões mais pobres e municípios menores, reforçando a necessidade de superar as desigualdades regionais e garantir acesso ao usuário (BRASIL, 2010).

O Decreto nº 7.508 de 2011 veio regulamentar a 8.080/90 no que tange à organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência e a articulação Interfederativa. O decreto esclarece a região de saúde como espaço geograficamente marcado por municípios limítrofes, estruturado por meio de características comuns como identidades culturais, econômicas e sociais. Que se constitui como forma de integração, organização, planejamento e execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Um ponto relevante no Decreto é o estabelecimento do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). O COAP foi um instrumento firmado entre os Estados a fim de promover uma maior organização e integração da rede regionalizada e hierarquizada através da pactuação de indicadores e metas de saúde (MOREIRA, RIBEIRO; OUVENEY, 2017). No seu artigo 4º, o decreto ressalta que a indicação das regiões de saúde é atribuição do Estado, em cooperação com os municípios em uma política que pode ser classificada com *top down*.

De acordo com Ortega (2008), o desenvolvimento local é orientado de cima para baixo, tendendo a apresentar um apelo muito mais econômico do que social. O autor também destaca o papel das comissões intergestores como protagonistas no processo de pactuação das ações integradas dentro das redes, mas ainda com o modelo *top down*, segundo o qual comissões regionais devem observar as diretrizes das comissões estaduais.

Para Paim (2012) novos mecanismos de administração fizeram-se necessários para o gerenciamento dessa política descentralizadora. Sendo assim, a ampliação da participação social e construção de alianças entre os principais atores formaram o

arcabouço de uma nova estrutura, a qual formalizou os conselhos de saúde e os comitês intergestores. Tais estruturas políticas foram de grande relevância para a governança em saúde no Brasil, pois possibilitaram a participação de maior número e variedade de atores no processo de tomada de decisão, permitindo com isso a definição de responsabilidades institucionais com mais clareza e garantindo a implementação da política nacional de saúde.

A Lei nº 8.080/90 definiu os princípios e diretrizes do SUS, nas quais se destacam (BRASIL, 1990a):

- A Universalidade como a garantia de que todos têm direito de acessar os serviços de saúde pública, independentemente de sua condição financeira ou do custo envolvido. Esse princípio significou um avanço em relação aos modelos de seguro social adotados anteriormente os quais garantiam acesso apenas a parcela da população que poderia contribuir;
- A Igualdade que significa segundo a qual não poderá haver nenhum tipo de distinção, preconceito ou privilégio entre pessoas no acesso ao serviço de saúde, a não ser em questões relativas à sua condição de saúde;
- A Integralidade, que é definida como garantia do acesso a todos níveis de complexidade a depender da necessidade do indivíduo ou coletividade. Exigindo que os gestores do SUS discutam e definam as estratégias necessárias no sentido de atuar sobre o processo saúde doença em seus diferentes níveis de atenção, além de organizar a rede de serviços de forma integrada, garantindo o acesso ao usuário àquilo que ele necessita.

Por seu turno, os níveis de atenção dizem respeito ao grau de complexidade tecnológica que uma ação ou serviço de saúde exige, sendo divididos de acordo com Mendes (2010) em três níveis:

A) **NÍVEL DE ATENÇÃO PRIMÁRIO:** São serviços com ênfase na promoção à saúde e prevenção às doenças, ofertados com base nas necessidades da população. Requerem baixa densidade tecnológica e apresentam procedimentos de baixo custo a uma parcela maior da população. São altamente resolutivos e responsáveis por ordenar o fluxo dos pacientes na rede.

B) **NÍVEL DE ATENÇÃO SECUNDÁRIO:** São serviços que exigem média densidade tecnológica e requerem uma oferta moderada, onde são oferecidos

procedimentos de médio custo e, por isso, são concentrados em regiões geralmente com densidade populacional média, como as cidades polo de microrregiões de saúde, por exemplo.

C) NÍVEL DE ATENÇÃO TERCIÁRIO: São os pontos de atenção especializados, com maior densidade tecnológica e menor oferta, abrangendo parcela menor da população. São ofertados procedimentos de alto custo e, por isso, são concentrados em determinadas regiões, geralmente com maior densidade populacional.

2.3 Redes regionalizadas e descentralização: A territorialização do SUS

A discussão sobre território, espaço e ambiente ganhou relevo nos círculos científicos e acadêmicos, também nos discursos políticos contemporâneos, sem necessariamente partir de um consenso sobre o entendimento do termo. No campo da saúde pública e das políticas de saúde, as terminologias polissêmicas de origem geográfica foram igualmente assimiladas sem uma preocupação formal de estabelecer um marco teórico mais robusto (MONKEN, *et al.*, 2008).

Sem a pretensão de esgotar o assunto, a presente seção procura explicitar os referenciais de território e redes regionalizadas de saúde. O ponto de partida para essa discussão é o entendimento de que espaço e território não são sinônimos. Enquanto o primeiro está relacionado às características físicas, naturais e geográficas, os territórios estão inseridos em espaços geográficos, mas são muito mais que isso. O conceito de território permeia o conceito de identidade, pertencimento, rede social (GOHN, 2014).

Historicamente, o conceito de território é analisado ora sob a ótica da filosofia, geografia, economia e sociologia e, em alguns momentos, de forma articulada com as diferentes dimensões sociais. Inicialmente nota-se uma ênfase nos aspectos da geografia física, que se centraram historicamente em noções mais amplas e de múltiplas escalas (VALVERDE; HOSPODAR, 2004; SAQUET, 2007).

Inicialmente, o território era tratado sob os aspectos político-administrativos e espaço físico que compreendem uma nação. Mas aos poucos, adquire ênfase a ideia de relações marcadas pelo poder desempenhado como características intrínsecas e intimamente relacionadas ao conceito de território. A partir de então, o território - mesmo sendo relacionado ao espaço definido e delimitado - é marcado como resultado das relações de poder. Relações essas que não se restringem ao Estado e nem se confundem com violência e dominação. Sendo assim, o território compreende inúmeras vertentes e

funções, sendo possível a existência de múltiplos territórios sobrepostos (BORDO, 2012; ABRAMOVAY, 2000).

Nas últimas décadas, o conceito de território adquiriu um sentido bastante amplo, passando a abordar tanto aspectos físicos quanto simbólicos de uma determinada área. A valorização do estudo dos territórios, a partir dos anos 90, conferiu destaque também ao seu conceito como forma de compreender os processos de coalizão e separação entre os países. Essa nova percepção tornou possível a compreensão de outros fenômenos de organização socioespacial como as relações de poder, por exemplo. Além disso, houve uma articulação entre os conceitos de território e rede, superando a dimensão anterior da geografia clássica (VALVERDE; HOSPODAR, 2004; SAQUET, 2007). Destaque para as interligações existentes entre as diferentes dimensões de território, sendo o mesmo, resultado de articulações e apropriações econômica, política, cultural.

Os estudos, nos anos seguintes, buscaram avançar nas diferentes abordagens do conceito de território. Aqui são agregadas as influências das redes, da identidade e do poder como propulsores do movimento interno característico do território. O território destaca-se como identidade, fruto das relações recíprocas da sociedade entre si e dela com a natureza (SAQUET, 2007).

A dinamicidade existente nas relações sociais é característica intrínseca do território e não pode ser ignorada. É fruto das relações sociais fluidas existentes em um determinado espaço geográfico, traduzindo as relações de poder, as malhas, as redes e as centralidades que essas relações exprimem em determinado período de tempo. Por ser construído a partir da apropriação dos espaços que são transformados pela sociedade, o território é um produto da ação dos atores sociais e expressam as redes e relações de poder, no espaço socialmente organizado. Esse conjunto de relações que envolvem espaço, tempo e sociedade é o que caracteriza o território (SAQUET; SOUZA, 2009; SANTOS, 1999).

O território é relacional, por isso, entendê-lo exige um aprofundamento nas ligações de poder, intrínsecas às relações sociais. O poder entendido como prática presente nos grupos ou instituições, representa a defesa de propósitos privilegiados através de ações e estratégias políticas, viáveis a partir de relações sociais. Essas relações de poder que podem ser implícitas ou explícitas são interações que os diferentes atores mantêm entre si com base em conflitos e interesses (WHITACKER, 2015).

A compreensão das relações de poder, que é própria dos movimentos sociais, permite aprofundar nas formas de uso do espaço. O território é resultado do uso desse

espaço pelo exercício do poder característico das relações sociais, sendo a manifestação, por vezes, concreta ou abstrata do espaço apropriado e produzido.

Por sua multidimensionalidade, o território é o espaço usado pelos atores sociais ao desenharem, constantemente, seus interesses em uma disputa de poderes, de diferentes intensidades e ritmos. Os territórios são construídos socialmente, pelo exercício do poder de determinado grupo ou classe social. Esse emaranhado de relações multidimensionais configura-se como uma rede (FRAGA, 2007; EDUARDO, 2006).

Novas transformações territoriais estão em curso, exigindo co-participações institucionais e políticas variadas, que fazem despontar diversos protagonistas, atores, formas de pactuação e gestão. Essa emergência de novas formas de poder para além do poder estatal (mas também dos conselhos, entidades, consórcios, comissões, comitês) potencializa a ocorrência de diversos outros conflitos de múltiplas naturezas dentro do território. Permitindo a alternância do cenário entre a dominação e resistência, concretizando o conceito de território usado. A territorialidade manifestada pelo uso do território, é positiva ao permitir o seu fortalecimento e a autonomia, de modo a minimizar formas de poder externas (WHITACKER, 2015; CATAIA, 2011; FRAGA, 2007).

Assim, os territórios são espaços delimitados, nos quais se praticam diferentes e constantes disputas internas e externas, nas dimensões econômica, social, política e ambiental. São fruto das interações espaço-temporais, as quais incluem seu uso, o controle e disputas sociais e as redes. Além disso, possuem um forte caráter relacional e dinâmico, mudando no tempo e no espaço, conforme as características de cada sociedade. Sendo produzidos por atores, através das redes de circulação-comunicação e das relações de poder (ações políticas), por exemplo.

Os conceitos de espaço e território na geografia da saúde no Brasil, vêm sendo utilizados em diversos trabalhos a fim de se compreender o processo saúde doença como manifestação social, ligado principalmente, a estudos na área de epidemiologia (SANTOS; SILVEIRA, 2001; DANTAS; ARANHA, 2009; FARIA; BERTOLOZZI, 2009; SANTOS, 2009). Nessa direção, estudos de Santos (2009), aplicados à área da saúde demonstram o conceito de espaço enquanto relação social e não apenas físico, permitindo repensar o processo saúde doença. Porém, é necessário um aprofundamento sobre a importância da categoria “território” para a prática da investigação e da gestão em saúde pública, e dos estudos da Geografia da Saúde relacionadas às mudanças no perfil epidemiológico, processo de urbanização, disputas de poder e a intensificação das relações sociais que resultam em novas possibilidades epidêmicas, reaparecimento de

doenças e outros impactos ambientais os quais vão refletir, diretamente, na maneira como os recursos da saúde devem ser geridos (DANTAS; ARANHA, 2009; FARIA; BERTOLOZZI, 2009; SANTOS, 2009).

Assim, a definição de território fornece parâmetros para a identificação de áreas para a implementação de ações em saúde, fazendo com que a prática do SUS seja entendida como uma prática territorial. Uma vez que perfis territoriais revelam condições de acesso à saúde, exposição a fatores de risco, exclusão sócio espacial, entre outros fatores determinantes das condições de vida e saúde dos grupos sociais. Os conceitos de espaço e território permitem mudar o foco da atenção da doença para os determinantes sociais da saúde e as relações de poder, fazendo com que a reflexão da categoria território seja uma ferramenta heurística, útil à análise e planejamento da política de saúde pública local.

As especificidades inerentes à gestão do SUS acrescentam importância ao enfoque territorial da saúde, uma vez que permitem definir, com mais transparência, o nível de responsabilização de cada ator, potencializam a integração intermunicipal aprimorando as relações, a fim de intervir nos determinantes de saúde e ressaltam relações e disputas de poder internas e externas.

No Brasil, o uso do termo território relacionado à saúde se deu a partir da necessidade de o governo aprimorar a distribuição dos recursos ou serviços, a fim de facilitar o acesso e garantir a equidade. Isso se deu doravante a ênfase dada ao processo de descentralização e regionalização, após a publicação da Constituição Federal de 1988, a qual buscava fomentar políticas de desenvolvimento regional com foco territorial.

A publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001), que define o processo de regionalização da assistência, reforça o conceito de região de saúde como base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com divisão administrativa do Estado. A partir de então, o território tem se estabelecido como uma das principais estratégias espaciais da política de saúde no Brasil (BRASIL, 2001; ORTEGA, 2008; GUIMARÃES, 2005).

O processo descentralização da saúde pública no Brasil seguiu a agenda política iniciada na década de 1980 na Reforma do Estado, que aponta a descentralização, a regionalização e a integração como diretrizes fundamentais do SUS. Em voga estava a preocupação com a transferência de poder de decisão e de recursos, bem como as atribuições dos Estados e da União. Dessa forma, se de um lado a descentralização surge com objetivo de sanar disparidades entre os municípios brasileiros, no que concerne às

condições geográficas, econômicas, sociais de acesso e ofertas de serviços de saúde; a cooperação intermunicipal emerge quase simultaneamente e de forma heterogênea entre as localidades, como forma de atender a objetivos comuns que podem ser melhor equacionados conjuntamente.

Apesar do forte apelo descentralizador presente da CF/88, utilizado como uma alternativa para a superação da crise de governabilidade das democracias, a fim de se impulsionar políticas de desenvolvimento regional com enfoque territorial, nota-se que as transferências de responsabilidades não são acompanhadas de transferência de recursos financeiros adequados à execução das novas responsabilidades assumidas, permanecendo uma distribuição desigual do financiamento nos territórios (ORTEGA, 2008).

Essa aparente falha no processo de descentralização se deu de forma semelhante na política de saúde, fazendo com que municípios se tornassem os principais responsáveis pela oferta dos serviços de saúde, com perda significativa de função de execução por parte dos Estados e da União, sem o devido repasse dos recursos que financiariam os serviços a serem prestados. Por isso, os municípios, especialmente os de pequeno porte, sofrem com a escassez de recursos materiais e financeiros, falta de infraestrutura física adequada, dificuldade de acesso à novas tecnologias, além da pouca oferta de profissionais especializados (LOYOLA JÚNIOR, 2013).

A regionalização então, configura-se como uma resposta dos sistemas públicos de saúde, de modo a se organizarem para ampliar o acesso e diminuir as desigualdades. É justamente uma alternativa que prevê a distribuição dos recursos ou serviços em uma determinada área ou território a fim de facilitar o acesso e oferecer qualidade do serviço com menor custo e maior equidade (GUIMARÃES, 2005).

Essa regionalização da saúde, através das redes regionalizadas e integradas, requer a compreensão e análise de uma série de componentes que devem ser considerados quanto à disposição dessas regiões. Esses componentes a serem analisados são os espaços territoriais, suas populações, necessidades e demandas; os serviços disponíveis na rede; a regulação de acesso e fluxo dos usuários e um sistema coerente de governança. Através da interpretação dessas variáveis, é possível consolidar uma rede de saúde cuja regionalização atenda aos princípios e diretrizes do SUS (MENDES, 2010).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) se fortalecem como alternativa para os problemas advindos da descentralização como ocorreu no Brasil, devido ao seu potencial de conferir maior racionalização dos recursos, redução dos custos e possibilitar a

efetivação da integralidade (SILVA, 2011; KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2010).

Historicamente, as redes regionalizadas foram descritas pela primeira vez em 1920 no Relatório Dawson. O objetivo dessa proposta seminal era mais simples do que observado atualmente nas redes constituídas e voltava-se a organização da oferta e capilaridade de serviços de saúde. Desde aquele momento, verifica-se no documento forte direcionamento para chamada nova organização, com base na coordenação entre a medicina preventiva e curativa (SHIMIZU, 2013; LAVRAS, 2011; KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Neste entendimento, a organização do sistema de saúde deveria se dar de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade com base em uma população e território definidos. O documento, além de instituir o centro primário como núcleo do sistema, introduziu a territorialização, a articulação intersetorial e os conceitos de níveis de atenção considerando os mecanismos de integração (comunicação e transporte) entre eles. Esse relatório serviu como base para a reorganização dos sistemas de saúde em vários países (SHIMIZU, 2013; KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Segundo Kuschnir e Chorny (2010), a lógica presente naquela ocasião foi a organização dos serviços para garantir a equidade no acesso a toda população. Mas por motivos de eficiência, escala e qualidade verificou-se a necessidade de adotar mecanismos de referência e de concentrar os serviços em determinados espaços. A regionalização proposta era baseada na adoção de territórios com base populacional densa e autossuficiência em todos os níveis de atenção à saúde com comando único. Por fim, o relatório foi frustrado devido ao alto custo para construção e manutenção dos serviços. Mas o modelo de organização em redes foi seguido por diversos países.

No Brasil, embora prevista na Constituição Federal de 1988, a implantação das redes integradas no SUS encontrou muitos obstáculos. Instrumentos como a NOAS/SUS (2001), o Pacto pela Saúde e os Planos Diretores propuseram uma cooperação solidária intermunicípios de uma mesma região. A mudanças demográficas em conjunto com o avanço das doenças crônicas e a persistência das doenças infectocontagiosas são característica da tripla carga de doenças¹ que impactam o perfil de morbimortalidade no país. Esse novo cenário epidemiológico requer mudanças da política de saúde que,

¹Manifestada na convivência de doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, causas externas e doenças crônicas (MENDES, 2010).

atualmente, é marcada pela fragmentação advinda das barreiras no processo de articulação das instâncias gestoras entre si e também com os serviços.

A crise enfrentada atualmente pelos sistemas de saúde ao redor do mundo é derivada da falta de sincronia existente entre a transição demográfica e epidemiológica já finalizada nos países desenvolvidos e da tripla carga de doenças característica dos países em desenvolvimento, de modo que articulação das redes de respostas sociais estão ainda alheias às necessidades da população (SHIMIZU, 2013; LAVRAS, 2011; MENDES, 2010).

A descentralização que traz a possibilidade de ampliação do acesso, a inovação na gestão e o aumento da participação social no âmbito das políticas públicas de saúde, também fragmenta os níveis de atenção, principalmente onde há o predomínio de programas focalizados em enfermidades, riscos e populações específicas; insuficiência e má distribuição dos recursos disponíveis e culturas organizacionais contrárias à integração (LAVRAS, 2011; SILVA; CARVALHO; CODORNI JÚNIOR, 2017).

A principal característica dos sistemas de saúde fragmentados é o isolamento, ou a falta de articulação dos pontos de atenção entre si, o que os torna ineficientes na tarefa de garantir a continuidade do cuidado ao paciente (SHIMIZU, 2013; LAVRAS, 2011; MENDES, 2010). Para a mudança desse paradigma, é fundamental a adoção de um modelo que favoreça a integração dos serviços a fim de possibilitar o tratamento adequado das condições agudas e crônicas, garantindo com isso a continuidade do cuidado. Nesse sentido, a estruturação de redes de atendimento representa uma alternativa ao sistema fragmentado de saúde, possibilitando a racionalização dos recursos, a integralidade, o acesso e a continuidade.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) caracterizam-se pela articulação, vinculação dos serviços ou pontos de atenção, de forma cooperativa e interdependente de modo a possibilitar essa atenção contínua e integral. São tecidos organizacionais que permitem arranjos a fim de disponibilizar serviços de saúde equânimes a uma população definida (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2010). As RAS no SUS são como uma teia conectada e integrada composta por estabelecimentos de saúde, que estão organizados nos diferentes níveis e densidades tecnológicas de um território a fim de atender ao usuário de forma integral. Tais redes favorecem a efetivação da integralidade e reduzem os custos ao conferir o uso mais racional dos recursos. As redes são consideradas um importante instrumento de racionalização dos gastos ao aprimorar a utilização dos

serviços disponíveis, fornecendo economia de escala² e escopo³ por sua composição e estruturação (SHIMIZU, 2013; SILVA, 2011).

Segundo Silva (2011), nas RAS deve imperar a existência de relações horizontais onde os serviços precisam interagir em diferentes fluxos entre si. Sendo apontados, por diversos autores, os principais componentes das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde, são os espaços territoriais e suas populações, cujas demandas e necessidades são conhecidas: os serviços de saúde ou pontos da rede caracterizadas conforme suas funções e objetivos; o sistema logístico que orienta e controla o fluxo de usuários; o sistema de governança (SILVA, 2011; KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2010).

A partir desse entendimento, Mendes (2010) complementa que ao se constituírem como elementos das RAS, a população é a razão de existirem as redes de atenção à saúde. Definida pelo grupo de pessoas que vivem em um determinado território, sob a responsabilidade sanitária e econômica, devendo ser amplamente conhecida a fim de se estabelecer as necessidades de saúde específicas dessa população. O autor trata a Estrutura Operacional como os pontos de atenção das redes e pelas ligações que os comunicam entre si. São os centros de comunicação, os pontos de atenção à saúde em diferentes níveis (primário, secundário e terciário⁴), os sistemas de apoio, a logística e a estrutura de governança da rede. Já os modelos de atenção são sistemas que organizam racionalmente o funcionamento das redes.

Entender as necessidades integrais em saúde de uma determinada população é fundamental para o planejamento adequado das ações que supram suas demandas. Mas para o atendimento de tais necessidades é fundamental que haja vínculo entre os diferentes serviços de saúde ou pontos de atenção. Além disso, a vinculação efetiva do serviço ao usuário, característica fundamental da atenção primária, permite o

² Economia de escala: Obtida quando o custo médio de um procedimento diminui pelo bom aproveitamento da rede, distribuindo adequadamente os custos ao eliminar ociosidade e desperdícios (SILVA, 2011).

³ Economia de escopo: Se verifica ao ampliar a gama de serviços ofertados por uma unidade assistencial (ponto de atenção), possibilitando a redução dos custos fixos ao se diluírem em diferentes procedimentos (SILVA, 2011).

⁴ NÍVEL DE ATENÇÃO PRIMÁRIO: São serviços com ênfase na promoção à saúde e prevenção as doenças, ofertados com base nas necessidades da população. Requer baixa densidade tecnológica e apresentam procedimentos de baixo custo a uma parcela maior da população. São altamente resolutivos e responsáveis por ordenar o fluxo dos pacientes na rede. NÍVEL DE ATENÇÃO SECUNDÁRIO E TERCIÁRIO: São os pontos de atenção especializados, com maior densidade tecnológica e menor oferta, abrangendo parcela menor da população. São ofertados procedimentos de alto custo e por isso são concentrados em determinadas regiões geralmente com maior densidade populacional (MENDES, 2010).

estabelecimento de linhas de cuidado que incluam a prevenção e a promoção além da condução adequada do usuário dentro da rede. A definição dos territórios também é de grande relevância na configuração das redes, pois permite uma distinção mais clara das necessidades e responsabilidades. Além de possibilitar a construção de vínculos e co-responsabilização para a melhoria dos indicadores de saúde.

Shimizu (2013), Silva (2011) e Mendes (2010) destacam a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora e ordenadora do acesso dos usuários aos demais pontos de atenção nas RAS, bem como dos demais níveis de atenção das redes a fim de suprir as necessidades por assistência especializada, hospitalar, apoio diagnóstico, transporte e etc. Por isso, a distribuição dos pontos de atenção deve seguir uma lógica que atenda critérios de economia de escala, escopo e acessibilidade.

Os sistemas de saúde no Brasil, ao atuarem em rede com população definida, visam a garantia do direito de acesso ao sistema como bem público, universal e equitativo. A organização em redes, ao mesmo tempo que propõe uma medida para garantia de cuidado integral e igualitário, envolve disputas de poder e decisão política. O desenho das redes deve ser baseado numa relação dialética dos princípios de economia de escala/escopo e de qualidade de acesso. O desenho mais apropriado das RAS é aquele que atende às necessidades de saúde da população do território, o que requer soluções criativas, organização dos serviços e inovação o modelo assistencial países (SHIMIZU, 2013; KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Sobre as disputas de poder e decisão política, Mendes (2010) destaca a governança como um dos principais componentes das RAS, por se tratarem de arranjos organizativos os quais possibilitam a gestão cooperativa de todos os componentes da rede, aumentando a sua resolutividade. Uma das características importantes da governança é a possibilidade de ajustar objetivos e metas em comum, articulando políticas institucionais e desenvolvendo a capacidade gestora.

A governança regional favorece atividades de coordenação, gerenciamento e financiamento dentro da região de saúde de modo a conferir integração, transparência e maior controle social. Silva (2011) ainda destaca os colegiados de gestão regional, atuais comissões intergestores bipartite (CIB) como responsáveis pela elaboração de diagnósticos, proposição e implementação de planos de intervenção a fim de qualificar o cuidado e integrar os serviços dentro da rede.

Shimizu (2013) ressalta que a concretização das redes só é possível mediante o comprometimento dos diversos atores sociais e políticos, através da criação de um

sistema de governança adequado onde haja articulação e cooperação para a constituição de novos arranjos institucionais. Assim, os desafios para a consolidação das RAS são relacionados ao baixo financiamento, insuficiente para atender as necessidades assistenciais; ao relacionamento e a distribuição de responsabilidades entre as esferas de governo; à gestão intergovernamental nas regiões de saúde e ao modelo de saúde atual na qual a APS ainda está à margem da condução do cuidado (SHIMIZU, 2013; SILVA, 2011).

Os gastos municipais com saúde já vinham crescendo desde a década de 1990. Atualmente, a maioria dos municípios já investe mais de 20% do seu orçamento em saúde. Apesar disso, a indução federal para que os municípios assumam responsabilidades é cada vez maior. Também a consolidação das RAS esbarra na disponibilidade insuficiente de profissionais, especialmente médicos, nas regiões mais distantes e também nas periferias dos grandes centros. (SILVA, 2011).

Outro desafio apontado por Silva (2011) e por Mendes (2010) está na dificuldade de romper o modelo de saúde atual, centrado em procedimentos médicos, para se consolidar um modelo voltado ao cuidado a partir das necessidades dos usuários. Para Silva (2011), a consolidação de um sistema de saúde universal constitui-se num campo fértil para a organização assistencial integrada. A ampliação do percentual de gasto público com saúde, aliado a maior eficiência na gestão dos recursos e a participação social, juntamente com o fortalecimento dos sistemas com base na atenção primária, são as chaves mestras para garantir o acesso universalizado.

Enfim, é evidente que as novas tecnologias de comunicação e acesso à informação, fomentaram a consolidação dessa intrincada rede relacional. A globalização econômica, ao redefinir um novo modelo de organização social, impulsionou o conceito de redes como alternativa ao planejamento político fragmentado, potencializando a flexibilidade, integração e interdependência interinstitucional (SILVA, 2011). Santos e Campos (2015), defendem que a regionalização requer dos gestores do SUS a habilidade para o compartilhamento intermunicipal e interfederativo responsável e aberto ao debate de forma a diminuir a fragmentação do sistema de saúde e torná-lo mais efetivo.

Todavia, o que de fato ocorreu é que as regiões do Brasil foram definidas com base em conceitos herdados da geografia física, ou seja, das características naturais. Como unidades espaciais sujeitas a intervenção do estado, delimitadas por meio de suas características espaciais mais homogêneas (GUIMARÃES, 2005). A proposta de regionalização da política de saúde no país, expressa na legislação pertinente, também

seguiu a mesma lógica. Porém, a região é muito mais que uma escala cartográfica, mas resultado dos processos sociais de cooperação dos atores políticos cujas fronteiras expressam disputas em torno do qual o poder é exercido (DANTAS; ARANHA, 2009; GUIMARÃES, 2005). Sendo assim, a região se impõe como um espaço de solidariedade entre parceiros que compartilham a gestão do sistema. Deve expressar a pactuação entre diversos atores envolvidos na gestão, com base na diversidade de situações, arranjos, alternativas para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS.

Diante desses aspectos, parece mais conveniente explorar o conceito de território e assim justificar com mais coerência a utilização do termo em substituição ao termo região de saúde, utilizado na maior parte dos estudos e legislações atuais (SANTOS, 2009). Para Guimarães (2005), o território tem se concretizado como uma das principais categorias de estratégia espacial da política nacional de saúde. Além disso, o uso do enfoque territorial, em tempos de globalização vem sendo recomendado por cientistas, governos e agências multilaterais (ORTEGA, 2008).

Assim, a reflexão acerca dos territórios da saúde, na busca pela superação das dificuldades encontradas na implantação e implementação das regiões de saúde traria inúmeros benefícios para a posição de autonomia dos municípios. Nessa compreensão, Dantas e Aranha (2009) apontam que, a política de saúde brasileira se distancia da ideia de território usado e de lugar. Essa situação é extremamente nociva para a prática da descentralização, por não garantir a plena autonomia dos municípios, uma vez que a autonomia depende do tipo de gestão à qual estão vinculados e das relações de poder existentes nos municípios entre si e com os demais atores das redes. Na verdade, o que se nota é uma resistência de análise da saúde enquanto política social em todas as nuances que esse conceito traz, a fim de traçar um planejamento efetivo o qual contemple os diversos fatores determinantes do processo saúde doença na gestão do SUS local (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

Na tentativa de adequar melhor os conceitos de região de saúde e território a NOAS 01/2001 agrega ambos os sentidos e evolui na análise ampliada do processo saúde-doença e seus determinantes quando afirma que a região de saúde deve ser definida considerando suas características socioeconômicas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações intergestores e etc. Tudo isso por que a regionalização da saúde tem ganhado força nos últimos anos devido à necessidade de se integrar o que a descentralização fracionou (SANTOS; CAMPOS, 2015; SANTOS, 2009).

A regionalização para Guimarães (2005) é a efetivação de um sistema de assimilação de recursos, com distribuição geográfica dos estabelecimentos de saúde, dos recursos humanos e programas de atenção à saúde capaz de atender a assistência integral e as necessidades dos cidadãos dentro de uma base populacional definida.

Para Santos e Campos (2015) e Santos (2009), para superar as realidades municipais assimétricas e gerar uma unidade resolutiva é necessária a constituição de uma instância unificada de gestão e planejamento regional. Sendo a região ou território de saúde um meio essencial de organização capaz de promover a integração dos serviços em rede, unindo os municípios de forma sistêmica com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde através da integração das ações e serviços de saúde e da qualificação da gestão do SUS com foco concepção sanitária, e não puramente administrativa da saúde.

Por fim, a existência de territórios definidos representa um avanço para as redes de saúde, pois favorece uma demarcação mais clara das responsabilidades de cada membro no território e também melhora a articulação para intervenção em determinantes de saúde, através de integração intermunicipal. Além disso, territórios da saúde são espaços férteis a disputas de poder intra e inter municipais, muitas vezes envolvendo o nível estadual e federal, por diversos motivos.

Características intrínsecas à gestão em saúde exigem relações interpessoais muitas vezes baseadas em conflitos de interesse e disputas de poder. Ademais, o tipo de organização coletiva institucionalizada pela governança em saúde, em si, promove relações de prioridades, interesses concorrentes e disputas por melhor atender às aspirações pessoais, políticas, técnicas e econômicas, por exemplo. No nível municipal essa realidade não é diferente. Em diversas situações existem atores que dependem mais dos outros, especialmente no caso dos municípios menores que dependem de municípios maiores e da intervenção do estado para ofertar o atendimento à sua população (OLIVEIRA; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011).

A definição territorial tem sido uma condição considerada imprescindível quando se pretende a cooperação e solidariedade entre os atores e organizações de saúde da região para o atendimento das demandas e necessidades de uma dada população. Além disso, oferece melhores condições para construção de vínculos e co-responsabilização entre profissionais e usuários para melhoria das condições de saúde (SILVA; CARVALHO; CODORNI JÚNIOR, 2017).

