

Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 3 (2022).

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n3p73-88

Centrais de Regulação e Consórcios Intermunicipais de Saúde: a Percepção de Gestores Catarinenses

Regulation Centers and Intermunicipal Health Consortiums: the Perception of Managers in Santa Catarina

Letícia Klima Felipe

Enfermeira, Mestra em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil.

E-mail: leticia_klima95@hotmail.com;

ORCID: 0000-0002-8737-2864

Rafael Zaneripe de Souza Nunes

Psicólogo, Mestre em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil.

E-mail: rafaelzaneripe@unesc.net

ORCID: 0000-0002-6195-0400

Hexael Borges Demarch

Profissional de Educação Física, Mestrando em Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil.

E-mail: demarchhexael@gmail.com

ORCID: 0000-0002-8692-062X

Renan Antônio Ceretta

Odontólogo, Doutor em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil.

E-mail: rce@unesc.net

ORCID: 0000-0002-5586-9550

Luciane Bisognin Ceretta

Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil.

E-mail: luk@unesc.net

ORCID: 0000-0002-2682-5567

Vanessa Pereira Corrêa

Fisioterapeuta, Mestra em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: vanessacorrea@unesc.net

ORCID: 0000-0002-8972-2231

Lisiane Tuon

Fisioterapeuta, Doutora em Medicina e Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC, Brasil.

E-mail: ltb@unesc.net

ORCID: 0000-0002-0809-0712

Resumo: Objetivo: Analisar a percepção dos gestores dos consórcios intermunicipais de saúde e das comissões intergestores regionais do sul de Santa Catarina sobre a incorporação da regulação para os procedimentos eletivos de média e alta complexidade ofertados pelos consórcios intermunicipais de saúde do estado. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e com abordagem quali-quantitativa, realizado com representantes legais de consórcios intermunicipais

de saúde e gestores municipais representantes da Comissão Intergestores Regional do Sul de Santa Catarina, totalizando 6 participantes. A coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada. A análise ocorreu por método de condensação de significados com auxílio do programa SPSS versão 23.0. **Resultados:** Foi possível obter a percepção dos representantes legais e gestores acerca dos mecanismos de regulação, legislação vigente, sua eficácia e seu conhecimento prévio a respeito deles. Além disso, conseguiu-se traçar as características do perfil profissional dos respectivos indivíduos. **Conclusões:** Os resultados obtidos apontam uma percepção positiva dos gestores acerca regulação e o auxílio que ela trouxe aos municípios em relação à continuidade na linha de cuidado e a garantia do acesso aos pacientes com critérios clínicos mais graves. Evidenciou-se também a necessidade de melhorias na eficiência e fiscalização das legislações vigentes além da necessidade de os gestores receberem capacitações acerca de características pontuais dos mecanismos legais.

Palavras-chave: Consórcios de Saúde; Sistema Único de Saúde; Gestão em Saúde; Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde.

Abstract: Aim: To analyze the perception of intermunicipal health consortia managers and inter-regional inter-manager commissions in the south of Santa Catarina on the incorporation of regulation for medium and high-complexity elective procedures offered by the state's inter-municipal health consortia. **Methods:** This is a cross-sectional, descriptive study with a quali-quantitative approach, carried out with legal representatives of intermunicipal health consortia and municipal managers representing the Regional Inter-Management Commission for the South of Santa Catarina, totaling 6 participants. Data collection took place through semi-structured interviews. The analysis was carried out by the method of condensation of meanings with the help of the SPSS program, version 23.0. **Results:** It was possible to obtain the perception of legal representatives and managers about the regulatory mechanisms, current legislation, their effectiveness and their prior knowledge about them. In addition, it was possible to trace the characteristics of the professional profile of the respective individuals. **Conclusions:** The results obtained point to a positive perception of managers about the regulation and the help it brought to the municipalities in relation to continuity in the line of care and guaranteeing access to patients with more severe clinical criteria. The need for improvements in efficiency and inspection of current legislation was also evidenced, in addition to the need for managers to receive training on specific characteristics of legal mechanisms.

Keywords: Health Consortia; Unified Health System; Health Management; Health Services; SUS.

Introdução

Tem havido interesse crescente pelas questões relacionadas à regulação assistencial em saúde, tanto nos países desenvolvidos como nos emergentes a regulação em saúde é tema de debates para o enfrentamento dos principais desafios dos sistemas de saúde. Entretanto, o conceito de regulação em saúde tem sido empregado de maneira muito diversa, com variedade de significados, abordagens e finalidades, ora inter-relacionados, ora divergentes¹.

A regulação assistencial em saúde vem tomando espaço por se configurar como uma importante ferramenta para transpor desafios que acometem o Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua criação¹. O consórcio público é uma instância interfederativa jurídico-institucional projetada para viabilizar a ação pública em rede que une e integra entes federativos autônomos na

realização de atividades e projetos de interesse comum. Ele pode facilitar o planejamento local e regional em saúde; viabilizar o investimento financeiro integrado e contribuir para a superação de desafios locais no processo de implementação do SUS².

