

BRUNA RODRIGUES DE FREITAS

**ESTRUTURAS, ESTRATÉGIAS E CONSOLIDAÇÃO DOS
CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DA SAÚDE DA ZONA DA MATA
DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

**VIÇOSA
MINAS GERAIS - BRASIL
2014**

**Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa**

T

F866e
2014 Freitas, Bruna Rodrigues de, 1991-
Estruturas, estratégias e consolidação dos consórcios
intermunicipais da saúde da Zona da Mata de Minas Gerais :
Nao / Bruna Rodrigues de Freitas. – Vicosa, MG, 2014.
xii, 90f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui apêndices.

Orientador: Adriel Rodrigues de Oliveira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Referências bibliográficas: f.79-83.

1. Administração municipal. 2. Consórcios. 3. Serviços de
saúde - Zona da Mata (MG). I. Universidade Federal de Viçosa.
Departamento de Administração e Contabilidade. Programa de
Pós-graduação em Administração. II. Título.

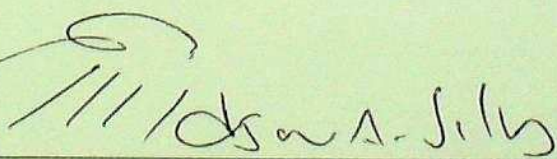
CDD 22. ed. 362.1098151

BRUNA RODRIGUES DE FREITAS

**ESTRUTURAS, ESTRATÉGIAS E CONSOLIDAÇÃO DOS CONSÓRCIOS
INTERMUNICIPAIS DA SAÚDE DA ZONA DA MATA DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal
de Viçosa, como parte das exigências do
Programa de Pós-Graduação em Administração,
para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

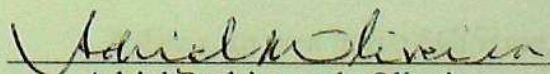
APROVADA: 22 de dezembro de 2014.



Edson Arlindo Silva



Brasilina Elizete Reis de Oliveira



Adriel Rodrigues de Oliveira
(Orientador)

*A Deus, ao meu noivo Walisson, aos meus pais Ananias e
Aparecida, aos meus irmãos Diego e Matheus e a todos os meus
amigos que vivenciaram esta etapa de minha vida.*

*Mas em todas estas coisas somos mais que vencedores, por meio
daquele que nos amou.*

Romanos 8:37

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por mais essa Vitória e por nunca me desamparar nos momentos difíceis.

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Adriel Rodrigues de Oliveira pela orientação, companheirismo e confiança para desenvolver essa pesquisa.

Agradeço a todos os Professores do Programa de Pós Graduação da UFMG, pelo convívio e a oportunidade de expansão de conhecimento.

Agradeço a todos os amigos do Programa de Pós Graduação em Administração pelo convívio e companheirismo. Vou sentir saudade dessa união!

Aos gestores dos consórcios intermunicipais de saúde da Zona da Mata Mineira e secretários municipais de saúde pela atenção e informações repassadas. A participação de vocês foi fundamental para esse trabalho.

Ao departamento de Ciências Gerenciais do Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais pela compreensão nos momentos de ausência durante a realização da pesquisa e pelo incentivo.

Por fim, a minha família, meus pais Ananias e Aparecida pela educação e incentivo. Aos meus irmãos Diego e Matheus pelo carinho. Ao meu noivo Walisson pelo companheirismo e por compreender meus momentos de ausência e impaciência.

A todos que torceram por mais essa conquista. Obrigada por tudo!

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	vii
LISTA DE QUADROS.....	viii
LISTA DE TABELAS	ix
LISTA DE SIGLAS	x
RESUMO.....	xi
ABSTRACT.....	xii
1 INTRODUÇÃO.....	1
2- REFERENCIAL TEÓRICO	4
2.1 A Municipalização da saúde pública no Brasil.....	4
2.2 Conceituações dos Consórcios Públicos.....	7
2.3.1 Formas de Associações.....	9
2.3.2 Natureza jurídica dos consórcios públicos.....	10
2.3.3 Constituição dos Consórcios.....	10
2.4 Consórcio Intermunicipal de Saúde.....	13
2.4.1 Perfil dos Consórcios Intermunicipais de saúde no Brasil.....	16
3- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	18
3.3 Tipo de pesquisa referente ao estudo.....	18
3.1 Local de Estudo.....	19
3.2 Amostra e seleção dos sujeitos.....	21
3.3 Coleta de Dados.....	23
3.4 Tratamento dos dados.....	24
4. RESULTADOS E DISCUSSAO.....	27
4.1 Breve histórico dos Consórcios.....	27
4.2 Estrutura dos Consórcios.....	29
4.2.1 Estrutura Física.....	30
4.2.2 Natureza Jurídica.....	34
4.2.3 Direção do Consorcio.....	35
4.2.4 Forma de Decisão.....	38
4.2.5 Perfil dos funcionários.....	41

4.2.6 Admissão de pessoas.....	43
4.2.7 Quadro de funcionários	45
4.2.8 Rateio dos consórcios.....	46
4.3 Funcionamento dos consórcios.....	50
4.3.1 Procedimento para se consorciar	50
4.3.2 Especialidades e procedimentos dos consórcios.....	51
4.3.3 Ações dos consórcios para os serviços de saúde	53
4.4 Avaliação dos Consórcios	57
4.4.1 Aspectos Positivos dos Consórcios.....	57
4.4.2 Limitações dos consórcios	59
4.4.3 Avanços dos Consórcios.....	61
4.4.4 Necessidade de melhorias na gestão nos consórcios	64
4.5 Percepções dos secretários municipais de saúde sobre os consórcios.....	66
4.5.1 Perfil socioeconômico	67
4.5.2 Quanto a Estrutura	68
4.5.3 Quanto ao Serviço de transporte	69
4.5.4 Quanto a gestão do consórcio.....	71
4.5.5 Quanto ao rateio	71
4.5.6 Quanto aos pontos negativos dos consórcios	73
4.5.7 Quanto aos pontos positivos dos consórcios.....	75
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
6. REFERÊNCIAS.....	79
Apêndice – A.....	84
Apêndice – C.....	89
Apêndice – D.....	90

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Caminho atravessado pelos Consórcios Públicos.	8
Figura 2. Associação Horizontal.....	9
Figura 3. Associação Vertical.....	9
Figura 4- Quantidade de municípios consorciados na região Sudeste.	17
Figura 5- Modelo gráfico da metodologia utilizada.....	19
Figura 6 : Mapa das macrorregiões de Saúde do Estado de Minas Gerais.	20
Figura 7: Consórcios Intermunicipais de saúde da Zona da Mata Mineira e municípios consorciados.	22
Figura 8: Fluxo de coleta de dados.....	23
Figura 9: Consórcios de saúde da Zona da Mata Mineira em ordem cronológica.....	29
Figura 10 : Direção do consorcio.....	35
Figura 11: Gênero dos secretários de saúde.....	67
Figura 12: Gênero dos secretários de saúde.....	67
Figura 13: Escolaridade dos secretários de saúde.....	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Consórcios envolvidos na pesquisa	21
Quadro 2: Categorias e Subcategorias.....	25
Quadro 3. Estrutura física dos consórcios	33
Quadro 4. Natureza Jurídica dos consórcios.....	34
Quadro 5. Direção do consórcio	36
Quadro 6. Decisão no consórcio.....	38
Quadro 7. Perfil dos funcionários.....	42
Quadro 8. Admissão de pessoas.....	44
Quadro 9. Quadro de funcionários	45
Quadro 10. Rateio dos consórcios	47
Quadro 11. Especialidade e procedimento dos consórcios	51
Quadro 12. Ações dos consórcios.....	55
Quadro 13. Aspectos positivos dos consórcios.....	57
Quadro 14. Limitações dos consórcios.....	61
Quadro 15. Avanços dos consórcios.....	62
Quadro 16. Necessidade de melhorias na gestão dos consórcios	64
Quadro 17. Pontos falhos dos consórcios na visão dos secretários de saúde.	73
Quadro 18. Pontos positivos dos consórcios na visão dos secretários de saúde	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Municípios consorciados e totais de municípios brasileiros, segundo faixa populacional – 2011.....	16
Tabela 2. Numero de secretários respondentes por consórcio associado	66
Tabela 3. Infraestrutura	69
Tabela 4. Equipamentos	69
Tabela 5. Qualidade dos serviços de transporte.....	70
Tabela 6. Gestão do consórcio.....	71
Tabela 7. Rateio.....	72
Tabela 8. Desempenho geral dos consórcios estudados	76

LISTA DE SIGLAS

ACISPES- Agência de cooperação intermunicipal em saúde Pé da Serra
CIESP- Consórcio intermunicipal de especialidades
CIS AMAPI- Consórcio intermunicipal de saúde da microrregião do Vale do Piranga
CIS LESTE- Consórcio intermunicipal de saúde da Mata Leste
CIS MIV- Consórcio intermunicipal de saúde da microrregião de Viçosa
CIS UM- Consórcio intermunicipal de saúde União da Mata
COSECS – Colegiado dos Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais
SEPLAG- Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais
SIM SAUDE- Consórcio intermunicipal de saúde de Ubá e região
SUS- Sistema Único de saúde.

RESUMO

FREITAS, Bruna Rodrigues de, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, dezembro de 2014. **Estruturas, Estratégias e Consolidação dos Consórcios Intermunicipais da saúde da Zona da Mata de Minas Gerais**. Orientadores: Adriel Rodrigues de Oliveira. Coorientador: Walmer Faroni e Nina Rosa da Silveira Cunha.

Esta pesquisa buscou compreender a estrutura, estratégia e os resultados dos consórcios intermunicipais da Saúde da Zona da Mata de Minas Gerais. Conhecendo esta situação pressupõe-se que esse trabalho poderá contribuir para o aperfeiçoamento da implementação das políticas de saúde, por meio da gestão mais racional dos recursos na associação de municípios em consórcios locais de saúde. Para o aprofundamento do tema foi abordado os conceitos de municipalização da saúde pública no Brasil, consórcios públicos, consórcios intermunicipais, consórcios intermunicipais de saúde e o perfil dos consórcios intermunicipais de saúde no Brasil. A metodologia empregada foi de natureza quali e quantitativa com predominância na primeira. Foram realizadas entrevistas com os secretários executivos dos oito consórcios intermunicipais de saúde da Zona da Mata Mineira bem como aplicado questionários estruturados a todos os secretários de saúde dos municípios associados aos consórcios envolvidos na pesquisa. Para análise dos dados qualitativos utilizou-se da análise de conteúdo e para os quantitativos o software para tratamento dos dados quantitativos SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Os resultados revelaram que os consórcios intermunicipais de saúde da Zona da Mata Mineira avançaram em suas ações no que tange ao aumento de especialidades e poder de negociação a fim de oferecer serviços de baixo custo. Contudo os mesmos carecem de melhorias e ajustes para que possam atender com êxito os objetivos para o qual foram criados.

ABSTRACT

FREITAS, Bruna Rodrigues de, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, December, 2014. **Structure, Strategy and Results of Consortiums of Health in Zona da Mata de Minas Gerais.** Adviser: Adriel Rodrigues de Oliveira. Co-advisers: Walmer Faroni and Nina Rosa da Silveira Cunha.

This research sought to understand the structure, strategy and results of consortiums of Health in Zona da Mata of Minas Gerais. Knowing this situation it is assumed that this work will contribute to the improvement of the implementation of health policies, through the more rational management of resources in the association of towns in local consortia of health. For the issue of deepening the decentralization was approached concepts of public health in Brazil, public consortia, consortiums, consortiums health and the profile of health consortiums in Brazil. The methodology was qualitative and quantitative predominantly at first. Interviews were conducted with the Executive Secretaries of the eight consortiums health of the Zona da Mata Mineira and structured questionnaires applied to all health secretaries of municipalities associated with consortia involved in the research. To analyze the qualitative data we used content analysis and quantitative software for processing of quantitative data SPSS (Statistical Package for Social Sciences). The results revealed that the consortiums health of Zona da Mata Mineira advanced in their actions with regard to the increase of specialties and bargaining power to offer low cost services. However the consortiums need to be upgrade and adjustments to services with successfully the objectives for which it was created.

1 INTRODUÇÃO

O pacto federativo estabelecido na Constituição Federal fixa que as três esferas do Estado são responsáveis pela prestação do serviço público, por meio da implementação das políticas setoriais. Cada nível (União, estados e municípios) tem responsabilidades próprias e a atuação deve se dar de forma harmônica, para que se possa conseguir maior eficiência e eficácia no uso dos recursos públicos.

A prestação de serviço de saúde eficiente à população é um desafio enfrentado por todos os envolvidos com a área. Os municípios encontram dificuldades advindas da limitação de recursos financeiros, de limitadas capacidades técnicas, de problemas administrativos, dentre outros.

As necessidades e carências expostas pelos municípios de pequeno porte para a efetivação de ações de saúde - otimização de estrutura física, falta de recursos materiais, apoio diagnóstico deficiente, acesso a novas tecnologias médicas, somadas à insuficiência de recursos humanos especializados, principalmente pela baixa remuneração, aliadas às deficiências peculiares ao interior do país, têm aumentado a busca de parcerias para o processo de gestão e organização dos sistemas de saúde (LIMA, 2000).

Uma das formas das pequenas cidades lidar racionalmente com os problemas apontados acima tem sido por meio das associações dos municípios para implementação de políticas públicas. Iniciativa esta já prevista na legislação (lei 11.107/95) e na própria Constituição Federal de 1988 por meio dos assim chamados consórcios intermunicipais.

Os consórcios intermunicipais são uma iniciativa que existe desde muito tempo, pois a primeira Constituição Paulista de 1891 já tratava do assunto. Segundo Coutinho (2006), a Constituição Federal de 1988 não contemplava a cooperação entre entes federados, via consórcios e convênios. No entanto, com a Emenda Constitucional n.º 19/98, o artigo 241 passou a tratar dos consórcios públicos, estabelecendo sua regulamentação em lei ordinária, onde a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios regulamentarão por intermédio da lei dos consórcios públicos e os convênios cooperativos entre os entes federados, ratificando então a gestão em conjunto de serviços públicos (BRASIL, 2006a).

Embora a possibilidade do consorciamento exista legalmente desde o fim do século XIX, foi em 2005, após amplo período de discussão do Projeto de Lei n.º 3.884/04, que foi aprovada a Lei Federal n.º 11.107/05 que trata das normas gerais de realização de consórcios públicos. Só a partir deste momento é que se tem se um delineamento objetivo e claro da figura consorcial (COUTINHO, 2006).

Com a promulgação da Lei 11.107/05 pode-se então conceituar consórcios como Contratos efetivados entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios com intuito de efetuar atividades públicas de interesse comum e dos quais derivará uma pessoa jurídica que os agregará. (MELLO, 2005 apud COUTINHO,2006)

Di Pietro (2006) segue na mesma linha ao afirmar que os consórcios públicos são associações formadas por pessoas jurídicas políticas (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), com personalidade de direito público ou de direito privado, criadas mediante autorização legislativa, para a gestão associada de serviços públicos (DI PIETRO, 2006, p.468 apud COUTINHO, 2006).

Mediante isso é possível depreender que os municípios se associam para solucionar problemas inerentes à sua região. Dentro dessa visão os consórcios intermunicipais de saúde buscam diminuir custos e agilizar os recursos acessíveis de modo a oferecer assistência médica disponível em um município da região aos outros municípios carentes de tais serviços.

De modo geral, o objetivo dos consórcios intermunicipais de saúde é fazer com que os municípios desempenham com maior eficiência e eficácia os serviços vitais à sua população, tendo como pressuposto os princípios do SUS.

Assim, os consórcios intermunicipais de saúde funcionam como instrumentos de cooperação entre municípios visando proporcionar a ambos os que individualmente teriam menos possibilidade de realizar.

Diante do exposto, o problema de pesquisa que se coloca neste projeto é referente à estrutura adotada, a estratégia de ação utilizada e ao alcance dos objetivos nos quais os consórcios foram propostos. A questão de pesquisa a ser respondida por este projeto se encontra pautada no seguinte questionamento: Como são estruturados e dinamizados os consórcios em função dos objetivos a que se propõem?

As questões previamente mencionadas são pertinentes, pois se acredita que por meio delas o consórcio poderá ser mostrado como uma alternativa de apoio e fortalecimento entre os municípios em prol da saúde.