Porém, há ainda um longo caminho a ser percorrido na consolidação desse modelo de organização da saúde pública no Brasil. A atuação do Estado se afasta desse caminho ao impor uma responsabilização cada vez maior aos municípios pela saúde da população; ao implementar um novo regime fiscal que impõe um teto para as despesas primárias de cada poder fixada no valor das despesas pagas no exercício de 2016, gerando uma estagnação no aporte financeiro para a saúde; ao criar mecanismos de financiamento que ampliam as disparidades; quando não apoiam as instâncias de gestão participativa e de governança regional e quando não atuam com protagonismo na formação profissional que sustenta a mudança de paradigma da saúde pública no país.

3 GOVERNANÇA NA SAÚDE PÚBLICA

3.1 Governança

O termo “governança” ganhou relevo nos debates políticos e na administração pública a partir dos anos 1980, provocando verdadeira explosão na produção acadêmica e rápida assimilação aos vocabulários cotidianos de instituições públicas e privadas, em muito assinaladas pela adoção do termo – e seus diferentes entendimentos – por organizações como Banco Mundial, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE e o Fundo Monetário Internacional – FMI (CAVALCANTE; PIRES, 2018).

Sem que seja necessário discutir detalhadamente, os diferentes significados que o termo ‘governança’ possa assumir, adota-se aqui a ideia de governança como perspectiva analítica-operacional que procura incorporar contextos específicos de atuação estatal e não estatal, buscando a ampliar a capacidade de efetivação das políticas públicas por parte do governo federal (CAVALCANTE; PIRES, 2018; MARQUES, 2015).

Todavia, a fim de subsidiar a discussão sobre governança na saúde pública, faz-se necessário pontuar duas perspectivas distintas que o termo pode assumir. A primeira está relacionada à ideia prescritiva de boa governança, adotada pelo Banco Mundial. Nela a noção de governança assume o formato de modelo pré-definido de estruturação e prática das políticas públicas. A segunda vertente, de interesse a essa pesquisa, defende um olhar mais descritivo às especificidades de cada estrutura que circunscreve a política pública, a interação dos atores e participação social.

As políticas públicas são notadamente marcadas por múltiplas conexões influenciadas por diversas instituições. Essas interações envolvem constantes conflitos, desigualdades e interesses. O conceito de governança que é tratado neste trabalho está ligado justamente a esses padrões de relacionamento envolvendo atores estatais e não estatais, formais e não formais, legais e ilegais que permeiam as relações de poder nas esferas governamentais, influenciando as decisões sobre as políticas públicas.

Especificamente sobre a gestão pública, contexto desse estudo, a governança está associada a formas de organizar o governo com ênfase na participação social. Dos resultados possíveis, destaca-se a governabilidade para decisões em políticas públicas, que se dão a partir de condições financeiras e administrativas para a sua efetivação, e do

foco no poder local, com a participação do controle e de movimentos sociais nas políticas públicas de interesse (MARQUES, 2015).

Ao contextualizar o conceito de governança, Ribeiro, Tanaka e Denis (2017) destacam o controle e o poder exercidos na gestão dos recursos sociais e econômicos que através de ferramentas como planejamento, formulação e implementação de políticas necessárias ao desenvolvimento visam aumentar a resolutividade do governo.

Fleury *et al.* 2010 ressaltam a dependência das condições da sociedade e do desenho institucional em que se inserem. Segundo os autores, a responsabilidade é apenas uma parte da governança, mas a sua dimensão social está nas relações entre governo e sociedade. Não distante, Delgado e Grisa (2014) trazem um conceito mais conciso, o qual se refere a arranjos institucionais que requerem maior articulação, cooperação por parte de múltiplos atores sociais e políticos, a fim de regular relações.

Ampliando o conceito, para Faria e Bertolozzi (2009), a governança regional constitui um processo de negociação e participação entre diferentes sujeitos em vários graus de autonomia de forma a estabelecer elos e redes entre sujeitos e instituições. Nesse contexto, a governança territorial é compreendida como a habilidade de um grupo social organizado territorialmente administrar questões públicas, a partir da cooperação conjunta dos diversos atores sociais, econômicos e institucionais envolvidos (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017).

Já para Fleury *et al.* 2010 a governança local na área da saúde de destaca por ser um locus privilegiado para a construção da política de saúde no âmbito regional e nacional, desempenhado pelo conjunto de atores sociais, instituições e instâncias os quais exercem o poder decisório, a responsabilização, a formulação, a execução e prestação de contas da política municipal de saúde.

O termo governança vem sendo atualizado e utilizado em diversas situações como recurso de negociação política para identificação de necessidades e construção de objetivos comuns. Também assume a ideia de espaço privilegiado de compartilhamento entre os que exercem o poder e os demais atores sociais, onde a negociação e a descentralização da autoridade são possibilidades concretas. Nesse sentido, recai sobre a estrutura do Estado moderno a necessidade de repensar a função institucional através da revisão das diferentes relações inter atores, estreitando a responsabilização estatal e social a fim de se obter mais eficiência na ação pública. (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017; DELGADO; GRISA, 2014; FLEURY *et al.* 2010; FARIA; BERTOLOZZI, 2010).

Fica evidente, nas concepções destinadas à governança, a importância do papel de poder exercido por diferentes sujeitos nesse espaço estratégico sendo que o modo de exercer esse poder implica na definição de ações, programas e políticas públicas. Os conceitos refletem novas necessidades no arranjo político e social intergovernamental que exigem ações multiníveis de coordenação e cooperação infra e supranacional de políticas públicas, com base na nova concepção territorial da saúde.

Adicionalmente, Marques (2015) elenca ambiguidades advindas da análise das ocorrências equivocadas do conceito de governança. Entre elas está a governança sendo considerada uma alternativa ao governo. De fato, essa situação ignora que qualquer arranjo de governança perpassa o governo e as ações do Estado, complementarmente e não substitutivamente. O autor também destaca o mito de que a governança sempre envolve processos positivos e ligados ao bem comum. Para que essa proposição seja verdadeira, é necessário que os agentes e instituições políticas comportem-se sempre do modo esperado, em prol do bem comum, o que, de fato, não é a realidade (MARQUES, 2015).

Outro contraponto defendido por Marques (2015) é que a governança seria mais democrática ao promover maior grau de participação. O fato é que essa participação institucionalizada, por vezes, pode levar a monopolização dos recursos em detrimento de grupos mais necessitados, porém, menos organizados e expressivos. Além disso, a governança não é capaz de substituir a hierarquia, uma vez que mesmo as redes horizontalizadas exigem um certo grau de hierarquização para priorização das ações e fluxos (MARQUES, 2015).

Os debates em torno do conceito de governança para a administração pública devem envolver não somente o termo “boa governança”, mas principalmente o desenvolvimento de práticas de gestão viáveis, efetivas e adequadas às múltiplas e diferentes realidades que compõe as organizações públicas e suas finalidades (CAVALCANTE; PIRES, 2018). A ampliação da participação social por meio da governança e a transparência das ações podem trazer dificuldades de gestão como a letargia para a tomada de decisões. Por isso, fica evidente a importância da liderança, do controle e do poder burocrático do Estado para se garantir os fins e os meios para aplicação da estrutura ideal de governança pública que determinada política requer.

A valorização dos arranjos de governança é fruto da ênfase dada à região como potencial para a ordenação política através da dinâmica de relações entre os sujeitos por meio da cooperação, da autorregulação e da co-responsabilização. Nesse contexto, a

descentralização das responsabilidades para esferas locais e a busca para a participação cidadã na configuração das redes se apresenta como uma política que deve ter como pilar a governança. Notadamente no Brasil, a predominância do federalismo com maior poder decisório, presente na grande maioria dos setores de políticas públicas, não retira dos governos locais o papel importante na implementação e na oferta dos serviços. Ao contrário, essa característica fornece importantes e robustos ingredientes para a formação de coalizões políticas locais. A emergência dessa nova configuração de gestão regional é caracterizada pela cooperação e atuação intersetorial (governo, mercado e sociedade) como forma de efetivar, mensurar e monitorar programas públicos (MARQUES, 2015; RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017).

A concretização do modelo da governança regional exige a superação de obstáculos caracterizados pela persistência de culturas centralizadoras, seja no âmbito organizacional ou institucional; práticas segmentadas e influência de poderes motivados por questões de ordem unilateral. É preciso valorizar ambientes de cooperação, por meio da qualificação do exercício do poder na esfera regional, fomentando a participação social na formulação de objetivos que resultam em políticas públicas adequadas às realidades locais (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017). A formação de um capital social que permita a operacionalização dessa rede regionalizada e, principalmente, a efetivação do modelo proposto de governança regional, também é apontada como fundamental para os avanços que se espera na regionalização da saúde pública no país (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Segundo Fleury *et al.* (2010) é imprescindível investir em solidificar a governança local, para se obter suporte técnico, gerencial e político fundamentais ao desenvolvimento de políticas de saúde. Além disso, a influência dos municípios nas políticas regionais e nacionais de saúde, viabilizada através de instâncias corporativas de governança como nas comissões intergestores é significativa, pois nessas instâncias são pactuadas prioridades de recursos e definidas de descentralização e gestão compartilhada, além da possibilidade de atuação por meio das conferências de saúde.

As comissões intergestores bipartite (CIB) configuram-se como zonas de conexão intergestores municipais, a fim de propor a alocação dos serviços e mão de obra com vistas a ampliação do acesso de maneira coordenada e solidária (BRASIL, 2011). São instâncias inovadoras de cogestão regional continuada e permanente para negociação e decisão, ou seja, lócus deliberativo institucionalizado, com o perfil para governança loco

regional, e para articulações políticas regionais de saúde por meio dos seus gestores (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

O resultado do estudo de Fleury *et al.* 2010, demonstrou que o processo de regionalização potencializou a criação de instâncias de governança local, além de ter fomentado alterações na posição de influência de atores políticos locais, os quais passaram a ter mais influência na gestão e planejamento, permitindo maior capilaridade e representatividade de interesses múltiplos, através dos conselhos e também do poder técnico político, representado pela atuação dos secretários de saúde. A tendência para a consolidação do modelo de governança local em saúde também foi demonstrada por Fleury *et al.* 2010 nos diferentes instrumentos utilizados no estudo, revelando que a descentralização respeitou o corpo técnico, representado pelos secretários de saúde, quando da definição de prioridades. Oportunizando o aprimoramento da gestão com base na otimização (eficiência e eficácia) da política pública de saúde. Também foi amplamente discutido pelos autores, a importância desta arena pública para a discussão de diferentes interesses, permitindo a circulação de ideias e a construção de alianças entre os atores sociais e o estado para democratização da política de saúde, aumentando a sua pluralidade e transparência além de fomentar o processo pedagógico para a sociedade civil organizada.

A cultura brasileira, escassa na prática participativa, tem sido apontada como uma barreira para a efetivação do modelo de governança regional. Contudo, a governança local deve ser explorada por se constituir em uma das estratégias fundamentais para o aperfeiçoamento do SUS. Mesmo ante as dificuldades, o escopo e a institucionalização dos canais de participação e controle social vem aumentando, uma vez que o modelo de descentralização possibilitou o surgimento de formas híbridas de participação e gestão local que fortalecem o *accountability*⁵ (FLEURY *et al.* 2010).

A governança regional, ao viabilizar o processo de participação e negociação de diferentes sujeitos com diversos graus de autonomia, é um dos componentes fundamentais da rede regionalizada. Ao permitir a diversidade de manifestações e de interesses, estabelece ligações entre os sujeitos e instituições, através de relações cooperativas, podendo ser utilizada como ferramenta de análise e investigação do processo de formulação de políticas e gestão de sistemas em saúde, uma vez que permite

⁵ *Accountability* pode ser entendido como processo de avaliação e responsabilização permanente dos agentes públicos (que abrange tanto os eleitos quanto os nomeados ou os de carreira) em razão dos atos praticados em decorrência do uso do poder que lhes é outorgado pela sociedade (ROCHA, 2009).

realizar interações, a quais resultam em uma melhor condução das decisões (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

3.2 Consórcios Intermunicipais de Saúde

A gestão do SUS, no contexto de regionalização, apresenta-se com as mais diversas possibilidades e potencialidades, mas também como um desafio para os gestores, a partir do modelo vigente de saúde pública no país.

Conforme as discussões propostas pela OPAS (2008) e por Silva (2011), os recursos insuficientes para cumprir as pactuações, as correntes contrárias a integração, o modelo de saúde vigente focado no médico, na atenção hospitalar e na doença, além das enormes disparidades regionais, exigem a implementação de novas ferramentas de gestão. Além disso, desarticular o patrimonialismo intrínseco e a atuação autarquizada entre os níveis de governo para estabelecer uma rede regionalizada, hierarquizada e articulada, requer a quebra de diversos paradigmas. Na esfera política, de modo especial, interferências e interesses político-partidários comprometem, a todo o tempo, a efetivação dessas redes (FARIA; BERTOLOZZI, 2009).

O processo de descentralização das políticas sociais - que aumentou as responsabilidades municipais sem a devida transferência de recursos financeiros necessários à viabilização dessa nova estrutura político-administrativa - acrescentou importância a soluções de cooperação intermunicipal (ROCHA; FARIA, 2004; ORTEGA, 2008; CNM; 2016). O impacto da descentralização, principalmente em municípios de pequeno porte, requer alternativas gerenciais que proporcionem mais acesso aos serviços, maior eficiência na gestão, economia de escala e escopo, além de viabilizar pactuações regionais. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) são uma possibilidade viável para concretizar a descentralização do SUS, com ênfase na regionalização e hierarquização. Podem ser considerados instrumentos relevantes para a integralidade e universalidade da assistência à saúde, configurando-se como alternativa para superação das dificuldades de garantia de acesso aos serviços, principalmente para municípios menores, com o objetivo de que se consolide, efetivamente, a gestão regionalizada (BRASIL, 1997; RIBEIRO; COSTA, 1999; SILVA; CARVALHO; CODORNI JÚNIOR, 2017; LOYOLA JÚNIOR, 2013; SALGADO, 2014; CHAEBE; GUERRA; PINTO; ALFINITO, 2015; MINAS GERAIS, 2015; CNM, 2016; ROCHA; FARIA, 2004; NICOLETTO; CODORNI JÚNIOR; COSTA, 2005).

A superação dessas dificuldades requer novas conexões e arranjos intergestores para alcance da integralidade no acesso à saúde, exigindo um modelo de governança que associe a descentralização e a integração. O sistema de governança regional é uma das principais estratégias para a gestão das redes, e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e os Consórcios podem ser exemplos atuais de ferramenta de governança em saúde (ROCHA; FARIA, 2004).

Os consórcios intermunicipais são um importante mecanismo de articulação intermunicipal e uma prática antiga de gestão, com ênfase na área da saúde para atuação nos níveis secundário e terciário de complexidade. São a associação no âmbito intermunicipal que visam instituir soluções para problemas comuns que atingem municípios geralmente limítrofes (BRASIL, 1997; RIBEIRO; COSTA, 1999; LIMA, 2000; BASTOS, 2002; ROCHA; FARIA, 2004; LOYOLA JÚNIOR, 2013; SALGADO, 2014; CHAEDO; GUERRA; PINTO; ALFINITO, 2015; MINAS GERAIS, 2016; PREDIGER; DE SOUZA; ALLEBANDT; TENÓRIO, 2017).

De acordo com Mendes (1996), os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) são uma ferramenta para potencializar os sistemas de saúde locais, aumentando a sua resolutividade. Como também pode se constituir como uma resposta à inoperância dos estados na proposição de soluções para os problemas advindos da regionalização, especialmente para a atenção secundária e terciária. Sendo provenientes das necessidades de saúde do território e resultado de uma vontade comum aos municípios circunvizinhos e de uma comunicação horizontal entre os mesmos.

O sistema de consorciamento intermunicipal, embora seja antigo, ganhou força na década de 80 com a indução, através da Constituição Federal, de formação de parcerias entre os entes federativos para prestação de serviços públicos. A Lei n 8.080/90, considerada a Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo número dez, possibilita aos municípios a constituição de consórcios para a organização e funcionamento dos serviços de saúde, em conformidade com as diretrizes do SUS. Mas a publicação da Lei nº 11.107 de 2005 e do Decreto nº 6.017 de 2007 normatiza e define regras de consorciamento e constituição de consórcios em todo o território nacional (BRASIL, 1997; RIBEIRO; COSTA, 1999; ROCHA; FARIA, 2004; MACHADO, 2013; SALGADO, 2014; CNM, 2016).

O consórcio público permite aprimorar o planejamento regional integrado, reforçando a articulação de políticas públicas entre os municípios de modo a minimizar a fragmentação e racionalizar os investimentos. Com isso, a região é favorecida com mais

qualidade e maior cobertura de serviços de saúde, possibilitando aprimorar a gestão territorial e melhorar o relacionamento entre os entes (BRASIL, 1997; RIBEIRO; COSTA, 1999; ROCHA; FARIA, 2004; MACHADO, 2013; SALGADO, 2014; CHAÉBO; GUERRA; PINTO, ALFINITO, 2015; MINAS GERAIS, 2016; CNM, 2016; PREDIGER; DE SOUZA; ALLENBRANDT; TENÓRIO, 2017).

Para Costa (2019), os CIS se consolidaram como importantes equipamentos dos governos municipais e estaduais na oferta de serviços de saúde de média e alta complexidade e na gestão operacional das redes de atenção do SUS/MG de forma regionalizada. Em Minas Gerais, soma-se um total de 75 consórcios de saúde, que abrangem 89% dos municípios mineiros, cobrindo uma população de 14.414.168 habitantes. Ou seja, 68% da população mineira é assistida por um consórcio intermunicipal de saúde.

Ainda de acordo com dados apresentados, setenta e quatro microrregiões de saúde estão envolvidas nos consórcios. Dos 75 consórcios existentes no estado, 32 fazem o transporte de pacientes (SETS). Para a viabilização desse serviço, estima-se que aproximadamente 700 micro-ônibus fizeram o transporte de 1.925.475 passageiros em 2018 (COSTA, 2019).

Quanto à formação, os consórcios não costumam obedecer a uma única regra. Mas estão conformados segundo os interesses e disponibilidades de uma região, podendo compor diversos modos de atuação. Por isso, são altamente propícios ao aprimoramento, inclusão ou não de municípios, agrupamento de municípios pela lógica da proximidade ou outros critérios (LIMA, 2000; ROCHA; FARIA, 2004). Em Brasil (2007), fica evidenciada a vocação do CIS para a implementação de ações e nível secundário. No entanto, as ações de atenção primária, pela sua natureza e especificidade, são inerentes ao poder municipal e cabe ao município prover esses serviços em seu território de forma exclusiva. Esse tipo de serviço, portanto, não deve ser consorciado (ÁVILA, 2014).

Importante salientar que a formação de um consórcio público depende da vontade e desejo dos representantes do executivo, dos entes com a aprovação pelos respectivos poderes legislativos. Também que a relação de igualdade entre os entes é uma premissa do consórcio intermunicipal, não se admitindo subordinação hierárquica a nenhuma das partes e nem a entidade que administra (BRASIL, 2007; ROCHA; FARIA, 2014). Além disso, os consórcios podem assumir cooperação horizontal, quando estabelecem formação entre entes equivalentes, como é o caso dos consórcios intermunicipais tratados aqui; ou adotar a cooperação vertical quando são estabelecidos entes consorciados

diferentes, como por exemplo, consórcio entre município e estado (MACHADO; 2013; CNM, 2016).

Quanto ao caráter jurídico, para Bastos (2002) tanto a classificação como caráter público quanto privado devem levar em consideração informações referentes à aplicação dos serviços desenvolvidos pelo consórcio, formas de acesso e custeio, por exemplo. Para além desses, o controle do funcionamento e a efetiva transparência dos atos produzidos no interior do consórcio, o acesso da população às informações e a existência de espaços públicos de controle social, também são outros parâmetros a serem utilizados para a definição. Ainda sobre o aspecto jurídico cabe ressaltar que os consórcios administrativos são entidades civis regidas pelo direito privado. Já os consórcios públicos são regidos pelo direito público e devem observar tais regras no que concerne a realização de licitações; celebração de contratos; prestação de contas e admissão de pessoal (RIBEIRO; COSTA, 1999; CNM, 2016; MACHADO, 2013; SALGADO, 2014).

Quanto à sua finalidade, os consórcios podem assumir diversas utilidades e responsabilidades. Seja para construção ou reforma de estradas, obras de saneamento de regiões, instalações de energia elétrica, aprimoramento da rede de serviços de saúde, a gestão de hospitais ou composição da assistência de saúde de determinadas regiões (LIMA, 2000; MACHADO, 2013).

São instrumentos normativos internos dos consórcios, segundo Brasil (1997); Machado (2013); Salgado (2014); CNM (2016):

- Protocolo de Intenções: Trata-se de um documento contratual preliminar, que estabelece entre outras coisas a formalização do consórcio, podendo ser detalhado no regimento interno. Esse documento deve ser aprovado pela câmara de vereadores, em caso de consórcios intermunicipais;
- Contrato de rateio: É o instrumento no qual os entes se comprometem a financiar as despesas administrativas do consórcio;
- Contrato de programa: É o contrato onde são estabelecidas as obrigações financeiras dos entes quanto a prestação dos serviços;
- Estatutos: É um instrumento, geralmente complementar ao Protocolo de Intenções, cujo conteúdo visa organizar e regulamentar o funcionamento do consórcio.

A presença de governança pública no consórcio é fundamental para o seu sucesso e desenvolvimento. Essa estrutura de governança nos consórcios, que deve ser fortalecida

em seus estatutos e regimentos, geralmente é representada pela Assembleia Geral, Conselhos (Fiscal, Administrativo, Curador, Social), Diretoria Executiva e demais atores das redes (BRASIL, 1997; SALGADO, 2014; CNM, 2016). Salgado (2014), recomenda a participação, além dos entes que instituem o consórcio, dos usuários dos serviços de saúde e dos atores das demais instâncias colegiadas do SUS. De fato, a participação social, através dos conselhos municipais, deve ser estimulada e protegida, possibilitando a cooperação na formulação de propostas, apresentação de reivindicações e fiscalização. Além do fortalecimento das formas institucionalizadas de participação, é significativo divulgar amplamente as ações dos consórcios por se tratar de um serviço de interesse público (BRASIL, 1997; ROCHA; FARIA, 2004; SALGADO, 2014).

Os consórcios têm se tornado estruturas regionais de governança ao concretizar mecanismos de decisão para enfrentamento de problemas comuns de forma solidária e cooperativa entre os municípios. Sendo fundamental o papel dos CIS quanto ao suporte aos municípios consorciados na efetivação da média complexidade, com a oferta de milhares de procedimentos, exames e consultas especializadas. Nessa perspectiva, os CIS seriam uma forma de disponibilizar serviços, em diferentes níveis de atenção, necessários para a consolidação da regionalização de forma cooperativa e coordenada (RIBEIRO; COSTA, 1999; BASTOS, 2002; LIMA, 2000; MINAS GERAIS, 2016; COSTA; 2019).

3.3 Redes e externalidades de redes

O conceito basilar de redes, como tratado neste trabalho, está associado ao relacionamento mutualístico entre atores ou indivíduos, cuja finalidade é fortalecer a capacidade de resolução de problemas comuns. São uma forma de organização que cria várias conexões e relações das unidades entre si (BOIX DOMENECH, 2004).

O conceito de redes tem origem na sociologia e foi posteriormente incorporado a outras áreas do conhecimento, a exemplo da microeconomia, das ciências gerenciais e geografia (LAZZARINI, *et al.* 2001; SCOTT, 1988). Granovetter (1985) argumenta que a estrutura social, ou relações interpessoais e posições individuais ocupadas por agentes em uma rede, refletem diretamente sobre seu comportamento e, por consequência, sobre o desempenho econômico ou político. Esse fenômeno foi chamado de *embeddedness*, traduzido, algumas vezes, como enraizamento social (GRANOVETTER, 1985).

No presente estudo, as redes são entendidas como organizações, ou seja, nexos de atividades socialmente organizadas que caracterizam estruturas da administração pública (MÉNARD *et al.* 2014). No caso da saúde, essas redes são compostas pela infraestrutura

de saúde intermunicipal e pelo arranjo político administrativo, criado para assistir à população. Ressalta-se ainda o fato de que a conformação das redes requer atividades ou interesses afins, em determinado espaço; existência de vínculos e confiança entre as partes, e a definição de fluxos que fortalecem esses vínculos (SPEROTTO, 2003; GRANOVETTER, 2007; BOIX DOMENECH, 2004).

O estudo de como as redes sociais, ou laços entre indivíduos - alimentados por relações de confiança e reciprocidade - tem ganhado espaço na literatura em diferentes áreas nos últimos anos. A ideia de capital social procura explorar como recursos - físicos, financeiros e, principalmente, conhecimento - podem se acumular em grupos de indivíduos que participam de uma determinada rede (ADLER; KWON, 1999).

As redes de saúde regionais são especialmente importantes para os municípios de pequeno e médio porte, visto que, de um modo geral, possibilitam potencializar vantagens que não poderiam ser alcançadas individualmente, favorecendo o maior contato com os fornecedores (prestadores), melhor troca com instituições tecnológicas (Universidades e pesquisas), e o acesso à rede de informações (GRANOVETTER, 2007; SPEROTTO, 2003).

As capacidades organizacionais existentes nas redes agregam conhecimento e competências, pois possibilitam o processo de aprendizagem coletiva, através da experiência compartilhada, permitindo absorver habilidades cognitivas e técnicas (LOPES, 2019). Tais aglomerações no território oportunizam economia de escala e escopo, reduzindo os custos e diversificando os serviços. Associadas às externalidades, ambas contribuem para a implantação e consolidação das redes, favorecendo a integração, a participação e o desenvolvimento regional. Convém destacar que os ganhos em escala são limitados, uma vez que os custos médios mínimos para a produção de um bem ou serviço não pode mais ser reduzido (SPEROTTO, 2003).

Para Lopes (2009), dentre os motivos que impulsionam a formação das redes, estão em destaque:

- A dependência dos recursos, uma vez que as partes não são autossuficientes;
- A necessidade de alianças estratégicas (que podem ser políticas ou governança, por exemplo);
- O desejo de aumentar o rendimento, que no caso específico das redes de saúde está relacionado a ofertar mais serviços por um preço menor.

Além disso, a adoção de um novo serviço ou produto é viabilizada com mais agilidade quando vários entes demandam juntos. Gerando, assim, interdependência, adequação tecnológica, complementaridade e eficiência produtiva. Por outro lado, estar fora da rede pode prejudicar um membro devido ao grande volume de oportunidades perdidas (LOPES, 2009).

A concepção territorial está intimamente relacionada à ideia de redes, uma vez que estas podem ser compreendidas como a representação dos fluxos e da comunicação, ou seja, das relações existentes no território. Além disso, conforme já destacado anteriormente, a definição territorial oferece melhores condições para construção de vínculos e co-responsabilização dentro das redes (BOIX DOMENECH, 2004). Nessa perspectiva, a inovação tecnológica tem tornado as redes cada vez menos dependentes das proximidades geográficas. Contudo, o fator distância ainda influencia fortemente a dinamicidade das redes (LOPES, 2019). Por tudo isso, as características territoriais influenciam a capacidade de interação e, do mesmo modo, a capacidade interativa das unidades exerce forte papel sobre o desenvolvimento do território (LOPES, 2009; BOIX DOMENECH, 2004).

No caso de redes formadas fora dos centros urbanos, como é o caso da micro de Pirapora, é fundamental ter a compreensão das especificidades do território a fim de implementar políticas de apoio ao desenvolvimento de iniciativas já organizadas, como é o caso das redes de saúde (SPEROTTO, 2003). De acordo com Boix Domenech (2004), as redes de cidades podem ser:

- Hierárquicas: onde uma cidade tem um lugar central, as relações entre cidades são assimétricas, e o sistema territorial está em equilíbrio;
- Multipolares: nelas os intercâmbios são baseados na complementaridade e na sinergia. As relações nem sempre são simétricas, e as funções são divididas entre vários entes, nem sempre são definidas por um ente hierarquicamente superior.
- Equi Policêntricas: nesse tipo de redes as relações não seguem um padrão definido por isso as relações podem ser por vezes simétricas ou assimétricas, pois a distribuição das funções é casual e os polos hierárquicos não são estáveis.

Ao se analisar a dinâmica das redes, verifica-se que seu equilíbrio é influenciado por uma série de externalidades como, a existência de redes de informações, as demandas e necessidades de produtos e serviços, por exemplo. Por isto as externalidades têm sido associadas a potenciais para o fortalecimento dos entes e para o desenvolvimento regional

(SPEROTTO, 2003; HERSCOVICI, 2012). De acordo com Sperotto (2014), às externalidades das redes são respostas diretas ou indiretas das decisões e do nível de interdependência dos agentes que nela operam. Ou seja, são consequências paralelas das ações internas do grupo formado pelos componentes da rede e que causam efeitos internos e externos, podendo resultar até mesmo em ganhos de eficiência pelo aproveitamento da sinergia das redes (BETIM, 2019).

Os resultados daquilo que se produziu dentro das redes são as suas externalidades. Elas podem ser negativas como a poluição ou o aumento do tráfego de veículos, por exemplo. Ou podem ser positivas, como o aumento dos investimentos públicos em infraestrutura, tecnologia, geração de emprego e renda. As externalidades positivas também são chamadas forças centrípetas e incentivam a criação e manutenção das redes. As externalidades negativas ou forças centrífugas limitam ou provocam a dissolução das redes (BETIM, 2019; SPEROTTO, 2003). Além disso, as externalidades são passíveis de ajustes, tanto para compensar os efeitos negativos (através de normas regulamentadoras e multas, por exemplo), quanto para potencializar os efeitos positivos (incentivo a políticas educacionais e subsídios, são exemplos).

A compreensão das externalidades e a forma como atuam no território é fundamental para a elaboração de políticas públicas de desenvolvimento local e regional, especialmente nas RAS, com vistas a minorar os efeitos negativos e maximizar os aspectos positivos (SPEROTTO, 2003). Como visto anteriormente, a proximidade pode se configurar como uma externalidade positiva ao possibilitar a obtenção de escala, melhorar a organização da rede e fortalecer a integração entre os agentes (SPEROTTO, 2003; LOPES, 2009; BOIX DOMENECH, 2004).

Nessa perspectiva, a tríade Marshalliana (BETIM, 2019; SPEROTTO, 2003; BOIX DOMENECH, 2004) formada por: oferta de mão de obra especializada (reduzindo as despesas com capacitações e especializações); alinhamento tecnológico e troca de experiências; e disponibilidade de fornecedores para atender as demandas locais, esclarece que as externalidades são consequências das relações próximas entre os entes capazes de potencializar externalidades positivas, coletivas ou não, tais como:

- Externalidades técnicas: Troca de informações técnicas, científicas e metodológicas entre si;
- Externalidades pecuniárias: Ganho no preço dos insumos, produtos e serviços e no custo da gestão;

- Externalidades tecnológicas: Compartilhamento de inovações tecnológicas e *Know How*;
- Externalidades de demandas: Relacionada a demanda e a capacidade de produção para supri-la;
- Externalidades transacionais: Dizem respeito à economia de custos se a produção fosse isolada.

De acordo com Lopes (2009), as relações sociais existentes nas redes têm por base a confiança mútua, a qual permite a comunicação e a cooperação dos entes entre si. Também o uso dessa cooperação mutualística é uma externalidade positiva, que favorece a conformação e a manutenção dessa rede.

Essa capacidade de redução de externalidades negativas e ativação de externalidades positivas está intimamente relacionada à capacidade de governança, especialmente nos arranjos localizados em territórios compostos por municípios menores. Por isso as microrregiões tendem a vincular diversas lideranças de modo a estabelecer numerosos e estreitos relacionamentos.

As relações transacionais institucionais afastam-se de situações conflituosas, à medida que o grau de confiança entre as partes aumenta. Quando há manipulação, desconfiança ou má-fé, em geral, há a possibilidade de se realizar parcerias externas, rompendo com a rede. Mas na política de saúde, isso é um pouco mais complicado devido ao PDR, que estabelece os fluxos prioritários de relacionamento entre os municípios (GRANOVETTER, 2007).