Para os municípios de pequeno porte, representa a possibilidade de oferecer à sua população um atendimento de maior amplitude e qualidade, ante a baixa capacidade operacional – estruturas administrativas insuficientes e ineficientes, ausência de recursos técnicos e humanos, precariedade de escala ou falta de escala de profissionais e técnicos². Baseando-se nesses aspectos, pode-se citar a experiência dos consórcios intermunicipais de saúde do oeste de Santa Catarina, cuja articulação e cooperação entre os municípios mostraram-se efetivos para a política de saúde local, gerando maior economia e resolutividade para as redes³. Nesse sentido, tem-se discutido também a necessidade de um novo marco, ou de uma nova meta para o SUS, considerando que o sistema está amparado pelo arcabouço legal do direito à saúde e dos princípios do SUS, entre os quais está explícita a universalidade⁴⁻⁵.

Uma das diretrizes fundamentais do SUS é a descentralização de ações e serviços de saúde, conforme prevê a Lei n. 8.080/90. A gestão descentralizada do SUS tem desafiado os gestores das três esferas de governo, no sentido de configurar uma rede de ações e serviços de saúde capaz de garantir o acesso, transparência, circulação e o acompanhamento dos pacientes entre os diversos níveis de atenção, orientados por um sistema de referência e contrarreferência municipal e intermunicipal⁶.

A universalidade é um dos princípios fundamentais do SUS, que determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer distinção, tenham direito ao acesso à saúde. O SUS representou uma conquista democrática: antes da implementação do sistema, o acesso aos serviços públicos de saúde era restrito às pessoas com vínculo formal de trabalho⁴. Além da crítica sistemática e oposição da mídia, o SUS enfrenta grandes interesses econômicos e financeiros ligados a operadoras de planos de saúde, as empresas de publicidade e indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares⁷.

Dessa forma, diante dos desafios estruturais e sociais que o SUS enfrenta é importante salientar que quando se fala de centrais de regulação e consórcios, os municípios envolvidos acabam por estruturar sua rede de acordo com a sua capacidade, com intuito de reduzirem seus recursos ociosos, otimizando seus serviços e a referência de pacientes entre municípios, através dos próprios consórcios intermunicipais, implicando na maior efetividade da aplicação do princípio da universalidade. Na sua relação com o setor privado observam-se efeitos regulatórios importantes na formação de preços e na ampliação do poder de barganha dos governos locais. Os consórcios de

saúde disputam, na arena política, o protagonismo como solução organizacional e geram debates e disputas quando são apresentados para resolver problemas locais da política setorial⁸.

Sendo o acesso entendido como o estabelecimento de meios e ações para a garantia dos direitos constitucionais de universalidade, integralidade e equidade em saúde, são de fundamental importância que os procedimentos eletivos de média e alta complexidade, oferecidos pelos consórcios intermunicipais, tenham mecanismos técnicos utilizados para garantir e regular a acessibilidade⁹. Por meio disso, visto a importância das centrais de regulação para a efetiva gestão pública na área da saúde, o presente artigo tem por objetivo analisar a percepção dos gestores dos consórcios intermunicipais de saúde e das Comissões Intergestores regionais do sul de Santa Catarina sobre a incorporação das centrais de regulação nos procedimentos eletivos de média e alta complexidade, inseridos nos consórcios intermunicipais de saúde do estado.

Metodologia

Trata-se de um estudo observacional transversal, com caráter descritivo e abordagem quali-quantitativa. Na pesquisa descritiva realiza-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador. São exemplos de pesquisa descritiva as pesquisas mercadológicas e de opinião. A finalidade da pesquisa descritiva é observar, registrar e analisar os fenômenos ou sistemas técnicos, sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos¹⁰.

Para a coleta dos dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas contendo 33 perguntas para obter as informações necessárias para a realização da pesquisa, ou seja, questões referentes ao perfil dos gestores, questões das centrais municipais de regulação, consórcios intermunicipais de saúde, transparência e produção ambulatorial.

A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos e autorização do local onde foi realizada a pesquisa mediante apresentação do projeto e Carta de Aceite, tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos participantes. Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes das entrevistas foram identificados como S1 a S3 e C1 a C3, de acordo com a ordem de realização das entrevistas. Esses indivíduos são informantes-chaves, porque estavam diretamente ligadas as tomadas de decisões no que tange a saúde na região sul de Santa Catarina no período da coleta de dados e implantação das centrais municipais de regulação em todo o estado. Foram excluídos da amostra, antigos gestores que faziam parte das regiões supracitada e

gestores de regiões outras do estado de Santa Catarina. Após a realização das entrevistas, as informações qualitativas coletadas e posteriormente transcritas foram analisadas por meio do método de condensação de significados¹¹. Esse procedimento permite expressar certa opinião ou posicionamento sobre um tema, considerando os aspectos sociais e culturais¹². A análise de dados quantitativos foi realizada com a dupla digitação dos dados quantitativos no programa Microsoft Excel versão 2010. Para realização da análise foi utilizado o programa SPSS versão 23.0.