Sendo assim, o objetivo geral deste estudo consiste em compreender a estrutura, estratégia e os resultados dos consórcios intermunicipais da Saúde da Zona da Mata de Minas Gerais. Especificamente, pretendeu:

- Verificar como são estruturados os consórcios.
- Descrever a forma de funcionamento, as ações e o papel dos consórcios em sua área de atuação que são os serviços de saúde.
- Evidenciar principais avanços e retrocessos de acordo com a opinião dos gestores do consórcio para fazer com que os municípios desempenhem com maior eficiência os serviços básicos de saúde a sua população.
- Relatar a percepção dos secretários municipais de saúde quanto ao consórcio.

Entende-se a relevância social e acadêmica deste projeto, tendo em vista o estágio em que se encontra a saúde pública no Brasil, gerida pelo Sistema Único de Saúde: a universalização da atenção foi conseguida, resta agora lograr êxito na disseminação e universalização de padrões superiores de qualidade já conseguidos em alguns pontos do território nacional. Este trabalho pode contribuir para o aperfeiçoamento da implementação das políticas de saúde, por meio da gestão mais racional dos recursos na associação de municípios em consórcios locais de saúde.

Isso posto, este trabalho se apresenta da seguinte forma: inicialmente será reforçada a base teórica onde far-se-á uma revisão bibliográfica da municipalização da saúde pública no Brasil, conceitos de consórcios públicos, consórcios intermunicipais, consórcios intermunicipais de saúde e o perfil dos consórcios intermunicipais de forma a estabelecer uma firme base teórica para o trabalho. Em um segundo momento os aspectos metodológicos serão explicados de modo a evidenciar a metodologia empregada para coleta e análise dos dados. Na quarta e quinta sessões estão os resultados bem como as considerações finais.

2- REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Municipalização da saúde pública no Brasil

Segundo Paim et al (2011), no Brasil o sistema de saúde foi marcado no século XX por uma natureza autoritária na qual o sistema social era heterogêneo e dominante. O fornecimento de serviços se dava por meio de institutos de aposentadoria e pensões divididos por categoria ocupacional como, por exemplo, bancários, ferroviários etc. Entre 1970 e 1974, foram liberados recursos do orçamento federal para reparar e construir hospitais privados.

Além disso, a responsabilidade pela oferta da atenção à saúde foi estendida aos sindicatos e instituições filantrópicas que davam assistência aos trabalhadores rurais. Os benefícios diretos a empresas privadas para a oferta de assistência médica a seus empregados foram substituídos por descontos no imposto de renda onde impulsionou-se à geração de planos de saúde privados.

Ainda para o autor supracitado, esse mercado baseado na prestação de serviços ao setor privado gerou crise de financiamento na assistência social e na década de 1970, o Brasil presenciou vários movimentos populares que impulsionaram a necessidade de redemocratização do país e dentre eles se destacaram os movimentos em prol da saúde pública.

O movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde como uma questão social ao contrário do que prevalecia antigamente. Então, em 1980, constituiu-se o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde autorizou o conceito da saúde como um direito do cidadão e traçou os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS). (PAIM et al, 2011)

Mediante um contexto marcado pela crise econômica, vários fatores como ascensão dos movimentos político-sociais e luta pela abertura política impulsionou a aceleração da queda do regime autoritário, contribuindo assim para a redemocratização do país e o surgimento da constituição cidadã de 1988 (OLIVEIRA, 2011).

A Constituição de 1988 é a engenharia que deu o sentido dessa premissa pela formação de um aparato legal que relaciona a construção de um estado democrático com amplos direitos sociais, a partir da inclusão de um conjunto de

instrumentos inovadores que garantissem a participação direta e indireta dos cidadãos. (FLEURY; LOBATO, 2009)

Desse movimento surge o pensamento de municipalização tendo como principal argumento a carência de descentralização política como uma maneira de intervenção na ideia centralizadora do estado predominante durante o regime militar.

Fazia-se necessário descentralizar para que os gestores municipais mais próximos da população e conseqüentemente conhecedor de suas necessidades pudessem desempenhar de maneira eficiente os serviços de saúde.

Pires e Nogueira (2008) relatam que a Constituição da República de 1988 infiltrou pertinentes alterações no contexto federativo do Brasil. Tais demandas trouxeram alguns resultados para os Estados, pelo menos em se tratando de descentralização tributária, e para os Municípios, no tocante à autonomia. (PIRES; NOGUEIRA, 2008)

A descentralização caracterizada como municipalização decidiu que os municípios seriam os verdadeiros executores das ações e conseqüentemente se tornariam responsáveis por ofertar as ações de saúde. Com isso, os governos locais receberam poder de decisão e conseqüentemente maior autonomia.

A saúde foi a área em que se aplicou amplamente a descentralização, principalmente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que veio conscientizando sobre a participação institucionalizada através de fóruns de discussões.

Com características de unicidade, descentralização e atendimento integral a criação do SUS objetivou mudar a situação de desigualdade da saúde da população e com isso tornou obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, ofertando serviços na atenção primária, secundária e terciária. Com isso, as ações e serviços públicos de saúde passaram a integrar uma rede organizada de acordo com as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. (VIEGAS; PENNA, 2012)

"A descentralização da política de saúde no Brasil causou um aumento significativo em quantidade de atividades e participação dos municípios na prestação de serviços de saúde "(AMARAL; BLAT, 2011, p. 1).

Uma das mais relevantes inovações inseridas na Constituição Federal de 1988 diz respeito ao conceito de seguridade social, definido como "um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a

assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (CF, art. 194)

Além disso, assegura a saúde como direito social e define um novo protótipo para as ações do Estado na área, expresso nos artigos 196 e 198 da Constituição Federal de 1988:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (BRASIL, 1998).

Mediante o texto constitucional é possível auferir que a concepção do SUS surge como uma espécie de auxílio aos anseios da população. Não obstante, ele só foi regulamentado através da lei 8080 de 19 de setembro de 1990 e lei complementar 8142 de 28 de dezembro de 1990 que buscou delinear o modelo de atenção e estabelecer as linhas gerais para a redistribuição de obrigações entre os entes federados.

De acordo com a lei 8080 em seu art.4º "O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)".

As principais tendências trazidas pela lei 8.080 dizem respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços com ênfase na descentralização das ações e serviços para os municípios e valorização da cooperação técnica entre Ministério da Saúde, estados e municípios.

Logo após, a lei 8142 incluiu a participação da comunidade como uma das diretrizes para a organização do sistema público de saúde propiciando a criação de diversos mecanismos de articulação entre esferas de governo e de participação e controle social sobre as políticas públicas. Estes mecanismos referem-se aos conselhos e conferências de saúde.

Outro recurso utilizado como ferramenta de participação social são os consórcios de saúde, que por meio da instituição do Sistema Único de Saúde

ganharam contornos nesta área sendo garantida sua existência na legislação conforme pode-se observar na lei orgânica de saúde nº 8080 de 19 de setembro de 1990 que prevê em seu artigo 10 que “Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam”.

Também no artigo 18, inciso VII da mesma lei estabelece que “À direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) compete VII- formar consórcios administrativos intermunicipais”.

É possível depreender que a municipalização da saúde no Brasil já alcançou resultados satisfatórios no que tange a atenção básica, contudo, alguns municípios menores encontram objeções para prestar serviço de forma eficiente, daí a relevância de se aliarem a outros municípios.

2.2 Conceituações dos Consórcios Públicos

Araújo e Magalhães (2008) definem consórcio como um contrato onde se estabelecem objetivos iguais aos participantes e se regulariza a forma como tais finalidades serão buscadas.

Consórcio, do latim *consortiu*, implica a ideia de associação, ligação, união e, no âmbito das relações intermunicipais, nada mais apropriado do que a formação de entidades visando o estudo, o acompanhamento, o diagnóstico das soluções que, via de regra, envolvem municípios limítrofes e com problemas que se identificam numa ordem cada vez mais crescente, em função de forte demanda dos administrados. A formação de consórcio não obedece a uma única lógica, mas aos interesses e disponibilidades de uma dada região, conformando diversos modos de atuação e permitindo o seu aprimoramento, inclusão ou não de municípios, agrupamento de municípios que, pela lógica da proximidade, pode não pertencer ao estado/sede do consórcio. (LIMA, 2000, p. 986)

Segundo Coutinho (2006), a ideia inicial dos consórcios era a de uma cooperação onde participava somente entes de mesma categoria governamental.

Não obstante, a lei federal nº 11.107/2005 que rege os consórcios públicos veio definir normas gerais para a contratação dos mesmos e estabelecer diretrizes gerais para a admissão de consórcios para a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, onde se confirma a execução de cooperação vertical entre entes federativos.

De acordo com Ravanelli (2010, p. 17), esta lei “vem complementar e aprimorar o desenho federativo brasileiro que emerge junto a Constituição de 1988”.

Neves e Ribeiro (2006, p. 2.207) observaram que ela: “ênfatizou a importância dos consórcios como mecanismo de governança regional, favorecendo novas soluções em gestão pública, normatizando de modo inédito no país a figura do governo regional”.

Neste sentido e de acordo com a Lei Consorcial, Mello (2005) afirma que os consórcios públicos são “contratos realizados entre as pessoas de Direito Público de capacidade política, isto é, entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, em vista da realização de atividades públicas de interesse comum, e dos quais resultará uma pessoa jurídica que os congregará” (MELLO, 2005, p.625). A figura 1 expressa essa trajetória atravessada pelos Consórcios Públicos ao longo dos anos.

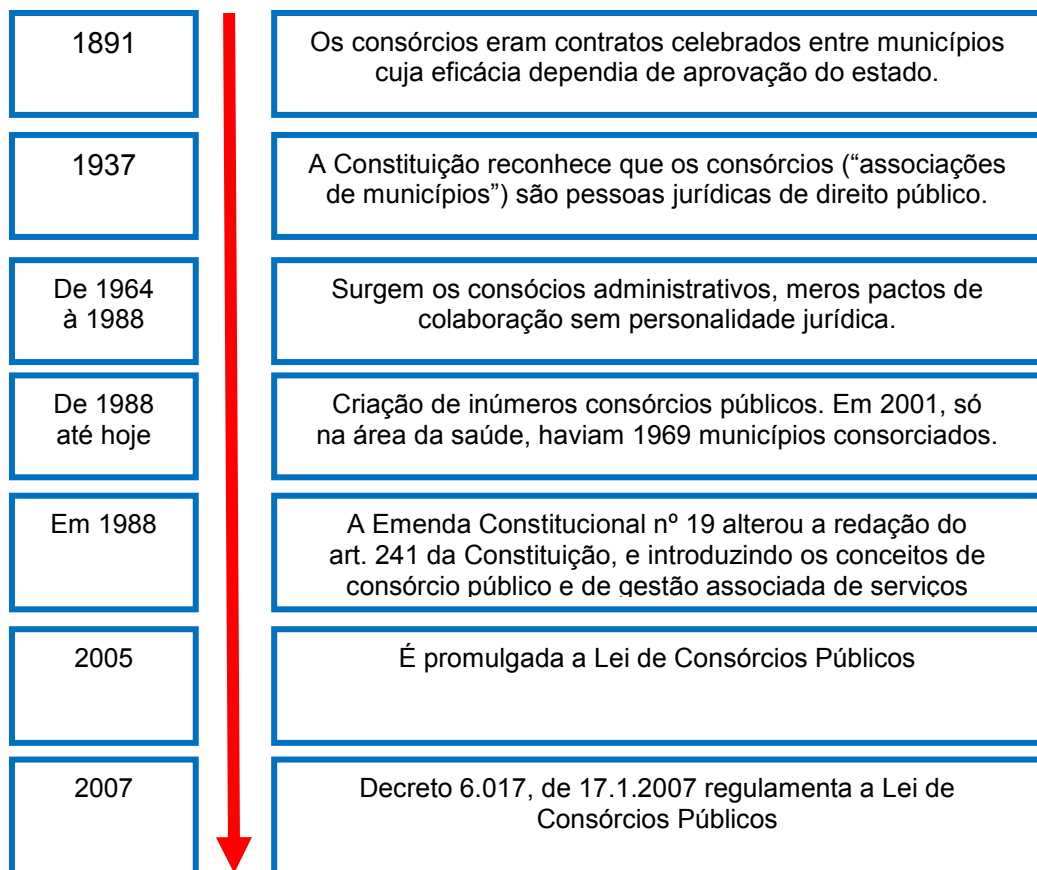


Figura 1: Caminho atravessado pelos Consórcios Públicos.

Fonte: Adaptado de Ribeiro, 2007.

Para Braga e Ribeiro (2011) não existia, até 2005, uma legislação específica que normalizasse a participação dos entes públicos consorciados bem como

instrumentos punitivos para o comportamento de alguns entes cooperados. E nesse sentido é que foi editada a lei 11.107, de 6 de abril de 2005.

Esta por sua vez, abriu novos horizontes para desenvolver-se e tornar-se cada vez mais um instrumento estratégico na promoção do desenvolvimento econômico e social no Brasil. (ANGNES et al, 2013)

2.3 Características dos Consórcios de Saúde

2.3.1 Formas de Associações

Observando o exposto no artigo 241 da Constituição Federal é possível inferir que os entes federados podem se associar de forma horizontal e vertical. “A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados [...]”. (BRASIL, 1998)

A cooperação horizontal qualifica-se por entes federados de mesma hierarquia, como por exemplo, a associação entre Municípios ou de Estados com Estados.



Figura 2. Associação Horizontal

Fonte: Secretaria do Planejamento e Gestão do Estado do Ceará-SEPLAG, 2007.

Quanto a cooperação vertical, esta se caracteriza pela associação entre entes de hierarquia distintas, ou seja, de diferentes esferas governamentais. Como exemplo pode-se citar a associação entre Municípios e Estado ou da União com os Estados.



Figura 3. Associação Vertical

Fonte: Secretaria do Planejamento e Gestão do Estado do Ceará-SEPLAG, 2007.

2.3.2 Natureza jurídica dos consórcios públicos

Em conformidade com a Lei Federal n.º 11.107/05 os consórcios podem ter duas alternativas para classificação jurídica sendo elas: público e privado, conforme está evidenciado em seu artigo 1º, §1º “o consórcio público constituirá associação pública ou pessoa jurídica de direito privado” (BRASIL, 2005).

O Consórcio de direito público institui-se como associação pública e incorpora a administração indireta de todos os entes da Federação consorciados, conforme expresso no §1º do art. 6º da lei supramencionada.

O consórcio público como integrante da administração indireta, trata-se de uma figura de descentralização onde o mesmo vinculado a um órgão presta serviços públicos. A associação pública de acordo com Medauar e Gustavo (2006) é uma forma de criação de consórcio público composto pela união de entes federativos, como pessoas jurídicas públicas que se estruturam para a realização de objetivos de interesse comum.

O que aponta uma pessoa jurídica de direito público é a natureza de seu propósito, a origem de seu patrimônio. Nesse sentido pode-se depreender que toda pessoa jurídica constituída a partir de patrimônio público é classificada como pública. (PEDREIRA, 2006)

Quanto aos consórcios públicos de direito privado, estes “são pessoas jurídicas instituídas por entes federativos, para a realização de objetivos de interesse comum, mas personificadas sob o direito privado” (LOSADA; RIBEIRO, 2014, p.7).

Não obstante, também deverá atender a legislação civil e as normas de direito público no que tange a realização de licitação, prestação de contas e admissão de pessoas pela consolidação das leis trabalhistas. (COELHO; ROCHA, 2008)

2.3.3 Constituição dos Consórcios

A lei dos consórcios públicos n.º 11.107/05 ordena alguns requisitos para constituição dos consórcios públicos.

- **Protocolo de Intenções:** Inicialmente os entes federados devem efetuar uma espécie de pré-contrato denominado protocolo de intenções. O mesmo é definido pelo projeto de lei n.º 3.884/04 como “contrato preliminar que, ratificado

mediante lei pelos entes da Federação interessados, converte-se em contrato de consórcio público”. (BRASIL, 2004)

Nesse sentido o decreto n° 6.017/07 regulamenta alguns requisitos indispensáveis para essa etapa, que são: denominação, finalidade, sede do consórcio, identificação de cada um dos entes da federação que podem vir fazer parte do consórcio bem como descrição da área de atuação.