De fato, os membros ou atores das redes têm diferentes estilos de gestão e decisão, e estes podem ter um cunho mais ideológico, racional, cultural, político e etc. Da mesma forma que pessoas reais têm interesses pessoais, os quais vão além da confiança e da boa-fé, mas estão ligadas ao oportunismo (não somente no sentido negativo, mas também que está relacionado a utilizar as oportunidades em favor daquilo que lhe é conveniente). Por isso, os interesses, que levam os entes a se conectarem vão além dos custos das transações, por exemplo. Mas também estão intimamente ligadas ao aumento do potencial para solução de conflitos ou contingências por meio de negociações complexas, maior facilidade na identificação de parceiros e oportunidades potenciais, além da ambição dentro e fora da rede, coalizões políticas, aprovação social, status e poder (BETIM, 2019; LOPES, 2009; GRANOVETTER, 2007).

Os agentes que criam e estruturam as redes, por exemplo, têm vantagem na consolidação de uma posição dominante em relação aos demais, em função de conseguirem conduzir as externalidades da rede. Por outro lado, é possível que um outro membro menor da rede obtenha o mesmo nível de benefícios dos demais, com menores quantidades de recursos investidos (HERSCOVICI, 2012; LOPES, 2009). Importante destacar que uma estrutura de governança interna fortalecida pode suprir a necessidade de um ente estar coligado, pois permite potencializar a antecipação e a manipulação das externalidades negativas, além da resolução dos conflitos (GRANOVETTER, 2007).

A fim de se evitar o oportunismo e a má-fé, os arranjos institucionais inteligentes constroem contratos implícitos ou explícitos. Mas ainda se faz necessária a atuação da autoridade para a solução de situações diversas, complexas e imprevisíveis, as quais podem vir a acontecer ao longo da relação mutualística e também podem não estar contempladas nos contratos iniciais. Na ausência dessa autoridade, podem se configurar situações de conflito que levem à ruptura da rede (GRANOVETTER, 2007). Nesse sentido, há que se destacar a importância da atuação da GRS, representando o estado e do Judiciário e Ministério Público, na moderação de situações de oportunismo e má-fé dentro das redes de saúde microrregionais. Porém é importante salientar que as relações sociais serão prioritárias ao uso da autoridade, onde o grau de confiança é reforçado por relações fortes e concretas. Uma estrutura de governança forte é um instrumento apropriado para reforçar essa rede de interações que garantem um alto nível de eficiência dessa nova forma organizacional em redes.

O entendimento do território como influenciador do desenvolvimento e do enfrentamento das disparidades regionais, vem ganhando destaque, isso porque ao oportunizar a conformação das redes conectadas, capazes de mobilizar membros até então dispersos ou independentes, guiados por uma liderança múltipla ou sobreposta, busca fortalecer os interesses regionais (LOPES 2009).

Os centros médios, podem desempenhar uma vocação determinante por permitir que externalidades de proximidade, variedade e acessibilidade desenvolvam-se no território. Além disso, promovem o uso da tecnologia, da informação, da articulação e a organização dos fluxos. Essa função favorece também o desenvolvimento de territórios circunvizinhos os quais podem se tornar unidades de apoio (LOPES 2009). Contudo, Betim (2019), destaca que a proximidade geográfica não é garantia de formação de uma rede. Mas as externalidades positivas e as relações interpessoais se configuram em motivações maiores e mais concretas para impulsionar as redes regionalizadas. Porém, a

dificuldade de consolidar um planejamento integrado, da adoção de colaborações conjuntas, aliadas à falta de compromisso, confiança, sincronia das ações, oportunismo e fragilidade na governança ainda se configuram como principais obstáculos para o fortalecimento das redes regionalizadas integradas.

3.4 Conflitos e judicialização na governança regional

O direito à saúde é constitucional, mas a concretização desse direito requer a elaboração e implementação de políticas públicas de saúde em escala coletiva, a fim de contribuir para a melhorar as condições de vida e diminuir as situações de desigualdade (CHIEFFI; BARATA, 2009). Nessa direção, como direito fundamental, à saúde deve ser garantida pelo Estado, em suas três esferas governamentais, a todos os cidadãos através de ações e políticas públicas de acesso que contribuam para o seu bem-estar. Por isso, é dever do gestor identificar e atender as demandas de saúde, determinando as prioridades para alocação de recursos (VENTURA, 2010).

Em um estado constitucional democrático, como é o Brasil, cabe ao judiciário interpretar a Constituição e as leis de modo a proteger direitos e assegurar o ordenamento jurídico. Mas contradições Constitucionais, que permeiam o direito à saúde, se constituem no estopim para a busca da sua materialização e, assim se fortalece um novo campo de articulação do Direito à saúde, a judicialização (BARROSO, 2009; MACHADO, 2008).

Essa interferência do Poder Judiciário na política não é exclusividade do Brasil, tribunais americanos e europeus também, habitualmente, interferem nas políticas públicas locais. Ao intervir fazendo imposições ao poder executivo pelo fornecimento de exames, medicamentos e procedimentos de saúde, o judiciário procura atender, constitucionalmente, a prestação universal à saúde (BARROSO, 2009; CHIEFFI; BARATA, 2009; MACHADO, 2008).

Segundo Machado (2008), a atuação da sociedade civil e dos próprios Conselhos de Saúde se configura através ação de novos agentes para a garantia do direito à saúde, uma vez que suas ações buscam soluções e resoluções para problemas decorrentes dos conflitos sociais. Essa estratégia, utilizada pelos sujeitos, ao recorrerem ao judiciário nas três principais instâncias⁶ tem causado impacto tanto nas políticas públicas de saúde

⁶ Poder Judiciário (PJ): responsável pelo julgamento do pleito, decidindo pela sua concessão ou negação. Ministério Público (MP): atua provocando o Poder Judiciário ao representar prioritariamente os interesses coletivos ou individuais indisponíveis. Tem competência para assegurar a prestação dos serviços

individuais quanto nas coletivas. Porém, o que se observa é que proliferam decisões, sem os devidos critérios, que condenam a Administração Pública, a custear tratamentos irrazoáveis. Além disso, há a dificuldade na graduação da responsabilização do ente (União, Estados ou Municípios) pelo atendimento das determinações, uma vez que a descentralização administrativa redistribui a competência entre os três níveis de governo, o que leva, muitas vezes, a sobreposição de esforços para atendimento a uma única demanda. Onerando, distorcendo e alterando o foco do serviço jurisdicional. Além disso, mesmo que um ente seja responsável pela população, não significa que lhe deve ser imposto o custeio exclusivo pelo fornecimento de um serviço (BARROSO, 2009).

Barroso (2009) observa que a tarefa do judiciário ao dosar adequadamente sua atuação de forma a não ser omissa e ao mesmo tempo lesar direitos da mesma natureza é extremamente importante e igualmente difícil. Nessa direção, de acordo com estudo realizado por Moreira, Ribeiro e Ouverney (2017), a judicialização da saúde pode estar criando um ambiente relacional desfavorável para a cooperação entre os gestores, interferindo negativamente na governança.

As normas jurídicas em geral são imperativas, contém comandos. Como consequência o Poder Judiciário passa a estabelecer a exigibilidade de direitos Constitucionais e sua aplicação imediata. Mas a aplicação da Constituição traz consigo direções múltiplas que podem trazer tensões ou eventuais confronto entre si. Pois bem, o choque entre tais normas, especialmente aquelas que cuidam dos direitos fundamentais, exige bom senso. Por esse motivo, a autoridade competente é incumbida de usar a ponderação dos princípios considerando fatos mais relevantes e não a simples aplicação dos mesmos a uma regra determinada, abstendo-se da sua própria valoração pessoal (BARROSO, 2009).

O princípio democrático traduzido pela soberania popular e pelo governo da maioria, estabelece que pelo voto universal são escolhidos os representantes do Poder Executivo e Legislativo como representantes do povo. São eles os responsáveis pela elaboração de leis, a alocação de recursos e a formulação e execução de políticas públicas, dentre elas a saúde. Quando ocorre de essa representação popular ferir os direitos fundamentais, o judiciário deve agir. Sendo assim, considerada legítima toda atuação do

de relevância pública e zelar pela efetivação dos direitos constitucionais, inclusive à saúde. Defensoria Pública (DP): também age provocando o judiciário. Juntamente com os escritórios de advocacia são aqueles que representam os interesses individuais, buscando a garantia dos direitos que os indivíduos julgam ser responsabilidade do Estado, por exemplo, a compra de um determinado medicamento ou insumo (MACHADO, 2008).

Poder Judiciário a fim de preservar um princípio constitucional ou dar cumprimento a uma lei (VENTURA, *et al.*, 2010; BARROSO, 2009; CHIEFFI; BARATA, 2009; MACHADO, 2008).

O estudo de Machado (2008) demonstrou que além de zelar pela efetivação dos direitos constitucionais, o Ministério Público tem se apresentado como um importante parceiro dos Conselhos de Saúde e das associações de patologias específicas. Embora seu principal instrumento seja a Ação Civil Pública, nota-se uma grande habilidade do MP para a resolução dos conflitos ainda nas fases pré-processuais ou extrajudiciais. Além disso, segundo Machado (2008), ao mediar o acesso dos cidadãos ao legislativo e ao executivo, o judiciário contribui para a ampliação da cidadania ao estimular a participação da sociedade civil como agentes provocadores da justiça. Na verdade, trata-se de dar voz à vontade popular e fazê-la chegar aos Poderes Executivo e Legislativo.

No entanto, Barroso (2009) pondera que a não ser em situações de omissão dos Poderes Públicos ou de descumprimento da Constituição e das leis vigentes, a ação do judiciário deve ser comedida, sendo imperativo a consideração do conjunto de opções legislativas e administrativas já impetradas pelos órgãos institucionais competentes. Se os órgãos específicos da gestão estabelecem e delimitam determinada política pública com base em critérios técnicos, não cabe ao judiciário a interferência na execução dessa política, uma vez que o judiciário não domina o conhecimento técnico específico, indispensável para a definição das prioridades dentro da política de saúde (VENTURA, *et al.*, 2010; BARROSO, 2009; CHIEFFI; BARATA, 2009; MACHADO, 2008).

Não se deve tirar os poderes legitimados pelo povo através do voto com a intenção de decidir a forma de aplicação dos recursos públicos. Os recursos despendidos no custeio das ações e serviços de saúde pública são obtidos através dos tributos cobrados do cidadão. Por isso mesmo, cabe ao povo o poder de decidir, através dos seus representantes eleitos, de que forma devem ser investidos tais recursos (BARROSO, 2009; MACHADO, 2008).

É fato que o financiamento da saúde é insuficiente, por isso, investir recursos em uma determinada política de saúde implica reduzir a aplicação em outras. Para Barroso (2009), a melhor maneira de conferir eficiência aos gastos na área da saúde pública é munir o Poder Público de competência para a tomada de decisões, pois é ele que detém uma visão global dos recursos disponíveis e das prioridades.

As determinações judiciais para entrega imediata de um medicamento, por exemplo, provocam a desorganização da administração pública, dificultando o

planejamento e comprometendo a eficiência administrativa no atendimento à população. Além disso, de maneira geral, os juízes ao deferirem as ordens como forma de garantia dos direitos individuais, não costumam observar a política de assistência à saúde. As ações decorrentes dessas ordens têm impactos orçamentários significativos, conseqüentemente, interferem no planejamento das ações de saúde e no uso racional dos recursos públicos, que já são insuficientes (BARROSO, 2009; CHIEFFI; BARATA, 2009).

Para Ventura *et al.* (2010) o extrapolamento da atuação judicial na saúde reflete sobre a gestão, como também é resultado das próprias deficiências da administração pública. Os efeitos negativos da judicialização na saúde ganham destaque por sua influência na governabilidade e na gestão da política de saúde. Porém pode haver um efeito positivo na relação justiça e saúde de modo a induzir o Estado a desenvolver e incorporar uma gestão mais efetiva da saúde pública. Ventura *et al.* (2010) aponta que a persistência da alta demanda judicial aliada a falta de análise crítica da demanda pode extrapolar princípios éticos e legais, além de causar prejuízos significativos à efetividade do acesso à saúde, interferindo no acesso igualitário, na equidade e na integridade física do paciente.

O estudo de Chieffi e Barata (2009), apontou que a maioria das ações analisadas foi ajuizada por advogados particulares, evidenciando que pessoas possuem melhores condições socioeconômicas e acesso à informação são beneficiadas pela intervenção do Poder Judiciário. Além disso, a maior parte das prescrições foram derivadas de estabelecimentos particulares, o que pode indicar que o profissional que prescreveu a terapia não tem familiaridade com o SUS. Tudo isso demonstra que as demandas judiciais não atendem ao princípio da equidade, além de favorecer uma clientela que não utiliza exclusivamente ou preferencialmente o sistema público de saúde. Para Chieffi e Barata (2009) equidade significa diminuir discrepâncias desnecessárias e evitáveis entre os indivíduos. Sendo assim, é fundamental o conhecimento das necessidades dos diferentes grupos populacionais, a fim de atender a cada um, oferecendo mais a quem mais necessita, e assim contribuir para a diminuição das desigualdades.

Diante das críticas apontadas, Machado (2008) reforça a importância de o judiciário atuar convencendo e não constringendo. Assim, considerar variáveis como a desigualdade social, o baixo nível de escolaridade e o nível de mobilização política da população, como fatores extrajudiciais em toda a análise proposta.

É certo que as políticas públicas em saúde devem priorizar a redução das desigualdades sociais e econômicas, além da gestão eficiente dos recursos públicos, cuja função é inerente ao Poder Executivo. Ao preconizar a igualdade na assistência, entende-se que a lei deve impedir quaisquer privilégios ou preconceitos no acesso ao SUS. O que de fato tem se praticado na judicialização é a garantia a poucos indivíduos a determinados serviços que não são oferecidos pelo SUS, o que interfere de forma negativa na organização da gestão (BARROSO, 2009; CHIEFFI; BARATA, 2009). Ao assumir o papel do Executivo na implementação dessas políticas, o Judiciário privilegia aqueles que têm conhecimento dos seus direitos ou aqueles que podem arcar com as custas processuais. Além das questões de ordem orçamentária, os princípios do SUS, sobretudo a equidade, estão sendo negligenciados em muitas decisões judiciais. Isso porque resultam na concessão de privilégios para aqueles que detêm recursos financeiros para contratar um advogado e acionar o Estado (VENTURA, *et al.*, 2010; BARROSO, 2009; CHIEFFI; BARATA, 2009).

A emergência de novos atores sociais nas diversas instâncias de elaboração da política de saúde é uma característica marcante na sociedade atual. O fortalecimento desses mecanismos de controle social está diretamente relacionado a transparência e o *accountability* que são indispensáveis às políticas públicas. Esse modelo de participação fomenta a interpretação, a elaboração, o planejamento, a priorização em saúde sob diversos pontos de vista não simplesmente pelos representantes do Poder Executivo (VENTURA, *et al.*, 2010). Nesse sentido, a contribuição do trabalho de Ventura *et al.* (2010) é a ênfase dada no fato de que os poderes públicos devem fortalecer ou criar instâncias institucionais consistentes que atendam às exigências políticas, éticas, legais e técnicas a que estão sujeitos os processos regulatórios de acesso à saúde com transparência e a participação de diversos atores sociais e políticos, de modo a conferir legitimidade e efetividade à tomada de decisão no sistema público de saúde. Assim, a governança em saúde ganha destaque, ao passo que as diversas dimensões do direito à saúde (éticas, políticas, jurídicas e técnico-científicas) exigem um diálogo aberto inter atores a fim de orientar leis, políticas e práticas no sentido de consolidar a efetividade do direito à saúde.

4 METODOLOGIA

O presente capítulo expõe os procedimentos metodológicos utilizados nesta pesquisa. Sendo assim, a discussão que segue procura qualificar o trabalho investigativo metodologicamente e epistemologicamente, as escolhas feitas ao longo da trajetória de pesquisa, a busca por informações e a estratégia adotada para discussão dos resultados.

Sem a pretensão de apresentar uma modelagem heurística definitiva para problemática envolvendo a governança na saúde pública regional, também por entender que esse seria um recorte demasiadamente complexo para o desenvolvimento de um trabalho de mestrado, procura-se contribuir com a discussão em tela por meio de um estudo empírico exploratório no qual alguns aspectos considerados relevantes são apresentados e buscam fomentar reflexões e alimentar seu debate.

A característica qualitativa, exploratória de finalidade descritiva (GIL, 2008) se fez contundente, uma vez que não tivemos a pretensão de fundamentar uma teoria prescritiva aos arranjos construídos no âmbito da saúde pública. Ao contrário disso, esperamos contribuir para o entendimento de como se dá o processo de governança na saúde pública ao nível regional, em especial os consórcios intermunicipais.

O estudo de caso, é um tipo de pesquisa procedente da área médica e psicologia e ampla aplicação em diversas áreas, dentre as quais as ciências sociais e sociais aplicadas (VENTURA, 2007; YIN, 1994; COX, 2015). Essa metodologia foi utilizada, pois permite melhor compreensão de fenômenos individuais, dos processos organizacionais e políticos da sociedade, como é o caso do CISMESF na microrregião de Pirapora (YIN, 2015).

Toma-se como objeto de estudo o Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISMESF) na microrregião de saúde de Pirapora-MG. Para isso, fez-se necessário o aprofundamento na compreensão histórica, estrutural e vocacional do referido consórcio e também da microrregião em que se insere. Não obstante, combinaram-se para realização desse, técnicas de revisão de literatura, análise documental, entrevistas, análise de dados secundários como mecanismos de coleta e construção do caso.

Cabe destacar que a opção pela investigação que segue, tomou como ponto de partida o conhecimento prévio da pesquisadora, atuante na gestão da saúde pública do município de Pirapora. Tal conhecimento representou uma aparente vantagem na descrição inicial do arranjo, uma vez que a identificação dos atores, bem como o trânsito no processo de pesquisa foram, certamente, facilitados. Acredita-se que essas vantagens sejam comparativamente superiores aos riscos de enviesamento da pesquisa ou falta de

neutralidade na análise. Essa escolha é fundamental para se obter uma boa pesquisa. Sendo possível, é indicado que os informantes sejam pessoas familiares ao pesquisador, pois quando se tem uma certa proximidade social entre ambos, os informantes se sentem mais seguros e à vontade para cooperar (BONI E QUARESMA, 2005).

A microrregião de estudo, composta pelos municípios de Pirapora (polo microrregional), Buritizeiro, Ibiaí, Lassance, Santa Fé de Minas, Várzea da Palma e Ponto Chique tem uma população estimada, para o ano de 2017, de 147.477 mil habitantes, desses 88% residentes na zona urbana e 22% na zona rural (IBGE, 2010; MINAS GERAIS, 2019).

O CISMESF, foi fundado em 1996, é um consórcio público de saúde responsável por ofertar consultas e exames médicos especializados para os sete municípios consorciados da micro. Além do transporte de pacientes das microrregiões de Pirapora e Coração de Jesus para realização de procedimentos e consultas no pólo macrorregional (Montes Claros) ou Belo Horizonte (COSECS, 2019). Tendo por orientação que um dos objetivos do estudo foi apresentar como está constituída a governança na rede de saúde pública na micro Pirapora, foi definida como amostra, uma representação dos indivíduos ligados à gestão do SUS nas diferentes instâncias; ao CISMESF; ao controle social e ao Judiciário.

Dessa forma, a amostra foi composta por 19 indivíduos sendo: todos os sete gestores dos municípios da microrregião de Pirapora; oito Conselheiros Municipais de Saúde (sendo um de cada município e dois do Município de Ponto Chique); um representante do COSEMS Regional (apoiador regional); um Diretor da Gerência Regional de Saúde (GRS), que é o órgão de representação do Estado de Minas Gerais na microrregião; um secretário executivo do Consórcio CISMESF; e um representantes do judiciário responsável pela área da saúde.

4.1 Procedimento de Coleta de Dados e informações

De acordo com Yin (2015), é intrínseco ao Estudo de Caso, a exigência de uma combinação de métodos os quais possibilitaram ao pesquisador observar todas as variáveis e fontes de evidência. Corroborando, Martins; Theóphilo (2009) argumentam que a confiabilidade do Estudo de Caso está relacionada à diversidade de fontes de evidência utilizadas. Por essa razão, neste estudo optamos pela utilização de dados de fontes secundárias, aplicação de entrevistas semi estruturadas, pesquisa documental, além de extensa revisão bibliográfica.

A revisão de literatura foi parte relevante na elaboração deste trabalho pois auxiliou na delimitação do escopo, contextualizando o leitor acerca do assunto e clareando a relevância do tema em tela (CRESWELL, 2010). Ainda que a construção de um arcabouço teórico suficientemente robusto sobre o assunto seja uma demanda genuína ao campo do conhecimento para o qual o presente trabalho pretende contribuir, seria demasiadamente arriscado, dadas as limitações de tempo e conhecimento inicial sobre o assunto, comprometer-se com tal objetivo em uma pesquisa de mestrado. Assim, optou-se pela abordagem descritiva ad hoc das relações complexas envolvendo o CISMESF na expectativa de que essa possa fomentar futuros estudos sobre o tema.

Sobre isso, observa-se que o número de trabalhos envolvendo consórcios intermunicipais e governança na saúde pública é relativamente baixo, com destaque para Lima (2000), Junqueira; Mendes; Cruz (1999); Rocha; De Faria (2004), Santos e Giovanella (2014) e Fleury (2010), sendo a maior parte deles de natureza empírico-descritiva.

A revisão de literatura desenvolvida ao longo do primeiro capítulo, buscou apresentar o Sistema de Saúde Pública Brasileiro, traçando seu histórico com ênfase na origem da descentralização e regionalização; mostrou os aspectos gerais sobre a estrutura atual do Sistema Único de Saúde e descreveu as redes regionalizadas e a descentralização sob a ótica da territorialização do SUS. Trouxe a governança na saúde pública com seus aspectos conceituais; apresentou os Consórcios Públicos Intermunicipais de Saúde no contexto da descentralização e da governança; buscou conectar o conceito de redes e externalidades a perspectiva territorial proposta no estudo e problematizou a questão da judicialização e seu impacto na governança em saúde.

4.2 Entrevistas com os atores chave da governança microrregional

No segundo capítulo, foi dada ênfase à apresentação dos dados coletados de outras fontes e ao confronto destes com a literatura.

Parte da coleta de informações se deu por meio de 19 entrevistas semiestruturadas, realizadas em profundidade com uma representação dos indivíduos que estão ligados à gestão do SUS nas diferentes instâncias; ao CISMESF; ao controle social e ao Judiciário.

A amostra foi composta por todos os sete gestores dos municípios da microrregião de Pirapora; oito Conselheiros Municipais de Saúde (sendo um de cada município e dois do Município de Ponto Chique); um representante do COSEMS Regional (apoiador regional); um Diretor da Gerência Regional de Saúde (GRS), que é o órgão de representação do Estado de Minas Gerais na microrregião; um secretário executivo do Consórcio CISMESF; e um representantes do judiciário responsável pela área da saúde. A aplicação das entrevistas ocorreu durante os meses de agosto e novembro de 2019, preferencialmente nas datas coincidentes com as reuniões intergestores, a fim de aproveitar o deslocamento dos indivíduos até Pirapora. Para os atores que residem e/ou trabalham em Pirapora, foi realizado agendamento prévio em local de escolha do entrevistado.

A utilização da entrevista semiestruturada como fonte de coleta de dados foi adicionada como escolha metodológica mais adequada pois, além de obter dados objetivos de caracterização da amostra, pôde-se atingir dados subjetivos a fim de captar valores, atitudes e opiniões dos sujeitos e que, dessa forma, puderam ser melhor estimulados (BONI; QUARESMA, 2005). Nessa fase de coleta foi utilizado um roteiro semiestruturado (em anexo) contendo, inicialmente, 23 perguntas que inquiriram além da caracterização do sujeito, o seu nível de participação e de atuação nos locais de governança, seu conhecimento sobre a governança na micro, e sobre o consórcio CISMESF.

O modelo de entrevista elaborado para o presente trabalho buscou combinar perguntas abertas e fechadas, nas quais foi proposto ao sujeito discorrer sobre o tema, em algumas delas. Assim, o pesquisador pôde estimular a fala sobre o assunto proposto, direcionando a entrevista de modo que não houvesse desvio do assunto central, ao mesmo tempo em que possibilitou a obtenção de informações adicionais do informante (BONI; QUARESMA, 2005).

Os participantes gestores municipais foram apresentados à proposta de pesquisa em uma reunião do COSEMS microrregional que ocorreu em Pirapora no dia 05/08/2019. Na oportunidade, foi incluída na pauta da reunião ordinária a apresentação do Projeto de Pesquisa. Nesta ocasião, puderam tirar dúvidas, propor alterações e manifestar sua disponibilidade para participação. Os demais participantes foram apresentados ao projeto e deram o aceite individualmente.

No momento das entrevistas, primeiramente foi explicado o objetivo da pesquisa e apresentado o conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao qual todos os participantes assinaram. Em seguida, foi solicitada autorização verbal para gravar o conteúdo da entrevista. A pesquisadora fez o preenchimento dos dados de caracterização do sujeito e, posteriormente, passou a inquiri-los sobre as questões abertas às quais os participantes foram estimulados a responder livremente. A entrevista foi dividida em três momentos, a saber:

- Primeiro: caracterização dos sujeitos, onde foram levantadas informações de sexo, idade, escolaridade, tempo na função e breve história de atuação na saúde pública.
- Segundo: conhecimento e participação nas instâncias de governança, onde foi inquirida a frequência de participação das reuniões, o conhecimento sobre a frequência dessas reuniões, a visão sobre sua participação e os interesses principais que defende.
- Terceiro: conhecimento, participação e importância do CISMESF, onde foram questionados sobre o papel do consórcio, sua importância para a micro e a participação de cada ator na governança do CIS e da micro.

4.3 Fontes de dados secundários

Como fonte de dados secundários utilizamos os dados de produção (quantitativo de procedimentos realizados) do consórcio os quais foram extraídos de relatórios consolidados dos anos de 2016, 2017 e 2018⁷, disponíveis nos programas informatizados responsáveis pela gestão de procedimentos realizados pelo CISMESF nesses períodos.

Para entender como se desenha essa dinâmica entre o CISMESF e os municípios da microrregião de Pirapora e descrever o papel que o consórcio tem desempenhado na microrregião, foram extraídos dos relatórios anuais disponibilizados pelo consórcio aos

⁷ A produção de 2019 não foi incluída na análise pois ainda não havia sido consolidada pelo CISMESF até o final da fase de coleta dos dados.

municípios, os dados referentes a todos os procedimentos realizados via CIS (consultas, exames, terapias e demais procedimentos médicos) por município e por ano. Em seguida, cada um deles foi classificado segundo o nível de complexidade (baixa, média e alta) de acordo com informações do SIGTAP/2019 e utilizado nas comparações apresentadas na discussão.

Os relatórios de produção do CISMESF são documentos gerados pelos sistemas de informação próprios do consórcio, que no período mencionado foram geridos por duas empresas especializadas a saber: *i-Consórcio* - de 2014 até junho de 2018, e *Vivver* - de junho de 2018 até os dias atuais. Ambas empresas são particulares e contratadas pelo consórcio para desenvolver programas que auxiliam na gestão, na marcação, na criação de agendas, gerando relatórios e etc. Os dados extraídos foram referentes às marcações de consultas e procedimentos realizadas pelo setor de regulação das secretarias de saúde de cada município consorciado, que foram realizados e faturados pelo CISMESF, em cada mês do ano, gerando um relatório final de atendimentos.

As informações, via de regra, são fornecidas pelos próprios municípios que por meio de senhas de acesso exclusivas, cadastram o cartão SUS do paciente e complementam, caso necessário, todas as informações pessoais e indispensáveis à sua identificação. Em seguida, solicitam, no mesmo sistema, o procedimento que aquele paciente necessita realizar. O consórcio, através de uma senha também exclusiva, realiza o agendamento junto ao prestador, e após a confirmação da realização do procedimento solicitado, aprova o faturamento, o pagamento ao prestador e informa ao município para conferência mensal e autorização do pagamento ao CISMESF do valor realizado, segundo o contrato.

Os dados de faturamento oficiais do Ministério da Saúde (Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS), referentes à produção do CISMESF para os períodos estudados não puderam ser utilizados. Devido à transição da sua natureza jurídica em 2018, não havia, até então, a obrigatoriedade dessa informação ao Ministério. Posteriormente à mudança para regime jurídico público, o consórcio teve que passar por adaptações para regularizar o envio dessas informações, porém as mesmas ainda não estavam em conformidade com a produção real na fase de coleta dos dados. Então optamos pela utilização dos relatórios de produção extraídos dos sistemas de informação do consórcio por estarem mais completos e condizentes com a realidade.

O Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos (SIGTAP), que foi utilizado para classificação da produção do CISMESF, segundo o nível de

complexidade, contém a lista de procedimentos, medicamentos, atributos e regras que possibilitam o processamento da produção ambulatorial e de internação; além órteses próteses e materiais do SUS, com todas as suas características, o que possibilitou a classificar e quantificar os dados extraídos dos relatórios (PANITZ, 2010).

Como fonte de dados secundários, foram utilizados ainda, dados retirados da Planilha da Sala de Situação Municipal do Estado de Minas Gerais, atualizada em setembro de 2019 para descrever como está constituída a rede de saúde pública na micro Pirapora e compará-la a outras duas microrregiões do estado de Minas Gerais. Com o objetivo de garantir a máxima precisão, os dados foram confrontados e corrigidos com base nos registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), acessados na base de setembro de 2019.

A Sala de Situação Municipal é um sistema que disponibiliza planilhas com a consolidação de dados em saúde dos municípios mineiros, com o objetivo de facilitar a consulta pública e de interesse de múltiplos atores. Já o CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, visa agilizar todo o processo de coleta de dados, feita nos estados e municípios acerca da capacidade física instalada, dos serviços disponíveis e profissionais vinculados aos estabelecimentos de saúde, equipes de saúde da família, subsidiando os gestores para um gerenciamento eficaz e eficiente do SUS (MINAS GERAIS, 2020; BRASIL, 2017).

Foram selecionados os dados referentes aos equipamentos de saúde disponíveis enquanto tipo e quantidade. Também a quantidade de profissionais que atuam na rede pública de saúde.

Como fonte documental, com vistas a obter um histórico do consórcio, descrevê-lo, traçar seu perfil e contextualizá-lo na governança regional, foram acessados os documentos legais de constituição do CISMESF, o regimento interno e demais publicações pertinentes, além da leitura minuciosa e transcrição de todas as atas das reuniões do consórcio desde a sua criação até a reunião do dia 22 mês de outubro de 2019. Essas fontes documentais foram obtidas com a permissão prévia do consórcio que disponibilizou os documentos para consulta in loco entre os meses de janeiro de 2019 e janeiro de 2020.

4.4 Transcrição e Análise dos Dados

O tratamento das informações coletadas foi feito conforme o tipo de dado gerado pelo instrumento de coleta. Assim, as informações contidas nos questionários foram tabuladas e organizadas com auxílio do programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) e com software matemático e estatístico MS Excel 2010. Com os sistemas foi possível construir um banco de dados que permitiu gerar gráficos e tabelas, além de realizar cruzamentos estatísticos entre as variáveis estudadas. Dessa forma, com a tabulação dos dados, foi possível criar uma caracterização geral dos grupos avaliados e cruzar informações com base em variáveis chaves como sexo, idade e função administrativa (gestores, conselheiros de saúde e outros).

O conteúdo colhido por meio das respostas às questões abertas das entrevistas foi gravado e transcrito na sua íntegra. Em seguida procedeu-se uma leitura criteriosa de todo o material transcrito, destacando elementos centrais que respondiam de forma mais direta às questões propostas. Posteriormente, o material foi separado por categorias de análise a fim de identificar correlações que mais contribuíram para compreender a visão dos atores acerca da governança microrregional e da importância do CISMESF. A partir da identificação das categorias de análise, as respostas obtidas puderam ser confrontadas com a literatura pertinente disponível na seção que descreve os resultados do estudo.