Resultados

A pesquisa foi realizada na região sul de Santa Catarina a qual possui 45 municípios divididos em três regiões de saúde (Figura 1), AMREC (Associação dos Municípios da Região Carbonífera), AMESC (Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense) e AMUREL (Associação dos Municípios da Região de Laguna). A população estimada no ano de 2019 segundo o IBGE é de 1.009.234 habitantes nesta região.

Em relação ao perfil dos gestores representantes das Comissões Intergestores Regional (CIR), 66,7% são do sexo feminino e tem graduação completa, 33,3% possuem doutorado e a média de idade foi 43,3 anos. Os gestores pertencem aos municípios de Meleiro, Siderópolis e Tubarão são representantes de cada região de saúde pesquisada. Quanto às experiências de trabalho anteriores, desses representantes, observa-se que 66,7% dos participantes é gestor pela primeira vez e realizaram a especialização após assumir o cargo na gestão, tais como os cursos de curta duração. Ainda, 33,3% dos gestores estão no cargo pela segunda vez e, realizaram mestrado em saúde após assumirem o cargo.

Ao serem questionados sobre as características dos consórcios intermunicipais de saúde, todos os representantes das CIR informaram o uso do consórcio em todos os municípios de sua região, confirmaram também a importância do uso do consórcio para a gestão em saúde, que este auxilia na redução das filas, podendo ser mais bem aproveitado.

S1: *“Acho que poderiam ser melhor aproveitados”.*

S2: *“Eu acho que sim, mas eles teriam que se fortalecer em primeiro lugar, se organizarem melhor. Falta um pouquinho mais de organização e proatividade”.*

Sobre os procedimentos que os gestores mais utilizam nos consórcios, 66,7% informam que são os exames de média complexidade e 33,3% são as consultas com especialistas. A maioria (66,7%) dos gestores declaram que conhecem as legislações vigentes sobre consórcios intermunicipais de

saúde.

S1: *“Conheço as que a gente tem no dia a dia, mas de cabeça não vou saber te dizer”.*

S2: *“Eu não conheço as leis, mas tenho noção do que pode ou não pode”.*

Quando questionados sobre os consórcios suprirem as necessidades dos municípios, 33,3% responderam sim, 33,3%, não e 33,3% responderam que suprem em partes. Pode-se ver as justificativas nas falas a seguir:

S1: *“Acho que poderiam ser mais bem aproveitados”.*

S2: *“Tem algumas situações que o consórcio não consegue prestador por valor SUS”.*

S3: *“Na verdade é a falta de credenciamento de prestador pelo valor SUS”.*

Quando questionados sobre as características da Regulação em saúde, os participantes dizem que reconhecem a regulação como importante ferramenta de gestão, como afirmam nas falas a seguir:

S1: *“É uma ferramenta de gestão por que a gente consegue deixar transparente”.*

S2: *“A regulação ela é importante por que ela dá a equidade do SUS”.*

S3: *“O SISREG hoje para o gestor é uma ótima ferramenta de trabalho. Tem o ponto negativo dos médicos que as vezes não colocam os dados clínicos corretos”.*

Os gestores conhecem apenas a regulação do acesso, e apesar de afirmarem que tiveram dificuldades para inserirem as filas de espera nas centrais de regulação, afirmam que suas filas de espera estão inseridas nas centrais de regulação e reconhecem a continuidade na linha de cuidado com a regulação, pois são priorizados os pacientes com critérios clínicos mais graves.

Ao serem questionados sobre quais as legislações vigentes sobre regulação em saúde que conheciam e utilizavam no dia a dia eles referiram:

S1: *“Sim a lei 17.666 que é a lei da regulação e as normativas”.*

S2: *“Não lembro os nomes das leis obviamente, mas trabalhamos dentro dessas normas e leis”.*

S3: *“A lei de 2017, mas não lembro o nome agora”.*

Já ao serem questionados sobre a eficiência, ou seja, a aplicação de recursos de uma forma racional que leve ao melhor rendimento, destas legislações vigentes sobre regulação em saúde que conheciam e utilizavam no dia a dia os mesmos referiram:

S1: “Não sei dizer nem que sim nem que não”.

S2: “Eu acho que são eficientes em partes. Ainda temos problemas com as informações do sistema que nem sempre são a realidade do paciente”.

S3: “Ainda há muito que se construir na política de regulação. Tem dados que ainda não são precisos”.

Os dados sobre transparência, série histórica e produção ambulatorial dos municípios sob a percepção dos representantes das CIR, observa-se que todos os representantes informam que existem meios de transparência implantados nos municípios de sua região, 66,7% dos indivíduos informam que as políticas existentes sobre transparência são eficientes. Todos os indivíduos informam que os procedimentos dos consórcios não ficam registradas na série histórica dos municípios solicitantes, e 66,7% informam que a produção destes procedimentos não ficam registradas para os municípios solicitantes.