Deve constar também a natureza jurídica do consórcio, os critérios para, em assuntos de interesse comum, autorizar o consorcio publico a representar os entes da Federação consorciados perante outras esferas governamentais, as normas de funcionamento da assembleia geral, a forma de eleição e duração do mandato do representante legal do consórcio, o número, as maneiras de provimento e a remuneração dos empregados do consórcio, os casos de contratação por tempo determinado, as condições para a entidade celebrar contrato de gestão ou termo de parceria e autorização para gestão associada de serviço público.

O protocolo é assinado pelos Chefes do Poder Executivo de cada um dos entes consorciados. Sendo assim, se o consórcio envolver somente municípios será ratificado pelos Prefeitos, caso haja o consorciamento de Estado ou do Distrito Federal, pelo Governador, caso a União se mostre também como consorciada, será assinado pelo Presidente da República. (LOSADA; RIBEIRO, 2014).

- **Ratificação:** A ratificação do Protocolo de Intenções depende de aprovação do legislativo. Efetua-se por meio de lei, na qual o presidente de cada consórcio aprova o Protocolo de Intenções, que se converterá em lei que irá reger o Consórcio - Contrato do Consórcio Público.(SEPLAG, 2007)

Machado e Dantas (2008) enfatizam que depois de aprovado pelos poderes legislativos, este protocolo adquire força de lei. Contudo, revelam que a lei n.º 11.107/05 inspirou-se no direito internacional ao fazer os consórcios surgirem por meio deste procedimento.

A exigência de ratificação, importada e adaptada pela Lei n.º 11.107/05 da teoria do direito internacional público, qualifica a manifestação de vontade do ente federado de se consorciar com outros, pois incorpora a participação do poder legislativo [...]. Deve haver a aquiescência dos poderes legislativos envolvidos, já que se trata de pressuposto constitucional alicerçado no princípio da legalidade. (MACHADO; DANTAS, 2008, p.180)

Também argumentam que a certificação da vontade dos entes federados, o elemento que lhe empresta característica de definitivo e público, é a ratificação.

Ademais, no art. 5º da lei n.º 11.107/05 especifica-se que “o contrato de consórcio público será celebrado com a ratificação, mediante lei, do protocolo de intenções”. Sendo assim, após a ratificação, o protocolo de intenções transforma-se em contrato de formação do consórcio público.

- **Estatutos:** Feito a primeira e segunda etapa, torna-se necessário convocar uma Assembleia Geral do Consórcio a fim de dirimir sobre seu estatuto. Esse tem por finalidade pronunciar a respeito dos cargos, estrutura administrativa, competências, forma de eleição e regras. (SEPLAG, 2007)

O exposto no artigo 7º da lei dos consórcios públicos comprova o que foi descrito acima. “Os estatutos disporão sobre a organização e o funcionamento de cada um dos órgãos constitutivos do consórcio público”. (BRASIL, 2005)

Ainda segundo a Secretaria de Planejamento supracitada, este estatuto após ser aprovado deverá ser publicado em imprensa oficial para o início da pessoa jurídica.

- **Financiamento: Contrato de rateio**

Realizada as etapas supracitadas o município precisa firmar contratos acordando o quanto irá repassar de recursos financeiros para o mesmo a fim de contribuir para formação e manutenção do consórcio.

A lei 11.107/05 diz em seu art. 8º que os municípios somente entregarão recursos ao consórcio público mediante contrato de rateio.

O contrato de rateio trata-se de um acordo firmado entre os entes federativos onde os mesmos se comprometem a fornecer recursos para as despesas do consórcio. O mesmo encontra-se definido no projeto de lei 3884/04 como “Contrato por meio do qual os entes da Federação consorciados comprometem-se a fornecer recursos para a realização de despesas do consórcio público”. (BRASIL, 2004)

Percebe-se então que somente após celebração deste contrato que se torna autorizado a destinação de recursos para o consórcio.

Torna-se importante relatar que além dos recursos que os municípios repassam para o consórcio através de rateio, o financiamento pode vir através de recursos da secretaria estadual de saúde e doações das prefeituras.

- **Contrato de programa**

O acordo dos serviços prestados bem como as obrigações operacionais deverá ser pactuado através do contrato de programa. Tal afirmação encontra-se fundamentada no art.13 da lei 11.107/05:

Deverão ser constituídas e reguladas por contrato de programa, como condição de sua validade, as obrigações que um ente da Federação constituir para com outro ente da Federação ou para com consórcio público no âmbito de gestão associada em que haja a prestação de serviços públicos ou a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal ou de bens necessários à continuidade dos serviços transferidos. (BRASIL, 2005)

As obrigações reguladas pelo contrato de programa são obrigações de caráter operacional, relacionadas a encargos, serviços, pessoal e bens importantes para consecução dos objetivos do consórcio firmado, diferentemente das obrigações financeiras que são estabelecidas por meio do contrato de rateio. (SILVA, 2005)

O contrato de programa 'e definido pelo projeto de lei 3884/04 como:

Instrumento pelo qual são constituídas e reguladas obrigações que um ente da Federação, inclusive sua administração indireta, tenha para com outro, ou para com consórcio público, em razão de:

- a) prestação de serviços públicos por meio de gestão associada;
- b) transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos. (BRASIL, 2004)

Entende-se com isso que o contrato de programa se difere do contrato de rateio por não conter caráter diretamente financeiro.

2.4 Consórcio Intermunicipal de Saúde

Como já mencionado acima, existem duas formas de associações de consórcios: horizontal e vertical. Os consórcios intermunicipais de saúde objeto de estudo desta pesquisa configuram uma cooperação horizontal, ou seja, realizada entre municípios. Na visão de Barros (1995) os consórcios intermunicipais podem ser ferramentas eficazes para o crescimento regional, uma vez que através do consorciamento entre os municípios, os cidadãos podem desfrutar de serviços mais eficientes bem como de uma alavancagem na qualidade da gestão pública.

Ibam (1992, p.129 apud MISOCZKY p.1) o conceitua como:

[...] cooperação (pacto) entre dois ou mais municípios que se comprometem a executar, em conjunto, um determinado empreendimento. Trata-se, portanto, de uma modalidade de acordo firmada entre entidades de mesma natureza. Esta forma de associação permite aos Governos Municipais assegurar a prestação de serviços às suas populações (IBAM, 1992, p.129 apud MISOCZKY, p.1)

Com isso, é possível depreender que a ideia dos consórcios intermunicipais é a de agregar força para a execução de objetivos que os municípios individualmente não teriam condições de alcançar.

Como mencionado, a municipalização da saúde veio ocasionando benefícios para a população em termos de acesso aos serviços de saúde. Entretanto, os municípios principalmente os de pequeno porte enfrentam problemas concernentes à inexistência de economia de escala.

O processo de descentralização de ações e de serviços de saúde, induzido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), transferiu responsabilidades e redistribuiu recursos para a esfera estadual e principalmente municipal. Se, por um lado, esse processo possibilitou o aumento da qualidade dos serviços ofertados e sua adaptação às condições locais, o crescimento da participação da população e, com isso, da transparência na tomada de decisões; por outro lado ele trouxe ineficiências devidas às perdas de escala e escopo, à divisão dos serviços e à dificuldade de conduzir as ações. Um dos desafios impostos pelo avanço expressivo da descentralização passou a ser de conciliar uma escala adequada de produção de serviços com a proximidade dos problemas locais de saúde da população. (TEIXEIRA; DOWELL; BUGARIN, 2002)

Uma possibilidade que vem sendo praticada é a parceria entre os municípios a fim de agregar esforços e distribuir responsabilidades.

O avanço do processo de descentralização e o de municipalização da saúde reforçaram a necessidade de se organizar a gestão do sistema de serviços de saúde (microrregionalização) e de se buscar formas de associação que permitissem superar as deficiências de escala e de disponibilidade de recursos (consorciamento). A prestação de serviços de saúde por meio de consórcios deve, no entanto, estar incerta em um contexto regulatório e organizativo que estabeleça regras ao seu funcionamento e permita, assim potencializar seus ganhos. Portanto a existência desses dois mecanismos complementares sugere o estudo que investigue como ambos podem ser usados para aumentar a eficiência, no Brasil, dos gastos com saúde. Mais especificamente é importante entender que problemas de incentivos podem ocorrer num processo de regionalização, e também como os dois processos, consórcio e regionalização, relacionam-se entre si. (TEIXEIRA; DOWELL; BUGARIN, 2002b, p16).

Para contornar essa situação, surgiram os consórcios intermunicipais de saúde para suprir as demandas reprimidas dos municípios, assim como prestar serviços como exames e consultas a um custo menor. Deste modo, promovem a oferta de serviços de custos mais elevados que seria infactível oferecerem de forma isolada.

Entende-se que, com os consórcios públicos, pequenos e médios municípios passam a ter oportunidades de trabalhar conjuntamente e, ainda, enfrentar seus problemas sociais e estruturais por meio de novos instrumentos e parcerias. (ANGNES et al, 2013)

Em pesquisa feita por Neves e Ribeiro em 2000, chegou-se a conclusão de que 95% dos municípios envolvidos nos consórcios de saúde no Brasil são de porte pequeno, com menos de 50 mil habitantes, o que acentua a relevância de união por meio dos consórcios a fim de vencer problemas comuns.

A atenção integral nos municípios de pequeno porte apresentou dificuldades devido à sobrecarga de serviços especializados de saúde, que teriam de contemplar seus municípios. Isso porque a demanda da população desses municípios não se adequou a um sistema de integralidade, ou seja, a oferta de serviços em todos os níveis desse sistema. resolver essa dificuldade e organizar os serviços de saúde, iniciou-se a procura por parcerias, como a organização de Consórcios Intermunicipais de Saúde. (ROGERIO; FERRACIOLI; SILVA, 2014)

O Consórcio Intermunicipal na área da saúde pode ser entendido como uma cooperação entre municípios que buscam, em conjunto, realizar atividades concernentes a promoção, proteção e recuperação da saúde em seus municípios. Nas palavras de Maia et al.(2011), com a instituição do Sistema Único de Saúde os consórcios nesta área ganharam contornos, sendo garantida sua existência na legislação.

As primeiras informações de formação de consórcios na área da saúde manifestaram-se na região de Penápolis em São Paulo na década de 80. Neves e Ribeiro (2006, p. 2210) “relata que o consórcio de Penápolis serviu de benchmark para as demais experiências e que atualmente se mantém ativo e ampliando sua oferta de serviços”.

As características dos Consórcios intermunicipais de saúde de acordo com Ribeiro e Costa (1999) são as seguintes:

- a) Estendem e organizam a oferta de serviços em municípios de pequeno e médio porte;
- b) Flexibilizam a remuneração dos profissionais através do pagamento de incentivos
- c) Aglomeram as atividades mais complexas em um município-polo;
- d) Buscam melhorar a qualidade e acesso ao SUS.

Cabe ressaltar que, diferentemente de outros tipos de associações que podem ser estabelecidas entre diversos entes da federação no caso dos consórcios, a relação que se estabelece está pautada na igualdade entre os municípios consorciados. Isso reforça a soberania dos governos locais, preservando-os de subordinações hierárquicas de nenhuma espécie. Sendo assim, as relações tendem a tornar-se cada vez mais cooperativas. (ABRÚCIO; COSTA, 1999).

2.4.1 Perfil dos Consórcios Intermunicipais de saúde no Brasil

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil conta hoje com 2288 municípios consorciados. Desses municípios, 76,18% tem população de até 20 mil habitantes, 81,29% possuem até 100.000 habitantes e apenas 7 municípios estão na classe acima de 500.000 habitantes revelando que dos maiores municípios poucos estão ligados a algum consórcio de saúde. (Tabela 1)

Tabela 1. Municípios consorciados e totais de municípios brasileiros, segundo faixa populacional – 2011.

População	Total de municípios brasileiros	Total de municípios consorciados	%
Até 5.000	1 303	651	28,45
5.001 a 10.000	1 212	550	24,04
10.001 a 20.000	1 400	542	23,69
20.001 a 50.000	1 043	354	15,47
50.001 a 100.000	324	117	5,11
100.001 a 500.000	245	67	2,93
Mais de 500.000	38	7	0,31
Total	5 565	2 288	100,00

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do IBGE, 2011.

Especificamente no Estado de Minas Gerais, 81,24% dos municípios participam de consórcio intermunicipal de saúde totalizando 693 municípios. (Figura 4)

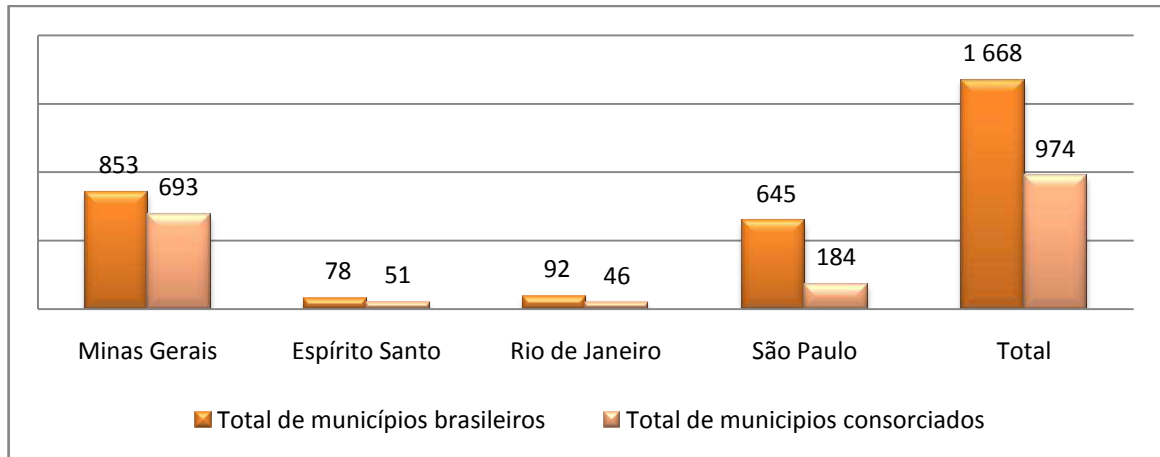


Figura 4- Quantidade de municípios consorciados na região Sudeste.
Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do IBGE, 2011.

Conforme exposto acima, dos estados brasileiros pertencentes à região Sudeste, Minas Gerais possui uma reconhecida participação em políticas de cooperação.

3- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.3 Tipo de pesquisa referente ao estudo

Este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa e quantitativa com predominância na primeira visto que utilizou tanto da análise quantitativa quanto da qualitativa para realizar a categorização e interpretação dos dados extraídos. Assim procurou de forma qualitativa interpretar a visão dos gestores dos consórcios e quantitativa traduzir em números as opiniões dos secretários municipais de saúde sobre os consórcios a fim de comparar tais visões.

Quanto aos fins esta pesquisa é descritiva, pois relata as estruturas, estratégias, as vantagens e desvantagens oferecidas para os municípios ao se associarem em um Consórcio da área de Saúde. “A pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno” (VERGARA 2010, p. 42).

Ratificando a tipologia descritiva desta fase da pesquisa Fernandes e Gomes (2003) dizem que:

Trata-se, portanto, de uma modalidade de pesquisa cujo objetivo principal é descrever, analisar ou verificar as relações entre fatos e fenômenos (variáveis), ou seja, tomar conhecimento do que, com quem, como e qual a intensidade do fenômeno em estudo. A pesquisa descritiva pode também ser utilizada para avaliação de programas; sendo que tais estudos podem ou não trabalhar com a formulação de hipóteses e muitas vezes podem servir de base para estudos de relações causais (FERNANDES; GOMES, 2003, p. 8).

Quanto aos meios foram utilizadas pesquisas bibliográficas, documentais e de campo. O levantamento bibliográfico buscou referências em artigos que tratam do tema de forma a subsidiar na construção do arcabouço teórico e no entendimento de como funcionam os consórcios e, conseqüentemente na fundamentação metodológica do trabalho.

A pesquisa bibliográfica é, sem dúvida, uma das fontes mais importantes de pesquisa e constitui etapa prévia a ser feita em um processo de pesquisa, seja qual for o problema em questão. Isto se deve ao fato de que é absolutamente necessário um conhecimento prévio do estágio em que se encontra um assunto, antes de iniciar qualquer estudo, para não correr o risco de se pesquisar um tema que já foi amplamente pesquisado (FERNANDES; GOMES, 2003, p. 8).

Quanto a pesquisa documental, foram analisados os protocolos de intenções e os estatutos dos consórcios. A pesquisa documental se vale de materiais que não

receberam ainda uma análise profunda, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa (GIL, 2002).