Relevante destacar que não houve descarte de nenhum conteúdo ou fala dos participantes, mas foram destacados aqueles que apareciam de maneira mais recorrente, a fim de se verificar a existência de um certo consenso entre suas falas.

Para preservar a identidade dos entrevistados, os mesmos foram identificados com a letra R de respondente e um número equivalente a ordem cronológica das entrevistas.

Nesses mesmos softwares ainda foram processadas as informações dos gastos do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco, organizando-os segundo ano, município e nível de complexidade. Com esses elementos, chegamos na quantidade total de procedimentos e no valor total de recursos financeiros disponibilizados por ano, complexidade e cidade para cada ano. Pôde-se também relacionar essas variáveis com os dados da população de cada município, constituindo assim relações valor dos procedimentos per capita, por exemplo. Importante salientar que nessa fase, realizamos testes de correlação os quais descartaram a hipótese inicial de que a economia de escala fosse um aspecto relevante na estruturação do consórcio.

Para descrever e comparar a micro Pirapora com outras microrregiões de saúde, em primeiro lugar foram definidas as variáveis que seriam analisadas, com base nas informações constantes na planilha disponibilizada pela Sala de Situação do Estado de Minas Gerais, que foram: a cobertura da atenção primária e da saúde bucal, número e tipo de pontos de atenção à saúde e disponibilidade de profissionais que atuam no SUS.

Para se conhecer como estava constituída a rede, foram estabelecidos quais os pontos de atenção seriam quantificados: Unidades Básicas de Saúde, equipes de Saúde Bucal, Academia da Saúde, Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), Hospital SUS, Serviço de atenção domiciliar, Base do SAMU, Centro de Especialidades, Posto de Saúde/Pronto atendimento, Leito UTI/CTI, Leito UTI Neonatal, Centro de Atenção Psicossocial.

Para conhecer a disponibilidade de profissionais que atuam no SUS, foram estabelecidas as seguintes categorias: Assistente social, Auxiliar de Enfermagem, Cirurgião Dentista, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico (Especialidades: Anestesiologista, Cirurgião Geral, Clínico Geral, Gineco-Obstetra, Médico da família, Pediatra, Psiquiatra, Radiologista), Nutricionista, Psicólogo e Técnico de Enfermagem.

A estratégia empregada para definição dos pontos de atenção a serem utilizados na comparação foi reproduzir as mesmas informações expostas na planilha da Sala de Situação Municipal do Estado de Minas Gerais. Cada uma das categorias de análise propostas, em seguida foi quantificada, por município, conforme as informações obtidas da Sala de Situação do Estado de Minas Gerais e, posteriormente, os dados foram confrontados e corrigidos com base em consulta realizada nos registros do CNES na base de setembro de 2019.

Para comparação dos resultados da micro Pirapora com outras microrregiões de saúde, levou-se em consideração a composição em número de municípios. Sendo assim, foram selecionadas as microrregiões de Bom Despacho e Vespasiano por serem as únicas do Estado de Minas Gerais compostas por sete municípios, assim como a micro Pirapora.

Na execução da análise, foi importante uma abordagem metodológica qualitativa para a avaliação dos dados quantitativos. A mesclagem dos métodos se mostrou pertinente, pois conforme Goldemberg (2004) possibilitou apreciar o verdadeiro conteúdo de informações verbais ou não verbais, captando os efeitos e determinantes dessas respostas.

Importante destacar que neste estudo, foram respeitadas as Diretrizes Internacionais ao considerar como primordiais os princípios éticos básicos que devem orientar qualquer estudo que envolva o ser humano, a saber: o respeito pela pessoa; a beneficência; a justiça; a fidelidade; a veracidade e a confidencialidade. Por tanto, a pesquisa foi conduzida segundo as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre os aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos.

5 O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO SÃO FRANCISCO - CISMESF

A Microrregião de saúde de Pirapora está localizada na macrorregião Norte do estado de Minas Gerais. A Macro Norte, composta por 86 municípios, tem como pólo macrorregional a cidade de Montes Claros. A macro por sua vez, após o novo ajuste do PDR aprovado pela DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG N° 3.013, de 23 de outubro de 2019, foi redividida em onze microrregiões de saúde a saber: Pirapora, Brasília de Minas-São Francisco, Coração de Jesus, Francisco Sá, Janaúba-Monte Azul, Januária, Montes Claros, Bocaiúva, Salinas, Taiobeiras e Manga (MINAS GERAIS, 2019).

A microrregião de Pirapora, local do presente estudo, é composta, além do município de Pirapora, pelos municípios de Buritizeiro, Ibiaí, Lassance, Santa Fé de Minas, Várzea da Palma e Ponto Chique. A população adstrita soma 147.477 mil habitantes, segundo a população estimada pelo IBGE (2010) para o ano de 2017. Sendo desse total 88% residentes na zona urbana e 22% residentes na zona rural (MINAS GERAIS, 2019).

Conforme demonstrado na Tabela 1, a área territorial total da microrregião Pirapora é de 17.587,42 quilômetros quadrados de extensão, uma área superior, por exemplo, ao estado norte americano de Connecticut. O índice de desenvolvimento humano (IDH) médio é de 0,640, sendo o índice da micro menor que o do estado de Minas, que é de 0,731.

Em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* anual, a média da microrregião foi de R\$ 12.704,06, variando entre o maior PIB *per capita* anual no município de Pirapora (R\$ 23.632,59) e o menor no município de Ponto Chique (R\$ 7.305,77), de acordo com dados da sala de situação epidemiológica do estado (MINAS GERAIS, 2019).

Tabela 1- Caracterização da Microrregião de Pirapora

MUNICÍPIO DA MICRO	ÁREA TERRITORIAL EM KM ²	POPULAÇÃO ESTIMADA EM 2017	DENSIDADE DEMOGRÁFICA		IDH/2010	PIB PER CAPITA 2013	CONSÓRCIOS
PIRAPORA	549,51	56.706	103,19		0,731	R\$ 23.632,59	CISRUN E CISMESF
BURITIZEIRO	7.218,40	28.335	3,93		0,624	R\$ 10.895,89	CISRUN E CISMESF
VÁRZEA DA PALMA	2.220,28	39.128	17,62		0,666	R\$ 16.929,96	CISRUN E CISMESF
IBIAÍ	874,76	8.400	9,60		0,614	R\$ 7.122,54	CISRUN E CISMESF
LASSANCE	3.204,22	6.664	2,08		0,629	R\$ 15.571,03	CISRUN E CISMESF
SANTA FÉ DE MINAS	2.917,45	3.985	1,37		0,615	R\$ 7.470,67	CISRUN E CISMESF
PONTO CHIQUE	602,8	4.259	7,07		0,606	R\$ 7.305,77	CISRUN E CISMESF
	TOTAL	TOTAL	TOTAL	MÉDIA	MÉDIA		
	17.587,42	147.477	8,39	0,640	R\$ 12.704,06		

Fonte: Adaptado de Sala de Situação Epidemiológica e Assistencial do Estado de Minas Gerais, 2019.

Os municípios da microrregião de Pirapora são associados a dois consórcios, sendo: o Consórcio Intermunicipal de Rede de Urgência do Norte de Minas - CISRUN SAMU MACRO NORTE⁸, responsável pelo serviço de atendimento pré-hospitalar (SAMU), em toda o norte de Minas Gerais e também pelo CISMESF (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco), que dá suporte aos municípios da micro com o serviço de transporte sanitário (SETS) e acesso a serviços de média e alta complexidade (MINAS GERAIS, 2019).

O CISMESF, objeto desse estudo, é um dos 75 consórcios de saúde mineiros e um dos 36 que prestam também o serviço de transporte sanitário no estado, segundo Costa (2019). Fundado em 12 de fevereiro de 1996, é um consórcio de cooperação horizontal, público de direito público, cuja finalidade é a prestação de serviços na área da saúde (LIMA, 2000; BASTOS, 2002; ROCHA; FARIA, 2014; MACHADO, 2013; SALGADO, 2014; CNM, 2016).

⁸ Para se ter uma ideia da dimensão e complexidade do CISRUN SAMU MACRO NORTE, destaca-se que o sistema congrega 86 municípios, distribuídos em 11 microrregiões de saúde, com 10 Unidades de Suporte Avançado e 45 Unidades de Suporte Básico, para atender uma população de mais de 1,7 milhões de habitantes e uma área de 122 mil km², maior que a Bulgária ou o estado brasileiro de Pernambuco (CISRUN, 2020).

Atualmente, o CISMESF é responsável por ofertar consultas e exames médicos especializados para os sete municípios consorciados da microrregião. E também pelo transporte de pacientes da microrregião Pirapora e da microrregião Coração de Jesus para realização de procedimentos e consultas no pólo macrorregional (Montes Claros) ou Belo Horizonte. O presidente atual do consórcio é o prefeito de Ponto Chique, o Sr. José Geraldo Alves de Almeida e o Secretário Executivo, o administrador Fábio Muniz da Silva (COSECS, 2019).

Em 2020, o CISMESF reunia 22 prestadores credenciados, dentre eles clínicas especializadas, laboratórios, consultórios médicos e apoio diagnóstico, credenciados para ofertar serviços. Suas reuniões ordinárias, segundo o Protocolo de Intenções (Estatuto) são quadrimestrais, podendo haver reuniões extraordinárias sempre que for preciso. Além disso, participa com pauta fixa para apresentação dos resultados na reunião mensal da CIB- MICRO e das reuniões dos CMS, sempre que necessário (CISMESF, 2019).

O consórcio está organizado sob a seguinte estrutura, em conformidade com o exposto em Brasil (1997); Salgado (2014); CNM (2019):

- CONSELHO DIRETOR OU ASSEMBLEIA GERAL: Composto pelo Presidente e Vice-presidente que representam o consórcio;
- CONSELHO CURADOR OU FISCAL: Composto por 3 Secretários de saúde (órgão fiscalizador do CISMESF);
- CONSELHO TÉCNICO EXECUTIVO: Composto por todos os secretários de saúde dos municípios consorciados que realizam propostas e auxiliam na gestão;
- SECRETARIA EXECUTIVA: Órgão executivo com atividades administrativas. Indicado pela assembleia geral.
- EQUIPE TÉCNICA: Servidores especializados mais a equipe técnica de apoio, sendo formado por secretário executivo; assessor contábil; assessor jurídico; gerente de transporte; auxiliar administrativo; assistente administrativo; auxiliar de serviços gerais.

Os municípios participam financeiramente do CISMESF através do contrato de rateio, que é um valor fixo com base populacional, usado para a manutenção das despesas administrativas do consórcio; contrato de programa ou prestação de serviços de saúde, que é equivalente aos procedimentos realizados por município; e contrato do SETS, que está relacionado a despesas dos municípios com o serviço de transporte sanitário (BRASIL, 1997; MACHADO, 2013; SALGADO, 2014; CNM, 2016). Além disso, possui como instrumento normativo o Protocolo de Intenções que já contempla o

Estatuto, com versão atualizada em 2017 em conformidade com Brasil (2017), Machado (2013) e CNM (2016).

Três dos municípios consorciados ao CISMESF deixaram de utilizar os serviços do SETS depois de adquirirem frota própria: Várzea da Palma em julho de 2018; Ibiaí em dezembro de 2018 e Ponto Chique em agosto de 2019.

Quando fundado, a primeira sede do Consórcio se estabeleceu no município de Várzea da Palma, permanecendo por mais de um ano. Além disso, eram consorciados apenas os municípios de Pirapora, Várzea da Palma, Buritizeiro, Lassance e Santa Fé de Minas. Os municípios de Ibiaí e Ponto Chique só vieram integrar formalmente o consórcio nos anos seguintes (CISMESF, 1996; CIS-MICRO PIRAPORA, 1997).

O Primeiro nome que foi dado ao CISMESF foi Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto e Médio São Francisco/CIS-ALTO E MÉDIO SÃO FRANCISCO. Porém, na segunda reunião do dia 03/06/1996 o nome do CIS foi alterado para Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Pirapora (CIS-MICRO PIRAPORA ou CISMIP), pois o nome proposto já tinha sido registrado anteriormente pela microrregião de Januária.

No ano seguinte à sua constituição, a sede do consórcio se estabeleceu no município de Pirapora. Além disso, foi instituído o valor do repasse de 1% do FPM (Fundo de Participação dos Municípios) e, através de parcerias intermunicipais houve a implementação de assessoria jurídica, financeira e contábil para o consórcio. No mesmo ano já houve atuação do consórcio na gestão de convênios para ampliação, reforma e aquisição de insumos para hospitais e postos de saúde e fomento de cursos de formação técnica em saúde para a microrregião através de parceria com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (CIS-MICRO PIRAPORA, 1997).

Em 15 de maio de 1997, acontecem as novas eleições do Conselho Diretor, sendo eleitos o Prefeito de Buritizeiro, para o cargo de Presidente e o Prefeito de Lassance, para ocupar a vice-presidência. No mesmo dia houve a votação que definiu a nova sede no município de Pirapora.

Dada a importância que o controle social já tinha àquela época, foi eleito na mesma ocasião o conselho curador. O conselho curador, depois denominado conselho fiscal, assegurava a participação do controle social nas esferas de negociação e discussão dentro do consórcio, através dos conselheiros municipais de saúde dos municípios consorciados.

A primeira proposta de serviços do consórcio foi para gerir um convênio para ampliação e reforma de hospitais e postos de saúde e aquisição de equipamentos para os mesmos. Foi definido o rateio do recurso entre os municípios consorciados, que naquela época eram Pirapora, Várzea da Palma, Lassance, Santa Fé de Minas e Buritizeiro.

Desde a sua formação, a diretoria já defendia a implementação do consórcio para solucionar problemas comuns, aumentando a resolutividade dos serviços na microrregião. Mesmo incipiente, o consórcio iniciou suas atividades, fomentando cursos de formação técnica em saúde bucal para servidores dos municípios consorciados.

Naquela esfera de implantação de muitos consórcios em todo o estado e da falta de experiência, a SES (Secretaria de Estado da Saúde), visando o fortalecimento da implantação do CISMIP, apoia os CIS, enviando documento que reforçava a importância dos consórcios. Através do suporte dos políticos locais, como deputados, por exemplo, houve a liberação de um aparelho de ultrassonografia e de raio-X para o consórcio no ano de 1997. Também foi levantada a demanda local por um centro oftalmológico para atendimento.

No ano de 1998, com a habilitação de todos os municípios como gestão plena da atenção básica, mais uma vez, o papel do CISMIP foi fundamental. Naquele ano, o consórcio participou da definição de responsabilidades de cada município, esclareceu dúvidas e, ativamente, trabalhou para fixar os papéis de cada ente, as referências e contra referências e a importância de se respeitar os fluxos para não sobrecarregar nenhum dos municípios.

Houve então uma ênfase na importância dos consórcios para o SUS com a defesa, cada vez maior, por parte dos municípios pela manutenção do CISMIP. Ainda em 1998, os gestores notaram a importância de um planejamento estratégico para o consórcio, a fim de definir o caminho a ser percorrido para atender as necessidades e fortalecer o território. Foi então realizado um seminário para planejamento e redefinição do papel do CIS com a diretoria do consórcio e dos gestores do SUS. Nos anos seguintes, a inadimplência do consórcio fez com que os diretores acreditassem que o CIS era impraticável. Há, então, a manifestação do desejo de alguns municípios em se ‘desconsorciar’.

Com a eleição do prefeito de Pirapora como presidente no ano 2000, o consórcio ganha novo fôlego com a mudança para a nova sede própria, a qual, até então, estava localizada em um imóvel alugado no centro de Pirapora. No ano seguinte, a diretoria instituiu o débito automático nas contas dos municípios consorciados para o pagamento do

CIS. E o consórcio ganha novo ânimo com a proposta para aquisição de ambulâncias e compra de medicamentos a um custo mais baixo.

Já em 2002, o município de Jequietaí manifesta o interesse em compor o CISMIP e o Prefeito de Lassance é eleito o novo presidente do consórcio. Novamente o consórcio passa por dificuldades financeiras relacionadas a dívidas com o INSS e FGTS advindas de outras gestões.

O consórcio foi oficialmente designado como associação civil, sem fins lucrativos, destinada à organização do sistema microrregional de saúde em 2002. Também ficou definido que a partir de então, a contabilidade seria pública, sob a fiscalização do tribunal de contas do Estado de Minas Gerais, com prestação de contas semestral. Nessa ocasião, foi criada a primeira comissão de licitações. Além disso, foi definida a necessidade de maior investimento do consórcio na oferta de consultas especializadas em neurologia e ainda, na compra de um aparelho de eletroencefalograma.

Naquele período, quando o papel dos consórcios ainda de consolidava, o CISMESF, que então era chamado CISMIP, era responsável por promover cursos de capacitação para os gestores de saúde da microrregião, além de auxiliar na elaboração e execução de planos de trabalho para convênios específicos, como o da erradicação da dengue, por exemplo. Desse ano em diante, o consórcio começou a enfrentar séria crise financeira ligada, especialmente, a inadimplência dos municípios consorciados e a falta de experiência, de visão e de tempo da diretoria para a gestão de consórcios e para a governança. Consolidou-se então a parceria com a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para o combate e controle de endemias, assessorias técnicas e treinamentos, e projetos para construção de poços artesianos.

Mesmo diante das dificuldades, o consórcio deu prosseguimento às suas atividades e reuniões mensais, terceirizando a sua contabilidade, viabilizando recursos para reformas dos centros de saúde, pactuando as cotas das consultas, conforme a base populacional dos municípios consorciados, além de auxiliar em diversas outras pactuações que regularizaram o fluxo dos pacientes dentro da microrregião de Pirapora. O que se percebe nesse período é o início de uma maturidade política, administrativa e de gestão do CISMIP com a elaboração de planos de trabalho, a obtenção da assessoria jurídica e a atuação da governança mais ativa e participativa. Apesar disso, o balanço final de 2002 demonstra evidente déficit entre as despesas e arrecadações, além de irregularidades nas compras feitas pelo consórcio.

Em reunião realizada em novembro daquele ano, os prefeitos se manifestam reclamando do mau atendimento nas consultas especializadas e decidem manter a divisão de cotas de exames e consultas proporcionais ao valor repassado pelo município. Nessa mesma reunião, o então prefeito de Pirapora compromete-se a quitar as dívidas do consórcio com o INSS.

Em fevereiro de 2003, os municípios de Ponto Chique e Ibiaí são aceitos como membros do consórcio pelos demais municípios consorciados. Nessa ocasião, há o consenso entre os gestores de que os municípios de Pirapora e Várzea da Palma quitarem suas dívidas com o consórcio, pagando as despesas anteriores com o INSS, e também com a aquisição de um aparelho de eletroencefalograma sendo que, Várzea da Palma compromete-se a disponibilizar um técnico especializado para manusear o aparelho.

Entre o final de 2003 e início de 2004, há o enfraquecimento da governança no consórcio, o que afetou a relação entre o CISMIP e os municípios, evidenciado pela insatisfação dos gestores em diversas reuniões desse período. As falas dos gestores documentam a ausência de figuras de representação importantes e decisivas nas reuniões do consórcio (prefeitos, secretário de saúde do município polo e representantes do estado), além da falta de diálogo e parceria da atual gestão do consórcio com os municípios.

Em maio de 2004, agrava-se a situação mais crítica da relação município/consórcio, quando os secretários de saúde reclamam por não ter voz ativa, alegando que o consórcio se fechou para eles e que o mesmo se enfraqueceu e teria “parado no tempo”. Denunciam também a falta de transparência do consórcio. Tudo isso leva o município de Pirapora a ameaçar se retirar do consórcio caso não fosse efetivada uma solução, uma mudança. A partir de então, ficou pactuado que as reuniões do consórcio seriam mensais, para melhor discussão e transparência das ações.

No final de 2004, há a discussão sobre a necessidade de se disponibilizar novos procedimentos e aumentar a resolutividade do consórcio. Além disso, fica clara a insatisfação dos prefeitos com a gestão do consórcio, pois apontam os gastos altos com a folha de pagamento e com a empresa terceirizada para a contabilidade, contratada a um valor muito superior ao valor de mercado. Então, decidem reduzir o quadro de funcionários do CISMIP e o pagamento ao serviço de contabilidade, além de suspender os serviços dos municípios inadimplentes. No início do ano seguinte, em 2005, o município de Jequitai manifesta novamente o interesse em se consorciar ao CISMIP. Nota-se nessa fase uma visão esperançosa dos prefeitos com relação ao consórcio ao

destacarem o papel do CIS como maior instrumento para trazer benefícios a saúde da microrregião.

Com a posse da nova diretoria do consórcio, são também anunciados para o ano de 2005 a realização de um seminário para a estruturação da PPI (Programação Pactuada Integrada) e do PDR (Plano Diretor de Regionalização). Além de verbas no valor de R \$300.000,00 que serão utilizadas na aquisição de um mamógrafo, um tomógrafo, um endoscópio, um aparelho de eletroencefalograma e um de ultrassonografia.

Porém, o consórcio fica impedido de receber o recurso devido a não ter a documentação necessária em razão do débito com o INSS. Com base na decisão de diminuir os gastos do consórcio com a folha de pagamento, a nova diretoria solicita a cessão de funcionários do município para o consórcio, a fim de não comprometer a prestação de serviço.

Além da dívida antiga com o INSS, o consórcio também contraiu, nos últimos anos, dívida com os prestadores de serviço (médicos e clínicas conveniadas). Ainda naquele ano, a SES-MG (Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais) cobra da gestão do consórcio a regularização da situação do consórcio. Ficando claro que o município de Pirapora não cumpriu o acordo de quitar a dívida do consórcio com o INSS. Também não foi adquirido o aparelho de Eletroencefalograma pelo município de Várzea da Palma. Por fim, a dívida atualizada naquela época dos municípios de Pirapora, Buritizeiro e Várzea da Palma somam R \$128.840,17.

Por continuar em situação irregular, o CISMIP não pôde receber os recursos esperados. Para reverter a dívida dos municípios e regularizar a situação do consórcio, os membros sugerem o parcelamento das dívidas. Porém, os atores se manifestam que ao contrário do acordado anteriormente, os municípios maiores, mesmo inadimplentes, continuam a ter acesso aos serviços, sendo “sustentados” pelos municípios menores. Para eles, devido a essa dívida do consórcio com o INSS, que chega a R \$52.255,36, e dos municípios com o CISMESF, o mesmo está parado no tempo e sem condições de ofertar novos serviços. O secretário de saúde de Pirapora à época, solicita auditoria nas contas do consórcio e ressalta a importância de fortalecer e tornar a microrregião mais resolutiva para desafogar a macrorregião de saúde.

Também em 2005, têm início as discussões para a criação de um conselho fiscal no consórcio, em substituição ao conselho curador, inativo até então; a correção do repasse do FPM ao consórcio e a quitação de parte da dívida com o INSS e parcelamento do valor restante.

Como os municípios vizinhos relatam dificuldades em transportar os pacientes para as consultas em Pirapora, então houve a sugestão para o CIS solicitar a doação de uma ambulância pelo Estado de Minas e para a compra de um veículo para deslocamento dos gestores para reuniões. Há também a proposição, por parte da diretoria do consórcio, de se contratar um técnico de informática para apoiar os municípios nos programas do governo e no faturamento dos procedimentos via SUS, que passariam a ser obrigatórios. Porém a proposta foi rejeitada devido ao impacto financeiro para o consórcio.

No final do ano de 2005 o CISMIP vence todas as pendências e consegue todas as certidões para regularizar sua situação junto a SES-MG e receber o recurso previsto. Durante esse ano destaca-se a governança no consórcio agindo de diversas maneiras para resolução dos conflitos e pendências e na proposição de soluções conjuntas as quais possibilitaram a rede de saúde intermunicipal se fortalecer e crescer. Em razão disso, no primeiro trimestre de 2006, o CISMIP tem dinheiro em caixa e retoma sua credibilidade junto à rede de saúde. Está totalmente regular, graças a um trabalho realizado em parceria, integração e união entre os municípios.

Em sua trajetória até aqui, o que fica evidente é que o CISMIP inicia suas atividades com muitas dificuldades: dívidas, desorganização, falta de participação, estagnação, baixo alcance de metas, baixa adesão. Mas com o aumento da consciência participativa e da governança, o consórcio ganha força: sana suas dívidas, se aproxima dos gestores, consegue avançar, se organizar, adquirir credibilidade e aumentar a satisfação dos atores.

A partir de então, as reuniões tornam-se mais frequentes, regulares, participativas e resolutivas. Todos entendem a importância do consórcio, da união e do fortalecimento da microrregião. O consórcio adquire novos equipamentos e os atores se unem e lutam por valores menores dos procedimentos. Os gestores tornam-se mais dispostos a dividir, compartilhar, solidarizar e participar. Por fim, cria-se uma esfera entusiasta em torno do CIS. Daquele ano em diante as negociações e pactuações continuam constantes. E permanece o espírito de união entre todos os municípios para solucionar os problemas do consórcio e torná-lo mais efetivo. Ou seja, o consórcio se estabelece como um importante nicho para a governança local em saúde dentro do território, embora a participação do controle social ainda permanecesse como um desafio para o CIS. Nesse cenário de fortalecimento do CIS, a fim de possibilitar maior adesão e presença de todos, as datas das reuniões foram adaptadas para o mesmo dia das reuniões da CIB (Comissão Intergestores Bipartite) e do COSEMS. No centro dos debates no CIS estava sempre a

luta por valores mais baixos pagos pelas consultas, exames e procedimentos médicos. Especialmente aqueles cujo acesso via SUS mostrava-se difícil.

No ano de 2006, são realizadas reuniões itinerantes do CISMIP, ocasião na qual, no dia 24 de outubro, no município de Santa Fé de Minas, o gestor de saúde de Buritizeiro sugere a mudança no nome do consórcio, uma vez que o nome atual tem gerado confusão entre os usuários e certo ciúmes entre os municípios por ter apenas o nome de Pirapora. A sugestão, naquela ocasião, foi prontamente acatada pela plenária, embora houvesse o pedido do representante de Pirapora para a questão ser analisada com mais cautela. Então, foi a partir dessa data, que ficou definido o novo nome do consórcio que passaria a ser Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco (CISMESF). Tal situação deixa evidente que a falta de participação do Prefeito (figura de grande representatividade no consórcio) de Pirapora, pode ter interferido na decisão da mudança de nome do consórcio. Enfatizando a importância da presença do gestor municipal nas mesas de negociações. Embora o consórcio sempre tenha privilegiado e dado voz aos secretários municipais de saúde, os prefeitos municipais, como titulares das cadeiras no CIS, tinham mais poder de decisão, negociação e articulação definitiva das decisões. O CISMESF finaliza o ano de 2006 em dívidas com os prestadores, mas com a sugestão de se abrir uma conta exclusiva para administração do consórcio e outra para a gestão das consultas, exames e procedimentos, a fim de organizar a contabilidade e a vida financeira do CIS.

Em 2007, foi levantada uma questão importante que ficou negligenciada dentro do consórcio por muito tempo: a participação do controle social através do conselho fiscal. Nesse ano foram feitas inúmeras discussões sobre o tema e decidiu-se retomar e fomentar a participação do conselho fiscal no CIS. O que não se consolidou durante os anos seguintes. Com a publicação da Lei nº 11.107/05 que dispõe sobre as normas gerais para consórcios públicos, apenas a partir de 2007 ela foi implementada dentro do CISMESF. Atrasando, em dois anos, as discussões e adequações do consórcio a nova legislação.

O SETS (Sistema Estadual de Transporte em Saúde) que visa garantir a eficiência das redes de atenção à saúde, oferecendo o deslocamento do paciente do SUS para a realização de tratamento fora do seu domicílio, chegou à microrregião de Pirapora também através do CISMESF, em 2008 (MINAS GERAIS, 2012). Nesse ano foi apresentado do Plano Estadual para o SETS e, em seguida, foram fomentadas, dentro do consórcio, intensas discussões e debates sobre o assunto a fim de fazer as adequações necessárias dentro do prazo e possibilitar o incremento do serviço nas microrregiões de

Pirapora e Coração de Jesus, conjuntamente, abrangendo duas microrregiões em um mesmo serviço através do CISMESF. O SETS foi previsto de modo que o CISMESF faria a sua gestão em nome dos municípios da Microrregião de Pirapora e Coração de Jesus, como tem sido até hoje. Embora a implantação do SETS também previsse a logística do resíduo hospitalar dentro da microrregião, esse serviço nunca foi operacionalizado e, atualmente, cada município ainda é responsável pela destinação do seu resíduo.

A prestação de contas do consórcio CISMESF torna-se regular, em conformidade com a lei vigente, a partir desse mesmo ano. Mas os documentos apontam que a participação dos prefeitos nas reuniões do CIS continua sendo um problema. Com a dificuldade de conciliar as agendas dos prefeitos, o CIS conta com a participação maior dos secretários de saúde. A fim de se adequar, o consórcio fortaleceu essa participação, que muitas vezes é mais qualificada para as discussões técnicas, e procurou valorizar e apoiar as decisões dos secretários através das decisões do conselho técnico.

Com a implantação do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) através do CISRUN, e do CTI (Centro de Tratamento Intensivo) na Fundação Hospitalar Doutor Moisés Magalhães Freire, a microrregião se torna mais forte e resolutiva. E em 2009, o CISMESF se consolida como importante intermediário entre o estado e a microrregião, ocasião em que vários recursos são viabilizados através da intermediação do CIS. Porém, alguns membros reclamam de privilégios direcionados aos municípios maiores. Os gestores de saúde criticam a tabela de valores de procedimentos do consórcio por ser muito superior ao valor da tabela SUS e iniciam as discussões para o credenciamento do consórcio segundo as regras do Sistema Único de Saúde.

Um ano atípico para o CIS foi o ano de 2012 quando, por ocasião da eleição da nova Diretoria, nenhum dos prefeitos da microrregião se dispôs a concorrer aos cargos, uma vez que estariam em processo eleitoral nos municípios. Assim, por força da insistência do grupo e não por desejo, foi eleito o prefeito de Pirapora como presidente e a prefeita de Ponto Chique como vice.

As discussões sobre a necessidade de mudança na natureza jurídica do consórcio tiveram seu ápice em 2013. O CIS, que até então era um consórcio administrativo, necessitava se tornar um consórcio público para atender as exigências legais. Nesse mesmo ano é definido o valor único pago por consultas, independente da especialidade. E também foi feita a adesão ao serviço de fonoaudiologia e de odontologia especializada. Além disso, foram feitas discussões relevantes sobre a necessidade de aumento do repasse, devido ao crescimento da população e dos problemas de saúde, sendo que foi

estabelecido o valor de 2,5% do FPM. Também foi levantada a sugestão de contratação de um sistema de gestão informatizado, o qual permitisse o agendamento das consultas, exames e procedimentos, além de possibilitar o controle do limite financeiro pelos municípios.

Definiu-se, em 2013, que com a obsolescência dos equipamentos do CISMESF, a solução seria a contratação dos serviços com outros prestadores, em razão do custo benefício. A partir de então, pouco a pouco, o CIS não adquiriu mais equipamentos, mas permaneceu contratando prestadores para realizar os procedimentos.

Em 2014, o consórcio entrou em dificuldade devido ao desgaste da frota do SETS, além de acumular, até aqui, muitos problemas em relação à gestão desse serviço. A partir da contratação de um novo gestor de transportes, houve a implementação de diversas medidas, tais como: adoção de cartão de abastecimento e manutenção, controle rigoroso das multas e contratação de seguro para os veículos, que aos poucos tornaram o serviço mais viável para o CISMESF e, conseqüentemente, para os municípios consorciados. Nesse período de dificuldade para o CIS, os municípios apontam para a necessidade de o CISMESF participar e ser mais ativo nas reuniões do COSECS (Colegiado dos Secretários Executivos de Consórcios). O que até então vinha sendo negligenciado pela gestão do CIS. A participação nas reuniões do COSECS é importante pois é uma das arenas de governança em que o consórcio atua, possibilitando ao secretário executivo conhecer e se atualizar sobre questões relacionadas à gestão do consórcio. É um momento rico para o CIS, pois permite o debate e a solução conjunta para os problemas comuns a vários consórcios diferentes, possibilitando uma rica troca de experiências.