S1: “Sim a gente está tentando colocar no município sede do consórcio”.

S2: “Eu não tenho certeza dessa resposta se fica ou não fica, nós somos gestão plena”.

S3: “Já discutimos isso em reunião de CIR”.

Quanto ao perfil dos representantes de Consórcios Intermunicipais de Saúde – CIS são todos do sexo masculino e 33,3% têm ensino médio completo, 33,3% têm graduação completa, 33,3% dos gestores entrevistados possuem graduação incompleta, a média de idade dos entrevistados foi de 52,6 anos. Os gestores pertencem aos municípios de Ermo, Morro da Fumaça e Tubarão são representantes de cada região de saúde pesquisada.

Quanto às características de experiências anteriores no cargo de gestão em saúde dos indivíduos representantes dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – CIS, observa-se que a maioria dos indivíduos, 66,7% havia sido gestor anteriormente, essas experiências foram no município atual ou no governo estadual. 66,7% dos gestores entrevistados não realizaram especialização após assumir o cargo na gestão.

Quando questionados sobre as características dos consórcios intermunicipais de saúde os indivíduos representantes dos Consórcios Intermunicipais de Saúde – CIS observa-se que todos informam o uso do consórcio em todos os municípios de sua região, confirmam também a importância do uso do consórcio para a gestão em saúde, que o consórcio auxilia na redução das filas e que poderia ser mais eficiente.

C1: Sim, o consórcio poderia ser bem mais aproveitado.

C2: *Se fossemos capacitados e o governo colocasse mais recursos aqui a gente poderia fazer mais.*

Quando questionados sobre conhecerem as legislações vigentes sobre os consórcios intermunicipais de saúde 66,7% informam que conhecem.

C1: *“Lei federal do Consórcio que é a lei 11.107/2005, Lei do SUS 8.080, Lei 8.142, Lei, 8.666 – Lei das licitações públicas”.*

C2: *“11.907 eu acho que foi aperfeiçoada para os consórcios públicos, a lei de licitação a gente só da uma olhada por cima por que fizemos de medicamentos, e as orientações que vem do colegiado aqui da região”.*

C3: *“Não conheço as leis”.*

Quando questionados sobre os procedimentos que os municípios mais utilizam, 66,7% informam que são os exames de média complexidade e 33,3% informam que são as consultas com especialistas. As características da regulação em saúde sob a percepção dos representantes dos Consórcios Intermunicipais de Saúde - CIS observa-se que todos os representantes reconhecem a regulação como importante ferramenta de gestão.

C1: *“A regulação contribuiu muito o acesso do paciente aos serviços de saúde”.*

C2: *“Eu acredito que sim, para acabar com o jeitinho que tinha antigamente. Eu acho certo obedecer à fila”.*

C3: *“Organiza e prioriza as demandas”.*

Quando questionados sobre o conhecimento das legislações vigentes os 66,7% dos gestores dos consórcios intermunicipais de saúde informam que conhecem as legislações vigentes. Quando questionados sobre quais legislações conheciam, obtivemos como respostas as seguintes:

C1: *“Conheço a legislação estadual”.*

C2: *“Quem lida diretamente com isso ai é a secretaria de saúde, elas que organizam a fila e que dão sequencia”.*

Quando questionados sobre a eficiência das legislações vigentes 100% dos gestores confirmam a eficiência e eles referem:

C1: *“São muito eficientes”.*

C2: *“A gente ainda não tem um resultado concreto do que tá acontecendo é muito recente ainda.”*

C3: *“Tem funcionado na medida do possível”.*

Percebe-se divergências em relação às afirmações e as falas acima sobre a eficiência das legislações, afirmam que são eficientes, porém nas falas não deixam isto tão claro. Os gestores não confirmam a eficiência das legislações em 100% de suas falas. Assim como as legislações dos consórcios, as de regulação em saúde também devem passar por fiscalizações para acompanhamento da eficiência para os gestores municipais estarem devidamente amparados para desenvolver o trabalho com segurança.

Os gestores conhecem apenas a regulação do acesso, eles afirmam que as filas de espera dos municípios de sua região já estão todas inseridas nas centrais de regulação e 66,7% destes informam que perceberam mudanças no uso dos consórcios após a implantação dos sistemas de regulação em todo o estado.

Os dados sobre transparência, série histórica e produção ambulatorial dos municípios sob a percepção dos representantes dos Consórcios Intermunicipais de Saúde - CIS observa-se que 66,7% dos representantes informam que existem meios de transparência implantados nos consórcios intermunicipais de saúde. Todos os indivíduos informam que as políticas existentes sobre transparência são eficientes, e informam que os procedimentos dos consórcios não ficam registrados na série histórica dos municípios solicitantes, e 66,7% informam que as produções destes procedimentos não ficam registradas para os municípios solicitantes, e 33,3% informam que a produção fica registrada para os municípios solicitantes. Quando questionados sobre a análise da implementação das séries históricas ficares registradas nos municípios solicitantes os mesmos informam:

C1: *“A produção ainda é informada no município cede, e ela é fragmentada e vai gerar uma série histórica para cada município. Mas estamos trabalhando para a implementação”.*

C2: *“Eles já estão vendo para mudar isso aí e ficar para cada município”.*

C3: *“Estamos implementando”.*

É possível concluir com a fala dos gestores das 03 regiões de saúde, que representa em torno de 1 milhão de habitantes, que há uma lacuna no conhecimento deles acerca dos processos organizativos, apresentando falhas nos mecanismos de gestão e organização dos procedimentos eletivos de média e alto complexidade. Tal problemática implica diretamente no manejo organizacional das redes de saúde.