Foi também utilizada a pesquisa de campo, uma vez que para atingir os objetivos deste estudo necessitou-se fazer uma investigação *in loco* em cada consórcio. “No estudo de campo, o pesquisador realiza a maior parte do trabalho pessoalmente, pois é enfatizada importância de o pesquisador ter tido ele mesmo uma experiência direta com a situação de estudo” (GIL, 2002, p.53).

A figura 5 sintetiza os tipos de pesquisa que o estudo esta relacionado.

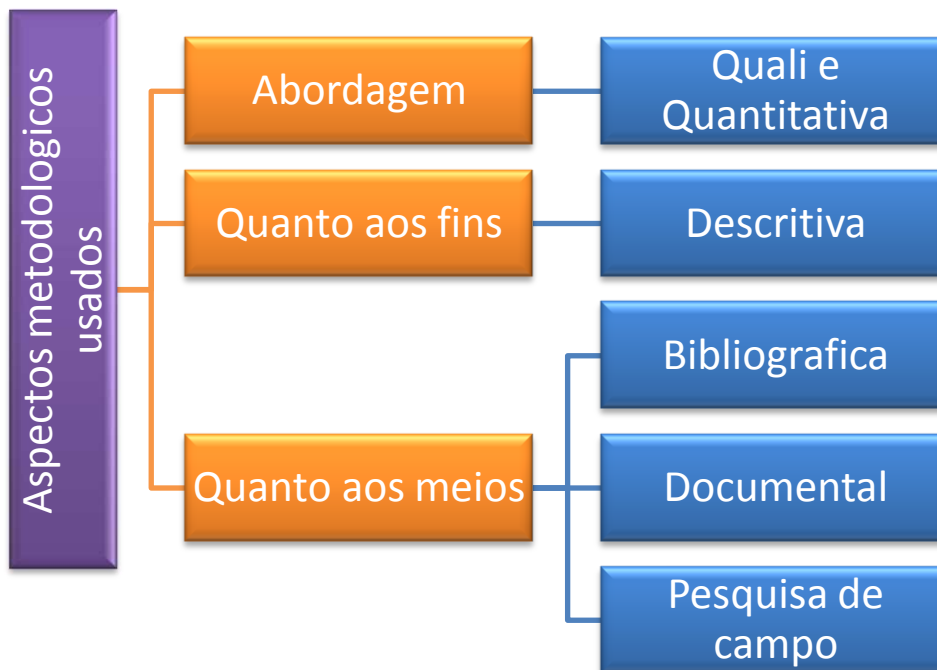


Figura 5- Modelo gráfico da metodologia utilizada

Fonte: Elaborado pela autora

3.1 Local de Estudo

Os consórcios estudados se situam na Zona da Mata de Minas Gerais e localizam-se na macrorregião de saúde Sudeste e Leste do Sul de acordo com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2012. (Figura 6)

Entre as mesorregiões Mineiras, a Zona da mata revela uma situação bem semelhante a do Estado como um todo. A região apresenta alta concentração

econômica e inclusão social apenas em algumas microrregiões como Juiz de Fora. (CARNEIRO; FONTES, 2005)

A mesorregião Zona da Mata abrange uma área de 35.726 km², cerca de 6% do Estado de Minas Gerais e é dividida em 7 microrregiões: Ponte Nova, Manhuaçu, Viçosa, Muriaé, Ubá, Juiz de Fora e Cataguases com 18,21,20,20,17,33 e 14 municípios respectivamente, totalizando 142 cidades. (MINAS GERAIS, 2013)

A região é composta por uma cidade grande¹ (Juiz de fora), algumas cidades médias² (Viçosa, Ubá, Cataguases, Muriaé, Leopoldina), mas a grande maioria se compõe de pequenas³ cidades, que formam a massa dos componentes dos consórcios a serem estudados. Essa região é marcada por elevada desigualdade, visto que em 2013, 10,4% dos seus municípios apresentaram desenvolvimento municipal crítico enquanto o restante revelou crescimento no desenvolvimento da gestão municipal. (ÍNDICE FIRJAN DE DESENVOLVIMENTO MUNICIPAL, 2013).

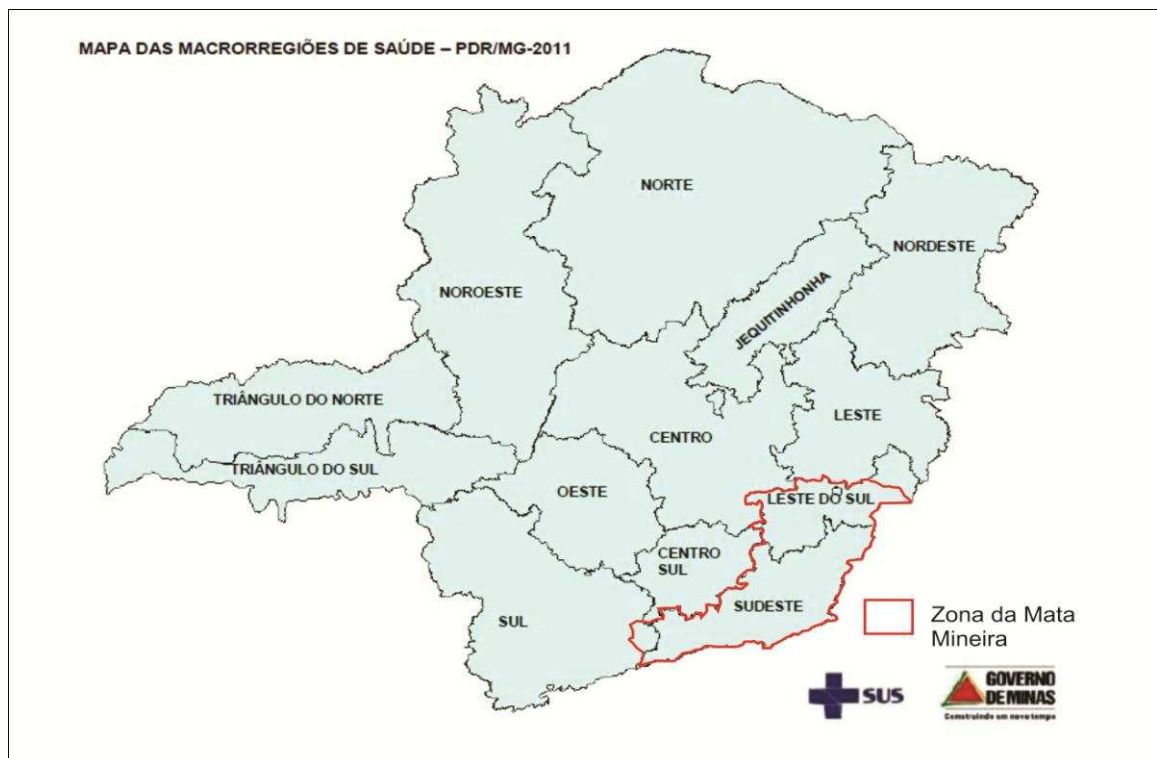


Figura 6: Mapa das macrorregiões de Saúde do Estado de Minas Gerais.
Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2012

¹ Grande porte – de 100.001 a 900.000 hab. (IBGE, 2014)

² Médio porte – de 50.001 a 100.000 hab. (IBGE, 2014)

³ Pequeno porte – até 50.000 hab. (IBGE, 2014)

3.2 Amostra e seleção dos sujeitos

Minas Gerais conta hoje com 68 consórcios de saúde segundo levantamento feito no sítio internet do Colegiado de Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais (COSECS– MG).

Seria interessante estender o estudo a totalidade deles. No entanto, conforme o Índice Firjan de Gestão Fiscal (IFGF), em 2013, 23% dos municípios da Zona da Mata Mineira apresentaram Gestão fiscal crítica e 46% revelaram gestão em dificuldade, ou seja, a situação é difícil ou crítica para 69% destes municípios.

Junto com a dificuldade de gestão fiscal, 32% desses municípios enfrentam situação moderada quanto ao desenvolvimento da política pública de saúde, ou seja, precisam melhorar seu desempenho no que tange a gestão da saúde.

Em razão da situação exposta acima, a amostra estudada contemplou os oito consórcios pertencentes a Zona da Mata Mineira, descritos abaixo.

Quadro 1. Consórcios envolvidos na pesquisa

Nome do Consórcio	Sigla	Município Sede
Agência de cooperação intermunicipal em saúde Pé da Serra	ACISPES	Juiz de Fora.
Consórcio intermunicipal de especialidades	CIESP	Bicas
Consórcio intermunicipal de saúde União da Mata	CIS UM	Leopoldina
Consórcio intermunicipal de saúde de Ubá e região	SIMSAUDE	Ubá
Consórcio intermunicipal de saúde da microrregião de Viçosa	CIS MIV	Viçosa
Consórcio intermunicipal de saúde da microrregião do Vale do Piranga	CIS AMAPI	Ponte Nova
Consórcio intermunicipal de saúde da Mata Leste	CIS LESTE	MURIAÉ
Consórcio intermunicipal de saúde de Carangola	CIS VERDE	Carangola

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de dados do COSECS-MG, 2014.

O município sede é caracterizado como “aquele que exerce força de atração sobre outros, em número comparativamente significativo, por sua capacidade atual e potencial de equipamentos urbanos e de fixação de recursos humanos

especializados”. (MINAS GERAIS, 2013,p. 66). Nesse sentido, as cidades associadas a cada consórcio incluso no estudo são evidenciadas na figura 7. Percebe-se que muitos municípios não estão associados em nenhum consórcio.

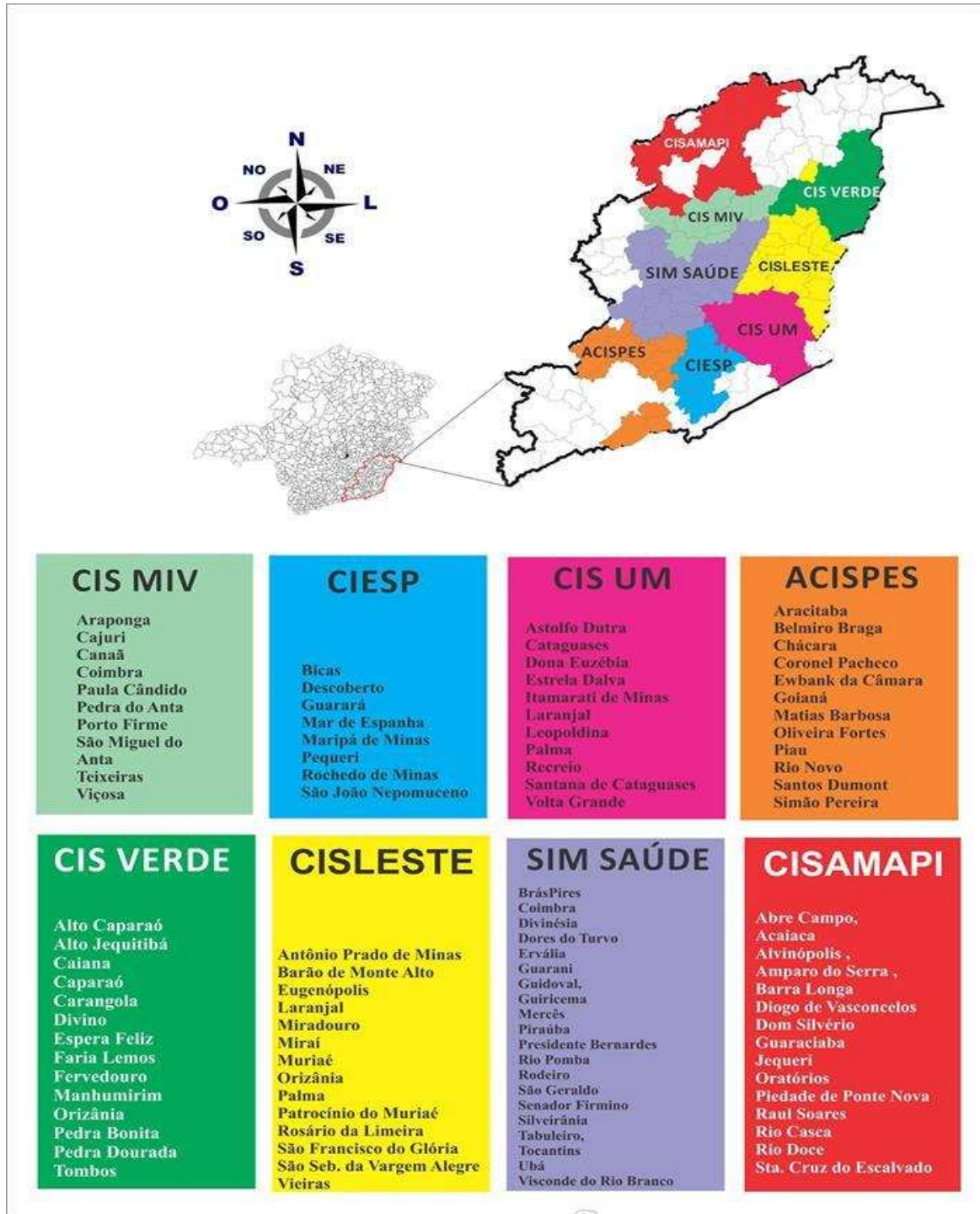


Figura 7: Consórcios Intermunicipais de saúde da Zona da Mata Mineira e municípios consorciados.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013

Além disso, vale ressaltar que os municípios de Juiz de Fora e Ponte Nova não participam dos consórcios sediados em seu município.

Além dos consórcios estudados, a região conta com dois consórcios de urgência e emergência (CISDEST E CISRU) os quais não foram inclusos na pesquisa visto que o estudo trabalhou apenas com consórcios de atenção primária.

3.3 Coleta de Dados

O procedimento de coleta de dados foi dividido em duas etapas:

a) Entrevistas com os secretários executivos dos oito consórcios intermunicipais de saúde da Zona da Mata Mineira. Colagnese e Melo (1998, p. 143) apud Cedro (2011) definem a entrevista como “um processo de interação social, no qual o entrevistador tem por objetivo a obtenção de informações por parte do entrevistado”.

b) Aplicação de questionário estruturado a todos os secretários de saúde dos municípios associados aos consórcios envolvidos na pesquisa totalizando 103 questionários enviados pelo google docs. Deste obteve-se resposta de 66 secretários de saúde. Dentre as vantagens percebidas com este método destacam-se a obtenção de dados que podem ser facilmente tabulados e quantificados e o atendimento aos diversos grupos da sociedade (GIL, 2009).

O esquema representado pela figura 8 sumariza o processo utilizado para a obtenção de dados através das entrevistas e questionários.

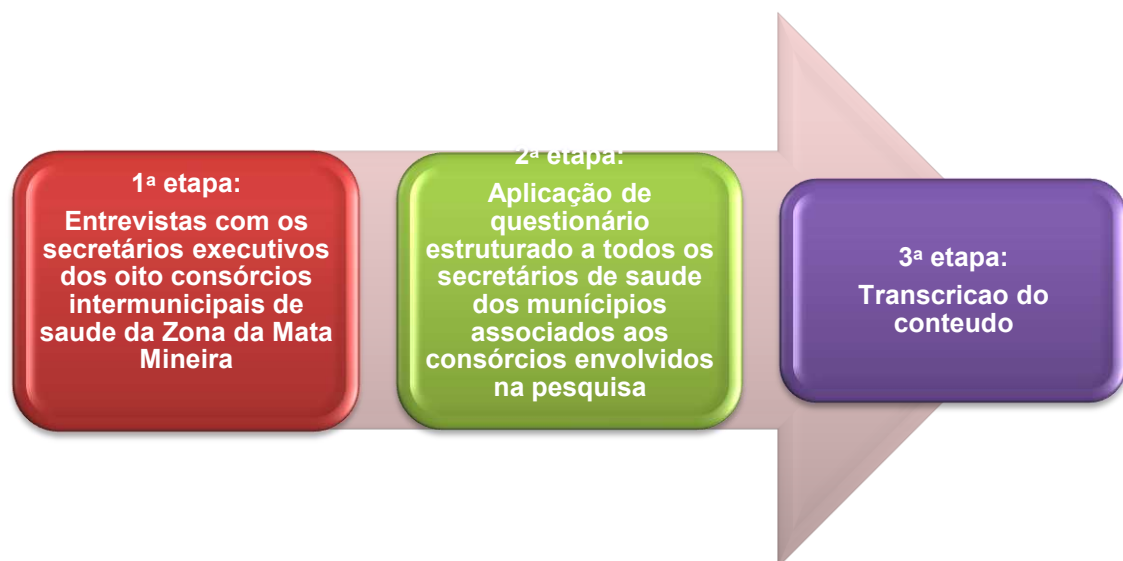


Figura 8: Fluxo de coleta de dados
Fonte: Elaborado pela autora

3.4 Tratamento dos dados

O processo de análise dos dados encontrados ocorreu de duas maneiras.