Em 2015, os agendamentos, que já são feitos eletronicamente, são apresentados em relatório para os gestores. Além disso, retomaram-se as discussões sobre a mudança na natureza jurídica do CISMESF.

Entre os anos de 2017 e início de 2019, o CISMESF assume parte da gestão do CEM (Centro de Especialidades Médicas) para apoiar a microrregião de Pirapora com relação às dificuldades encontradas com a contratação de profissionais, exames, procedimentos, insumos e licitações, possibilitando dar continuidade ao serviço. Nesse período, iniciam-se os leilões dos veículos antigos da frota do SETS. Além disso, foi dada aos municípios a possibilidade de negociar suas dívidas com esse serviço prestado através do consórcio.

Em 2018 foram feitas várias reuniões do Conselho Técnico para adequações a tabela de valores de procedimentos do CIS, uma vez que tiveram várias tentativas de

credenciamento frustradas com os valores das tabelas anteriores. Ocorre que devido a efetivação da mudança na natureza jurídica do consórcio para público-público, o mesmo se viu obrigado a realizar as contratações em conformidade com a legislação pertinente ao serviço público. Porém, a defasagem do valor da tabela de procedimentos via SUS não era atraente aos prestadores.

Esse foi um ano importante quando o CISMESF se abriu para novas possibilidades. A gestão dos resíduos sólidos em saúde, a compra compartilhada de medicamentos, as licitações compartilhadas, a atenção domiciliar, o selo de inspeção microrregional da Vigilância Sanitária, estão entre os assuntos discutidos. Ocorre que para efetivar algumas dessas melhorias, é necessário que o consórcio se torne multifinalitário. Um novo passo importante que deverá seguir a evolução natural para a longevidade do CISMESF.

Além da abertura para novas possibilidades e da atividade frequente do Conselho Técnico, às ações implementadas pela gestão, no decorrer dos últimos anos, conferiram ao CISMESF maturidade na gestão e na governança que resultaram em um inédito saldo positivo de mais de R\$ 500.000,00 na conta no SETS valor que será revertido em benefícios para toda a microrregião. Assim, os gestores apontaram para a necessidade de aquisição de uma (Unidade de Terapia Intensiva) UTI móvel para atender a microrregião, que seria adquirida com o valor do saldo do SETS. Porém, após análises e discussões, chegaram ao consenso de que seria mais viável a contratação de uma empresa para realizar o serviço, pagando por quilômetro rodado. Então, ficou estabelecido o uso desse recurso para compra de mais veículos para atender aos municípios consorciados.

Nos anos de 2018 e 2019, os municípios de Várzea da Palma, Ibiaí e Ponto Chique, abrem mão do SETS após a aquisição de veículos próprios para transporte de pacientes. Porém, todos se mantiveram consorciados ao CISMESF, devido aos interesses e vantagens para os municípios estarem além do serviço de transporte.

Já no ano de 2019 é aprovada a nova tabela de valores dos procedimentos realizados via CISMESF, com maior aproximação aos valores de mercados e consequente credenciamento de quase todos os procedimentos. Nesse mesmo ano, foram discutidas soluções para a necessidade de reparos na sede do consórcio e para a contratação de um profissional responsável pela controladoria interna e um portal da transparência para o CISMESF, conforme necessidade levantada em anos anteriores.

Muitas das propostas discutidas em 2019 ainda não foram implementadas devido à crise mundial na saúde decorrente da Pandemia da COVID-19. As melhorias que seriam

efetivadas tiveram que ficar em segundo plano para que todo o sistema de saúde pudesse se voltar inteiramente ao atendimento das novas demandas associadas ao enfrentamento da pandemia. Além disso, a impossibilidade de realização de reuniões presenciais tem se mostrado um dificultador para o consórcio enquanto esfera de governança. Exigindo dos atores locais a implementação de novas ferramentas de gestão e governança em saúde, como as reuniões virtuais, por exemplo. O que se espera é a volta à normalidade, o mais brevemente possível, a fim de que as ações de fortalecimento da saúde nos territórios sejam efetivadas. Mas, além da retomada dos planos anteriores, muito há que se rever para a reestruturação da saúde pública na microrregião de Pirapora e no CISMESF a partir desse ponto.

Por fim, a revisão documental, a coleta de informações e relatos, se mostrou muito relevante ao revelar que ao longo dos anos, desde a sua criação, o CISMESF passou por momentos difíceis de crises que fizeram com que os atores duvidassem da sua viabilidade. Porém, com o amadurecimento gerencial que aconteceu em toda a microrregião de saúde, o consórcio se estabeleceu como serviço essencial dentro do território.

A governança presente em todos os momentos do consórcio, foi responsável direta pela sua efetivação. Através dela, propostas foram debatidas, implementadas ou descartadas, desafios foram superados e decisões compartilhadas possibilitaram soluções conjuntas para problemas individuais e coletivos. A gestão para o fortalecimento das redes de atenção, das pactuações, das referências e contra referências regionais, sempre contaram com o envolvimento do consórcio.

A análise da história do consórcio até aqui permite destacar os avanços relacionados a efetivação da governança, através da maturidade gerencial como a regularidade na prestação de contas, satisfação e reconhecimento por parte dos municípios e da população, a valorização do sistema de consorciamento, o fortalecimento da microrregião de saúde que revelam a importância da união para a superação das dificuldades. No entanto, os desafios a serem superados com relação a transparência, a participação do controle social, a demora na operacionalização das pactuações, a falta de regularidade e a baixa participação dos prefeitos nas reuniões e a dificuldade em implementar inovações ainda são evidentes.

Tudo isso requer ainda mais envolvimento dos atores nas instâncias de governança a fim de superar os desafios, enriquecer as conquistas e possibilitar o fortalecimento do potencial do CISMESF no território, dentro da rede de saúde pública microrregional.

5.1 Sobre os atores do CISMEF

Os indivíduos desempenham um papel importante no arcabouço organizacional que envolve a operacionalização das políticas de saúde pública em nível regional. A trajetória, os interesses e o comportamento pessoais são aspectos relevantes que não podem faltar à análise. Nesse sentido, a presente seção procura traçar um breve perfil dos indivíduos que estão à frente do arranjo envolvendo o do CISMESF. Quem são as pessoas que ocupam as diferentes esferas de representação da estrutura em análise?

Os resultados apresentados são fruto da primeira parte das entrevistas realizadas entre 12 de agosto de 2019 a 02 de outubro de 2019 com representantes do consórcio, Estado, Municípios, Conselhos Municipais de Saúde, COSEMS e Judiciário, representando um grupo maior de indivíduos, que devido ao seu tipo de atuação, podem influenciar, de alguma forma, a governança e a política de saúde microrregional e, assim, o CISMESF. A tabela 2 apresenta, resumidamente, os dados para os 19 respondentes.

Tabela 2 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

<i>Parte I: Respondentes por instituição.</i>		
INSTITUIÇÃO	Frequênci a	Percentua l
CMS	8	42,1
Consórcio	1	5,3
COSEMS	1	5,3
Estado	1	5,3
Judiciário	1	5,3
Município	7	36,8
Total	19	100
<i>Parte II: Respondentes por município.</i>		
MÚNICÍPIO	Frequênci a	Percentua l
Buritizeiro	2	10,5
Ibiaí	2	10,5
Lassance	2	10,5
Pirapora	6	31,6
Ponto Chique	3	15,8
Santa fé de Minas	2	10,5
Várzea da Palma	2	10,5
Total	19	100

<i>Parte III: Respondentes por função.</i>		
FUNÇÃO	Frequênci a	Percentua l
Apoiador	1	5,3
Conselheiro (a)	7	36,8
Diretor da GRS	1	5,3
Juiz	1	5,3
Presidente do CMS	1	5,3
Secretário de saúde	7	36,8
Secretário executivo	1	5,3
Total	19	100

<i>Parte IV: Tempo na função</i>		
Tempo na função	Frequênci a	Percentua l
Até 02 anos	7	36,8
Entre 2,01 anos a 10 anos	8	42,1
Acima de 10 anos	4	21,1
Total	19	100

<i>Parte V: Faixa etária.</i>		
FAIXA ETÁRIA	Frequência	Percentual
Até 30 anos	3	15,8
Entre 31 anos a 49 anos	13	68,4
Acima de 49 anos	3	15,8
Total	19	100

<i>Parte VI: Participantes por sexo.</i>		
SEXO	Frequência	Percentual
F	8	42,1
M	11	57,9
Total	19	100

<i>Parte VII: Tempo de atuação na saúde.</i>		
TEMPO NA SAÚDE	Frequência	Percentual
Até 02 anos	1	5,3
Entre 2,01 anos a 10 anos	10	52,6
Acima de 10 anos	8	42,1
Total	19	100

<i>Parte VIII: Escolaridade.</i>		
ESCOLARIDADE	Frequência	Percentual
Ensino Médio	6	31,6

Formação técnica	1	5,3
Mestrado	1	5,3
Nível técnico	1	5,3
Superior completo	8	42,1
Superior incompleto	2	10,5
Total	19	100
<i>Parte IX: Área de formação.</i>		
ÁREA DE FORMAÇÃO	Frequência	Percentual
Administração	2	10,5
Direito	2	10,5
Gestão	2	10,5
Não respondeu	1	5,3
Não se aplica	6	31,6
Saúde	6	31,6
Total	19	100

Fonte: Dados extraídos das entrevistas aplicadas pela autora, 2019.

A participação mais expressiva, estabelecida estrategicamente, foi representada pelos conselheiros municipais de saúde com oito respondentes, ou seja, 42,1%; e secretários municipais de saúde com sete representantes equivalente a 36,8% da amostra. As demais participações foram distribuídas entre instituições, que de algum modo, atuam diretamente sobre a gestão da saúde na microrregião com um representante cada uma, sendo: COSEMS, GRS (ESTADO DE MINAS GERAIS), CISMESF e JUDICIÁRIO. A definição de tal representação para esse trabalho levou em consideração que variedade de atores sociais envolvidos nos processos de participação na saúde são parte importante da governança. Para a consolidação da governança microrregional é fundamental o estímulo a formas híbridas de participação. Além disso, a emergência de novos atores sociais nas esferas participativas, cooperativas e decisórias deve ser estimulada (FLEURY, *et al.* 2010; VENTURA, 2010; PAIM, 2012; SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Também caracterizando os sujeitos, verificamos que a maioria dos respondentes correspondendo a 57,9% da amostra é do sexo masculino e 42,1% do sexo feminino. A faixa etária dos indivíduos respondentes é de 15,8% da amostra com menos de 30 anos; 68,4% entre 31 e 49 anos e 15,8% acima de 49 anos. Apontando que a amostra foi composta, majoritariamente, por sujeitos em idade mais madura.

A maior parte dos entrevistados é do município de Pirapora, correspondendo a um total de 31,6% (6) da amostra, devido a maioria das instituições representadas nesta fase da pesquisa ter sede estabelecida no município polo da microrregião.

Sobre a experiência na função, destaca-se que a maior parte dos respondentes tem mais de 2 anos no mesmo cargo, correspondendo a 12 dos 19 indivíduos (63,2%). Desses, oito têm entre dois e dez anos e quatro têm mais de dez anos. Apenas sete indivíduos (36,8%) têm menos de dois anos na função.

Quanto à formação, a maioria respondeu ter Ensino Superior incompleto ou mais, correspondendo a 11 participantes (57,9). Nível médio ou formação técnica equivale ao restante da amostra, correspondente a 42,1% (8 participantes). A maior parte dos entrevistados disse ter formação na área da saúde (31,6%) e os demais têm formação nas áreas de direito (2=10,5%), administração (2=10,5%) e gestão (2=10,5%).

A experiência na função, a faixa etária, a escolaridade, a formação e o tempo de atuação na saúde podem representar maior habilidade e qualificação para a participação, devido ao grande volume de experiências, oportunidades para aprimoramento e conhecimento, posto que, o fortalecimento do capital social é elemento fundamental de fomento para a conformação de redes participativas sólidas, segundo Fleury *et al.* (2010); Ribeiro; Tanaka; Denis (2017); Adler; Knon (1999).

A descrição do perfil dos indivíduos mostrou-se relevante. Uma vez que essa estrutura social, as relações interpessoais, posicionamentos individuais manifestados pelos agentes dentro da rede, podem refletir seu comportamento e sua atuação nas instâncias de governança (GRANOVETTER, 1985).

Em síntese, o perfil médio dos representantes nessa fase do trabalho foi formado por indivíduos residentes em Pirapora, atuantes em conselhos municipais de saúde e gestores de saúde. A maior parte também foi do sexo masculino, com idade média entre 31 e 49 anos, com Ensino Superior completo, formação na área da saúde e experiência de mais de dois anos na função.

5.2 Análise da Participação nas Instâncias de Governança Microrregional

Os conselhos de saúde, as Comissões Intergestores Bipartites - CIB, as Comissões Intergestores Tripartite – CIT, os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e o Colegiado dos Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – COSECS constituem-se como espaços democráticos e de compartilhamento decisório na gestão do SUS (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012)

As reuniões da CIT ocorrem mensalmente em Brasília e se configuram como a esfera federal de comissionamento intergestores, com representação dos secretários de estado. Nessa esfera de governança, dos 19 atores entrevistados da microrregião de Pirapora, 17 nunca participaram e dois responderam que participam raramente, sendo: o representante do COSEMS e o representante do Governo do Estado na microrregião, a GRS.

A CIB configura-se como um espaço regional de cogestão e conexão intergestores municipais, visando a integração da rede, a negociação e a articulação como importante estratégia de governança (ROCHA; FARIA, 2004; SILVA, 2011; BRASIL, 2011; SANTOS; GIOVANELLA, 2014). O fortalecimento das redes locais está intimamente relacionado a resolução dos problemas comuns, criando conexões e relações imprescindíveis por meio das reuniões de governança regionais como é o caso das CIB Macro e Micro (BOIX DOMENECH, 2004; ROCHA; FARIA, 2004; SILVA, 2011; BRASIL, 2011; SANTOS; GIOVANELLA, 2014). No entanto, sobre a frequência da participação nas reuniões de CIB Macrorregionais que ocorrem mensalmente em Montes Claros, a maioria dos informantes respondeu que nunca participa. De um modo geral, os gestores relataram encontrar dificuldades para a participação mais frequente nas reuniões de CIB Macro devido a suas agendas de compromissos serem sempre muito cheias e devido a dificuldades de deslocamento.

Importante destacar que entre os respondentes que afirmaram participar com frequência da CIB Macro, estão os representantes do Estado (GRS), COSEMS e o gestor do município polo da microrregião, pois tais instituições parecem adotar políticas a quais facilitam e incentivam a participação nas reuniões. Além disso, podem ter interesses de se fazerem representados nessas instâncias.

A maioria dos entrevistados relatou participação frequente nas reuniões de CIB Microrregionais, anteriormente denominadas CIR (Comissão Intergestores Regional). Dentre os entrevistados que declaram não participar frequentemente das reuniões, destacam-se os conselheiros municipais de saúde. A justificativa apontada por esses atores para a não participação foi a falta de apoio logístico dos municípios para o deslocamento e para a participação nas reuniões. Outro entrevistado que revelou não participar com frequência das reuniões, o representante do Judiciário, argumenta não ser devido participar de tais reuniões em decorrência da necessidade de se manter a neutralidade, essencial a sua função.

Do total de entrevistados, 13 afirmaram participar frequentemente ou sempre das reuniões dos Conselhos de Saúde dos seus respectivos municípios. A menor adesão às reuniões do CMS está representada pelos respondentes do COSEMS, CISMESF, GRS (Estado) e Judiciário. As justificativas para a não participação frequente desses atores nas reuniões dos CMS está relacionada à falta de convite específico para a instituição que representa, a agenda de atividades que, por vezes, se mostra inflexível ou ao fato de a pauta das reuniões não contemplar assuntos pertinentes a sua instituição, especificamente. Muito embora as questões discutidas nas reuniões dos CMS sejam a política pública de saúde, que envolve diretamente as três instituições, e mesmo todas tendo possibilidade de contribuir significativamente, sendo participantes ativos nas reuniões, independente de convite, visto que essas reuniões são públicas.

A regionalização buscou estimular a criação de novos espaços de governança local, a fim de possibilitar mais participação local na gestão e planejamento, de modo a atender interesses múltiplos, através dos conselhos e também do poder técnico político, representado pela atuação dos secretários de saúde (FLEURY *et al.*; 2010). Mas essa participação nem sempre tem de ser feita mediante convite ou convocação, mas por interesse dos atores em contribuir com as discussões que envolvem a política de saúde pública local. Além disso, é fundamental que as entidades e indivíduos entendam a importância de se fazerem representados nos debates, envolvendo ações que vão refletir em benefícios para todos, sem ter a inocência de delegar ao outro o dever de contribuir para a efetivação de um direito que é seu. Mas para que essa consciência participativa seja possível, mais uma vez, destaca-se a importância da formação do capital social com qualificação para a participação (FLEURY *et al.*; 2010; RIBEIRO; TANAKA; DENIS; 2017).

Das reuniões do CISMESF, os gestores e o COSEMS responderam participar sempre ou frequentemente. Sete respondentes afirmaram nunca participar das reuniões do consórcio por falta de convite ou por não achar que é um espaço apropriado para a sua participação. Dentre eles estão os conselheiros de saúde e o representante do judiciário. Em tempo, convém destacar a baixa adesão da GRS às reuniões do CISMESF, evidenciada também durante a leitura das atas de reuniões do consórcio. Afora isso, a governança, que se concretiza por meio das reuniões, é essencial para a amplificação e o êxito do consórcio, e deve ser fortalecida por meio dos seus instrumentos legais (estatutos, regimentos, conselhos, assembleias). Essa governança se dá com a participação do

controle social e dos demais atores, os quais compõem as instâncias colegiadas do SUS na microrregião (BRASIL, 1997; SALGADO, 2014; CNM, 2016).

Nessa seção das entrevistas, interessante destacar que o representante do judiciário informou não participar de nenhuma das reuniões abordadas nessa pesquisa, sob a justificativa que sua participação afetaria a neutralidade essencial a sua função. Porém, o judiciário deve contribuir para a ampliação da participação, fortalecendo ou criando instâncias de participação de diversos atores no intuito de conferir legitimidade e efetividade a tomada de decisão (MACHADO, 2008; VENTURA *et al.*; 2010). Ao estimular a participação, o judiciário encurta o acesso da população ao executivo, ampliando a cidadania. Nesse sentido, a governança se destaca enquanto arena aberta à possibilidade de diálogo de diferentes atores que não deve ser ignorada pelo judiciário (VENTURA *et al.*; 2010). O desafio, nesse caso, é dosar adequadamente a sua atuação cuidando para que o excesso de interferências não exceda os princípios éticos e legais. Atuando com equilíbrio de forma a não ser omissa e nem sobrepujar as funções inerentes e legítimas ao poder executivo (BARROSO, 2009; VENTURA *et al.*; 2010).

A participação, por meio das instâncias institucionalizadas como a CIB, COSEMS, CMS e consórcios é fundamental pois permite potencializar a atuação dos sujeitos, fortalecendo aspectos de identidade e apropriação, vista melhorias na efetividade dos serviços prestados à população (FLEURY *et al.* 2010; PAIM, 2012; SANTOS; GIOVANELLA, 2014; RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017). Porém, o que se verifica com o discurso dos atores na microrregião é uma série de dificuldades e barreiras que a maioria enfrenta para participar das reuniões, especialmente os conselheiros municipais. Comprometendo, com isso, a governança em saúde microrregional, pela falta de apoio a participação de maior número e variedade de atores no processo de tomada de decisão (FLEURY *et al.* 2010; PAIM, 2012; SANTOS; GIOVANELLA, 2014; RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017).

Ao investigar o conhecimento dos respondentes sobre as reuniões de governança que envolvem a microrregião, a amostra demonstrou ter conhecimento sobre as reuniões mensais da CIB Micro; conhecimento moderado sobre a frequência das reuniões da CIB Macro, uma vez que a maior parte dos informantes respondeu não ter essa informação; e uma frequência ainda menor de participantes afirmou não ter conhecimento sobre as reuniões mensais da CIT, pois apenas 7 dos 19 participantes responderam corretamente a esta questão.

Sobre as reuniões do CISMESF, a avaliação acerca do conhecimento dos participantes se mostrou bastante desconexa, visto que apenas seis dos respondentes confirmaram saber a frequência das reuniões. Os demais demonstraram muita dúvida e confusão diante da questão, assim, 5 participantes disseram que não sabiam responder, dois participantes preferiram não responder à questão e outros 6 deram respostas equivocadas.

O último Estatuto do CISMESF (2017), define reuniões ordinárias com periodicidade quadrimestral. Porém, o que foi observado na análise da periodicidade nas atas das reuniões do consórcio (Quadro esquemático no Apêndice) é que essa regularidade não tem sido respeitada. Essa situação, juntamente com a falta de informação adequada sobre o funcionamento, o regramento e a relevância das reuniões do CIS, pode levar a um desalinhamento que dificulta a participação e, conseqüentemente, enfraquece o consórcio enquanto instância de governança dentro da microrregião (CISMESF, 2017).

Além da importância de dar ampla divulgação às ações do CISMESF, os discursos até aqui indicam a necessidade de fortalecer a governança no consórcio por meio dos seus estatutos e regimentos (BRASIL, 2007; ROCHA; FARIA, 2004; SALGADO, 2014; CNM, 2016). A análise do conteúdo das atas de reuniões do CISMESF indica ainda uma dificuldade de o consórcio (e seus representantes) classificar suas reuniões enquanto ordinárias ou extraordinárias, por exemplo. Talvez, isso se dê justamente por falta de uma informação mais precisa nos instrumentos norteadores do consórcio.

Também fica evidenciado, pelo registro das reuniões, que algumas gestões do CISMESF privilegiaram as reuniões do consórcio como arena de debate de diversos assuntos importantes para a microrregião, convocando, sempre que necessário, os atores para tratar de assuntos diversos. Outras gestões utilizaram o espaço de reuniões do CIS apenas para eleições ou prestação de contas, revelando que esse espaço pode ter sido, por vezes, negligenciado enquanto espaço de governança local.

A definição mais clara da periodicidade, o respeito ao intervalo entre as reuniões, a abertura para a multiplicidade de atores participantes, a ampla divulgação e o tipo de conteúdo a ser discutido têm um enorme potencial para conferir ao CISMESF maior destaque na governança em saúde microrregional.

Ao serem inquiridos especificamente sobre a participação, as respostas majoritárias dos atores dão conta de que os mesmos se consideram participantes ativos, com contribuições relevantes nas reuniões de governança, de um modo geral. Quando questionados acerca dos interesses defendidos por eles nessas reuniões, a maioria das

respostas aponta que os atores defendem, prioritariamente, os interesses institucionais ou da coletividade. Nenhum dos respondentes disse ter seguido suas convicções pessoais, prioritariamente e poucos disseram defender os interesses das redes ou de temas específicos. A defesa dos interesses pessoais, do setor, das redes e dos movimentos em torno de temas específicos aparecem em segundo e terceiro plano de prioridades dos atores nas reuniões.

Com efeito, como já evidenciado anteriormente por Betim (2019), Lopes (2009) e Granovetter (2007) atores das redes têm diferentes escalas de prioridades que vão desde interesses coletivos e institucionais, até interesses pessoais como oportunidades potenciais, ambição, coalizões políticas, aprovação social, status e poder. Nesse sentido, a atuação da GRS e do judiciário na moderação de situações, estimulando as negociações e o cumprimento das mesmas é importante, uma vez que a inexistência dessa função reguladora pode criar conflitos tão graves que levam a ruptura da rede. Porém, é mister salientar que as relações sociais cordiais entre os atores serão sempre mais viáveis e preferíveis ao uso da autoridade. E que as relações conflituosas são mais incomuns à medida que o grau de confiança entre os sujeitos aumenta (GRANOVETTER, 2007).

Na microrregião de Pirapora, também os múltiplos interesses que envolvem a participação ficaram expressos pelos discursos dos atores. Mas segundo a própria fala dos informantes, os assuntos que envolvem a defesa dos interesses das redes podem estar sendo descuidados pelos atores, enfraquecendo as relações simbióticas e o desenvolvimento do território. Uma vez que a consolidação das redes exige um vínculo de confiança mútua e interesses afins para que as externalidades positivas sejam aprimoradas e as negativas possam ser minimizadas (SPEROTTO, 2003; GRANOVETTER, 2007; BOIX DOMENECH, 2004).

Entre as barreiras descritas pelos entrevistados para que fossem mais assíduos às reuniões de governança regional, destacamos os termos e expressões que mais se repetiam no discurso:

- Dificuldade de conciliar agendas/grande quantidade de reuniões e compromissos institucionais;
- Problemas de financiamento para deslocamentos;
- Pautas extensas de reuniões;
- Dificuldade com barreiras geográficas (distância, estrada não pavimentadas, necessidade de travessia de balsa);
- Não são convidados; falta comunicação e informação;

Sobre essa questão, apenas três dos respondentes afirmaram não ter dificuldades para serem assíduos às reuniões: que são, mais uma vez: o gestor do município pólo de micro, o representante da GRS e do COSEMS. Quando questionados sobre as barreiras para que a participação fosse mais ativa, os indivíduos utilizaram em seu discurso algumas expressões que já condizem com a dificuldade de assiduidade e acrescentaram expressões como: falta de conhecimento prévio do assunto, carência de momentos de escuta dos gestores; necessidade de construção ascendente de prioridades; excesso de compromissos locais/municipais; baixo reconhecimento a importância da participação dos conselheiros de saúde. Aqui se destaca, mais uma vez, a qualificação dos atores para a participação, além da abertura ao diálogo, ao envolvimento e a manifestações diversas e igualmente relevantes (FLEURY *et al.* 2010; PAIM, 2012; SANTOS; GIOVANELLA, 2014; RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017).

Ao serem inquiridos sobre o papel e a importância do CISMESF, a maioria dos entrevistados demonstrou ter conhecimento sobre o tema. Reconhecendo que o município utiliza diversos serviços do consórcio. Destaque para a fala dos atores no que Ortega (2008) classifica como uma política *top down*, quando as ações e discussões para o desenvolvimento local são orientadas de cima para baixo. O desejo expresso no discurso dos atores é justamente o contrário: “a construção ascendente de prioridades” R6.

Dentre as respostas mais mencionadas, que comprovam que a maior parte dos participantes da entrevista conhecem o papel e os serviços do CISMESF, estão: consultas médicas e exames especializados, procedimentos, transporte, exames de alta complexidade, laboratórios e ultrassonografias.

Confirmando que os atores conhecem e reconhecem a importância do CISMESF para a Microrregião, as expressões que se destacaram em suas respostas quando questionados sobre a função do consórcio foram:

- Atendimento aos municípios da região;
- Atender com urgência as especialidades;
- Ampliar o leque de serviços ofertados;
- Ofertar procedimentos a um valor mais acessível;
- Atuar de forma complementar aos serviços de saúde;
- Favorecer o acesso a complexidades ou especialidades;
- Diminuir a burocracia;
- Funciona como instrumento de articulação entre os sistemas;

- Auxiliar na busca por soluções;
- Favorecer a integração entre os municípios;
- Sanar as demandas prioritárias;
- Promover reuniões, discussões e definição de novas demandas.

De fato, as respostas demonstram que os sujeitos reconhecem no CISMESF uma parceria para superação das dificuldades de garantia de acesso aos serviços de saúde, principalmente para municípios menores. Abrindo para o consórcio a possibilidade de ser um ente da rede com protagonismo na consolidação efetiva da gestão regionalizada (SILVA; CARVALHO; CODORNI JÚNIOR, 2017; LOYOLA JÚNIOR, 2013; NICOLETTO; CODORNI JÚNIOR; COSTA, 2005).

Porém, apesar de conhecer e aprovar a atuação do CISMESF na micro, apenas 52% da amostra afirmou participar das instâncias de pactuação e negociação do consórcio. Para os atores, essa interação com o CIS pode acontecer através de reuniões; discussão sobre os recursos, demandas e fluxos; através dos conselhos técnico e fiscal do CIS; ou quando o consórcio apresenta pauta em outras reuniões externas.

De fato, mais uma vez, a fragilidade da governança no CISMESF se manifesta. Pois não se concretiza por meio da participação nas reuniões (controle social e dos demais atores) e nem se fortalece através de instrumentos normativos (BRASIL, 1997; SALGADO, 2014; CNM, 2016). Para ampliar ou potencializar a sua participação no CISMESF, os respondentes usaram como sugestão: criar mais diálogo com os gestores municipais; aumentar a liberdade dos atores nas negociações, discussões e pactuações; estabelecer uma agenda mensal de reuniões; eleger membros titulares de diversas instâncias e entidades; promover mais divulgação do CIS para os conselhos de saúde; adquirir mais conhecimento; tornar o consórcio multifinalitário, ampliar o convite e a divulgação das reuniões.

Dentre as barreiras apontadas pelos atores para a participação no CISMESF, destacamos as respostas:

- “Apenas a gestora é convidada.” R1
- “Não tenho conhecimento suficiente para participar.” R3

As respostas em destaque reforçam o discurso prevalente no retorno às perguntas anteriores de que os indivíduos esperam do CISMESF uma ampliação e diversificação da participação dos diferentes atores da rede, através da divulgação, do reforço nos convites

e do incentivo a cooperação de todos para o fortalecimento da instituição. Além disso, revelam que o acionamento da participação requer a capacitação dos atores para uma contribuição ativa que só é possível mediante o preparo, a instrução e o conhecimento (FLEURY *et al.*, 2010; RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017). Corroborando, Santos; Giovanella (2014), enfatizam a importância da formação do capital social dentro da proposta de governança regional como uma das principais ferramentas para obter os impactos positivos que se espera na regionalização da saúde pública no país.

A literatura tem destacado a importância da divulgação ampla das atividades do consórcio, devido ao seu interesse público (BRASIL, 1997; ROCHA; FARIA, 2004; SALGADO; 2014). Mas o discurso sinaliza para uma necessidade de melhorar o acesso e a divulgação das informações do CISMESF para a comunidade.

Uma das sessões da entrevista visava estimular os respondentes a dar sugestões para melhorar a atuação do CISMESF na microrregião. Para essa questão, destacamos as seguintes categorias de resposta mais reproduzidas nos discursos:

- Evitar a interrupção dos atendimentos com planejamento prévio e mais organização interna;
- Aumentar a frequência das reuniões;
- Estimular e criar instâncias de participação dos conselheiros municipais de saúde;
- Usar as reuniões para discutir problemas e soluções conjuntas;
- Melhorar o atendimento, a divulgação e as discussões dentro dos municípios menores;
- Melhorar a dinâmica de interação com os gestores;
- Melhorar a frota disponível para os municípios;
- Manter prestação de contas regular;
- Ofertar mais procedimentos;
- Melhorar a sinergia com os serviços de saúde.

A pandemia da COVID-19, transmitida pelo Coronavírus 2 (SARS-CoV-2), iniciada na China no final de 2019, levou a OMS a declarar emergência em saúde pública de importância internacional (ESPII). Apontada como o maior desafio sanitário do mundo no último século, também pode se configurar como um divisor de águas para o CISMESF (DE SOUZA OLIVEIRA, DE MORAIS, 2020; GARCIA; DUARTE, 2020; LIMA *et al.*;

2020; BARRETO, 2020; FREITAS; NAPIMOGA; DONALISIO, 2020; CRODA; GARCIA, 2020; CABRAL *et al.*; 2020; MACIEL *et al.*; 2020).