Discussão

A incorporação de consórcios no âmbito municipal possibilita o aumento da oferta de serviços de maior densidade tecnológica que exijam escala pouco compatível com cada município isoladamente. Os gestores em saúde dos municípios têm maior possibilidade de discutir e atuar sobre os problemas de saúde regionais com maior liberdade para decidir alternativas conjuntas¹³⁻¹⁴, além de servir como estratégia para fortalecimento da rede integrada de saúde¹⁵⁻¹⁶.

Os consórcios públicos surgem, na década de 1990, em contexto de restrições orçamentárias na gestão pública e necessidade de ampliação da eficiência do uso dos recursos públicos, associado à complexidade de gestão do SUS, em um sistema federalista e com políticas explícitas de descentralização e regionalização. Reconhecidos como uma solução organizacional, a fim de suprir necessidades de coordenação e integração entre os entes federativos, apresentam como benefícios: ganhos de escala na prestação de serviços públicos, racionalidade de processos e de despesas, realização de projetos conjuntos considerados inviáveis de forma isolada, além do fortalecimento político de regiões até então com pouca representatividade estadual^{2-3,17-18}.

Mas para que isso devidamente aconteça, primeiramente percebe-se a importância de organizar os consórcios intermunicipais de saúde em conjunto com as secretarias de saúde. Dessa forma, partindo das necessidades municipais, os consórcios conseguiriam dar um suporte adequado. Muitas vezes, os municípios têm dificuldades para encontrar prestadores para determinado procedimento e saturação em prestadores de outros procedimentos que não usam com tanta frequência. Nesse sentido, os consórcios agem como intermediadores entre os prestadores de serviços e os usuários, na busca da viabilidade financeira e acessibilidade da população¹⁹⁻²⁰. Essa mudança nas prioridades de prestadores levaria a um consenso com as necessidades dos secretários de saúde e usuários da região de saúde.

As políticas de saúde, por suas características complexas, apresentam aos governantes desafios de operacionalização que muitas vezes perpassam as barreiras geográficas dos municípios. Os consórcios têm autonomia para construir parcerias, planejamento regional e promover a cooperação intergovernamental, superando os limites políticos e administrativos dos municípios, o que é imprescindível para uma abordagem integrativa na saúde^{2,16,19-20}.

Há ganhos evidentes com a adoção dos consórcios intermunicipais de saúde, em especial para os pequenos e médios municípios, onde os governos estaduais podem se apresentar como fortes indutores dessa estratégia. No entanto, um desafio para a efetiva implementação dos consórcios está na governança dessas organizações, dada a variedade de atores envolvidos nesse processo decisório²¹⁻²².

Os consórcios do Estado do Paraná comprovam que a sua formação foi fundamental para a melhoria do acesso a serviços especializados e para a ampliação da cobertura de atendimento²³. No caso dos municípios que fazem parte do Consórcios de Saúde da Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí, a aquisição de medicamentos conjunta possibilitou a redução dos custos, garantindo maior oferta de medicamentos e diminuição do desabastecimento do componente da Assistência Farmacêutica Básica, verificada através da redução na média de dias por medicamento em falta e o número de itens em falta¹⁴.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde em Santa Catarina, assim como nos demais estados do país, começaram a ser implantados em grande escala nos anos 90 e até os dias de hoje evoluíram muito em sua participação e colaboração na gestão da saúde nos municípios⁷. Na mesma perspectiva, destaca-se o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina, um dos primeiros a serem criados no estado em 1996, tendo a sua sede localizada na cidade de Chapecó, e que permanece em constante articulação, apresentando mudanças organizacionais pontuais frente às demandas que venham a surgir, contribuindo no desenvolvimento regional³. Percebemos nas falas de todos os gestores que os consórcios poderiam ser mais bem aproveitados, e assim como nos estudos realizados no Paraná e Pernambuco, os gestores percebem a melhoria no acesso e atendimento aos pacientes^{7,24}.