Dados obtidos dos questionários aplicados aos secretários municipais de saúde foram analisados quantitativamente por meio de gráficos, tabelas e análise de frequência obtidos através do software para tratamento dos dados quantitativos SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Dados textuais e informações obtidas em entrevistas foram analisados qualitativamente através da Análise de Conteúdo, definida por Bardin (1979) como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1979, p.42).

Rocha e Deusdará (2005) a define como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que se funda no rigor do método como forma de não se perder na diversidade de seu objeto de estudo.

Os autores supracitados destacam que o rigor é a base das contribuições oferecidas pela análise de conteúdo, pois esta, por intercessão dessa característica, possibilita se ultrapassar as superficialidades que estiverem presentes no texto.

O desenvolvimento da análise de conteúdo seguiu as fases sugeridas por Bardin, as quais são: pré-análise (transcrição do conteúdo), exploração do material (análise sistemática do material), tratamento e interpretação dos dados (discussão dos resultados).

- **1ª fase: Pré análise**

Nesta fase as entrevistas foram transcritas pela entrevistadora ignorando os vícios de linguagem. As falas dos mesmos são apresentadas nos resultados através das seguintes siglas:

ACISPES – Gestor do consórcio de Juiz de Fora

CIESP – Gestor do consórcio de Bicas

CIS UM – Gestor do consórcio de Leopoldina

SIM SAUDE- Gestor do consórcio de Ubá

CIS MIV- Gestor do consórcio de Viçosa
 CIS AMAPI – Gestor do consórcio de Ponte Nova
 CIS LESTE- Gestor do consórcio de Muriaé
 CIS VERDE-Gestor do consórcio de Carangola.

- **2ª fase: Exploração do material**

Após a transcrição, identificou-se as categorias, subcategorias, unidade de registro e unidade de contexto.

As categorias segundo Bardin (1967,p. 117)) são “rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico agrupamento esse feito em razão dos caracteres comuns destes elementos”. As categorias e subcategorias utilizadas na pesquisa encontram-se no quadro abaixo:

Quadro 2: Categorias e Subcategorias

Categorias	Subcategorias
Estrutura dos consórcios	Estrutura física, natureza jurídica, direção do consorcio, forma de decisão, perfil dos funcionários, admissão, quadro de funcionários, rateio, e transporte.
Funcionamento	Procedimento para se consorciar, especialidades do consórcio, ações.
Avaliação dos consórcios	Aspectos positivos, limitações, avanços e necessidade de melhorias na gestão do consórcio.

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

A unidade de registro “é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base (...)”.(BARDIN,1967,p.54)

Na coluna unidade de registro colocou-se palavras chaves ou resumo da fala dos entrevistados e na unidade de contexto a fala dos entrevistados que contextualizam a respectiva unidade de registro no decurso da entrevista.

A unidade de contexto serve de unidade de entendimento para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões são

ótimas para que se possa entender o significado exato da unidade de registro. (BARDIN, 1967).

- **3ª fase: *tratamento e interpretação dos dados***

Nesta fase as categorias foram discutidas bem como as falas reproduzidas com intuito de corroborar com as categorias.

4. RESULTADOS E DISCUSSAO

A análise dos resultados objetivou refletir a estrutura, estratégia e os resultados dos consórcios intermunicipais de Saúde da Zona da Mata de Minas Gerais na percepção de seus gestores representados pelos secretários executivos dos oito consórcios estudados e em seguida confrontar com a visão de seus associados personificados pelos secretários municipais de saúde.

As categorias identificadas nas entrevistas e que compõem o cerne desta pesquisa referem-se à estrutura, funcionamento e avaliação dos consórcios. São estas que permitiram analisar criteriosamente a situação estudada a fim de auferir os objetivos traçados.

A priori serão explorados dados obtidos das entrevistas com os gestores dos consórcios e subsequentemente as informações colhidas dos questionários aplicados aos secretários municipais de saúde.

4.1 Breve histórico dos Consórcios

Preliminarmente torna-se importante relatar brevemente como os consórcios envolvidos na pesquisa surgiram.

O CISAMAPI sediado em Ponte Nova iniciou as primeiras movimentações em 1995 quando surgiram os primeiros estudos de consórcio em Minas Gerais. Não obstante só em 1997 começou o primeiro atendimento. Surgiu da necessidade de evitar deslocamento de pacientes para os grandes centros. Então com a contribuição do estado para compra de equipamentos, aliada as contribuições dos municípios interessados, os mesmos uniram-se para suprir uma necessidade comum.

A história do CIS LESTE surgiu também em 1995, a partir de uma proposta do estado de criar consórcios. Todos foram através dessa proposta fomentados na região pela associação de municípios, AMERP, que na época era uma associação, porém com nome de consórcio. Assim, o CIS LESTE funcionou primeiro dentro de uma sala na AMERP e logo em seguida mudou para uma sala própria, onde começou a crescer e ganhar experiência como consórcio.

No mesmo ano foi criado o CISUM onde a sede era em Além Paraíba onde ficou até 2001 em funcionamento. Nesse ano começou a desestruturar-se, vários

municípios saíram e o mesmo foi para Leopoldina encerrando suas atividades em 2003. Somente em 2009, o mesmo foi reativado na cidade de Leopoldina.

A Agência de Cooperação em Saúde Pé da Serra - ACISPES foi instituída em 1996 tendo inicialmente o nome Consórcio Intermunicipal de Saúde Pé da Serra (Cispes). Surgiu com 6 municípios em Santos Dumont, por isso o nome pé da serra. No começo com poucos recursos ele ficou adormecido em Santos Dumont, mas Antônio Jorge que já tinha sido vereador e passado pela secretaria de saúde de Juiz de Fora resolveu estudar a questão dos consórcios e a partir disso verificou que em Santos Dumont existia um desativado. Antônio Jorge entrou em contato com os prefeitos e resolveu então trazer o consórcio para Juiz de Fora onde funciona até hoje.

O CISMIV localizado em Viçosa surgiu em 1997 onde os 10 municípios da microrregião de Viçosa se reuniram para constituir-lo com finalidade de melhorar o atendimento da saúde básica dos seus pequenos municípios. Nesse sentido criaram-se estatutos e regimentos e delinearam as formas de atendimentos do mesmo. Nesse sentido começou a história do CISMIV, iniciou-se de natureza privada e recentemente mudou-se de regime jurídico para público. Até julho de 2013 era de natureza privada e a partir de julho de 2014 passou a ser público regido pela lei 11107.

O CIS VERDE surgiu privado em agosto de 1997 e nessa época havia no estado de Minas um acordo político do governo com a base parlamentar de utilizar as políticas via consórcio para promoção da saúde e de certo modo, foi um atalho, visto que o consórcio é uma experiência nova no Brasil. Em 2005 o consórcio renasceu essencialmente prestador de serviço, ou seja, apenas comprava serviços e passava para oito prefeituras. Mas a partir de 2006 o mesmo começou a produzir serviços ao invés de terceirizar no mercado. Sendo assim, passou-se a contratar profissionais para fazer os serviços em suas dependências. Em 2010 pensou-se na contribuição através de financiamento e recurso para estruturar o consórcios, migrando de privado para público.

A trajetória do CIESP de Bicas nasceu em 2005 quando a atual secretária executiva assumiu a secretaria de saúde no município de Maripá de Minas e tendo experiência com os municípios percebeu o excesso de demanda reprimida. Na época existia um consórcio em São João Nepomuceno que comprava consultas e exames em Juiz de Fora e vendia para os municípios. Mediante as taxas cobradas,

surgiu uma primeira ideia de permutação de especialistas e durante as discussões com os prefeitos foi mencionada a ideia de fazer um consórcio. Nesse sentido iniciaram-se as ações do consorcio em 2005 junto com a implantação da lei 11.107, sendo considerado o primeiro consórcio a nascer publico em Minas Gerais.

O SIM SAUDE originou-se em 2009 em uma conversa dentro da Acispes mediante a necessidade de implantar um consórcio na região de Ubá. Desde então se iniciaram reuniões com os prefeitos dos municípios próximos onde os mesmos entusiasmaram-se com a ideia tendo como exemplo a Acispes. Criou-se então a primeira assembleia para formar o protocolo de intenções e a diretoria do SIM SAUDE tendo o privilégio de nascer público de direito público, baseado na lei 11.107 de 2005.

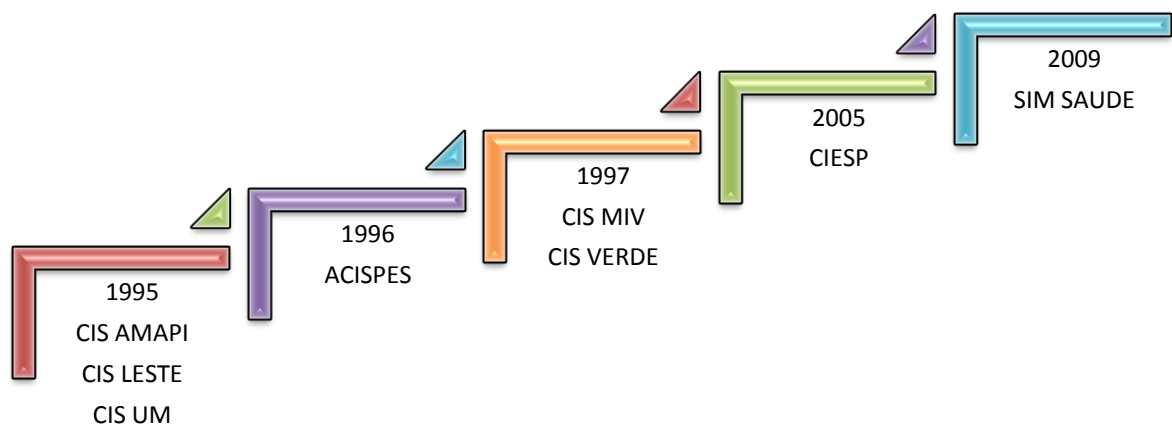


Figura 9: Consórcios de saúde da Zona da Mata Mineira em ordem cronológica
Fonte: Resultados da Pesquisa, 2014

4.2 Estrutura dos Consórcios

Nesta categoria buscou-se verificar como os consórcios são estruturados em termos de hierarquia, divisão do trabalho e compartilhamento de responsabilidades. Para uma melhor análise, algumas subcategorias foram identificadas as quais são: estrutura física, natureza jurídica, direção do consórcio, forma de decisão, perfil dos funcionários, admissão, quadro de funcionários, rateio e transporte.

4.2.1 Estrutura Física

Esta subcategoria buscou conhecer a qualidade da infra-estrutura dos consórcios estudados. Perceberam-se algumas discrepâncias nas estruturas.

Embora o CIS AMAPI esteja em processo de construção de uma nova unidade, a atual estrutura demonstrou inadequada para desempenhar as ações do consórcio conforme evidenciado na fala da gestora:

(...) não tem espaço para todas as pessoas ficarem sentadas, né, eles ficam muito pertinho um do outro, na verdade não existe sala de espera, eles usam corredores, as salas dos equipamentos tem tido problemas elétricos, por que não é de acordo. Aqui a gente trabalha com licitação, secretaria executiva, tesouraria, tudo no mesmo ambiente, é um baralho enorme, pois aqui é uma rodovia praticamente, então a gente está em uma fase final, está aguardando o recurso que tá em conta que é um recurso que foi do leilão dos ônibus, que vai permitir terminar o primeiro e o segundo andar, a gente só está esperando essa autorização da secretária, para passar para a unidade que realmente está sendo construída de acordo com todas as normas para dá conforto, tanto pros médicos, como funcionários e principalmente para os pacientes. (CIS AMAPI)

O mesmo tem um contrato de comodato, e atua em um espaço cedido pela Clarin fábrica de papel. Com isso é possível apreender que sua estrutura é insatisfatória principalmente pelo fato de atuar em um espaço que não foi construído para seu propósito.

O CIS LESTE apresentou uma estrutura satisfatória para prestar os serviços, embora não seja uma “mega”estrutura. Este por sua vez atua em sede própria em local cedido pelo município de Muriaé construído pelo governo do estado. Segundo o gestor entrevistado a estrutura é suficiente para as atividades que são desenvolvidas no mesmo:

(...) ela suporta todos os nossos atendimentos, as nossas especialidades, a gente adequa de acordo com a disponibilidade do consórcio, está dentro da nossa realidade. (CIS LESTE)

O CIS MIV sediado em Viçosa demonstrou uma boa condição física quando seu gestor relatou atuar em um prédio relativamente novo construído dentro das exigências da acessibilidade. Este funciona em sede própria construída com recurso do Estado em terreno doado pelo Município de Viçosa.

(...) temos um numero de salas de consultórios que atende a demanda do consórcio, em termo de equipamentos também para os procedimentos que a gente oferece para os exames, os equipamentos são satisfatórios e a gente tem também planos de expansão de compra de novos equipamentos (...). (CIS MIV)

Não obstante, segundo o gestor supramencionado, o consórcio deixa a desejar quanto os equipamentos para a estrutura administrativa como os computadores e internet, por exemplo, mas ressaltou que existe um recurso disponível para expansão e melhoria. Contudo, os equipamentos que possuem atualmente para as consultas e exames, atendem perfeitamente a demanda .

Quanto a estrutura do CIS VERDE, esta foi conquistada por intermédio de doações do ministério do planejamento na regional de Belo Horizonte e secretaria de patrimônio da união e a construção foi idealizada com recursos do governo federal, ministério do planejamento, ministério da saúde e complementado com recurso das prefeituras. Durante toda a sua trajetória o consórcio operou em local alugado e a partir de janeiro de 2014 fixou-se em sede própria.

Observou-se que sua infra-estrutura é satisfatória embora careça de expansão devido ao crescimento do consórcio, conforme propagado por seu gestor. “(...) a estrutura foi planejada ha 5 anos atrás e depois a gente expandiu”. (CIS VERDE)

Segundo seu gestor, o espaço destinado a área administrativa encontra-se insuficiente, pois o privilegio do CIS VERDE foi direcionado a atenção para saúde e nesse sentido a área administrativa acabou ficando desalojada.

Analisando o CIESP, percebeu-se que sua estrutura carece de melhorias. A gestora entrevistada revelou que não a considera satisfatória pelo fato de ser muito pequena. Contou varias deficiências que prevalecem no mesmo, dentre as quais estão a ausência de sala de espera, acúmulo de pessoas nos corredores e consequentemente excesso de ruídos que podem atrapalhar os médicos. Além disso, relatou que muitas salas ocupadas por aparelhos são as mesmas utilizadas para realizar consultas.

(...) isso não e bom, uma pessoa pode estar com uma criança e esbarrar em um aparelho frágil. Outra questão que sinto falta aqui é de eu não ter sala de espera, entendo pela minha demanda que eu preciso de duas salas de espera, uma para as pessoas que vão ser atendidas e outra para as pessoas que já vão embarcar para seu município, então o corredor fica muito cheio, atrapalha medico a conversar com o paciente. (CIESP)

Cabe também ressaltar que o referido consórcio opera em uma estrutura cedida pelo município de Bicas, o que acarreta em vários gargalos pelo fato de não ter sido construída para ser sede do consórcio. “(...) a gente quer uma sede própria, mas ainda estamos fazendo projetos”. (CIESP)

Já o SIM SAUDE está estruturado em uma sede nova na qual recebeu uma ajuda primordial do governo estadual de Minas Gerais. Conforme percepção de seu gestor é possível avaliá-lo com uma boa infra-estrutura:

(...)a nossa sede está dentro dos padrões exigidos, ainda é uma obra nova, não temos avarias, nossos equipamentos são novos, então a gente está em um patamar muito bom.” (SIM SAUDE)

No que tange a infra-estrutura do CIS UM, esta se revelou satisfatória na visão de seu gestor. Encontra-se sediado no local de uma antiga policlínica cedida pelo município de Leopoldina. Embora seja considerado satisfatório, o acabamento e formatação da infra-estrutura merecem alguns reparos.