Para a saúde pública, tem se mostrado um desafio sem precedentes, com consequências em diversas outras áreas. A falta de informações mais precisas sobre a doença, sua evolução e formas eficazes de tratamento, prevenção e controle acrescentam dificuldades à gestão da saúde. No Brasil, esse nível de tribulações ainda está crescendo a outros diversos problemas estruturais anteriores que impõe às autoridades a busca por soluções inovadoras e dinâmicas (GARCIA; DUARTE, 2020; BARRETO, 2020; FREITAS; NAPIMOGA; DONALISIO, 2020; JACKSON FILHO *et al.*; 2020; CABRAL *et al.*; 2020; MACIEL *et al.*; 2020).

Os municípios, encontram diversas barreiras para gerir o sistema público de saúde face ao cenário pandêmico. As barreiras vão desde a aquisição de equipamentos médico hospitalares, medicamentos, equipamentos de proteção individual até a contratação de mão de obra especializada para atuar no atendimento aos pacientes (CABRAL *et al.*; 2020; MACIEL *et al.*; 2020). Aliada a essa situação caótica está a dificuldade de os municípios estabelecerem planejamentos integrados e cooperativos. Nesse cenário cheio de desafios, o consórcio tem a oportunidade de se organizar para atender as dificuldades dos municípios e se estabelecer como ente estratégico fundamental sem o qual a rede de saúde está seriamente comprometida.

Por outro lado, os desafios já apontados pelos atores anteriormente, na pandemia, podem se fixar como barreiras intransponíveis que vai limitar a ação tão fundamental do consórcio, nesse contexto caótico da saúde. A expectativa e as necessidades dos gestores são enormes. Saber escutar os atores e se organizar para ser o principal suporte da gestão nesse momento requer maturidade, compromisso, dedicação, empenho, desprendimento, inovação, criatividade e organização do CISMESF. Mas essa pode ser uma grande oportunidade de o consórcio demonstrar seu potencial e sua força.

Os informantes também foram estimulados a sugerir formas de aprimorar a governança na região. Para essa questão, as principais expressões que se repetiram nos discursos foram:

- Articular melhor o trabalho entre os municípios para fortalecer a microrregião;
- Aumentar o poder decisório do CMS;
- Envolver mais o CMS e os coordenadores nas esferas de governança;
- Fortalecer o PDR e agregar mais municípios a rede;

- Promover a cooperação mútua para o desenvolvimento regional;
- Dar mais dinamismo às reuniões;
- Dar “voz” aos gestores;
- Fomentar a articulação e cooperação intersetorial;
- Melhorar a comunicação;
- Aprimorar a gestão participativa;
- Capacitar os atores;
- Aperfeiçoar o diálogo entre os entes da rede;
- Ativar a participação e a solidariedade entre os gestores;
- Investir e valorizar mais os espaços de participação.

De fato, os discursos apresentados até aqui sinalizam uma certa dificuldade da rede em consolidar a governança como maneira de fortalecer a regionalização da saúde. Os desafios são muitos, mas a percepção dos atores demonstra certo grau de entendimento, capaz de ser o gatilho para as transformações que são fundamentais para o fortalecimento e desenvolvimento territorial.

Em territórios formados por municípios de pequeno e médio porte, a redução das externalidades negativas e a ativação das positivas se relaciona, intimamente, à capacidade de governança. Além disso, a compreensão das externalidades, demonstradas pelos indivíduos nessa seção, é fundamental para a elaboração de políticas públicas de desenvolvimento local, de modo a minimizar externalidades negativas e desenvolver potencialidades positivas (SPEROTTO, 2003).

Fleury *et al.* 2010, demonstrou que o processo de regionalização fomentou novos espaços de governança local, permitindo que os atores locais pudessem ter mais participação na gestão e planejamento, conferindo maior capilaridade e representatividade de interesses múltiplos. De fato, a capacidade de interação dos atores exerce forte papel sobre o desenvolvimento do território, uma vez que a redução de externalidades negativas e ativação de externalidades positivas está intimamente relacionada à capacidade de governança, especialmente nos arranjos localizados em territórios similares a Micro Pirapora. Por isso as microrregiões tendem a vincular diversas lideranças de modo a estabelecer numerosos e estreitos relacionamentos (LOPES, 2009; BOIX DOMENECH, 2004).

Por tudo isso, é fundamental para o desenvolvimento do território valorizar o CISMESF enquanto ambiente de cooperação, qualificando a participação na esfera

regional para a formulação de objetivos que resultam em políticas públicas adequadas à realidade local (FLEURY *et al.* 2010; SANTOS; GIOVANELLA, 2014 RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017).

5.3 Análise comparativa entre consórcios e arranjos equivalentes

A proposta desse estudo também foi descrever a rede de saúde na microrregião de Pirapora. Essa seção do trabalho se mostrou importante pois, entender as especificidades e necessidades de saúde de um determinado território é fundamental para o planejamento adequado de ações e políticas de saúde públicas as quais possam superar as disparidades regionais (KUSCHINIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2010; SILVA, 2011).

De acordo com os dados da Sala de Situação em Saúde do Estado de Minas Gerais (2019), confirmados através do CNES (2019), a rede de saúde na microrregião de Pirapora está ilustrada na tabela 3 abaixo:

Tabela 3 - Comparativo entre os equipamentos disponíveis nas redes de atenção dos municípios da microrregião de Pirapora, em Montes Claros e em Belo Horizonte no ano de 2019.

INDICADOR/ PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE	PIRAPORA	VÁRZEA DA PALMA	BURITIZZEIRO	IBIAÍ	PONTO CHIQUE	LASSANCE	SANTA FÉ DE MINAS	MICRO PIRAPORA	MICRO VESPASIANO	MICRO BOM DESPACHO	MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS	MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE
Número de UBS	14	9	8	4	1	4	3	43	70	36	92	164
Número de equipes de Saúde Bucal	6	10	7	3	1	3	2	32	32	33	104	291
Academia da Saúde	1	0	0	2	0	1	0	4	6	3	2	78
NASF	1	2	1	1	0	0	1	6	8	8	1	95
Hospital SUS	1	1	1	0	0	0	0	3	4	4	7	32
Unidade de Farmácia Integrada	1	5	1	1	0	0	0	8	5	21	6	10
Serviço de atenção domiciliar	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	5	32
Base do SAMU	2	1	0	1	0	0	0	4	0	7	7	29
Centro de Especialidades	47	9	0	0	0	0	0	56	32	25	222	1.782
Posto de Saúde/Pronto atendimento	0	1	6	3	1	4	0	15	7	8	1	11
Vigilância em Saúde	1	1	1	1	0	1	0	5	9	7	3	2
Leito UTI/CTI	10	0	0	0	0	0	0	10	0	0	115	1.232
Leito UTI Neonatal	8	0	0	0	0	0	0	8	1	0	28	270
CAPS	2	2	1	0	0	0	0	5	8	2	3	15
TOTAL	104	45	27	16	3	12	6	200	184	154	643	4579

Fonte: Adaptado de Sala de Situação em Saúde dos Municípios do Estado de Minas Gerais (2019) e CNES (2019).

A rede de saúde da microrregião de Pirapora foi classificada conforme Boix Domenech (2004) como hierárquica, uma vez que uma cidade, no caso Pirapora tem um lugar central; as relações entre cidades são assimétricas pois cada uma tem papéis e tipos

de interesses diferentes dentro da rede; e o sistema territorial está em equilíbrio devido ao PDR.

A conformação e a permanência da rede de saúde da microrregião de Pirapora além do PDR pode ter considerado fatores como: a dependência dos recursos; a necessidade de alianças estratégicas; a oferta de mais serviços por um preço menor (SPEROTTO, 2003; GRANOVETTER, 2007; LOPES 2009; BOIX DOMENECH, 2004 (HERSCOVICI, 2012, BETIM, 2019).

As redes regionais de saúde são importantes, particularmente, para os municípios de pequeno e médio porte, ao possibilitar reforçar vantagens que não poderiam ser alcançadas separadamente, como por exemplo: maior contato com os fornecedores (prestadores); melhor troca com instituições tecnológicas (Universidades e pesquisas); e o acesso a rede de informações (GRANOVETTER, 2007; SPEROTTO, 2003). Os dados ilustram alguns dos pontos de atenção disponíveis na microrregião por município e os compara a rede de saúde disponível no polo da macrorregião de saúde (Montes Claros) e em Belo Horizonte, a capital do estado. Desse modo, vemos que quantitativamente, a microrregião de Pirapora tem a sua disposição um número bem menor de equipamentos ou pontos de atenção à saúde que Montes Claros e Belo Horizonte, o que acrescenta ainda mais importância ao CISMESF.

Embora tenha maior quantidade geral de serviços de saúde, em comparação com outras duas microrregiões de Minas com igual número de municípios (Vespasiano e Bom Despacho), a microrregião de Pirapora continua com menor número absoluto de alguns equipamentos como UBS, NASF, hospitais, atenção domiciliar, SAMU. Mas tem maior quantidade de pontos de atenção do tipo leitos de UTI e UTI Neonatal, centro de especialidades e postos de saúde ou pronto atendimentos.

Os pontos de atenção como os descritos nesta seção, são componentes fundamentais das redes de atenção à saúde regionais ao possibilitarem a atenção contínua e integral à saúde da população. Por isso, são elementos basilares para a constituição de uma rede resolutiva. Pode-se depreender que quanto mais ampla e complexa for a rede de saúde de um território, mais resolutiva ela será (KUSCHINIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2010; SILVA, 2011). Porém, a distribuição espacial desigual dos serviços, questões de insuficiência de escala, escassez de recursos (financeiros, humanos e materiais) comprometem o alcance da atenção integral (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Nesse ponto, a microrregião Pirapora parece estar com a capacidade reduzida em relação a outras microrregiões semelhantes, considerando alguns pontos de atenção, e ao polo macro e a Belo Horizonte considerando todo o conjunto de equipamentos de sua rede, tornando o CISMESF ainda mais necessário para fortalecer a saúde na microrregional. Pois, justamente em municípios menores, a atuação dos consórcios pode se configurar como instrumento essencial, a fim de atingir a integralidade da assistência e o acesso à saúde (BRASIL, 1997; RIBEIRO; COSTA, 1999; SILVA; CARVALHO; CODORNI JÚNIOR, 2017; LOYOLA JÚNIOR, 2013; SALGADO, 2014; CHAEBO; GUERRA; PINTO; ALFINITO, 2015; MINAS GERAIS, 2015; CNM, 2016; ROCHA; FARIA, 2004; NICOLETTO; CODORNI JÚNIOR; COSTA, 2005).

Essa disparidade da microrregião Pirapora em relação às microrregiões de Vespasiano e Bom Despacho, com número absoluto menor de alguns equipamentos e maior de outros, pode estar relacionada a uma herança ou prevalência do modelo de atenção à saúde focado no médico, na atenção hospitalar e na doença em detrimento das ações de saúde coletiva, preventiva, com foco na atenção primária (MENDES, 2010; SILVA, 2011). Também devido ao fato de os centros médios abrangerem externalidades positivas relacionadas a menor distância, a variedade de oportunidades ao acesso facilitado se tornam mais atraentes tanto para profissionais quanto para empresas prestadoras de serviços médicos (LOPES, 2009; MENDES, 2010; SILVA, 2011).

Perfis territoriais determinam condições de acesso. Essa afirmação pode estar relacionada à maior disponibilidade de leitos de UTI e UTI Neonatal na microrregião Pirapora ser devida a maior distância geográfica do pólo macrorregional, comparativamente a distância de Vespasiano e Bom Despacho a Belo Horizonte e Divinópolis, respectivamente, onde estão acessíveis esses serviços. Obrigando, assim, o poder público a dispor dessa tipologia de atendimento em outros pontos da macro para facilitar o acesso (MENDES, 2010).

- Distância entre Pirapora e Montes Claros – 171,1 km;
- Distância entre Vespasiano e Belo Horizonte – 29 km;
- Distância entre Bom Despacho e Divinópolis – 83,2 km.

O quantitativo de profissionais cadastrados no SUS também foi uma variável analisada na microrregião de Pirapora, em comparação com Montes Claros, Belo Horizonte e as outras duas microrregiões: Vespasiano e Bom Despacho.

Para essa variável, confrontando apenas os dados das três microrregiões (disponíveis para consulta nos apêndices), percebe-se que para todas as categorias profissionais e todas as especialidades médicas, a microrregião de Vespasiano tem o maior quantitativo, seguido pela micro de Bom Despacho, enquanto a microrregião de saúde de Pirapora tem o menor quantitativo entre as três microrregiões em todas as categorias analisadas. Esse fato pode ser atribuído à proximidade das microrregiões de Vespasiano e Bom Despacho da capital do estado de Minas Gerais, sendo que Vespasiano faz parte da mesma macrorregião de Belo Horizonte e Bom Despacho pertence à macro vizinha. Para ilustrar, as distâncias médias entre Belo Horizonte e o município polo de microrregiões são as seguintes:

- Belo Horizonte a Vespasiano (Macro Centro) - 29 km;
- Belo Horizonte a Bom Despacho (Macro Oeste) – 163 km;
- Belo Horizonte a Pirapora (Macro Norte) – 346,8 km.

A localização da microrregião tende a tornar o território mais atrativo aos profissionais que, em sua maioria, preferem permanecer próximos aos grandes centros. Também os centros médios, por contemplarem externalidades positivas de proximidade, variedade e acessibilidade, tornam-se mais atraentes para profissionais especializados. Como vemos acontecer na microrregião de Pirapora, a consolidação das RAS encontra barreiras na disponibilidade de profissionais, especialmente médicos, por ser uma região mais distante (LOPES, 2009; MENDES, 2010; SILVA, 2011). Os resultados ilustram que, de fato, o fator proximidade pode ser uma externalidade positiva que atrai investimentos, possibilitando ganhos em escala, organização da rede e maior integração (SPEROTTO, 2003; LOPES, 2009; BOIX DOMENECH, 2004).

O que os dados também ilustram é que os municípios menores, sofrem com o desprovimento de infraestrutura física adequada, pouco acesso à novas tecnologias, além da baixa disponibilidade de profissionais, conforme já descrito por Loyola Júnior (2013).

Por outro lado, a debilidade do poder público em operacionalizar um sistema de saúde integrado, regionalizado, descentralizado, resolutivo e equitativo requer, especialmente nas microrregiões e macrorregiões do interior, onde os municípios encontram maior dificuldade em dispor de serviços e mão de obra especializada, novas estratégias de acesso, como é o caso dos consórcios. A inovação tecnológica tem tornado as micro menos dependentes das proximidades geográficas. Contudo, o fator distância ainda influencia fortemente (LOPES, 2019).

A tríade Marshalliana defende que a disponibilidade de mão de obra especializada; alinhamento tecnológico e troca de experiências; e a oferta de fornecedores para atender as demandas, interfere no fator distância geográfica, fazendo com que os grandes centros possam potencializar externalidades positivas e gerar desenvolvimento local. Da mesma maneira, o nível de desenvolvimento local atrai essas externalidades positivas, gerando ainda mais desenvolvimento. Ou seja, a conformação territorial está relacionada, fortemente, com as melhores oportunidades de desenvolvimento das redes regionais (BETIM, 2019; SPEROTTO, 2003; BOIX DOMENECH, 2004).

A descentralização, da forma como foi operacionalizada no Brasil, acrescentou dificuldades principalmente aos municípios de pequeno porte. Pois o forte apelo descentralizador não foi acompanhado pela transferência de recursos adequados ao financiamento nos territórios. De modo que na política de saúde, os municípios se tornaram os principais responsáveis pela oferta dos serviços, sem o devido financiamento e apoio institucional. Em consequência disso, os municípios pequenos são os que mais carecem de recursos e, portanto, são os que mais dependem dos consórcios (ORTEGA, 2008; LOYOLA JÚNIOR, 2013).

Já a regionalização, explicitada na NOAS-SUS 2001 e 2002 foi implementada como metodologia para o alcance da equidade e fortalecimento da gestão do SUS (BRASIL, 2001). Visando ampliar o acesso e diminuir as desigualdades, através da distribuição mais equitativa de recursos e acesso da população à saúde e qualidade com menor custo, falhou na política de assimilação de recursos, na melhor distribuição geográfica dos estabelecimentos de saúde, e no incentivo à interiorização dos recursos humanos (GUIMARÃES, 2005).

Corroborando, assim como em Santos e Giovanella (2014), na microrregião de Pirapora a eficiência da regionalização esbarra em obstáculos como a consolidação da governança regional; a fragilidade da política de gestão do trabalho, que gera escassez de mão de obra especializada; dificuldades relacionadas à oferta de serviços além de interesses diversos que formam barreiras à cooperação e integração regionais, reforçando a necessidade de alternativas como o CISMESF, por exemplo.

5.4 Produção CISMESF e externalidades de rede

Os consórcios intermunicipais de saúde têm destacada aptidão para ampliação da oferta de procedimentos médico-hospitalares de média complexidade, imprescindíveis à garantia da integralidade do atendimento, especialmente para os municípios menores

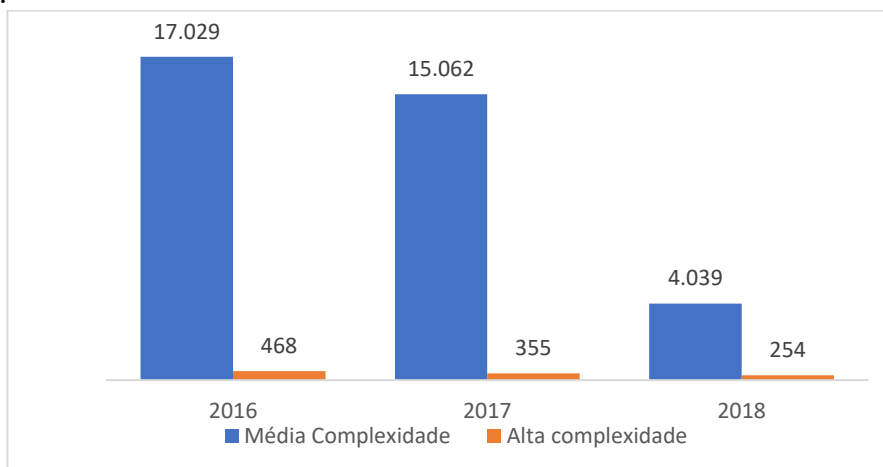
(RIBEIRO; COSTA, 1999; BASTOS, 2002; LIMA, 2000; MINAS GERAIS, 2016; COSTA; 2019).

Dada a importância de divulgar amplamente as ações do consórcio e para entender como se desenha essa dinâmica entre o CISMESF e os municípios da microrregião de Pirapora, foram coletados os dados referentes a todos os procedimentos realizados, via CIS (consultas, exames, terapias e demais procedimentos médicos), por município e por ano.

Cada um dos procedimentos solicitados pelos municípios da microrregião de Pirapora, e realizados através do CISMESF, posteriormente deram origem a um relatório com dados anuais, contendo o nome do procedimento e o valor pago pelo município. Esses dados foram gerados através dos sistemas de informação próprios do consórcio e alimentados pelos municípios solicitantes entre os anos de 2016 e 2018. E, posteriormente classificados segundo o grau de complexidade de acordo com a tabela SIGTAP/2019.

De posse desses dados, pôde-se confirmar que todos os sete municípios da microrregião de Pirapora utilizaram, majoritariamente, o consórcio para obter acesso a serviços de média complexidade, corroborando com o que diversos autores que apontam sobre o papel dos CIS como suporte aos municípios na efetivação da média complexidade (RIBEIRO; COSTA, 1999; BASTOS, 2002; LIMA, 2000; MINAS GERAIS, 2016; COSTA; 2019).

Figura 1: Nível de complexidade dos atendimentos realizados via CISMESF entre 2016 e 2018.



Fonte: Consolidado relatórios de produção CISMESF 2016, 2017 e 2018.

Nesse sentido, pode-se considerar que o CISMESF cumpre seu papel enquanto apoio aos municípios para disponibilização de serviços de média complexidade com a

oferta de procedimentos, exames e consultas especializadas, aumentando sua resolubilidade. Há de se observar que os procedimentos de média complexidade representam um custo médio 3,5 vezes menor que os procedimentos de alta complexidade, o que já é esperado devido ao grau especialização técnica, de recursos tecnológicos e materiais necessários à realização dos procedimentos de maior complexidade (MENDES, 2010). Além disso, o consórcio pode contribuir para a consolidação da regionalização frente a debilidade no empenho do Estado, na proposição de soluções para os problemas relacionados à atenção secundária e terciária ((RIBEIRO; COSTA, 1999; BASTOS, 2002; LIMA, 2000; MINAS GERAIS, 2016; COSTA; 2019).

Os resultados assinalam que a utilização de procedimentos classificados como de baixa complexidade quase não aparece no rol de produção do CISMESF nos três anos analisados, indicando que os municípios da microrregião, aparentemente cumprem seu papel na rede ao garantir a assistência à saúde em nível primário aos seus munícipes, sendo essa uma função que segundo a literatura não está no elenco de responsabilidades do consórcio. (BRASIL, 1997).

A análise dos mesmos dados aponta não haver correlação entre número e o custo médio unitário de procedimentos e a quantidade de atendimentos, o que sugere, em um primeiro momento, não haver economias de escala. Embora, quando associada a outras externalidades, esse tipo de economia contribua para a consolidação e a permanência dos entes em rede, esse fator não parece ser preponderante na microrregião Pirapora (SPEROTTO, 2003).

Importante destacar que devido à transição da natureza jurídica do CISMESF em 2018, e em decorrência das adaptações necessárias para regularização dos contratos com os prestadores de serviços, a produção naquele ano caiu consideravelmente em relação aos anos analisados.

A tabela 3, abaixo, indica que, possivelmente os municípios de maior porte conseguem uma diminuição mais significativa nos custos médios unitários de procedimentos no CISMESF, provavelmente essa diminuição está relacionada a uma maior resolutividade dos serviços municipais. Embora tal dado aponte para posse de recursos como uma variável importante na diminuição de custo, verifica-se que Pirapora, município com maior quantidade de mão de obra especializada e recursos físicos (ver apêndice 5), não é, necessariamente, o município com menor custo médio unitário. Esse fato pode estar relacionado a estrutura da rede de saúde em Pirapora que, por ser mais complexa e contemplar mais serviços, espera ser mais resolutiva, movendo o município

a utilizar no consórcio, majoritariamente, os serviços mais complexos e mais caros, cuja rede própria não absorve.

Tabela 3: Valores gastos por município per capita e por custo médio

Cidade	População (Número de habitantes)	Número de procedimentos realizados per capita	Custo Médio Unitário (R\$)
Santa Fé de Minas	3.949,33	0,06	90,84
Ponto Chique	4.244,00	0,24	79,92
Lassance	6.616,33	0,08	77,24
Pirapora	56.462,67	0,04	69,99
Várzea da Palma	39.046,33	0,06	67,26
Buritizeiro	28.191,33	0,18	65,03
Ibiaí	8.369,33	0,07	63,02

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos relatórios de produção CISMESF 2016, 2017 e 2018.

O financiamento dos municípios ao CISMESF ocorre de três formas. A primeira delas é contrato de rateio, que é um valor fixo, previamente determinado através da base populacional dos municípios. Os demais são os contratos de procedimentos médicos, e o contrato do transporte sanitário, nos quais embora tenham um valor contratual, os municípios pagam apenas por aquilo que consomem, conforme apontado na tabela 4 (BRASIL, 1997; MACHADO 2013; SALGADO 2014; CNM 2016).

Tabela 4 - Demonstrativo detalhado dos valores investidos no CISMESF por município.

Município/Ano	PROCEDIMENTOS			SETS		RATEIO
	Valor Gasto	Média de Gasto mensal	Valor do contrato	Média de gasto mensal	Valor do contrato	Valor fixo do contrato de rateio
BURITIZEIRO						
2016	R\$ 492.299,00					
2017	R\$ 469.587,08	R\$ 15.326,60	R\$ 25.000,00	R\$ 17.448,59	R\$ 17.446,86	R\$ 6.321,54
2018	R\$ 82.170,51					
IBIAÍ						
2016	R\$ 47.204,00					
2017	R\$ 67.416,00	R\$ 3.655,60	R\$ 12.000,00	<i>SAIU EM DEZEMBRO DE 2018</i>		R\$ 2.809,57
2018	R\$ 16.981,72					

LASSANCE						
2016	R\$ 50.867,55					
2017	R\$ 54.514,96	R\$ 4.340,28	R\$ 10.000,00	R\$ 10.548,52	R\$ 29.494,30	R\$ 2.809,57
2018	R\$ 44.544,14					
PIRAPORA						
2016	R\$ 320.895,00					
2017	R\$ 187.099,50	R\$ 15.645,68	R\$ 16.666,00	R\$ 29.770,00	R\$ 40.510,16	R\$ 10.009,11
2018	R\$ 55.250,00					
PONTO CHIQUE						
2016	R\$ 101.009,00					
2017	R\$ 125.941,12	R\$ 7.776,43	R\$ 20.000,00	<i>SAIU EM AGOSTO DE 2019</i>		R\$ 2.809,57
2018	R\$ 53.001,27					
SANTA FÉ DE MINAS						
2016	R\$ 72.096,60					
2017	R\$ 49.998,00	R\$ 3.736,09	R\$ 25.000,00	R\$ 6.276,66	R\$ 13.319,28	R\$ 2.809,57
2018	R\$ 12.404,75					
VÁRZEA DA PALMA						
2016	R\$ 232.295,23					
2017	R\$ 214.858,00	R\$ 13.201,31	R\$ 12.500,00	<i>SAIU EM JULHO DE 2018</i>		R\$ 7.550,73
2018	R\$ 28.094,09					

Fonte: Dados do CISMESF adaptados pela autora.

O exposto na tabela 4 ilustra que todos os municípios da microrregião, com exceção de Várzea da Palma, mantêm a média de gastos em procedimentos dentro do limite do valor do contrato. Nesse sentido, fica destacada a importância da regulação do acesso e dos fluxos como um dos componentes essenciais para o fortalecimento das redes de saúde (MENDES, 2010).

Pirapora tem o maior valor de contrato de rateio por ser mais populoso, porém é importante destacar que embora a população de Buritizeiro e Várzea da Palma seja consideravelmente menor que a população de Pirapora, os gastos com procedimentos e o custo médio per capita estão bem próximos aos valores investidos pelo município polo. Mais uma vez, esse fato pode estar relacionado a estrutura e a resolutividade da rede de

saúde de cada município, fazendo com que os mesmos sejam mais dependentes do consórcio quanto menor for a estrutura e a resolutividade de sua rede própria.

Nesse cenário é fundamental a reflexão sobre as vantagens e desvantagens dos municípios, especialmente do município polo, que investe mais e talvez dependa menos do CISMESF para o planejamento e a execução de ações que contemplem a expectativa interna do município e da rede (SPEROTTO, 2003; GRANOVETTER, 2007; LOPES 2009; BOIX DOMENECH, 2004; HERSCOVICI, 2012; BETIM, 2019). Os benefícios que reforçam a importância do consorciamento estão relacionados às negociações complexas que possibilitam a resolução de conflitos, a captação de parceria e a criação de oportunidades e coalisões, por exemplo.

Dentre as vantagens que o município de Pirapora pôde angariar ao permanecer consorciado está a manutenção de uma posição influente por organizar, sediar e gerir a maior parte dos equipamentos de saúde, conseguindo, com isso, ter mais governabilidade sobre as externalidades das redes. Por outro lado, os outros municípios menores obtêm vantagem ao terem acesso aos mesmos serviços que os demais, com a menor quantidade de recursos investidos (HERSCOVICI, 2012; LOPES 2009). Notadamente, estar consorciado ao CISMESF é vantajoso para alguns municípios em uma medida, e para outros em outra medida. É importante para os gestores ter ciência dos seus benefícios individuais para poder explorá-los melhor (GRANOVETTER, 2007; SPEROTTO, 2003).

Sobre o SETS, interessante ressaltar que ele deixou de ser vantajoso para três dos sete municípios da microrregião que extinguiram o contrato com esse serviço em 2018 e 2019. Os demais, que ainda permanecem utilizando o transporte, mantêm os gastos dentro do limite contratual, com exceção de Buritizeiro.

A análise feita até aqui sugere que os benefícios do consórcio são diferentes para o município polo, para os municípios menores e os intermediários. De forma que para os pequenos, o acesso ao serviço despendendo pouco recurso parece ser o principal benefício em permanecer no consórcio. Para os grandes, a participação no CIS pode agregar: oportunidades e diminuição de custos médios unitários pela combinação de recursos, economias de escopo advindo das externalidades de rede, melhora da organização e fortalecimento da rede e a integração entre os agentes. Além disso, estar fora da rede pode prejudicar o município, devido ao grande volume de oportunidades perdidas (SPEROTTO, 2003; LOPES, 2009; BOIX DOMENECH, 2004).

Na microrregião de Pirapora, nenhum dos municípios possui estrutura de serviços, governança e redes que os possibilitem caminhar sozinhos. Até o momento, a

interdependência obriga à adesão ao consórcio, mas a reflexão do papel do CISMESF na rede pode potencializar a sua atuação microrregional e de apoio aos municípios de forma a cumprir as expectativas dos atores e fortalecer o desenvolvimento da microrregião.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo discutir a governança regional da saúde pública, tomando como ilustração o caso dos consórcios intermunicipais, mais especificamente o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco. Esses arranjos, fruto das restrições impostas pelas políticas públicas nacionais e da articulação construída no tempo no espaço-território têm se tornado estruturas regionais de governança e visibilização de estratégias de acesso integral, universal e gratuito à população regional. As relações de cooperação e conflito foram objeto principal da análise apresentada.

A análise da trajetória histórica da saúde no Brasil, se revelou importante ao apresentar a construção do sistema como uma rede complexa, multinível e policêntrica, dotada de uma dinâmica singular, na qual a descentralização e a regionalização são partes do seu processo de construção e organização. Ao aprofundar as análises dos textos bases, esclarecemos que a descentralização e regionalização são diretrizes complementares da configuração do SUS sendo que a regionalização (movimento político territorial) é tida como macroestratégia para o aprimoramento da descentralização (movimento político-administrativo).

Além disso, a revisão apresentada no capítulo inicial da presente dissertação mostrou que o SUS traz em sua estrutura fundamental a ênfase e valorização dos espaços e instrumentos de democratização e de compartilhamento decisório da sua gestão.

A operacionalização das políticas públicas de saúde mostra-se, assim como em outros setores, condicionada às relações sociais, econômicas e políticas que se desenvolvem no âmbito regional. A noção de território ajuda a compreender a construção desses arranjos, que nem sempre obedecem ao recorte político-administrativo dos municípios. Tudo isso, exige da gestão do SUS a criação de novas alternativas e o fortalecimento da concepção territorial a fim de possibilitar o desenvolvimento de ações integradas e superar tais obstáculos.

Nessa perspectiva, acresce a importância da análise da categoria território para a gestão da saúde, que nas discussões realizadas neste trabalho demonstraram que o conceito de território vai além do espaço físico, mas permeia o conceito de identidade, pertencimento, rede social sendo um produto da ação dos atores e das relações de poder no espaço socialmente organizado.

Ao fim da revisão histórica da saúde pública, entendemos a que descentralização do sistema de saúde esteve vinculada a um processo mais amplo de transição política e

de reconfiguração da Federação Brasileira e que a ascensão da rede regionalizada e hierarquizada do SUS foi reforçada pela Constituição Federal de 1988 (CF/88) e demais marcos legais e regulatórios posteriores.

Apesar do forte apelo descentralizador presente da CF/88 a fim de se impulsionar políticas de desenvolvimento regional com enfoque territorial, nota-se que as transferências de responsabilidades não foram acompanhadas de transferência de recursos financeiros adequados à execução das novas responsabilidades assumidas, permanecendo uma distribuição desigual do financiamento nos territórios. Por isso, os municípios, especialmente os de pequeno porte, sofrem até hoje com a escassez de recursos materiais e financeiros, falta de infraestrutura física adequada, dificuldade de acesso a novas tecnologias, além da pouca oferta de profissionais especializados.