Podemos atribuir à capacidade de gestão do consórcio a um equivalente da capacidade de seu corpo técnico^{16,25}, logo recursos humanos continuamente treinados promovem constantes avanços institucionais¹⁶. Durante as falas apresentadas podemos perceber a necessidade de capacitações sobre legislações vigentes acerca dos consórcios intermunicipais de saúde. Tal iniciativa poderia oportunizar melhor desempenho na sua função, organização, funcionamento e contribuição para os municípios. Salienta-se também que com o passar do tempo, os municípios ganham experiência com o modelo de gestão e assumem um protagonismo significativo do processo²⁶. Outros fatores também podem interferir na operacionalização dos consórcios intermunicipais de saúde, tais como: modelo de atenção adotado; quadro profissional escasso e poder de decisão limitado por parte dos gestores²¹.

Em uma revisão sistemática conduzida por Mello et al.²⁷, destacam-se como evidências dos estudos sobre a regionalização no SUS: baixa qualificação, alta rotatividade dos gestores da saúde, fraca cultura de planejamento dos governos, premência dos interesses político-partidários e clientelistas nas instâncias decisórias e frágil capacidade de liderança das Secretarias Estaduais de Saúde. Contudo, os autores sugerem lacunas na identificação de fatores que contribuem para o

sucesso de experiências estaduais e regionais, e que explicam variações desse processo, mesmo em cenários adversos²⁷.

Entretanto, apesar dos benefícios, existem ainda desafios para efetivar a regionalização, tais como as dificuldades para integrar e coordenar as ações e serviços, em diferentes espaços geográficos, com distintas gestões, para atender as necessidades de saúde e demandas da população na escala, qualidade e custos adequados⁵. Além disso, essa diretriz também implica na fragmentação na prestação de serviços e redução do poder de barganha nos processos de aquisição de materiais e serviços²².

O termo regulação está associado aos atos de regulamentar, ordenar, sujeitar a regras e relacionado à satisfação do usuário quanto ao atendimento de suas necessidades. A regulação em saúde vem tomando espaço por se configurar como uma importante ferramenta para transpor desafios que acometem SUS desde a sua criação¹. Está relacionada à função do Estado de ordenar a distribuição de recursos, bens e serviços de saúde, ou seja, está atrelada à superação de problemáticas tais como na oferta de serviços de saúde^{1,8,28-29}.

Percebe-se nas falas dos gestores entrevistados quanto à eficiência das legislações e a falta de avaliação e monitorização dos setores deliberativos, estadual e governo federal, quanto a eficiência das legislações vigentes sobre regulação em saúde e a necessidade de capacitações aos profissionais de saúde sobre o tema. Foi citada, também, a necessidade de melhorar a organização das centrais de regulação, consórcios e fiscalização contínua do governo estadual para que os municípios consigam fornecer à população a garantia do acesso aos serviços de saúde, assegurados por leis. A imprescindibilidade em questão advém do fato de que as centrais de regulação estão essencialmente ligadas à acessibilidade dos usuários, dessa forma, a regulamentação e fiscalização não são meramente instrumentos organizativos, mas mantenedores do direito constitucional à saúde^{1,30}.

Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde podem ser operados em módulos, como o módulo de regulação de internações hospitalares eletivas, o módulo de regulação de internações de urgência e emergência, o módulo de regulação de consultas e exames especializados, o módulo de cadastro dos estabelecimentos de saúde e outros. Para isso, é importante ter bem estabelecido um perfil específico de oferta de serviços, que é feito por um cadastro dos serviços que constituem as Redes de Atenção à Saúde (RAS)³¹.

Com as falas do presente estudo, podemos perceber a necessidade dos gestores terem um suporte maior do governo estadual e das regiões de saúde quanto à educação permanente em saúde (EPS), tornando o cotidiano um cenário de aprendizado constante – sobre os temas centrais

desta pesquisa, visando melhor atendimento a região e a população. Não se pode negar, que áreas que envolvem a gestão compartilhada e a regulação convergem para um conjunto de competências, recursos e demandas dos entes federados, sendo assim, exige-se capacidade para coordenar ações e iniciativas¹⁶, por isso a EPS podem ser um ponto-chave para efetivação de uma gestão e profissionais qualificados³²⁻³⁴.

Acreditamos que os processos regulatórios precisam e devem ser pautados sob a égide constitucional que garante não só o direito à saúde, mas o direito à vida. Isto “nos dá oportunidade de sairmos do lugar ordenador, normativo e cartorial para um outro, novo, que nos aproxima da dor, da espera, do cuidado”³⁵ e faz da regulação da saúde uma ferramenta de equidade, acessibilidade e integralidade³⁰. Assim, a regulação passa a ser, de fato, centrada no usuário e nas suas reais necessidades.

Com as falas referentes à produção ambulatorial dos procedimentos realizados via consórcios, pelos municípios, podemos identificar a necessidade vinda tanto dos consórcios intermunicipais de saúde quanto dos gestores municipais. Bem como, de apoio vindo da gestão estadual para a elaboração de protocolos que auxiliem os municípios com a implantação da produção para os municípios solicitantes nos consórcios intermunicipais de saúde. Além disso, que tais produções não fiquem registradas apenas nas séries históricas dos municípios sedes dos consórcios como acontecem atualmente na grande parte dos municípios. A instituição de um federalismo cooperativo no Brasil ao mesmo tempo em que é destacada como uma necessidade¹⁶, também se apresenta como um desafio no jogo intergovernamental, que visa fortalecer laços e parcerias na participação e capacidade de negociação entre estados e municípios²⁴.