Quanto o estado de conservação a gente veio para um prédio reformado, para a estrutura do prédio eu poderia dar uma nota 6, com relação a formatação e acabamento, quanto a funcionalidade seria 10 porque é bem funcional. (CIS UM)

Por fim, a ACISPES localizada em Juiz de Fora revelou uma ótima infra-estrutura com equipamentos de qualidade para melhor atender a população.

A infra-estrutura dos consórcios estudados pode ser melhor contemplada no quadro 3.

Quadro 3. Estrutura física dos consórcios

Categoria	Subcategoria	Consortorio	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
1-Estrutura dos Consórcios	Estrutura Física	CIS AMAPI	Carece de infraestrutura	Nós estamos numa estrutura péssima, e a vigilância sanitária só nos permite continuar aqui porque nós estamos construindo outra unidade (...).
		CIS LESTE	Infraestrutura satisfatória	(...)o espaço é uma obra nova, satisfatório para a nossa atividade.
		ACISPES	Excelente Infraestrutura	a estrutura do consorcio é satisfatória.
		CIS MIV	Boa infraestrutura	O prédio apresenta uma boa condição física, boas instalações, tem um espaço que considero bem adequado para atendimento e um prédio novo (..)
1-Estrutura dos Consórcios	Estrutura Física	CIS VERDE	Carece de expansão	Nós estamos funcionando numa área própria que conseguimos por intermédio do governo federal .
		CIESP	Carece de infraestrutura	Não acho satisfatório porque acho muito pequeno, aqui não foi construído para ser sede de consorcio, a gente tem algumas deficiências (...).
		SIM SAUDE	Boa infraestrutura	Estamos no final da obra, essa obra é totalmente autorizada pela vigilância sanitária
		CIS UM	Infraestrutura Satisfatória	Com relação ao espaço físico eu acho que tá legal. Temos um acesso bom para deficientes, temos uma rampa, a estrutura física é de uma policlínica que já estava em funcionamento então já esses cuidados. (...).

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

Nesse sentido, é notável a disparidade entre algumas infra-estruturas dos consórcios envolvidos no estudo variando entre insatisfatória, satisfatória, carente de expansão, carente de estrutura física, boa e excelente.

4.2.2 Natureza Jurídica

Na subcategoria natureza jurídica procurou-se compreender em quais personalidades jurídicas os consórcios se enquadram.

Segundo a lei federal n.º 11.107/05, a personalidade jurídica atribuída ao consórcio pode ser de direito público ou privado. No caso de ser público o mesmo incorpora a administração indireta de todos os entes da Federação consorciados e se for de personalidade jurídica de direito privado, este deverá atender a legislação civil e as normas de direito público.

Pode-se observar então no quadro 4 que todos os consórcios envolvidos no estudo são públicos embora nem todos nascessem com essa personalidade.

Quadro 4. Natureza Jurídica dos consórcios

Categoria	Subcategoria	Consortio	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
1-Estrutura dos Consórcios	Natureza Jurídica	CIS AMAPI	Público	Somos público, administração pública (...).
		CIS LESTE	Público	Nós somos público (...).
		ACISPES	Público	Nos somos publico de direito publico”.
		CIS MIV	Passou de privado para Público	(...) começou de natureza privada e recentemente mudou de regime jurídico e passou a publico.
		CIS VERDE	Passou de privado para Público	(...)com cinco anos de vigencia nós fomos uns dos pioneiros em Minas Gerais a nos transformar em consorcio publico, migramos de privado para publico.
		CIESP	Público	(...) a gente foi o primeiro consorcio que nasceu publico em minas (“...).
		SIM SAUDE	Público	(...) nós tivemos o privilégio de nascermos público de direito público, baseado na lei 11107 de 2005.
		CIS UM	Passou de privado para Público	(...) foi administrativo de 1995 até 2013 e a partir de setembro de 2013 tornou-se público.

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

Quando relatado sobre tal assunto um dos gestores proferiu a respeito dos prós e contras de se tornar público.

(...) Privado é muito mais fácil de fazer, a gente pode fazer aquilo que a lei não proibi, no caso do público é só aqui que a lei permite. (CIS UM)

Porém fazendo uma retrospectiva na lei dos consórcios n.º 11.107/05 observou que o tribunal de contas olha o consórcio privado fazendo analogia na referida lei.

(...) eu sendo administrativo eu tinha que fazer prestação de contas do mesmo jeito, licitação do mesmo jeito, concurso público ou processo seletivo para contratar o pessoal então a gente chegou à conclusão que sendo ou não a responsabilidade era a mesma. (CIS UM)

Então, mediante esta análise e em conformidade com o que já foi mencionado sobre natureza jurídica dos consórcios públicos torna-se importante atentar que mesmo o consórcio sendo de natureza privada deverá atender a legislação civil e as normas de direito publico no que tange a realização de licitação, prestação de contas e admissão de pessoas pela consolidação das leis trabalhistas.

4.2.3 Direção do Consorcio

Ao indagar sobre esta subcategoria, buscou-se entender como se dava a direção dos consórcios. A lei 11.107/05 não estipula uma estrutura mínima de representatividade. Apenas ressalta em seu art. 4º que a assembleia geral é a instância máxima do consórcio público.

Segundo os entrevistados, basicamente a direção do consórcio se dá através de um conselho de prefeitos (assembleia geral) representado pelos prefeitos dos municípios integrantes do consórcio na qual elege um presidente dentre tais prefeitos; conselho de secretários municipais de saúde com competências para discutir as prioridades do consorcio; conselho fiscal com atribuição de fiscalizar o consórcio e secretaria executiva responsável pela operacionalização das ações do consórcio conforme exposto na figura 10.

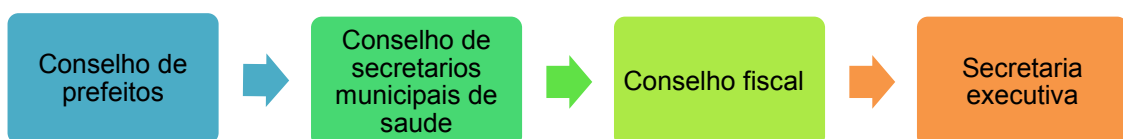


Figura 10 : Direção do consorcio
Fonte: Resultados da Pesquisa,2014

Percebeu-se na fala dos entrevistados que todos os consórcios são basicamente dirigidos de acordo com a organização exposta acima. A fala dos entrevistados pode ser visualizada no quadro 5.

Quadro 5. Direção do consórcio

Categoria	Subcategoria	Consortio	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
1-Estrutura dos Consórcios	Direção do Consorcio	CIS AMAPI	Existe uma estrutura política e operacional.	Existe uma assembleia geral que é a assembleia dos prefeitos, ela é deliberativa, a assembleia elege um presidente que é um dos prefeitos consorciados, que tem um mandato por dois anos (...) temos conselho de secretários, mais abaixo dele tem a secretária executiva que é indicada, mas com a aprovação de dois terços dos prefeitos, e também para ela ser trocada também tem que ter o apoio de dois terços e por fim tem o pessoal do administrativo.
		CIS LESTE	Existe uma estrutura política e operacional.	Assembleia com os prefeitos, onde os quinze prefeitos consorciados podem participar da eleição para se tornar presidente no ano subsequente, todas as ações podem passar pela assembleia dos prefeitos, as tomadas de decisões são feitas nas reuniões dos prefeitos, o presidente não pode tomar a decisão sozinho. As questões do dia-a-dia, como cheques, tudo que paga, o que não paga, o presidente assina os cheques juntamente com o secretário executivo. Existe também o conselho de secretários de saúde e a estrutura administrativa.
		ACISPES	Existe uma estrutura política e operacional.	A Diretoria é órgão responsável pela execução das ações da Associação, constituída por um Diretor Executivo, a quem competirá a sua direção, pelo quadro de pessoal técnico e administrativo.
				Existe um conselho de prefeitos que são todos os dez prefeitos dos dez municípios, existe um conselho de secretários que e

Continuação Quadro 5

1-Estrutura dos Consórcios	Direção do Consorcio	CIS MIV	Existe uma estrutura política e operacional.	constituído por todos os secretários da saúde, um conselho fiscal, que são três secretários de saúde indicados pela assembleia de prefeitos e depois vem a estrutura administrativa mesmo, o presidente, que e eleito pelos pares com o mandato de dois anos e esse prefeito ele indica.
		CIS VERDE	Existe uma estrutura política e operacional.	Ele tem um conselho, uma assembleia geral que escolhe um presidente, vice- presidente, o secretario e o diretor do consorcio, na realidade o secretario executivo que é o carregador do plano, a gente que toca o consorcio, a gente conhece bem a estrutura do consorcio.
		CIESP	Existe uma estrutura política e operacional.	A gente tem a assembleia geral que é a assembleia de prefeitos que é soberana, temos o conselho de secretários municipais de saúde, secretaria executiva, conselho fiscal.
		SIM SAUDE	Existe uma estrutura política e operacional.	Existe o presidente, o secretário e a assembleia dos prefeitos que é soberana conforme o estatuto.
		CIS UM	Existe uma estrutura política e operacional.	Temos o conselho de prefeitos que é o órgão deliberativo, temos o conselho de secretários nomeado como conselho de administração e a secretaria executiva com o secretário mais a sua equipe.

Fonte: Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

Pode-se depreender então que os consórcios são dirigidos por uma estrutura política através do conselho de prefeitos e por uma de direção executiva e operacional conduzida pelo secretario (a) executivo do consórcio.

Quando investigados sobre a disposição dessa estrutura no organograma muitos consórcios afirmaram não possuir, conforme fala dos gestores:

É, nós fizemos um desenho do organograma, mas eu até procurei e não estou achando, não consegui encontrar desde quando a gerente administrativa saiu (...). (CIS AMAPI)

No papel não temos esse organograma, sabemos os cargos, tem os departamentos definidos, mas no papel não temos. (CIS LESTE)

Também esta sendo construído o organograma já pra essa reformulação do estatuto, então já vai ter no organograma do consorcio tudo bem definido com os cargos, funções, tudo definido já no estatuto que esta sendo atualizado. (CIS MIV)

Percebe-se através da fala da gestora do CIS AMAPI a ausência de um organograma quando a mesma revela que foi feito, mas desapareceu. No CIS LESTE também foi visível esta ausência quando seu gestor menciona ter em mente, mas não em forma de organograma os cargos que envolvem o consórcio. O gestor do CIS MIV também revelou esta carência, mas argumentou que o organograma já está em processo de desenvolvimento.

Isso revelou a necessidade de alguns consórcios se estruturarem de forma clara, simples e fácil quanto às funções e responsabilidades existentes.

4.2.4 Forma de Decisão

Os entrevistados também relataram como são tomadas as decisões no consórcio. Mediante os relatos dos entrevistados, observou-se que as decisões mais complexas são tomadas em assembleia pelos prefeitos e as de níveis operacionais pela secretaria executiva. (Quadro 6)

Quadro 6. Decisão no consórcio

Categoria	Subcategoria	Consortio	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
1-Estrutura dos Consórcios	Decisão	CIS AMAPI	As decisões passam pelo presidente, mas quase todas as decisões são tomadas pelo secretário.	Isso depende muito do presidente, ele deixa que o secretário executivo tome quase todas as decisões e quase não precisa ficar passando muito, mas do jeito que está o consórcio hoje, as decisões precisam passar pelos prefeitos, mais antes passam pelos secretários de saúde, que a gente chama de conselho técnico (...).
		CIS	A maioria das decisões precisa passar	O secretário não pode tomar decisão, tem que passar pela assembleia de prefeitos, lógico que o secretário executivo procura

Continuação Quadro 6

1-Estrutura dos Consórcios	Decisão	LESTE	pelo conselho de prefeitos.	aumentar o serviço, ampliar, mas claro que tem aval do presidente para isso, por isso que ele foi escolhido como secretário, mas autonomia tem muita coisa ele não tem não, tem que ser aprovado.
		ACISPES	Assembleia geral	As decisões são tomadas em Assembléia Geral, constituída pelos prefeitos dos municípios consorciados, é o órgão deliberativo do Consórcio, a instância máxima.
		CIS MIV	Algumas são tomadas em assembleia e outras pelo presidente e secretario executivo.	Algumas decisões tem que ser pela assembleia (...) as decisões do dia a dia para a gestão do consorcio são tomadas com o presidente e o secretário executivo e os demais órgãos internos.
		CIS VERDE	Decisões em prol da saúde são os secretários de saúde e secretaria executiva	(...) quando vamos tomar atitudes que diz respeito a área de saúde, quem se reúne são os secretários de saúde juntamente com o secretario executivo. (...) quando tem uma operação substancial e o conselho de prefeitos.
		CIESP	Secretaria executiva e secretários	(...) na pratica acontece é que as proposições são feitas pelo conselho de secretários e pela secretaria executiva, são levados para o conselho de prefeitos e eles fazem a deliberação, são coisas de mudança, investimento.
		SIM SAUDE	Secretaria executiva executa o que a assembleia aprova	(...) todas as decisões são todas pela assembleia de prefeitos com votação aberta e ganha a maioria, nós executamos o que foi definida na assembleia dos prefeitos.
		CIS UM	Em assembleia	As decisões são tomadas todas em assembleia (...)

Fonte: Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

Segundo o gestor do CIS AMAPI, as decisões precisam passar pelos prefeitos, mas na verdade quase todas as decisões são tomadas pelo secretário executivo. “Isso depende muito do presidente, ele deixa que o secretário executivo tome quase todas as decisões”. (CIS AMAPI)

Na visão do gestor do CIS LESTE, o secretário não tem autonomia sem passar pela presidência embora tenha relatado que o mesmo tem sempre aval do presidente.

(...) mas claro que tem aval do presidente para isso, por isso que ele foi escolhido como secretário, mas autonomia tem muita coisa que ele não tem, tem que ser aprovado. (CIS LESTE)

Na ACISPES acontece da mesma forma , ou seja as decisões são tomadas em Assembleia Geral, constituída pelos prefeitos dos municípios consorciados.

No CIS MIV, algumas decisões passam por assembleia para ser decidida conjuntamente com os municípios, como por exemplo, nomeação de secretário executivo, aprovação do orçamento, qualquer mudança na estrutura física do prédio. Já outras do dia a dia relacionadas à gestão do consórcio, são resolvidas pelo secretário executivo.

Na visão do gestor do CIS VERDE, a maior parte das decisões fica a cargo da secretaria executiva juntamente com o conselho de secretários de saúde. Contudo, ressalta, que o mesmo é carregado pelo secretário executivo, pois é quem este próximo da realidade do consórcio. “(...) na realidade o secretário executivo que é o carregador do plano, a gente que toca o consorcio, a gente conhece bem a estrutura do consorcio.” (CIS VERDE)

No CIESP também não ocorre diferente. A gestora relatou que no papel as decisões passam na seguinte ordem: assembleia geral, conselho fiscal controle interno, conselho de secretários, secretaria executiva e acessória jurídica. Não obstante, disse que na prática as proposições são feitas pela secretaria executiva e conselho de secretários.

O secretário executivo do SIM SAUDE demonstrou executar o que é decidido na assembleia de prefeitos que é soberana conforme estatuto. “ Toda decisão é feita

de acordo com as leis que regem a administração pública, como se fossemos uma prefeitura.” (SIM SAUDE)

No CIS UM as decisões também passam por assembleia ficando o secretário executivo responsável pelo gerenciamento. O mesmo relatou a importância da tomada de decisão em conjunto e disse que no seu consórcio existe muito entrosamento de opiniões:

A nossa relação está sendo na paz até hoje, estamos conseguindo resolver tudo na assembleia, sempre que marcamos veem todo mundo e a gente consegue resolver, nunca ficando nada pendente. (CIS UM)

Relatou ainda que apesar de não ser constante as objeções entre municípios nos momentos das decisões, muitos consórcios enfrentam problemas políticos entre os municípios devido a divergência de ideologias partidárias.

Tornou-se possível depreender de forma geral que algumas reuniões dos consórcios em assembleia já possuem data preestabelecida e outras ocorrem mediante necessidade.

4.2.5 Perfil dos funcionários

Foram colhidas também informações quanto ao quadro de funcionários dos consórcios. Esta subcategoria por sua vez procurou conhecer o perfil do pessoal ligado diretamente ao consórcio.

Os consórcios contam com cargos de confiança como o secretário executivo e cargos efetivos que no caso são os técnicos administrativos. Segundo os gestores dos consórcios, o cargo de secretário executivo não é efetivo e sempre será por indicação.