Essa forma de regionalização praticada na saúde pública nacional exigiu dos gestores do SUS a habilidade maior para o compartilhamento intermunicipal responsável e aberto ao debate de forma a diminuir a fragmentação do sistema de saúde e torná-lo mais efetivo. Então, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgiram como alternativa para os problemas advindos da descentralização como ocorreu no Brasil, com ênfase na maior flexibilização, integração e interdependência organizacional. Nessa perspectiva, o território se estabelece como uma das principais categorias de estratégia espacial da política nacional de saúde.

O trabalho aponta ainda que a definição de território fortalece a implementação de ações em saúde, fazendo com que a prática do SUS seja entendida como uma prática territorial, uma vez que perfis territoriais revelam condições de acesso à saúde, exposição a fatores de risco, exclusão sócio espacial, relações de poder, entre outros fatores determinantes das condições de vida e saúde dos grupos sociais.

Para tratar a governança em saúde pública diversos autores foram referenciados no intuito defini-la como um dos principais componentes das RAS, cuja característica primordial é o processo de participação e negociação de diferentes sujeitos com diversos graus de autonomia, estabelecendo ligações que resultam em uma melhor condução das decisões locais.

Também procuramos desenhar no arcabouço teórico, os CIS como estruturas regionais de governança ao favorecer o enfrentamento de problemas comuns de forma solidária e cooperativa entre os municípios. Além do papel fundamental dos consórcios na efetivação da média complexidade.

Apresentar a teorização sobre as redes e externalidades foi também base fundamental para as discussões desse trabalho, pois permitiu interligar conceitos de redes, suas relações de interdependência, e como as externalidades podem ser influência para a conformação de uma rede, como na microrregião de estudo.

Ao exibir, ainda que brevemente, a questão da judicialização da saúde como se relaciona com a governança regional, não pretendemos esgotar o assunto, mas introduzi-lo de forma a estimular novos estudos. Observamos que na literatura, autores defendem o fortalecimento de instâncias institucionais consistentes de participação de diversos atores sociais e políticos de modo a conferir legitimidade e efetividade a tomada de decisão no sistema público de saúde.

Por fim, a teorização permitiu concluir que a gestão da saúde deve ser aprimorada considerando as características socioeconômicas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações intergestores presentes nos territórios a fim de promover integração dos serviços em rede unindo os municípios de forma sistêmica com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

A segunda parte deste trabalho buscou demonstrar o conhecimento e participação dos indivíduos nas instâncias de governança, inquirindo sobre a frequência de participação das reuniões, o conhecimento sobre a frequência dessas reuniões, a visão sobre sua participação nas reuniões e os interesses principais que defende nas reuniões.

Em síntese, o perfil médio dos representantes nessa fase do trabalho foi formado por indivíduos residentes em Pirapora, atuantes em conselhos municipais de saúde e gestores de saúde. A maior parte também foi do sexo masculino, com idade média entre 31 e 49 anos, com Ensino Superior completo, formação na área da saúde e experiência de mais de dois anos na função.

A governança, que ocorre por meio da participação nas instâncias institucionalizadas como a CIB, COSEMS, CMS e consórcios, é fundamental ao potencializar a atuação dos sujeitos, fortalecendo aspectos que refletem na efetividade dos serviços prestados à população. Porém, a análise do discurso dos atores da microrregião clarifica dificuldades e barreiras que a maioria enfrenta para ativação dessa participação, principalmente os conselheiros municipais, comprometendo, com isso, toda a rede microrregional.

Ainda que seja manifesto o papel do judiciário também enquanto colaborador da construção dessa rede participativa, fomentando ou criando instâncias de participação a fim de conferir legitimidade e efetividade a tomada de decisão, a sua não participação

pode, também, ser vista como uma dificuldade para a governança na microrregião de Pirapora. Nesse sentido, quando inquiridos acerca do conhecimento sobre as reuniões de governança microrregional, os discursos indicam que a falta de informação adequada sobre o funcionamento, o regramento e a relevância das reuniões podem refletir na não participação e, conseqüentemente, no enfraquecimento do consórcio enquanto instância de governança dentro da micro. Acrescendo de importância a necessidade da ampliação da divulgação das ações e do fortalecimento da governança no consórcio por meio dos seus estatutos e regimentos. O registro das reuniões também sugeriu que algumas gestões do consórcio privilegiaram esses espaços como arena de debate, enquanto outras podem ter negligenciado o consórcio na posição de espaço de governança local.

A maior parte dos atores entrevistados se considera participante ativo com contribuições relevantes nas reuniões de governança, mas os assuntos que envolvem a defesa dos interesses das redes podem estar sendo desprivilegiados, enfraquecendo a harmonia das relações e o desenvolvimento do território.

Além disso, observamos que os discursos acusam sensação de despreparo dos atores e que a qualificação, a abertura ao diálogo, ao envolvimento e a manifestações diversas podem ser fatores determinantes para a participação. Na fala dos atores nota-se que a maioria tem conhecimento sobre o CISMESF, sua importância e atuação na microrregião, porém, a participação de apenas 52% pode demonstrar mais uma vez uma possível fragilidade da governança.

Os atores sugeriram, para aprimoramento do CISMESF, expressões que sinalizaram para uma necessidade de melhorar o acesso e a divulgação das informações do consórcio para a comunidade. Com relação a potencialização da governança na microrregião, os discursos apontaram uma série de dificuldades, mas a percepção dos atores demonstrou envolvimento capaz de gerar transformações fundamentais ao fortalecimento e desenvolvimento territorial.

Ao tentar descrever a rede de saúde na microrregião de Pirapora, aferimos que quantitativamente, a microrregião de Pirapora tem sua rede formada por um número menor de equipamentos tanto em relação à Montes Claros, quanto à Belo Horizonte.

Quando comparadas às outras duas microrregiões de Minas, com igual número de municípios (Vespasiano e Bom Despacho), a microrregião de Pirapora continua com menor número absoluto de alguns equipamentos e maior de outros. Como a distribuição espacial desigual dos serviços compromete o alcance da atenção integral, o CISMESF se torna ainda mais importante para a rede microrregional.

Com relação ao quantitativo de profissionais cadastrados no SUS, verificamos que em todas as categorias profissionais e em todas as especialidades médicas, a microrregião de Vespasiano e Bom Despacho, as cidades de Montes Claros e Belo Horizonte tem maior quantitativo que a microrregião de Pirapora. Demonstrando que a consolidação das RAS na micro Pirapora pode encontrar barreiras na disponibilidade de profissionais, especialmente médicos, por ser uma região mais distante. Os resultados ilustram que o fator proximidade pode ser uma externalidade positiva que atrai investimentos possibilitando ganhos em escala, organização da rede e maior integração, e que a microrregião sofre desvantagem por estar localizada longe da capital.

Sobre os resultados referentes aos procedimentos realizados via CIS (consultas, exames, terapias e demais procedimentos médicos) por município e por ano, pôde-se observar que todos os sete municípios da micro de Pirapora utilizaram o consórcio para acessar serviços de média complexidade, o que revela que o CISMESF cumpre seu papel na disponibilização de serviços da média complexidade aumentando resolubilidade da microrregião.

Destaque para o fato de que os resultados assinalam que os procedimentos de baixa complexidade estão, possivelmente, sendo garantidos pelos municípios, em conformidade com as vocações estabelecidas na RAS, pois aparecem, minimamente, nos levantamentos de produção do consórcio.

A análise dos mesmos dados aponta não haver correlação entre número e o custo médio unitário de procedimentos e a quantidade de atendimentos, o que sugere, em um primeiro momento, não haver economias de escala. Essa foi uma hipótese inicial deste trabalho, que foi descartada pelas correlações estatísticas realizadas. Esse fato, possivelmente, está relacionado ao fato de os municípios de maior porte conseguirem uma maior resolutividade e independência, utilizando o consórcio apenas para os serviços mais caros, indisponíveis no próprio município. Pode também estar relacionado a fatores relacionados ao mercado que devido ao curto prazo para finalização, não puderam ser explorados neste trabalho.

Os dados também apontam que, embora Pirapora tenha o maior valor de contrato de rateio por ser mais populoso, os gastos com procedimentos e o custo médio per capita Buritizeiro e Várzea da Palma estão bem próximos aos valores investidos pelo município polo com custo consideravelmente menor de rateio, sendo essa uma possível desvantagem para o polo. A análise feita sugere que os benefícios do consórcio são diferentes para o município polo, para os municípios menores e os intermediários. Notadamente, estar

consociado ao CISMESF é vantajoso para alguns municípios em uma medida, e para outros em outra medida. É importante para os gestores ter ciência dos seus benefícios individuais a fim de explorá-los melhor.

Na microrregião de Pirapora nenhum dos municípios possui estrutura de serviços, governança e redes que o possibilite estar sozinho. Até o momento a interdependência obriga à adesão ao consórcio, mas a reflexão do papel do CISMESF na rede pode potencializar a sua atuação microrregional e de apoio aos municípios de forma a cumprir as expectativas dos atores e fortalecer o desenvolvimento da região.

É importante ponderar que neste estudo apresentamos um recorte específico do CISMESF na microrregião de Pirapora. Desse modo, por não se pretender esgotar o tema, possíveis lacunas abrem oportunidades para novas reflexões, as quais servirão de base para diversos trabalhos. Como o papel do judiciário na governança em saúde; a participação dos conselheiros municipais nas diversas instâncias; como encurtar as distâncias entre os CIS e os CMS; e as relações de mercado como determinantes dos valores dos procedimentos médicos no SUS, por exemplo.

Além disso, embora as possibilidades de abordagem não tenham sido esgotadas, consideramos que os objetivos foram alcançados com vistas a contribuir fornecendo base teórica, metodológica e estatística que subsidie a tomada de decisão dos atores locais em saúde. Além de possibilitar o aprimoramento da gestão local, aclaramos novas perspectivas para os consórcios e para os gestores, contribuindo para o fortalecimento do território, da governança e da saúde pública em seus diversos níveis.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, Ricardo. O capital social dos territórios: repensando o desenvolvimento rural. *Economia aplicada*, v. 4, n. 2, p. 379-397, 2000.
- ADLER, Paul. S.; KWON, Seok. Woo. Social Capital: The Good, the Bad, and the Ugly,” a paper presented in the 1999 **Academy of Management Meeting at Chicago**. 1999
- ÁVILA, Wanderley de. **Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais**. Parecer TCE - consulta N. 896.648, de 30 de agosto de 2013. Dispõe contratação de pessoal e financiamento com recursos do FNS. Disponível em: <http://revista1.tce.mg.gov.br/Content/Upload/Materia/2827.pdf> Acesso em: 01 set. 2020.
- BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Editora Vozes Limitada, 2017.
- BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *URISP. Mineira*, Belo Horizonte, a. 60, n° 188, p. 29-60, jan./mar. 2009.
- BASTOS, Francisco de Avelar. Uma experiência de associativismo municipal na área da saúde: o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Centro do Estado do Rio Grande do Sul. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DE ESTADO E DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 7., 2002, Lisboa, Portugal. Anais [...]. Lisboa, Portugal, 2002. p. 8-11.
- BETIM, Leozenir Mendes *et al.* Modelo para avaliação das forças de externalidades em Redes Interorganizacionais Aglomeradas (RIA). 2019.
- BOIX DOMENECH, Rafael. **Redes de ciudades y externalidades**. Universitat Autònoma de Barcelona, 2004.
- BORDO, Adilson Aparecido *et al.* As diferentes abordagens do conceito de território. Recuperado em, v. 5, 2012.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Emenda Constitucional N° 99, de 14 de dezembro de 2017. Altera o art. 101 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir novo regime especial de pagamento de precatórios, e os arts. 102, 103 e 105 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília, DF: Presidência da República, 2017.

- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 1990b.
- BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 6 de novembro de 1996. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde e aprova a NOB 01/96. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 nov. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. O consórcio e a gestão municipal em saúde. Brasília, 1997. 32p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jan. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1206-7, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011. *Rev Saúde Pública*, v. 45, n. 6, p. 1206-7, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de gestão – Exercício de 2017. Brasília, DF, 28 fev. 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/16/RELATORIO-DE-GESTAO-2017—COMPLETO-PARA-MS.pdf>. Acessado em: 03 de junho de 2020.
- CATAIA, Márcio Antonio. Território político: fundamento e fundação do Estado. **Sociedade & natureza**, v. 23, n. 1, p. 115-125, 2011.
- CHAEBE, Gemael *et al.* Constituição de Consórcios Intermunicipais de Saúde: Uma Aplicação da Técnica de Agrupamento por Clusters. **Latin American Journal of Business Management**, v. 6, n. 2, 2015.

- CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1839-1849, 2009.
- CISMESF. Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco. **Ata da Assembleia Geral Extraordinária**. Várzea da Palma, 3 jun. 1996.
- CISMESF. Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco. Publica regimento interno do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais: caderno 2: Publicações de terceiros e editais de comarcas**, Belo Horizonte, p.6, 28 dez. 2017.
- CIS-MICRO PIRAPORA. Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Pirapora. **Ata da Assembleia Geral Extraordinária**. Pirapora, 6 fev. 1997.
- COSTA, Narcélio Alves. Produção dos Consórcios e casos exitosos: [COSECS-MG]. In: CONGRESSO MINEIRO DE MUNICÍPIOS, 36., Belo Horizonte. [Palestra]. Belo Horizonte, 2019.
- CORDEIRO, Hésio. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, p. 343-362, 2004.
- COX, Michael. A basic guide for empirical environmental social science. **Ecology and Society**, v. 20, n. 1, 2015.
- CRESWELL, John W. Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto. In: **Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2010. p. 296-296.
- DA GLÓRIA GOHN, Maria. Movimentos sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo. Editora Vozes Limitada, 2014.
- DANTAS, Aldo; ARANHA, Pablo Ruyz. Saúde na perspectiva da geografia nova. **Mercator-Revista de Geografia da UFC**, v. 8, n. 16, p. 125-132, 2009.
- LIMA, Ana Paula Gil de. Os consórcios intermunicipais de saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. 985-996, 2000.
- DE SOUZA JUNIOR, Paulo Roberto. Os Movimentos Sociais E Sua Participação Na Criação E Desenvolvimento Do Sus No Brasil. **Revista de Movimentos Sociais e Conflitos**, v. 2, n. 2, p. 98-126, 2016.
- DE SOUZA OLIVEIRA, Erivan; DE MORAIS, Arlandia Cristina Lima Nobre. Covid-19: uma pandemia que alerta à população. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v. 3, p. 1-7, 2020.

- DELGADO, Nelson Giordano; GRISA, Catia. Políticas de desenvolvimento territorial e pobreza rural no Brasil: análise das institucionalidades e da governança. **Estudos Sociedade e Agricultura**, v. 22, n. 12, 2014.
- EDLER, Flavio Coelho. A medicina brasileira no século XIX: um balanço historiográfico. **Asclepio**, v. 50, n. 2, p. 169-186, 1998.
- EDUARDO, Márcio F. Território, trabalho e poder: por uma geografia relacional. **Campo-Território: revista de geografia agrária**, v. 1, n. 2, p. 173-195, 2006.
- SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 323-363.
- SCOREL, Sarah. O Projeto Montes Claros (PMC): sistema integrado de prestação de serviços de saúde no norte de Minas. In: SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, pp. 149-160.
- SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Ligia. *et al.* (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 279-321.
- FARIA, Rivaldo Mauro; BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. **R. RA' E GA**, Curitiba, v. 17, p. 31-41, 2009.
- FLEURY, Sônia; OUVENEY, Assis Luiz Mafort; KRONEMBERGER, Thais Soares.; ZANI, Felipe Barbosa. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 28, n. 6, p. 446-55, 2010.
- FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis Luiz Mafort. Política de saúde: uma política social. Giovanella Ligia, Escorel Sarah, Lobato Lenaura de Vasconcelos Costa, Noronha José de Carvalho, Carvalho Ivo Antônio, organizadores. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**, p. 23-64, 2008.
- FRAGA, Nilson Cesar. Território, Região, Poder e Rede: olhares e possibilidades conceituais de aproximação. **Relações Internacionais no Mundo Atual**, n. 7, 2012.
- GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Plageder, 2009.

- GIACOMONI, James; PAGNUSSAT, José Luiz. Planejamento e Orçamento governamental. Brasília: ENAP, 2007.
- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas S.A., 2008.
- CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.
- GOLDENBERG, Mirían. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 8ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- GOTTMANN, Jean. A evolução do conceito de território. *Boletim Campineiro de Geografia*, v. 2, n. 3, p. 523-545, 2012.
- GRANOVETTER, Mark. Economic action and social structure: The problem of embeddedness. **American journal of sociology**, v. 91, n. 3, p. 481-510, 1985.
- GUIMARÃES, Raul Borges. Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, p. 1017-1025, 2005.
- HAMILTON, Wanda; FONSECA, Cristina. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 10, n. 3, p. 791-825, 2003.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlo; BAPTISTA LUCIO, P. Metodología de la Investigación, Tomo II. México DF.: MC. Graw-Hill, 2013.
- HERSCOVICI, Alain. Economia de redes, externalidades e estruturas de mercado: o conceito de concorrência qualitativa. **Revista Brasileira de Inovação**, v. 12, n. 1, p. 45-72, 2013.
- IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <https://bit.ly/2Hwys4u>. Acesso em: 15 abr. 2019.
- IBGE. IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2010-2060. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26103-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-para-76-3-anos-em-2018>. Acesso em 13 de junho de 2020.
- JUNQUEIRA, Ana Thereza Machado; MENDES, Áquilas Nogueira; CRUZ, Maria do Carmo Meirelles T. Consórcios intermunicipais de saúde no estado de São Paulo:

- situação atual. **Revista de Administração de Empresas**, v. 39, n. 4, p. 85-96, 1999.
- KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 2307-2316, 2010.
- LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867-874, 2011.
- LAZZARINI, Sergio; CHADDAD, Fabio; COOK, Michael. Integrating supply chain and network analyses: the study of netchains. **Journal on chain and network science**, v. 1, n. 1, p. 7-22, 2001.
- LIMA, Ana Paula Gil de. Os consórcios intermunicipais de saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. 985-996, 2000.
- LIMA, Luciana Dias de; VIANA, Ana Luiza d'Ávila; MACHADO, Cristiani Vieira; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; OLIVEIRA, Roberta Gondim de; IOZZI, Fabíola Lana; SCATENA, João Henrique Gurtler; MELLO, Guilherme Arantes; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; COELHO, Ana Paula Santana. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2881-2892, 2012.
- LOPES, Maria do Céu Baptista. Redes, tecnologia e desenvolvimento territorial. In: **Congresso de Desenvolvimento Regional de Cabo Verde: redes de desenvolvimento regional**. 2009. p. 995-1015.
- LOYOLA JÚNIOR, Raimundo. A experiência do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba - CISMED na microrregião de saúde de Betim/MG na estruturação das linhas de cuidado da oftalmologia e otorrinolaringologia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2., 2013, Belo Horizonte, MG. **Anais [...]**. Belo Horizonte, MG, 2013.
- MACHADO, Felipe Rangel de Souza. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, v. 9, n. 2, p. 73-91, 2008.
- MARTINS, Gilberto Andrade; THEÓPHILO, Carlos Renato. Metodologia da investigação científica. São Paulo: Atlas, p. 143-164, 2009.
- MARTINS, Mônica *et al.* Indicadores hospitalares de acesso e efetividade e crise econômica: análise baseada nos dados do Sistema Único de Saúde, Brasil e estados da região Sudeste, 2009-2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4541-4554, 2019.

- MÉNARD, Claude *et al.* **Economia das organizações: formas plurais e desafios.** São Paulo: Atlas, 2014.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.
- MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2297-2305, 2010.
- MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. Sala de Situação Epidemiológica e Assistencial dos Municípios Mineiros. Belo Horizonte, 2019 [online].
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.013, de 23 de outubro de 2019. Aprova o Ajuste/2019 do Plano Diretor de Regionalização PDR/SUS-MG e dá outras providências. Belo Horizonte, 2019a. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203013%20-%20Ajuste%20PDR%20-%20Novos%20C%3%B3digos%20Anexo%20I.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2020. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Introdução à metodologia de pesquisa social. **São Paulo: Editora Hucitec/ABRASCO**, 1998.
- MONKEN, Maurício *et al.* O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. **Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, organizadores. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz**, p. 23-41, 2008.
- MOREIRA, Marcelo Rasga; RIBEIRO, José Mendes; OUVENEY, Assis Mafort. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1097-1108, 2017.
- NICOLETTO, Sônia Cristina Stefano; CORDONI JR, Luiz; COSTA, Nilson do Rosário. Consórcios intermunicipais de saúde: o caso do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 29-38, 2005.
- NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. *In: GIOVANELLA, Ligia. et al. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil.* 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 365-393.
- NUNES, Everardo Duarte. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 251-264, 2000.

- OLIVEIRA, Hadelândia Milon de; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; PARENTE, Rosana Cristina Pereira. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 15, n. 37, p. 539-550, 2011.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta par su implementación en las Américas**. Washington: HSS, Organización Panamericana de la Salud, OMS; 2010. [La Revisión de la Atención Primaria de la Salud en las Américas; 4].
- ORTEGA, Antonio César. **Territórios deprimidos**: desafios para as políticas de desenvolvimento rural. Campinas: Alinea, 2008.
- PAIM, Jairnilson Silva. 20 anos de Construção do Sistema Único de Saúde. 2008.
- PAIM, Jairnilson Silva; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja Online**, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2012. [Saúde no Brasil; 1]. DOI:10.1016/S0140.
- PEREIRA, João Alves; DE MENDONÇA, José Márcio Girardi. Análise da atuação dos profissionais de Enfermagem no Projeto Montes Claros. **Revista de APS**, v. 15, n. 3, 2012.
- POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. 2001. **Disponível no site: http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf**. Acesso em, v. 22, 2011.
- RENOVATO, Rogério Dias; BAGNATO, Maria Helena Salgado. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). *Educar em Revista*, n. SPE2, p. 277-290, 2010.
- RIBEIRO, José Mendes; COSTA, Nilson do Rosário. Consórcios municipais no SUS. 1999.
- RIBEIRO, Patrícia. Tavares.; TANAKA, Oswaldo. Yoshimi.; DENIS, Jean-Louis. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 22, n. 4, p. 1075-1084, 2017.
- ROCHA, Arlindo Carvalho. Accountability na administração pública: a atuação dos tribunais de contas. **ENCONTRO NACIONAL DA ANPAD, XXXIII**, São Paulo, p. 1-16, 2009.
- ROCHA, Carlos Vasconcelos; DE FARIA, Carlos Aurélio Pimenta. Cooperação intermunicipal, reterritorialização da gestão pública e provisão de bens e serviços

- sociais no Brasil contemporâneo: a experiência dos Consórcios de Saúde de Minas Gerais. **Cadernos Metr pole.**, n. 11, 2004.
- RODRIGUES, Humberto Gabriel *et al.* O legado do município de Montes Claros para a história do sistema único de saúde. **Revista Desenvolvimento Social**, v. 15, n. 1, p. 39-46, 2019.
- PREDIGER, Reneo Pedro *et al.* Consórcios públicos intermunicipais: o caso do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do estado do Rio Grande do Sul. **Seminário Internacional sobre Desenvolvimento Regional**, 2017.
- SALGADO, Valéria Alpino Bigonha. Consórcios Públicos Intermunicipais, no âmbito do SUS-Aspectos Básicos. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2014.
- SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, L gia. Regional governance: strategies and disputes in health region management. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 622-631, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232017224.28102016.
- SANTOS, Alexandre André. Lugar e território. O sistema de saúde brasileiro, a geografia e a promo o da saúde. **Revista Geográfica Venezuelana**, v. 50, n. 1, p. 159-172, 2009.
- SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 438-446, 2015.
- SANTOS, Milton e SILVEIRA, Maria Laura. O Brasil: Território e sociedade no início do século XXI. São Paulo: **Editora Record**. 2001.
- SANTOS, Milton. O território e o saber local: algumas categorias de análise. **Cadernos Ippur**, v. 2, p. 15-25, 1999.
- SCOTT, John. Social network analysis. **Sociology**, v. 22, n. 1, p. 109-127, 1988.
- SAQUET, Marco Aurélio; SOUZA, Edson Belo Clemente de. Leituras do conceito de território e de processos espaciais. São Paulo: **expressão popular**, 2009.
- SAQUET, Marcos Aurélio. **Abordagens e concep es de território**. 2007.
- SAQUET, Marcos Aurélio. As diferentes abordagens do território e a apreensão do movimento e da (i) materialidade. **Geosul**, v. 22, n. 43, p. 55-76, 2007.
- SAUV E, Lo c. Efficiency, effectiveness and the design of network governance. **Paradoxes in Food Chains and Networks**, p. 673, 2002.
- SHIMIZU, Helena Eri. Percep o dos gestores do Sistema  nico de Saúde acerca dos desafios da forma o das Redes de Aten o   Saúde no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1101-1122, 2013.

- SILVA, Camila Ribeiro; CARVALHO, Brigida Gimenez; CORDONI JÚNIOR, Luiz Cordon; NUNES, Elisabete de Fátima Pólo de Almeida. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017224.27002016.
- SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>. Acesso em: 6 jan. 2019.
- SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 204-218, 2016.
- SPEROTTO, Fernanda Queiroz. Externalidades, ganhos de escala e de escopo. **Elementos conceituais e referências teóricas para o estudo de Aglomerações Produtivas Locais**, p. 23, 2003.
- TAMANO, Luana Tiek Omena. O Movimento Sanitarista no Brasil: a visão da doença como mal nacional e a saúde como redentora. **Khronos**, n. 4, p. 102-115, 2017.
- VALVERDE, Rodrigo Ramos; HOSPODAR Felipe. Transformações no conceito de território: competição e mobilidade na cidade. *Geosp—Espaço e Tempo*, São Paulo, n. 15, p. 119-126, 2004.
- VAZ, José Carlos. **Consórcios intermunicipais**. [s.l.]: Instituto Polis, 1997. [Boletins dicas: ideias para a ação municipal; ação administrativa; 97].
- VENTURA, Magda Maria. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Revista SoCERJ**, v. 20, n. 5, p. 383-386, 2007.
- VENTURA, Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 77-100, 2010.
- WHITACKER, Guilherme Magon. Território e poder: apropriação, uso e controle de recursos naturais e a irreformabilidade do modo de produção capitalista. **Revista bibliográfica de geografia y ciencias sociales**, v. 20, n. 1135, 2015.
- YIN, Robert K. **Estudo de Caso-: Planejamento e métodos**. Bookman editora, 2015.
- YIN, Robert K. **Applications of case study research**. London; New Delhi, SAGE, 1994.
- YIN, Robert K. - **Case Study Research - Design and Methods**. Sage Publications Inc., USA, 1989.

YIN, Robert K. Enhancing the quality of case studies in health services research. **Health Services Research**, v. 34, n. 5, pt 2, p. 1209-1224, 1999.

APÊNDICE I: Demonstrativo gastos em procedimentos por complexidade, por município e por ano.

Cidade	Ano	Complexidade do Procedimento	Quantidade Total de Procedimentos	%	Valor Total dos Procedimentos	%
Buritizeiro	2016	Média	6932	98,6%	R\$ 478.434,00	97,2%
		Alta	101	1,4%	R\$ 13.865,00	2,8%
		Total	7033	100,0%	R\$ 492.299,00	100,0%
	2017	Média	6639	98,47%	R\$ 450.222,08	95,9%
		Alta	102	1,51%	R\$ 18.995,00	4,0%
		Não identificado	1	0,01%	R\$ 370,00	0,1%
		Total	6742	100,00 %	R\$ 469.587,08	100,0%
	2018	Média	1279	97,3%	R\$ 74.512,00	90,7%
		Alta	36	2,7%	R\$ 7.658,51	9,3%
		Total	1315	100,0%	R\$ 82.170,51	100,0%
Total		15090	-	R\$ 1.044.056,59	-	
Ibiaí	2016	Média	619	94,4%	R\$ 43.142,00	91,4%
		Alta	9	1,4%	R\$ 2.580,00	5,5%
		Não identificado	28	4,3%	1482,00	3,1%
		Total	656	100,0%	R\$ 47.204,00	100,0%
	2017	Média	803	96,51%	R\$ 56.496,00	83,8%
		Alta	29	3,49%	R\$ 10.920,00	16,2%
		Total	832	100,00 %	R\$ 67.416,00	100,0%
	2018	Média	321	98,5%	R\$15.726,72	92,6%
		Alta	5	1,5%	R\$ 1.255,00	7,4%
		Total	326	100,0%	R\$ 16.981,72	100,0%
Total		1814	-	R\$ 131.601,72	-	
Lassance	2016	Média	413	93,4%	R\$ 39.723,55	78,1%
		Alta	29	6,6%	R\$ 11.144,00	21,9%
		Total	442	100,0%	R\$ 50.867,55	100,0%
	2017	Média	598	97,24%	R\$ 51.404,96	94,3%
		Alta	17	2,76%	R\$ 3.110,00	5,7%
		Total	615	100,00 %	R\$ 54.514,96	100,0%
	2018	Média	656	92,0%	R\$ 32.527,30	73,0%
		Alta	57	8,0%	R\$ 12.016,84	27,0%
		Total	713	100,0%	R\$ 44.544,14	100,0%
	Total		1770	-	R\$ 149.926,65	-
Pirapora	2016	Média	4189	93,0%	R\$ 287.366,00	89,6%
		Alta	167	3,7%	R\$ 25.896,00	8,1%
		Não identificado	17	0,4%	R\$ 1.345,00	0,4%

		Não se aplica	131	2,9%	R\$ 6.288,00	2,0%
		Total	4504	100,0%	R\$ 320.895,00	100,0%
	2017	Média	1789	85,31%	R\$163.636,00	84,6%
		Alta	77	3,67%	R\$ 18.491,50	9,6%
		Não se aplica	231	11,02%	R\$ 11.260,00	5,8%
		Total	2097	100,00 %	R\$ 193.387,50	100,0%
	2018	Média	922	97,2%	R\$ 46.005,83	83,3%
		Alta	27	2,8%	R\$ 9.199,77	16,7%
		Total	949	100,0%	R\$ 55.205,60	100,0%
	Total		7550	-	R\$ 569.488,10	-
Ponto Chique	2016	Média	1171	96,3%	R\$ 94.761,00	93,8%
		Alta	45	3,7%	R\$ 6.248,00	6,2%
		Total	1216	100,0%	R\$ 101.009,00	100,0%
	2017	Média	1330	93,99%	R\$ 110.675,12	87,9%
		Alta	59	4,17%	R\$ 13.727,00	10,9%
		Não identificado	26	1,84%	1539,00	1,2%
		Total	1415	100,00 %	R\$ 125.941,12	100,0%
	2018	Média	572	91,1%	R\$ 43.264,44	81,6%
		Alta	56	8,9%	R\$ 9.736,83	18,4%
		Total	628	100,0%	R\$ 53.001,27	100,0%
Total		3259	-	R\$ 279.951,39	-	
Santa Fé de Minas	2016	Média	371	81,7%	R\$ 42.273,10	58,6%
		Alta	81	17,8%	R\$ 29.727,50	41,2%
		Não se aplica	2	0,4%	R\$ 96,00	0,1%
		Total	454	100,0%	R\$ 72.096,60	100,0%
	2017	Média	346	86,93%	R\$ 34.603,00	69,2%
		Alta	52	13,07%	R\$ 15.395,00	30,8%
		Total	398	100,00 %	R\$ 49.998,00	100,0%
	2018	Média	33	39,3%	R\$ 1.932,25	15,6%
		Alta	51	60,7%	R\$10.472,50	84,4%
		Total	84	100,0%	R\$ 12.404,75	100,0%
Total		936	-	R\$ 134.499,35	-	
Várzea da Palma	2016	Média	3334	98,6%	R\$ 211.623,23	91,1%
		Alta	36	1,1%	R\$ 19.860,00	8,5%
		Não se aplica	10	0,3%	812,00	0,3%
		Total	3380	100,0%	R\$ 232.295,23	100,0%
	2017	Média	3557	99,47%	R\$ 211.633,00	98,5%
		Alta	19	0,53%	R\$ 3.225,00	1,5%
		Não se aplica		0,00%		0,0%
		Total	3576	100,00 %	R\$ 214.858,00	100,0%
2018	Média	256	92,1%	R\$ 20.174,50	71,8%	

	Alta	22	7,9%	R\$ 7.919,56	28,2%
	Total	278	100,0%	R\$ 28.094,06	100,0%
	Total	7234	-	R\$ 475.247,29	-

APÊNDICE 2: Periodicidade, assunto e intervalo entre as reuniões do CISMESF de acordo com as atas.