Considerações finais

Os consórcios intermunicipais de saúde ocuparam uma posição estratégica na estrutura organizacional da política de regionalização em saúde do SUS, permitindo o desenvolvimento de serviços de saúde. A regulação em saúde veio como uma importante ferramenta de gestão aos municípios. Este estudo, de abordagem mista, propôs analisar a percepção dos gestores dos consórcios intermunicipais de saúde e dos gestores das Comissões Intergestores Regional no processo de implantação e de implementação dos procedimentos eletivos nas centrais municipais de regulação, de forma a refletir sobre as potencialidades e desafios destes serviços.

Os resultados obtidos apontam uma percepção positiva dos gestores com a regulação e o auxílio que ela trouxe aos municípios em relação à continuidade na linha de cuidado e a garantia do acesso aos pacientes com critérios clínicos mais graves. Perceberam-se também os desafios que os

municípios encontraram para inserirem suas filas de espera nas centrais de regulação devido a prática que era seguida anteriormente. Os gestores sentem-se mais seguros com o uso da regulação sabendo que estão amparados por leis, porém ainda necessitam melhorias na eficiência e fiscalização das legislações vigentes, vindas do governo estadual e governo federal. Nota-se também a necessidade do município em receberem EPS sobre tais legislações e gestão, uma vez que disseram desconhecer parte delas.

O estudo teve como limitações uma análise firmada apenas na percepção dos gestores dos consórcios intermunicipais de saúde em relação às Comissões Intergestores Regional, não abarcando outros elementos que pudessem contribuir em um aprofundamento temático qualitativo. Outro entrave que surgiu no percurso foi a falta de referências que apresentassem razoavelmente um padrão de resultados semelhantes, visto que gestões agem e se estruturam de diferentes formas dependendo do seu local e época. É fundamental a realização de mais pesquisas sobre os consórcios intermunicipais e regulação em saúde nas demais regiões de saúde do estado e país que permitam avaliar a existência de viés entre outros gestores entrevistados devido a outras realidades enfrentadas por outros municípios.

Referências

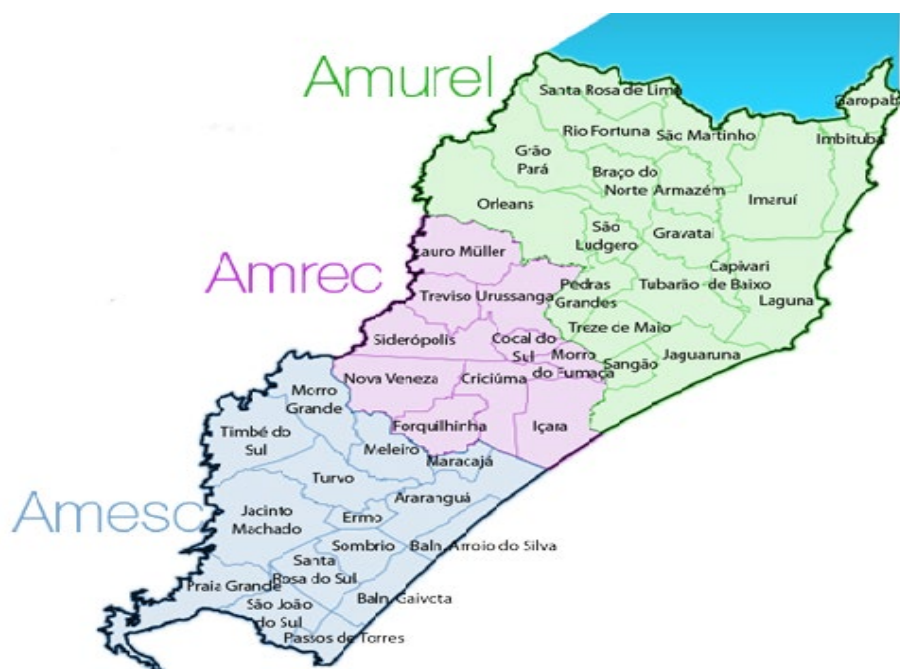
1. Oliveira RR de, Elias PEM. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. Rev. Saúde Pública. 2012 Jun;46(3): 1-6.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Consórcios Públicos Intermunicipais, no âmbito do SUS Aspectos Básicos. Brasília; 2014.
3. Filippim ES, Moreira EA, Cetolin SF. Consórcios Públicos e Desenvolvimento: o caso do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste de Santa Catarina. Redes. 2018;23(3): 165-187.
4. Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - CEBES. Nota pública sobre cobertura universal em saúde. Rio de Janeiro; 2014.
5. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Para entender a gestão do SUS. Brasília; 2011.
6. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. Estud. Av. 2013;27(78): 7-26.
7. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciênc. Saúde Colet. 2018 Jun;23(6):1723-28.
8. Neves LA, Ribeiro JM. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. Cad. saúde pública. 2006;22: 2207-17.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília; 2008.
10. Aidil Jesus Paes de Barros, Neide Aparecida de Souza Leheld. Fundamentos de metodologia: um guia para a iniciação científica. São Paulo: McGraw-Hill; 2007.
11. Kvale S. Interviews: An introduction to qualitative research interviewing. California: Sage Publications Inc; 1994.