No CIS AMAPI os funcionários que trabalham com cargos de confiança apresentam curso superior e o restante nível médio.

No CIS LESTE também funciona da mesma maneira, os técnicos administrativos são de ensino superior, auxiliares de nível médio e o secretário de nível médio.

Na ACISPES os funcionários responsáveis pela manutenção possuem ensino fundamental e médio, os técnicos formação técnica e os da área da gestão e responsáveis pela saúde nível superior.

No CIS MIV a situação se difere um pouco dos consórcios relatados. Seu gestor evidenciou a carência por pessoas qualificadas:

Se a gente tivesse que começar o consorcio hoje a gente teria que estruturar uma exigência um pouco maior em nível de escolaridade, mas em termos de eficiência a gente tem exatamente pelo tempo que já todos experiente então a equipe é boa.(CIS MIV)

No CIS VERDE as pessoas ligadas ao consórcio possuem curso superior ou estão em processo de conclusão.

O CIESP possui alguns funcionários com nível superior, mas a maioria possui o ensino médio. A gestora relatou enfrentar um grande problema com a qualificação de seu pessoal:

(...) na verdade somos serviço publico e serviço publico não paga muito bem, a gente tenta trazer pessoas que tem ensino médio concluído e tenta estimular as equipes para trabalhar bem.(CIESP)

Essa dificuldade é justificada pela baixa remuneração oferecida pelo consórcio conforme evidenciado na fala da gestora. A mesma ressaltou ser um problema dos consórcios de uma forma geral.

O gestor do SIM SAUDE considera seu quadro de pessoal muito bom e revela que seu processo seletivo exige um nível de escolaridade dentro dos padrões: pessoas qualificadas a partir do segundo grau.

O pessoal do CIS UM também se encontra qualificado nos níveis superior, médio e técnico.

O quadro 7 evidencia melhor a situação de cada consórcio.

Quadro 7. Perfil dos funcionários

Categoria	Subcategoria	Consortio	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
1-Estrutura dos Consórcios	Perfil dos funcionários	CIS AMAPI	Nível superior e médio	(...) de nível superior o setor de logística e os cargos de confiança os dois gerentes, transporte e administrativo, a contadora e o tesoureiro e o resto é de nível médio mesmo.
		CIS LESTE	Nível superior e médio	Os técnicos administrativos são de ensino superior, auxiliar nível médio e o secretário nível médio.

Continuação Quadro 7

1-Estrutura dos Consórcios	Perfil dos funcionários	ACISPES	Nível superior, médio e técnico	Nível Médio: 23% - Operacional Técnico: 20% - Técnico Superior: 39% -Gestão Profissionais da saúde
		CIS MIV	Carece de reestruturação	E na verdade eu acho que deveria ser melhor (...)
		CIS VERDE	Nível superior ou Cursando	Toda a minha equipe tem ensino superior completo ou cursando.
		CIESP	Carece de reestruturação	Na verdade a gente tem um problema serio com qualificação de mão de obra.
		SIM SAUDE	Boa equipe de pessoas	A gente considera muito bom.
		CIS UM	Nível superior, médio e técnico	Colocamos graduação para cargos especificos. As outras funções são nível médio.

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

Observou-se então que a maioria dos consórcios apresenta um quadro de funcionários de nível superior a nível médio embora alguns demonstrem carentes de ajustes quanto à qualificação da equipe de pessoas.

4.2.6 Admissão de pessoas

A pesquisa revelou que embora todos os consórcios sejam de natureza jurídica publica, nem todos utilizam concurso como forma de contratação de seu pessoal conforme mostra o quadro 8.

Quadro 8. Admissão de pessoas

Categoria	Subcategoria	Consortorio	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
1-Estrutura dos Consórcios	Admissão	CIS AMAPI	Concurso Publico	Os funcionários fizeram concurso (...).
		CIS LESTE	Concurso Publico	Todos os funcionários são do consórcio, contratados por concursos, com exceção dos indicados, os de confiança.
		ACISPES	Processo seletivo	Temos funcionários contratados em regime celetista, selecionados através de Processo Seletivo Simplificado; Profissionais cedidos pela Prefeitura Municipal de Juiz de Fora e profissionais cedidos pela Secretaria de Estado de Saúde.
		CIS MIV	Concurso Publico	Ate julho do ano passado por ser um consorcio administrativo privada, a contratação era por processos simples, entrevistas coisas do tipo e a partir de agora toda a contratação tem que ser por concurso publico, exatamente pela própria natureza do consorcio (...).
		CIS VERDE	Processo seletivo	Processo seletivo, exceto cargo de comissão que é como no meu caso, o cargo de gerente e dos assessores.
		CIESP	Processo seletivo	(...) temos o processo seletivo e pouquíssimo cedidos de prefeitura.
		SIM SAUDE	Concurso Publico	(...) todos são por concurso, exceto nos cargos de confiança.
		CIS UM	Processo seletivo	(...) temos o processo seletivo.

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

Essa situação pode ser explicada pelo fato de alguns consórcios terem migrado para público há pouco tempo conforme fala dos entrevistados:

“A forma certa é concurso publico, mas como a gente está em fase de elaboração a gente não conseguiu concluir o concurso publico”. (CIESP)

“Estamos caminhando para fazer o concurso”. (CIS UM)

Cabe ressaltar também que existem os cargos de confiança que acontecem por indicação como é o caso dos secretários executivos. Percebeu-se, além disso, a ocorrência de funcionários cedidos como observado na fala dos secretários do CIS AMAPI e CIS VERDE:

“Temos funcionários cedidos no polo de Rio Casca, temos uma funcionária cedida de um município, ela é da educação, o prefeito cedeu (...)” (CIS AMAPI)

“Temos três funcionários cedidos por alguns municípios” (CIS VERDE)

Nesta subcategoria indagou-se também aos entrevistados sobre a existência de plano de cargos e salários no consórcio. Pode-se então perceber que poucos possuem, contudo seus gestores acreditam na urgente necessidade de implantação: “Não, também é algo que tem que ser implementado.” (CIS MIV)

“Ainda não temos, na desenvoltura do concurso estamos fazendo o plano de cargos e salários”. (CIS UM)

4.2.7 Quadro de funcionários

Esta subcategoria objetivou buscar dos entrevistados se o quadro de funcionários era suficiente para desempenhar com eficiência as tarefas dos consórcios. Percebeu-se que alguns gestores não consideram o quadro de funcionários satisfatório para o consórcio. (Quadro 9)

Quadro 9. Quadro de funcionários

Categoria	Subcategoria	Consortio	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
1-Estrutura dos Consórcios	Quadro de funcionários	CIS AMAPI	Insuficiente	Agora, precisaria humanizar o atendimento, trabalhar com acolhimento (...).
		CIS LESTE	Suficiente	Creio que hoje sim, já passamos por situações difíceis, mas hoje não, a quantidade de funcionários existentes atende bem a demanda.
		ACISPES	Suficiente	A quantidade de funcionários é suficiente para desempenhar as tarefas
		CIS MIV	Suficiente	Eu acho que sim (...).
		CIS VERDE	Insuficiente	Não necessariamente, eu tenho tido dificuldades (...).
		CIESP	Suficiente	Hoje sim, a gente na verdade não trabalha com excesso de funcionários.
		SIM SAUDE	Insuficiente	Dentro da nossa meta de economicidade é essa quantidade mesmo.
		CIS UM	Insuficiente	O que temos é um pouco insuficiente (...)

Resultados da pesquisa, 2014.

Além da carência de humanização evidenciada no quadro acima, a gestora do CIS AMAPI revelou a carência de profissionais responsáveis por evidenciar por meio de indicadores os resultados alcançados pelo consórcio, conforme fala da mesma:

“Gostaria também que tivesse alguém para trabalhar com indicadores, fazemos tantas consultas, tantos exames e daí? Quantas doenças curaram?” (CIS AMAPI).

Apesar de alguns gestores prezando pela economicidade considerar o quadro de funcionários suficiente percebe-se uma necessidade de manifestação dos resultados alcançados pelos consórcios .

4.2.8 Rateio dos consórcios

Segundo os relatos, percebeu-se que o critério de rateio das despesas se difere entre os consórcios. Cada consórcio estabelece seu critério juntamente com os municípios consorciados, conforme quadro 10.

No CIS AMAPI e CIS VERDE o município faz sua programação quanto a parte medica (exames consultas) e o consórcio faz o orçamento da quantidade demandada pelo município passando o valor de acordo com a programação de procedimentos de cada município. Além disso, existe o rateio fixo na qual o consórcio faz um levantamento de suas despesas operacionais e rateia igualitariamente entre os municípios.

No CIS LESTE e CIS MIV o procedimento se difere um pouco pois o contrato de rateio é proporcional a população, ou seja, o valor do rateio para custear o funcionamento do consórcio e certos números de procedimentos e estipulado de acordo com a população na mesma classificação de repasse do Fundo de Participação dos municípios.

A pontuação é de acordo com o repasse do estado FPM para cada município também é proporcional a população, por exemplo Tocantins, Miraf tem 17 mil habitantes então é ponto 8, é uma classificação de municípios.(CIS AMAPI)

Caso o numero de procedimentos inclusos neste contrato não sejam suficientes para o associado, o mesmo firmam contrato de programa pagando por mais procedimentos.

Já no CIESP e ACISPES existe uma cota fixa para todos os associados e se o número de procedimentos inclusos nessa cota não for suficiente, o mesmo paga o contrato de prestação de serviços para duplicar a cota de procedimentos. Na verdade o que varia é que os municípios podem ter uma ou mais cotas e se este pagar o contrato de prestação de serviços mais de uma vez, por exemplo, consecutivamente terá direito a mais procedimentos.

No SIM SAUDE, o rateio é igual para todos com uma cota fixa, indiferente da população de cada município. Segundo o gestor do consórcio, não houve ainda necessidade de fazer alteração porque não está faltando consulta para nenhum município, mesmo aquele com população maior.

Quanto ao rateio do CIS UM observou-se que as despesas administrativas são divididas proporcionalmente a base populacional. Faz-se o orçamento e divide pelo número de habitantes chegando a um valor per capita. Quanto ao rateio dos procedimentos cada município paga pelo número de procedimentos utilizados.

Quadro 10. Rateio dos consórcios

Categoria	Subcategoria	Consorcio	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
1-Estrutura dos Consórcios	Rateio	CIS AMAPI	Quanto as despesas administrativas o rateio é fixo. Já para as despesas com os procedimentos, o rateio varia de acordo com a demanda dos municípios.	(...)a gente faz uma regra de três para ver como nós vamos distribuir o rateio para pagar a parte administrativa e a parte do custeio da parte do serviço médico, então foi proporcional a compra de serviços por cada município, aí cada um contribui com tantos por cento (...)
		CIS LESTE	O rateio das despesas é proporcional a população. As despesas com os procedimentos são rateadas de acordo com a demanda dos municípios.	O rateio é proporcional a população, o município ponto 6 paga uma quantia menor, o ponto oito paga uma maior um pouco e Muriaé que é maior, 3.0, paga mais.
		ACISPES	Valor igual para todos	Todos os municípios pagam igual valor. Caso os procedimentos inclusos não sejam suficientes, o mesmo paga por mais procedimentos.

Estrutura dos Consórcios	Rateio	CIS MIV	Rateio baseado no numero de habitantes	(...)Considera o numero de habitantes por município e o FPM que e o fundo de participação dos municípios, então em função dessas duas variáveis calculava-se a cota de cada município, para esse próximo orçamento a gente esta tentando fazer algo diferente.
		CIS VERDE	Quanto as despesas administrativas o rateio e fixo. Já para as despesas com os procedimentos , o rateio varia de acordo com a demanda dos municípios.	(...) temos dois contratos, um de manutenção e o valor e fixo para todos municípios independente do tamanho do município e o outro contrato e o que varia, que e compra de serviços de saúde.
		CIESP	Contrato fixo igualitário para todos e o município que quiser cotas extras paga o contrato de prestação de serviços para duplicar a cota de procedimentos	(...) a gente tem duas coisas, uma é o rateio e o outro e o contrato de prestação de serviço.
		SIM SAUDE	O rateio e igual para todos.	Ainda o rateio é igual para todos, nós temos uma cota fixa, indiferente da população de cada município.
		CIS UM	O rateio das despesas e proporcional a população. As despesas com os procedimentos são rateadas de acordo com a demanda dos municípios	O rateio das despesas administrativa proporcional à base populacional (...). A mesma estrutura para o rateio é utilizada para as cotas de consultas, o município que paga 40% das despesas tem 40% das cotas.

Resultados da pesquisa, 2014

Alguns gestores revelaram necessidade de ajustes nos critérios de rateio conforme falas a seguir:

(...) eu acho que para falamos que o rateio é totalmente justo temos que saber o custo real do procedimento, porque hoje você faz proporcional a parte médica, e outra coisa também é que planejamento é acompanhado e flexível, quando chega maio ou junho a gente chama o secretário e ele tem

oportunidade de mudar o planejamento, porém o percentual de rateio não é alterado, então não considero 100% justo, mas está próximo, existem parâmetros de critério criados no conselho. (CIS AMAPI)

Nós estamos aprimorando isso, mas ela não é tão justa, no início nos pensávamos que iríamos fazer um único contrato, nesse contrato já estaria embutido as despesas administrativa e iria cobrar proporcionalmente pelo uso pelo que fosse parametrizado, nós estamos aproximando disso, e temos expectativas de aproximar disso ao longo dos anos. (CIS VERDE)

Mediante isso, é possível auferir que embora alguns gestores considerassem justo o critério de rateio utilizado, outros demonstraram a necessidade de ajustes para oferecer maior transparência aos seus associados.

4.2.9 Transporte dos consórcios

Com relação ao transporte nos consórcios buscou-se conhecer como se dá a gestão do transporte, como os veículos são adquiridos e por fim como funciona o transporte para o usuário.

Observou-se de forma geral que o transporte dos consórcios é de responsabilidade da secretaria estadual de transporte e esse por sua vez existe em todos os consórcios de Minas Gerais.

Uma rota é estabelecida de acordo com cada região através de um sistema de gestão de frotas, onde cada município faz o agendamento. Feito isso calcula-se qual e o custeio baseado na quilometragem rodada por cada município e o mesmo é pago pelo próprio município.

Todos os consórcios revelaram possuir um gerente de transporte que controla o traslado dos veículos, quilometragem, abastecimento e velocidade além de ser acompanhado por um agente de viagem.

Os veículos são cedidos pelo Estado e o mesmo segundo fala dos gestores, faz uma avaliação dos cuidados de cada consorcio com a frota de veículos atribuindo notas e em função do desempenho dos consórcios os veículos são trocados.

O agendamento para o usuário é feito através de um sistema de agendamento online na secretaria de saúde de cada município na qual gera um mapa diário para ser repassado ao motorista.

Segundo os gestores, o Sistema Estadual de Transporte em saúde (Sets) é uma iniciativa do Governo de Minas desenvolvida para apoiar o Sistema Único de Saúde (SUS).

4.3 Funcionamento dos consórcios

Quanto a esta categoria, buscou-se descrever a forma de funcionamento, as ações e o papel dos consórcios em sua área de atuação que são os serviços de saúde. Para uma melhor análise, as seguintes subcategorias foram inseridas no trabalho: procedimento para se consorciar, especialidades do consórcio, ações.

4.3.1 Procedimento para se consorciar

Nesta subcategoria indagou-se aos entrevistados sobre as exigências para se tornar um associado do consórcio.

Constatou-se que primeiramente o município tem que obedecer a classificação de municípios inclusos nas microrregiões de saúde de acordo com o plano diretor de regionalização feito pela secretaria estadual de saúde.

O Plano Diretor de Regionalização é uma ferramenta de planejamento e gestão na área da saúde que tem por objetivo conduzir a descentralização com vistas à promoção de maior e mais adequada acessibilidade dos usuários, considerando os princípios da integralidade, equidade e economia de escala do SUS. (PDR, 2013)

Posteriormente o município faz um levantamento de sua necessidade e exposição de seu interesse em se tornar um associado. Logo, o interesse é levado em assembleia para tratar da adesão de um novo associado.

Firma-se então um protocolo de intenções na qual os associados fixam regras para o andamento do consórcio. Este por sua vez deverá conter denominação, finalidade, sede do consórcio, identificação de cada um dos entes da federação, natureza jurídica e outros requisitos estipulados pelo decreto nº 6.017/07 para então ser aprovado pela câmara municipal.