PERIODICIDADE DAS REUNIÕES DO CISMESF CONFORME REGISTRO EM ATA			
DATA	TIPO DE REUNIÃO DESCRITA NA ATA	ASSUNTO	INTERVALO MÉDIO ENTRE AS REUNIÕES
12/2/96	Assembleia Geral	Constituição do consórcio	
3/6/96	Assembleia Geral	Aprovação do regimento interno e do estatuto	QUADRIMESTRAL
19/6/96	Assembleia Geral	Eleição da Diretoria	MENOR QUE UM MÊS
6/2/97	Assembleia Geral	Diversos	OITO MESES
14/5/97	Assembleia Geral	Eleição da Diretoria	TRIMESTRAL
30/6/97	Assembleia Geral	Diversos	MENSAL
7/7/97	Assembleia Geral	Diversos	MENSAL
27/8/97	Assembleia Geral	Diversos	MENSAL
29/9/97	Assembleia Geral	Revisão do estatuto e regimento interno	MENSAL
7/10/97	Assembleia Geral	Cancelada por falta de quórum	MENOR QUE UM MÊS
29/10/97	Assembleia Geral	Aprovação do orçamento de 1997	MENOR QUE UM MÊS
4/11/97	Assembleia Geral	Diversos	MENOR QUE UM MÊS
27/11/97	Assembleia Geral	Prestação de Contas	MENOR QUE UM MÊS
16/12/97	Reunião Extraordinária	Diversos	MENOR QUE UM MÊS
27/1/98	Reunião Extraordinária	Diversos	MENSAL
10/2/98	Assembleia Geral	Diversos	MENOR QUE UM MÊS
19/3/98	Assembleia Geral	Diversos	MENSAL
15/4/98	Assembleia Geral	Diversos	MENOR QUE UM MÊS
28/5/98	Reunião Extraordinária	Diversos	MENSAL
9/7/98	Reunião Extraordinária	Diversos	BIMESTRAL
2/12/98	Reunião Extraordinária	Diversos	CINCO MESES
24/4/99	Reunião Extraordinária	Diversos	QUADRIMESTRAL
29/2/00	Reunião do Conselho Diretor	Diversos	DEZ MESES
14/4/00	Reunião Ordinária do Conselho Técnico Executivo	Diversos	BIMESTRAL
29/9/00	Assembleia Geral	Cancelada por falta de quórum	CINCO MESES
17/10/00	Reunião Extraordinária	Reeleição	MENOR QUE UM MÊS
16/1/01	Reunião Extraordinária	Eleição da Diretoria	TRIMESTRAL
31/1/01	Reunião Extraordinária	Adiada pelo presidente	MENOR QUE UM MÊS
12/3/01	Reunião Extraordinária	Diversos	MENOR QUE UM MÊS
19/2/02	Assembleia Geral	Eleição da Diretoria	BIMESTRAL
5/4/02	Reunião do Conselho Diretor	Posse	BIMESTRAL
3/5/02	Reunião Ordinária do Conselho Técnico Executivo	Diversos	MENOR QUE UM MÊS

29/11/02	Reunião Ordinária do Conselho Técnico Executivo	Prestação de Contas	SEMESTRAL
14/2/03	Reunião do Conselho Diretor	Diversos	TRIMESTRAL
11/4/03	Assembleia Geral	Eleição da Diretoria	BIMESTRAL
21/11/03	Reunião do Conselho Diretor	Diversos	SETE MESES
27/2/04	Assembleia Geral	Eleição da Diretoria	TRIMESTRAL
13/3/04	Reunião do Conselho Diretor	Posse	MENOR QUE UM MÊS
11/5/04	Reunião Ordinária do Conselho Técnico Executivo	Diversos	BIMESTRAL
18/5/04	Reunião Ordinária do Conselho Técnico Executivo	Diversos	MENOR QUE UM MÊS
2/6/04	Reunião Extraordinária do Conselho Técnico Executivo	Diversos	MENOR QUE UM MÊS
3/8/04	Reunião Ordinária do Conselho Técnico Executivo	Diversos	BIMESTRAL
24/8/04	Reunião Extraordinária do Conselho Técnico Executivo	Diversos	MENOR QUE UM MÊS
23/12/04	Reunião do Conselho Diretor	Aprovação do orçamento de 2005	QUADRIMESTRAL
14/1/05	Assembleia Geral	Eleição da Diretoria	MENOR QUE UM MÊS
4/2/05	Reunião do Conselho Diretor	Posse	MENOR QUE UM MÊS
14/2/05	Reunião Extraordinária	Prestação de Contas	MENOR QUE UM MÊS
21/3/05	Reunião Extraordinária	Diversos	MENSAL
15/6/05	Reunião Extraordinária	Diversos	TRIMESTRAL
14/7/05	Reunião Extraordinária	Diversos	MENSAL
24/8/05	Reunião Extraordinária	Diversos	MENSAL
20/9/05	Reunião Extraordinária	Diversos	MENSAL
19/10/05	Reunião Extraordinária	Diversos	MENSAL
21/12/05	Reunião Extraordinária	Diversos	BIMESTRAL
17/1/06	Reunião Extraordinária	Diversos	MENOR QUE UM MÊS
17/2/06	Reunião Extraordinária	Prestação de Contas	MENSAL
16/3/06	Reunião Extraordinária	Diversos	MENSAL
21/3/06	Reunião do Conselho Diretor	Posse	MENSAL
20/4/06	Reunião	Diversos	MENSAL
16/5/06	Reunião	Diversos	MENOR QUE UM MÊS
6/7/06	Reunião Extraordinária	Diversos	BIMESTRAL
18/7/06	Reunião Ordinária Itinerante (Ponto Chique)	Diversos	MENOR QUE UM MÊS
22/8/06	Reunião Ordinária Itinerante (Ibiaí)	Diversos	MENSAL
25/8/06	Reunião Extraordinária	Diversos	MENOR QUE UM MÊS
24/10/06	Reunião Ordinária Itinerante (Santa Fé de Minas)	Diversos	BIMESTRAL
14/11/06	Reunião Ordinária	Diversos	MENOR QUE UM MÊS
19/12/06	Reunião Ordinária	Eleição da Diretoria	MENSAL
1/2/07	Reunião Ordinária	Prestação de Contas	BIMESTRAL
22/2/07	Reunião Ordinária	Deliberar sobre recursos do Estado	MENOR QUE UM MÊS

12/3/07	Reunião Ordinária	Prestação de Contas	MENOR QUE UM MÊS
7/4/08	Reunião do Conselho Diretor	Eleição da Diretoria	MENOR QUE UM MÊS
5/5/08	Reunião	Implantação do Sistema de Transporte (SETS)	MENSAL
12/5/08	Reunião	Definição das rotas do SETS	MENOR QUE UM MÊS
30/5/08	Reunião	Prestação de Contas	MENOR QUE UM MÊS
13/6/08	Reunião	Apresentação dos custos do SETS	MENOR QUE UM MÊS
27/6/08	Reunião Ordinária	Prestação de Contas	MENOR QUE UM MÊS
8/8/08	Reunião Ordinária	Diversos	BIMESTRAL
19/12/08	Reunião Extraordinária	Pendências SETS	QUADRIMESTRAL
8/1/09	Reunião Extraordinária	SETS	MENOR QUE UM MÊS
12/1/09	Reunião Extraordinária	SETS	MENOR QUE UM MÊS
28/1/09	Reunião Extraordinária	Eleição da Diretoria	MENOR QUE UM MÊS
19/2/09	Reunião Ordinária	Definição das rotas do SETS	MENOR QUE UM MÊS
14/5/09	Reunião Ordinária	Diversos	TRIMESTRAL
28/7/09	Reunião Ordinária	Diversos	BIMESTRAL
22/1/10	Reunião Extraordinária	Eleição da Diretoria	SEMESTRAL
27/4/10	Reunião Extraordinária	Palestra sobre vacina HPV	TRIMESTRAL
4/1/11	Reunião Ordinária	Eleição da Diretoria	BIMESTRAL
25/2/11	Reunião	Posse	MENSAL
4/1/12	Reunião	Diversos	ONZE MESES
23/3/12	Reunião	Eleição da Diretoria	BIMESTRAL
21/12/12	Reunião	Prestação de Contas	NOVE MESES
21/1/13	Reunião	Eleição da Diretoria	MENSAL
21/2/13	Reunião	SETS	MENSAL
3/5/13	Reunião Extraordinária	Diversos	TRIMESTRAL
7/5/13	Reunião Extraordinária	Credenciamento de procedimentos	MENOR QUE UM MÊS
10/6/13	Reunião Extraordinária	Alteração no regimento interno	MENSAL
14/8/13	Reunião	Prestação de Contas	BIMESTRAL
9/12/13	Reunião Extraordinária	Diversos	QUADRIMESTRAL
31/1/14	Reunião	Eleição da Diretoria	MENSAL
31/3/14	Reunião	Prestação de Contas	BIMESTRAL
31/06/14	Reunião	Posse secretaria executiva	TRIMESTRAL
29/8/14	Reunião Ordinária	Diversos	BIMESTRAL
30/10/14	Reunião Extraordinária	Diversos	BIMESTRAL
16/12/14	Reunião	Posse secretaria executiva	BIMESTRAL
8/1/15	Reunião Ordinária	Diversos	MENOR QUE UM MÊS
30/1/15	Reunião Ordinária	Eleição da Diretoria	MENOR QUE UM MÊS
2/2/15	Reunião Ordinária	Posse secretaria executiva	MENOR QUE UM MÊS
5/5/15	Reunião Ordinária	SETS	TRIMESTRAL
6/10/15	Reunião Ordinária	Diversos	CINCO MESES
4/2/16	Reunião Extraordinária	Eleição da Diretoria	QUADRIMESTRAL
9/8/16	Reunião Extraordinária	Diversos	SEMESTRAL
23/1/17	Reunião Extraordinária	Eleição da Diretoria	CINCO MESES
21/8/17	Reunião Extraordinária	Prestação de Contas	SETE MESES
17/8/17	Reunião	Débitos de Várzea da Palma	MENOR QUE UM MÊS
3/10/17	Reunião Extraordinária	Gestão do CEM (Centro de Especialidades Médicas)	BIMESTRAL

15/1/18	Reunião Extraordinária	Eleição da Diretoria	TRIMESTRAL
30/1/18	Reunião Extraordinária do Conselho Técnico Executivo	Aprovação da nova tabela de valores dos procedimentos	MENOR QUE UM MÊS
4/4/19	Reunião Extraordinária	Diversos	TRIMESTRAL
9/5/18	Reunião Extraordinária	Diversos	MENSAL
31/7/18	Reunião Extraordinária	Diversos	BIMESTRAL
25/9/18	Reunião Extraordinária do Conselho Técnico Executivo	Revisão da tabela de valores dos procedimentos	BIMESTRAL
22/10/18	Reunião Extraordinária	Prestação de Contas	MENSAL
7/2/19	Reunião Extraordinária do Conselho Técnico Executivo	Dificuldades na contratação de prestadores de serviços	QUADRIMESTRAL
18/3/19	Reunião Extraordinária	Diversos	MENSAL
10/5/19	Reunião Extraordinária do Conselho Técnico Executivo	Contratação da FHMMF como prestador de serviços	BIMESTRAL
16/5/19	reunião extraordinária do conselho Diretor	Aprovação da contratação da FHMMF	MENOR QUE UM MÊS
17/5/19	Reunião	Negociação com a empresa responsável pelo programa de gestão do CISMESF	MENOR QUE UM MÊS
24/6/19	Reunião	Negociação de débitos com o SETS	MENSAL
7/10/19	Reunião	Negociação de débitos com o SETS	QUADRIMESTRAL
22/10/19	Reunião Extraordinária	Prestação de Contas	MENOR QUE UM MÊS

APRENDICE 3: Dados detalhados dos equipamentos disponíveis nas redes de atenção à saúde da Microrregião de Pirapora, Bom Despacho, Vespasiano e dos municípios de Montes Claros e Belo Horizonte em 2019.

Cidades		Micro Pirapora	Micro Bom Despacho	Micro Vespasiano	Montes Claros	Belo Horizonte	Total
Número de UBS	n	43	36	70	92	164	405
	%	10,6%	8,9%	17,3%	22,7%	40,5%	100,0%
Prop Micro/Capital		26%	22,0%	42,7%	56,1%	-	-
Prop Micro/MOC		46,7%	39,1%	76,1%	-	-	-
Número de equipes de Saúde Bucal	n	32	33	32	104	291	492
	%	6,5%	6,7%	6,5%	21,1%	59,1%	100,0%
Prop Micro/Capital		11,0%	11,3%	11,0%	35,7%	-	-
Prop Micro/MOC		30,8%	31,7%	30,8%	-	-	-
Academia da Saúde	n	4	3	6	2	78	93
	%	4,3%	3,2%	6,5%	2,2%	83,9%	100,0%
Prop Micro/Capital		5,1%	3,8%	7,7%	2,6%	-	-
Prop Micro/MOC		200,0%	150,0%	300,0%	-	-	-
NASF	n	6	8	8	1	95	118
	%	5,1%	6,8%	6,8%	0,8%	80,5%	100,0%
Prop Micro/Capital		6,3%	8,4%	8,4%	1,1%	-	-
Prop Micro/MOC		600,0%	800,0%	800,0%	-	-	-
Hospital SUS	n	3	4	4	7	32	50
	%	6,0%	8,0%	8,0%	14,0%	64,0%	100,0%
Prop Micro/Capital		9,4%	12,5%	12,5%	21,9%	-	-
Prop Micro/MOC		42,9%	57,1%	57,1%	-	-	-
Cobertura	%	128,2%	-	-	116,94%	78,65%	107,92%
Cobertura	%	90,9%	78,0%	-	99,58%	45,84%	78,59%

Cidades		Micro Pirapora	Micro Bom Despacho	Micro Vespasiano	Montes Claros	Belo Horizonte	Total
Hospital Particular	n	4	3	4	13	68	92
	%	4,3%	3,3%	4,3%	14,1%	73,9%	100,0%
Prop Micro/Capital		5,9%	4,4%	5,9%	19,1%	-	-
Prop Micro/MOC		30,8%	23,1%	30,8%	-	-	-
Unidade de Farmácia Integrada	n	8	21	5	6	10	50
	%	16,0%	42,0%	10,0%	12,0%	20,0%	100,0%
Prop Micro/Capital		80,0%	210,0%	50,0%	60,0%	-	-
Prop Micro/MOC		133,3%	350,0%	83,3%	-	-	-
Serviço de atenção domiciliar	n	1	0	2	5	32	40
	%	2,5%	0,0%	5,0%	12,5%	80,0%	100,0%
Prop Micro/Capital		3,1%	0,0%	6,3%	15,6%	-	-
Prop Micro/MOC		20,0%	0,0%	40,0%	-	-	-
Base do SAMU	n	4	7	0	7	29	47
	%	8,5%	14,9%	0,0%	14,9%	61,7%	100,0%
Prop Micro/Capital		13,8%	24,1%	0,0%	24,1%	-	-
Prop Micro/MOC		57,1%	100,0%	0,0%	-	-	-
Laboratório Público	n	1	3	2	2	1	9
	%	11,1%	33,3%	22,2%	22,2%	11,1%	100,0%
Prop Micro/Capital		100,0%	300,0%	200,0%	200,0%	-	-
Prop Micro/MOC		50,0%	150,0%	100,0%	-	-	-
Laboratório Convênio	n	13	15	30	35	469	562
	%	2,3%	2,7%	5,3%	6,2%	83,5%	100,0%
Prop Micro/Capital		2,8%	3,2%	6,4%	7,5%	-	-
Prop Micro/MOC		37,1%	42,9%	85,7%	-	-	-
Centro de Especialidades	n	56	25	32	222	1782	2117
	%	2,6%	1,2%	1,5%	10,5%	84,2%	100,0%
Prop Micro/Capital		3,1%	1,4%	1,8%	12,5%	-	-
Prop Micro/MOC		25,2%	11,3%	14,4%	-	-	-
Unidade de Saúde/Prontuário atendimento	n	15	8	7	1	11	42
	%	35,7%	19,0%	16,7%	2,4%	26,2%	100,0%
Prop Micro/Capital		136,4%	72,7%	63,6%	9,1%	-	-
Prop Micro/MOC		1500,0%	800,0%	700,0%	-	-	-

		Micro Pirapora	Micro Bom Despacho	Micro Vespasiano	Montes Claros	Belo Horizonte	Total
Vigilância em Saúde	n	0	7	9	3	2	21
	%	0,0%	33,3%	42,9%	14,3%	9,5%	100,0%
Prop Micro/Capital		0,0%	350,0%	450,0%	150,0%	-	-
Prop Micro/MOC		0,0%	233,3%	300,0%	-	-	-
Leito UTI/CTI	n	10	0	0	115	1232	1357
	%	0,7%	0,0%	0,0%	8,5%	90,8%	100,0%
Prop Micro/Capital		0,8%	0,0%	0,0%	9,3%	-	-
Prop Micro/MOC		8,7%	0,0%	0,0%	-	-	-
Leito UTI Neonatal	n	8	0	1	28	270	307
	%	2,6%	0,0%	0,3%	9,1%	87,9%	100,0%
Prop Micro/Capital		3,0%	0,0%	0,4%	10,4%	-	-
Prop Micro/MOC		28,6%	0,0%	3,6%	-	-	-
CAPS	n	5	2	8	3	15	33
	%	1,6%	0,7%	2,6%	1,0%	4,9%	10,7%
Prop Micro/Capital		1,9%	0,7%	3,0%	1,1%	-	-
Prop Micro/MOC		17,9%	7,1%	28,6%	-	-	-

Fonte: Adaptado de Sala de Situação em Saúde dos Municípios do Estado de Minas Gerais (2019) e CNES (2019).

APENDICE 4: Disponibilidade de profissionais do SUS nas microrregiões de Pirapora, Bom Despacho, Vespasiano e dos municípios de Montes Claros e Belo Horizonte em 2019.

Cidades		Micro Pirapora	Micro Bom Despacho	Micro Vespasiano	Montes Claros	Belo Horizonte	Total
Assistente social	n	23	13	24	53	574	687
	%	3,3%	1,9%	3,5%	7,7%	83,6%	100,0%
Prop Micro/Capital		4%	2,3%	4,2%	9,2%	-	-
Prop Micro/MOC		43,4%	24,5%	45,3%	-	-	-
Auxiliar de Enfermagem	n	96	32	297	470	5212	6107
	%	1,6%	0,5%	4,9%	7,7%	85,3%	100,0%
Prop Micro/Capital		1,8%	0,6%	5,7%	9,0%	-	-
Prop Micro/MOC		20,4%	6,8%	63,2%	-	-	-
Cirurgião Dentista	n	28	84	354	191	2036	2693
	%	1,0%	3,1%	13,1%	7,1%	75,6%	100,0%
Prop Micro/Capital		1,4%	4,1%	17,4%	9,4%	-	-
Prop Micro/MOC		14,7%	44,0%	185,3%	-	-	-
Enfermeiro	n	87	121	286	396	5142	6032
	%	1,4%	2,0%	4,7%	6,6%	85,2%	100,0%
Prop Micro/Capital		1,7%	2,4%	5,6%	7,7%	-	-
Prop Micro/MOC		22,0%	30,6%	72,2%	-	-	-
Farmacêutico	n	26	65	101	66	576	834
	%	3,1%	7,8%	12,1%	7,9%	69,1%	100,0%
Prop Micro/Capital		4,5%	11,3%	17,5%	11,5%	-	-
Prop Micro/MOC		39,4%	98,5%	153,0%	-	-	-
Fisioterapeuta	n	52	67	102	241	1851	2313
	%	2,2%	2,9%	4,4%	10,4%	80,0%	100,0%
Prop Micro/Capital		2,8%	3,6%	5,5%	13,0%	-	-
Prop Micro/MOC		21,6%	27,8%	42,3%	-	-	-
Fonoaudiólogo	n	17	9	43	78	689	836
	%	2,0%	1,1%	5,1%	9,3%	82,4%	100,0%
Prop Micro/Capital		2,5%	1,3%	6,2%	11,3%	-	-
Prop Micro/MOC		21,8%	11,5%	55,1%	100,0%	-	-

Cidades		Micro Pirapora	Micro Bom Despacho	Micro Vespasiano	Montes Claros	Belo Horizonte	Total
Nutricionista	n	21	26	43	49	554	693
	%	3,0%	3,8%	6,2%	7,1%	79,9%	100,0%
Prop Micro/Capital		3,8%	4,7%	7,8%	8,8%	-	-
Prop Micro/MOC		42,9%	53,1%	87,8%	-	-	-
Psicólogo	n	40	55	77	199	1494	1865
	%	2,1%	2,9%	4,1%	10,7%	80,1%	100,0%
Prop Micro/Capital		2,7%	3,7%	5,2%	13,3%	-	-
Prop Micro/MOC		20,1%	27,6%	38,7%	-	-	-
Técnico de enfermagem	n	199	230	291	1266	13989	15975
	%	1,2%	1,4%	1,8%	7,9%	87,6%	100,0%
Prop Micro/Capital		1,4%	1,6%	2,1%	9,0%	-	-
Prop Micro/MOC		15,7%	18,2%	23,0%	-	-	-

Cidades		Micro Pirapora	Micro Bom Despacho	Micro Vespasiano	Montes Claros	Belo Horizonte	Total
Anestesiologista	n	9	17	46	221	1064	1357
	%	0,7%	1,3%	3,4%	16,3%	78,4%	100,0%
Prop Micro/Capital		0,8%	1,6%	4,3%	20,8%	-	-
Prop Micro/MOC		4,1%	7,7%	20,8%	-	-	-
Cirurgião Geral	n	22	14	63	243	1989	2331
	%	0,9%	0,6%	2,7%	10,4%	85,3%	100,0%
Prop Micro/Capital		1,1%	0,7%	3,2%	12,2%	-	-
Prop Micro/MOC		9,1%	5,8%	25,9%	-	-	-
Clínico Geral	n	78	114	432	967	5722	7313
	%	1,1%	1,6%	5,9%	13,2%	78,2%	100,0%
Prop Micro/Capital		1,4%	2,0%	7,5%	16,9%	-	-
Prop Micro/MOC		8,1%	11,8%	44,7%	-	-	-
Gineco-Obstetra	n	20	45	97	137	1352	1651
	%	1,2%	2,7%	5,9%	8,3%	81,9%	100,0%
Prop Micro/Capital		1,5%	3,3%	7,2%	10,1%	-	-
Prop Micro/MOC		14,6%	32,8%	70,8%	-	-	-
Médico da família	n	50	35	117	164	393	759
	%	6,6%	4,6%	15,4%	21,6%	51,8%	100,0%
Prop Micro/Capital		12,7%	8,9%	29,8%	41,7%	-	-
Prop Micro/MOC		30,5%	21,3%	71,3%	-	-	-
Pediatra	n	17	30	89	173	1905	2214
	%	0,8%	1,4%	4,0%	7,8%	86,0%	100,0%
Prop Micro/Capital		0,9%	1,6%	4,7%	9,1%	-	-
Prop Micro/MOC		9,8%	17,3%	51,4%	-	-	-
Psiquiatra	n	15	8	23	34	495	575
	%	2,6%	1,4%	4,0%	5,9%	86,1%	100,0%
Prop Micro/Capital		3,0%	1,6%	4,6%	6,9%	-	-
Prop Micro/MOC		44,1%	23,5%	67,6%	-	-	-
Radiologista	n	9	19	42	88	732	890
	%	1,0%	2,1%	4,7%	9,9%	82,2%	100,0%
Prop Micro/Capital		1,2%	2,6%	5,7%	12,0%	-	-
Prop Micro/MOC		10,2%	21,6%	47,7%	-	-	-

Fonte: Adaptado de Sala de Situação em Saúde dos Municípios do Estado de Minas Gerais (2019) e CNES (2019).

APÊNDICE 5

CATEGORIA PROFISSIONAL	PIRAPORA	VÁRZEA DA PALMA	BURITIZEIRO	IBIAÍ	PONTO CHIQUE	LASSANCE	SANTA FÉ DE MINAS	MICRO PIRAPORA	MICRO VESPASIANO	MICRO BOM DESPACHO	MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS	MUNICÍPIO DE B. HORIZONTE
Assistente social	14	4	3	0	1	0	1	23	24	13	53	57
Auxiliar de Enfermagem	75	6	9	2	0	3	1	96	297	32	470	5.2
Cirurgião Dentista	21	3	4	0	0	0	0	28	354	84	191	2.0
Enfermeiro	49	13	12	3	0	5	5	87	286	121	396	5.1
Farmacêutico	11	8	5	1	0	1	0	26	101	65	66	57
Fisioterapeuta	32	6	6	2	0	5	1	52	102	67	241	1.8
Fonoaudiólogo	10	4	1	1	0	1	0	17	43	9	78	68
Médico												
Anestesiologista	5	3	1	0	0	0	0	9	46	17	221	1.0
Cirurgião Geral	10	5	5	0	0	1	1	22	63	14	243	1.9
Clínico Geral	43	12	20	1	1	1	0	78	432	114	967	5.7
Gineco-Obstetra	13	6	1	0	0	0	0	20	97	45	137	1.3
Médico da família	17	13	11	4	0	3	2	50	117	35	164	39
Pediatra	13	2	2	0	0	0	0	17	89	30	173	1.9
Psiquiatra	13	1	1	0	0	0	0	15	23	8	34	49
Radiologista	8	0	1	0	0	0	0	9	42	19	88	73
Nutricionista	10	4	4	1	0	1	1	21	43	26	49	55
Psicólogo	25	5	7	1	0	1	1	40	77	55	199	1.4
Técnico de enfermagem	98	38	23	9	15	9	7	199	291	230	1266	13.9
TOTAL	467	133	116	25	17	31	20	809	2527	984	5036	45.7

ANEXO I

Data da entrevista: ____ / ____ / ____

PESQUISA: GOVERNANÇA EM REDES DE SAÚDE PÚBLICA REGIONAIS: CASO DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO ALTO-MÉDIO SÃO FRANCISCO

ROTEIRO DE ENTREVISTA - REPRESENTANTES DAS ORGANIZAÇÕES

O objetivo da pesquisa é colaborar com um melhor entendimento do funcionamento da rede de saúde pública regional, experiências bem-sucedidas, desafios e pontos de melhoria.

Nome do entrevistado:			
Empresa/Instituição:			
Função:			Tempo na função:
Idade:	Tempo de atuação na área da saúde:	Experiência em outra área? [] não [] sim, qual?	[]
Formação/ escolaridade:			Sexo: [] masc. [] fem.
Local (Cidade/Estado):			Duração da entrevista:
Contato: e-mail ou telefone			

Descreva brevemente a sua trajetória na saúde pública?
--

Com que frequência você frequenta as reuniões do (marque X):

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Comissão Intergestores Regional (CIR)					
Comissão Intergestores Regional Ampliada (CIRA)					
Comissão Intergestores Tripartite (CIT)					
Conselhos Municipais de Saúde (CMS)					

Consórcio					
-----------	--	--	--	--	--

Com qual frequência ocorrem essas reuniões? (marque X):

	Semanal	Mensal	Cada 2 ou 3 meses	2 vezes por ano	Anual
Comissão Intergestores Regional (CIR)					
Comissão Intergestores Regional Ampliada (CIRA)					
Comissão Intergestores Tripartite (CIT)					
Conselhos Municipais de Saúde (CMS)					
Consórcio					

Você considera ser um participante ativo nessas reuniões?				[] sim	[] não
<p>Na sua atuação no conselho, que interesses você defende prioritariamente? Assinale suas três opções, em ordem de relevância, indicando com um "X" sua 1ª 2ª e 3ª opções para os itens abaixo:</p>					
	1ª opção	2ª opção	3ª opção		
a) Nenhum interesse específico, sigo apenas as minhas convicções pessoais					
b) Interesses da minha instituição (meu município)					
c) Interesses do meu setor					
d) Interesses de redes ou movimentos organizados em função de temas ou problemas específicos					
e) Interesses de toda a coletividade					
f) Não sabe					
g) Outros _____					
Você considera que sua participação nas reuniões é relevante?				[] sim	[] não
Quais são as dificuldades ou barreiras para que você seja mais assíduo nas reuniões?					
Quais as dificuldades ou barreiras para que sua participação nas reuniões seja mais ativa?					

Sobre o consórcio (CISMESF), você tem conhecimento sobre seu papel na microrregião de Pirapora?
Você utiliza algum dos serviços do CISMESF? Quais?
Você considera o CISMESF um consórcio importante para a microrregião? Por que?

Você participa das instancias de negociação, discussão e pactuação do CISMESF? Como?
Como sua participação nas instancias de negociação, discussão e pactuação do CISMESF poderia ser potencializada?
Você encontra barreiras ou dificuldades para a sua participação nas instancias de negociação, discussão e pactuação do CISMESF?
Quais são as suas sugestões para melhorar a atuação do CISMESF na microrregião?
Quais são as suas sugestões para melhorar a participação e a governança na microrregião?

ANEXO 2:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “GOVERNANÇA EM REDES DE SAÚDE PÚBLICA REGIONAIS: CASO DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO SÃO FRANCISCO”. Neste estudo pretendemos colaborar com um melhor entendimento do funcionamento da rede de saúde pública regional, experiências bem-sucedidas, desafios e pontos de melhoria.

A realização dessa pesquisa possibilitará a reflexão do papel dos consórcios de saúde sob a perspectiva da política regional de saúde, da gestão do SUS na microrregião de Pirapora-MG.

Pedimos a sua autorização para a coleta de informações a respeito da participação e percepção nos conselhos e órgãos colegiados da saúde na região. **Tendo em vista evitar qualquer tipo de constrangimento a integridades física e psíquica, saúde, honra, imagem, e privacidade, do participante, reafirma-se que a participação é voluntária e que o Sr (a) poderá se recusar a responder à questão ou interromper a entrevista a qualquer momento, sem penalização alguma.** Os responsáveis pela pesquisa garantem o sigilo, assegurando a privacidade dos sujeitos quanto aos dados envolvidos na pesquisa, sendo que as informações obtidas deverão ser usadas para fins exclusivamente científicos, de acordo com a ética na pesquisa, e que essa participação não inclui nenhum tipo de pagamento.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável na Universidade e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, concordo em participar, como voluntário/a, da pesquisa intitulada GOVERNANÇA EM REDES DE SAÚDE PÚBLICA REGIONAIS: CASO DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO SÃO FRANCISCO, desenvolvida pela Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Estadual de Montes Claros.

Fui esclarecido que as informações cedidas ficarão sob a responsabilidade da Universidade, sendo minha identidade preservada sob sigilo.

_____, ____/____/____
Local e data.

Assinatura do participante

Esta pesquisa é coordenada pelo Professor Dr. Fausto Makishi do Instituto de Ciências Agrárias da Universidade Federal de Minas Gerais, Campus Montes Claros—MG.

Informações adicionais poderão ser obtidas no telefone (38) 2212-7773 ou pelo e-mail faustomakishi@ufmg.br

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar ainda **COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG**

Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005.

Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901.

E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Tel: (31) 34094592.