12. Alcântara AM, Vesce GEP. As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa. In: Congresso Nacional de Educação; 2008.
13. Gerigk W, Pessali HF. A promoção da cooperação nos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Paraná. Rev. de Adm. Publica. 2014 Dec;48(6): 1525-43.
14. Amaral SMS, Blatt CR. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. Rev. saúde pública. 2011 Aug;45(4): 799-801.
15. Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. Ciênc. Saúde Colet. 2017 Apr; 22(4): 1281-89.
16. Cherubine M. Consórcios públicos e as agendas do Estado brasileiro. São Paulo: Editora Fundação Perseu; 2018.
17. Baldissera DS. Consórcios públicos intermunicipais no Brasil: panorama após os 10 anos da Lei 11.107/2005 [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: FGV - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas; 2015.
18. Ferraes AMB, Cordoni Junior L. Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos. Rev. de Adm. Publica. 2007 Jun;41(3): 475-86.
19. de Moraes VS, Chaves APL. Percepção dos gestores municipais de saúde relacionada à saúde ambiental: consórcio intermunicipal de saúde Cerrado Tocantins Araguaia. Saúde Soc. 2016 Jun;25(2): 349-360.
20. Grzelzak MT, Kukla N, de Souza WC, Marchesan J, Birkner WMK, Mascarenhas LPG. A importância dos consórcios intermunicipais de saúde. S. Am. Dev. Soc. J. 2017 Apr 10;3(07): 196-205.
21. Silva CR, Carvalho BG, Cordoni Júnior L, Nunes E de FP de A. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. Ciênc. Saúde Colet. 2017 Apr;22(4): 1109-20.
22. Flexa RGC, Barbastefano RG. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. Ciênc. Saúde Colet. 2020 Jan;25(1): 325-337.
23. Keinert TMM, Rosa TEC, Meneguzzo M. Inovação e cooperação intergovernamental: microrregionalização, consórcios, parcerias e terceirização no setor saúde. Rev. Eletrônica Organ. Soc. 2006;13(19): 1-3.
24. Leal EMM, Silva FS da, Oliveira SR de A, Pacheco HF, Santos F de A da S, Gurgel Júnior GD. Razões para a expansão de consórcios intermunicipais de saúde em Pernambuco: percepção dos gestores estaduais. Saúde Soc. 2019 Sep;28(3): 128-142.
25. Thesing NJ, Allebrandt SL, Nuske MA, Gessi NL. Organização Intermunicipal: estudo de caso do Consórcio Público de Saúde na Região Fronteira Noroeste do Rio Grande do Sul. Redes. 2018 Sep 12;23(3): 188-205.
26. Rocha CV. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná. Cad. Metrop. 2016 Dec;18(36): 377-399.
27. Mello GA, Pereira APC de M, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Viana AL d'Ávila. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. Ciênc. Saúde Colet. 2017 Apr;22(4): 1291-1310.
28. Batista SR, Vilarins GCM, Lima MG de, Silveira TB. O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. Ciênc. Saúde Colet. 2019 Jun; 24(6): 2043-52.
29. Albuquerque M do SV de, Lima LP, Costa AM, Melo Filho DA de. Regulação assistencial no recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. Saúde Soc. 2013 Mar;22(1): 223-236.
30. Rodrigues Bastos LB, Alves Barbosa M, de Sena Bastos DA. Fatores facilitadores e limitativos da regulação pública da saúde no Brasil. Enf. Bras. 2019; 18(2): 296-302.

31. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015.
32. Silva CT da, Terra MG, Camponogara S, Kruse MHL, Roso CC, Xavier M da S. Permanent health education based on research with professionals of a multidisciplinary residency program: case study. Rev. gaúcha enferm. 2014 Sep;35(3): 49-54.
33. Jensen R, Guedes E de S, Leite MMJ. Informatics competencies essential to decision making in nursing management. Rev Esc Enferm USP. 2016 Feb;50(1): 109-117.
34. Silveira M da SD, Cazola LH de O, Souza AS de, Pícoli RP. Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada. Saúde debate. 2018 Jan;42(116): 63-72.
35. Mariana Prado Freire. Regulação em saúde produtora de cuidado: cartografia de novos arranjos [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017.

Ilustrações, tabelas e quadros

Figura 1. Mapa de Abrangência da AMUREL, AMREC e AMESC



Fonte: MUESC – Museu da Universidade do Extremo Sul Catarinense. Disponível em: <http://www.bib.unesc.net/muesc/muni_07.php>

Submissão: 18/10/2021

Aceite: 14/01/2022