Feito isso, institui-se então o rateio aonde o município acorda o recurso que ele vai disponibilizar para o consórcio. Percebe-se então que além de enquadrar-se no PDR o município precisa ser legitimado pela assembleia de prefeitos.

Apesar de quase todos os consórcios apresentarem procedimentos definidos para admitir um novo associado, identificou-se na pesquisa um consórcio carente de procedimentos estruturados para o consentimento de um novo município, conforme pode ser vislumbrada na fala do gestor abaixo:

Nos não temos ainda uma estrutura de exigência para entrada de novos municípios, ainda não sabemos se ele vai entrar e pegar tudo mastigado ou vai pagar pela estrutura. O nosso jurídico ainda está olhando isso. Mas acho que temos que minimizar os gastos para a entrada, porque é melhor para a gente, para o município e para o usuário (CIS UM).

Isso revela que apesar da maioria dos consórcios serem estruturados quanto aos requisitos para se consorciar, ainda existe consórcio com falha nesse quesito, revelando então desprovimento de organização.

4.3.2 Especialidades e procedimentos dos consórcios

O quadro abaixo explicita as especialidades e procedimentos ofertados pelos consórcios estudados.

Quadro 11. Especialidade e procedimento dos consórcios

Consortio	Especialidades e procedimentos
CIS AMAPI	Análogo oncológico, Campimetria, exame de oftalmologia, colonoscopia, duplex scan, eco, mapa, rolter, teste ergométrico, eletrocefalograma, eletroneuro, endoscopia, pulsão de mama, marcação de lesão, ortopedista, otorrino, poliectomia, troctologia, psiquiatria, pulsão de mama, retosigmaendoscopia, teste, tonometria, ultrassom de caroter e vertebras, tomografia, ressonância e vasectomia e cirurgia de catarata.
CISLESTE	Otorrinos, dermatologistas, angiologias, fonoaudiólogos, psiquiatras, neurologistas, reumatologia, endócrino, oftalmologista, ortopedia, radiologia, técnico de eletrocefalograma.
ACISPES	Teste Ergometrico, Eletrocardiograma, Eletroencefalograma, Mamografia, Raio X, Ultrassonografia, Ecodoppler cardiograma, Densitometria Ossea, audiometria vocal e tonal, Imitanciometria, logaudiometria, colposcopia, Espirometria, USG de Carotida, Retinografia, Campimetria, Biometria, USG articulação, USG doppler de artérias renais, endoscopia digestiva, colonoscopia, USG Transretal de próstata com biopsia, Polissonografia, eletroneumografia, Tilt Test, Ecodopler infantil, Eco com stress, holter

	24 horas, MAPA, Urografia excretora, uretrocistografia, REED, clister opaco, ressonância magnética, tomografia computadorizada, vectoeletronistamografia, CPRE, Reumatologia, Dermatologia, Gastroenterologia, endocrinologia, fonoaudiologia, ortopedia, neurologia, psicologia, oftalmologia, infectologia, hematologia.
CIS MIV	Cardiologia, oftalmologia, dermatologia, psiquiatria, urologia, ortopedia, endocrinologia.
CIS VERDE	Ultrassonografia, ecocardiografia, mamografia, serviços de fora de urologia, consultas em ortopedia, reumatologia, eletroencefalograma, endoscopia digestiva
CIESP	Endoscopia, raio-x, quase todos os tipos de radiografia, mamografia, ergonomia, ultrassonografia, eco cardiograma, consultório oftalmológico, consultório de problemas auditivos, otoscopia.
SIM SAUDE	Eletrocefalograma, na parte cardiologia, risco cirúrgico, eco dobre, ultrassom, mamógrafos, raio X, densitometria óssea, serviço especializado de odontologia focado no câncer de boca, colonoscopia, endoscopia, oftalmologia, endocrinologia, ortopedia, ginecologia, gastro e audiometria, fonoaudiólogo, psicólogo.
CIS UM	Ortopedia, otorrino e endocrinologia, cardiologista, neurologista, psiquiatra, mastologista, cirurgião geral, neuropediatra.

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

É importante ressaltar que desses serviços alguns são realizados no próprio consórcio e outros são terceirizados como os casos de complexidade mais alta. Os mesmos referem-se a exames e consultas, e algumas pequenas cirurgias trabalhadas por poucos consórcios.

Conforme ressaltado pelos gestores, o agendamento é feito no município pela secretaria de saúde através de um sistema de agendamento online. Nesse sistema todas as agendas dos médicos são disponibilizadas para que o município agende e mesmo os serviços terceirizados são agendados via consórcio.

(...) a gestão das agendas é totalmente por conta da gestão da saúde, eles agendam a consulta, tudo com horário marcadinho, o paciente já chega e o sistema já está com uma ficha de atendimento. (CIS AMAPI)

Mediante isso, quase todos os municípios têm o transporte do SETS, eles são agendados e transportados para o consórcio no dia e na hora marcados.

Quanto aos médicos percebeu-se que alguns consórcios contratam somente pessoas jurídicas através de licitação e outros através de credenciamento, conforme falas a seguir:

O consórcio não paga pessoa física e a hora do médico varia de profissional para profissional, algumas especialidades recebem mais um pouco do que outra é de acordo com a especialidade de cada profissional. (CIS LESTE)

Os médicos são credenciados, a gente abre um credenciamento, primeiro faz uma pesquisa de mercado, mas um mercado que é possível de se

contratar abre-se o credenciamento com o valor dos procedimentos e aqueles que se interessarem se habilitam. (CIS AMAPI)

Os nossos médicos, não tem vínculos empregatícios, nós licitamos pessoas jurídicas para realizar as especialidades. O valor do procedimento é estabelecido pelo SIMSAUDE, não aceitamos valores superiores e dentro das disputas entre as empresas, pode-se diminuir o valor. (SIM SAUDE)

Cabe ressaltar também que alguns pagam o médico por atendimento enquanto outros por hora, o que revela certa inexistência de padrão de contratação de médicos entre os consórcios.

4.3.3 Ações dos consórcios para os serviços de saúde

Esta subcategoria teve a intenção de identificar o que os consórcios tem feito em prol dos serviços de saúde de seus municípios.

A gestora do CIS AMAPI expressou a satisfação em trabalhar para implantar serviços de grande necessidade da população. Embora muitos serviços iniciados pelo consórcio não tenham permanecido no mesmo, a gestora relatou o orgulho em fomentar tais serviços:

A gente tem orgulho de ter iniciado, apesar de hoje nem está aqui o serviço, foi um serviço que existia um vazio, foi tratamento que ainda não existia, tratamento odontológico para pacientes especiais ao nível hospitalar, acho que o consórcio foi pioneiro mesmo, nós ficamos com esse serviço até uns dois anos, aí o ministério passou para o hospital. Então a gente organizou, iniciou e financiou esse serviço (...) (CIS AMAPI)

Mencionou também a implantação do tratamento de glaucoma devido ao alto índice de pacientes na região com esse mal demonstrando assim a preocupação em atender as demandas da região.

Quando indagado ao gestor do CIS LESTE, este por sua vez deu ênfase na palavra agilidade e educação aos pacientes quando relatou que o consórcio trabalha para resolver o problema do município de forma urgente.

A primeira seria a boa vontade e a agilidade em atender os municípios, porque nós sabemos que o município tem urgência para tudo". Ele tem que encontrar um diferencial de atendimento com agilidade na assistência aqui. (CIS LESTE)

O bom tratamento aos funcionários também foi visualizado na pesquisa como uma atenção do CIS LESTE. Isso se torna relevante, pois muitas das vezes o paciente procura o consórcio em um momento frágil carecendo de atenção e respeito.

Na ACISPES uma das principais ações destacadas refere-se às reuniões mensais realizadas junto aos secretários de saúde dos municípios consorciados.

Esses encontros são uma oportunidade para o consórcio entender as demandas de saúde de cada cidade e avaliar de que forma poderá atuar para equacioná-las. Muitas vezes, são problemas comuns a vários municípios. Ao mesmo tempo, as reuniões têm importância significativa como feedback do trabalho da Acispes, onde recebemos críticas, sugestões e/ou elogios. (ACISPES)

Além disso, a comunicação com os pacientes foi mencionada como outra ação.

Ações de comunicação fortalecem esse foco em atender nossos pacientes com qualidade. Isso vai desde a oferta de um cafezinho e um biscoito logo na chegada, o ambiente sempre limpo, o atendimento humanizado, jornais e informativos internos e comemorações em datas festivas, como o Dia da Mulher, Dia das Mães e outros. (ACISPES)

Quanto às ações do CIS MIV, registrou-se o planejamento como a primeira ação desenvolvida para estruturar as atividades do consórcio seguido do aumento das especialidades. Segundo o gestor existe também um esforço na tentativa de reativar a oferta de pequenas cirurgias bem como a utilização de seu laboratório para expansão do convênio com a Universidade a fim de oferecer mais especialidades.

Não obstante, o CIS VERDE contou que uma de suas ações é projeto a fim de conseguir recursos para melhorar o atendimento e expandir especialidades, mas ao mesmo tempo expressou a desatenção sofrida pelo consórcio quando citou a dificuldade em aprovar projetos.

(...) mas temos consórcios de primeira e consórcios de segunda, não vou citar nomes, isso é política pública feita, então como te disse temos muitos projetos que não conseguimos fazer porque aos olhos do governo não somos prioritários. (CIS VERDE)

Na visão da gestora do CIESP a ação prioritária vai ao sentido de conseguir poder de escala a fim de oferecer preço baixo com qualidade. A mesma revela a qualidade também como algo prioritário para a saúde da população. “(...) tinha gente que queria pagar a consulta porque aqui não tem cara de SUS estrutura, recepção e atendimento bom”. (CIESP)

No SIM SAUDE a principal ação também é no sentido de aumento de especialidades. “Focamos em oferecer especialidades médicas, exames com qualidades”. (SIM SAUDE)

Outra ação importante foi levantada pelo gestor do CIS UM quando mencionou a integralidade e desburocratização como execução prioritária.

(...) a gente tem o eletrocardiograma, eu tenho a consulta de cardiologia, antes funcionava, na policlínica, o paciente fazia a consulta e o médico pedia o eletrocardiograma e isso demorava uns 4 meses para ele voltar, estamos tentando desburocratizar isso.

Segundo o mesmo é necessário essa preocupação no sentido da humanização, pois às vezes o paciente fica um dia todo esperando um exame sem ter a condição de comprar uma água. Por isso a atenção em tentar minimizar a burocracia para servir melhor o paciente. Nesse sentido, as ações dos consorcio podem ser idealizadas de forma mais clara no quadro 12.

Quadro 12. Ações dos consórcios

Categoria	Subcategoria	Consortorio	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
2- Funcionam ento dos Consórcios	Ações e Estratégias	CIS AMAPI	Implantação de serviços	Mais recente agora o serviço de tratamento de glaucoma e a entrega de colírios, os pacientes tinham de ir a Belo Horizonte para receber os colírios, é uma verba estadual e o serviço está sendo muito elogiado pelos municípios e com certeza está ajudando muitos usuários, porque a nossa região tem um grande índice de glaucoma, eles estão recebendo o colírio, a gente está acompanhando o retorno, para essa prevenção de glaucoma.
		CIS LESTE	Agilidade	(...)o município bateu no consórcio a gente tentar resolver a demanda dele da forma mais rápida possível, para ser um diferencial para o município, pois se por igual o que ele já tem lá para ele não é

2- Funcionam ento dos Consórcios	Ações e Estratégias			vantajoso ser consorciado.
		ACISPES	Preocupação em ouvir os municípios	As principais estratégias e ações da Acispes para melhor atender a população estão baseadas nas reuniões mensais realizadas junto aos secretários de saúde dos 24 municípios consorciados.
		CIS MIV	Planejamento Ampliação das especialidades	Ampliar o número de especialidades, número de exames, pensando em até em pequenas cirurgias que foram feitas no passado e que hoje não faz mais, então isso faz parte da nossa estratégia de crescimento do consórcio, além disso, a gente tem a área do laboratório, isso também faz parte da estratégia, para fazer exames laboratoriais e a gente tem esse convenio com a Universidade e a possibilidade de expandir isso.
		CIS VERDE	Projetos	Temos projetos e infelizmente não conseguimos levar a cabo exatamente por aquilo que te falei no início que não somos bem aceitos fora da aqui porque, as esferas que deveriam destinar atenção leis e recursos para o consórcio talvez não enxerga que esse é o caminho, que essa é a maneira mais barata talvez de fazer saúde pública em escala (...)
		CIESP	Poder de barganha Qualidade	Acho que a ação prioritária é a gente conseguir escala no poder de barganha que o consórcio tem de ter preços menores para poder conseguir maiores números de procedimentos e com qualidade (...).
		SIM SAUDE	Aumentar especialidades	Nós focamos em implantar as especialidades médicas, buscamos 25 especialidades, estamos com 60% disso (...).
		CIS UM	Integralidade Minimização de burocracia	A primeira intenção seria integralidade, e por isso, minimizar a burocracia, essa é a estratégia nossa (...)

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

Percebe-se que os consórcios têm trabalhado a fim de beneficiar a saúde de seus associados através de implantação de serviços, agilidade, planejamento, ampliação das especialidades, projetos, poder de barganha, qualidade, integralidade

e minimização de burocracia. Embora sofram desatenção por parte do governo conforme relatado, o esforço tem sido despendido.

Ademais, os consórcios demonstraram atuar na representação de seus associados a fim de se colocar na condição de parte do município para ouvir a demanda e propor solução.

4.4 Avaliação dos Consórcios

Na categoria avaliação dos consórcios examinaram-se os principais avanços e retrocessos de acordo com a opinião dos gestores do consórcio para fazer com que os municípios desempenhem com maior eficiência os serviços básicos de saúde a sua população. Para análise algumas subcategorias foram identificadas, tais como: aspectos positivos, limitações, avanços e necessidade de melhorias na gestão do consórcio.

4.4.1 Aspectos Positivos dos Consórcios

Dentre os principais pontos positivos dos consórcios constatou-se que o consórcio melhora o acolhimento da população, atua como ferramenta indispensável para os municípios auxiliando na saúde dos mesmos, aumenta poder de barganha e oferece atendimento mais humanizado. Estes aspectos podem ser visualizados através das falas dos gestores no quadro 13.

Quadro 13. Aspectos positivos dos consórcios

Categoria	Subcategoria	Consortio	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
3- Avaliação dos Consórcios	Aspectos positivos	CIS AMAPI	Acolhimento da população	Através do consorcio o município pode melhor acolher a população o que antes sem o consorcio era difícil.
		CIS LESTE	Ferramenta indispensável para os municípios.	(...) uma ferramenta hoje indispensável para o município, jamais o município ira conseguir tantos beneficios se ele não tivesse o suporte do consórcio.
		ACISPES	Promove gestão eficiente	Promove gestão eficiente com foco no controle, na organização e no crescimento.

3- Avaliação dos Consórcios	Aspectos positivos	CIS MIV	Forte Auxílio para a saúde dos municípios.	(...) o consorcio e uma grande saída que o governo encontrou para a saúde do povo (...).
		CIS VERDE	Consortio e vantajoso para a população.	(...) o consorcio e interessante para a população, para o município e para o prestador de serviço.
		CIESP	Poder de barganha	A gente tem o poder de barganha, começamos a fazer com que os municípios fiquem solidários (...)
		SIM SAUDE	Atendimento humanizado	(...) não temos ninguém nos corredores, estamos buscando esse acolhimento, esse atendimento humanizado.
		CIS UM	Acesso a serviços que sozinho o município não tem condições de ofertar.	(...) voltar a ter uma estrutura do SUS que o município não tem condição de ter, porque o consórcio é uma pessoa jurídica que pode criar um salário mais digno para os profissionais, esse passa a atender em um exame que ele jamais atenderia pelo SUS.

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014

Quanto ao melhor acolhimento da população, através do consórcio o município passa a ter acesso ao que individualmente não teria condições de acessar conforme se observa na fala do gestor do CIS LESTE:

Uma secretária de saúde sem a ajuda de um consórcio de saúde não consegue desenvolver nada mais do que aquilo pactuado pelo município, ou seja, a atenção básica. (CIS LESTE)

O recurso do município não permite que ele consiga tantas prestações de serviço e com qualidade como ele consegue através do consórcio, o que o torna indispensável ao município conforme relatado pelo gestor do CIS MIV:

(...) imagina você numa região igual a nossa que é considerada uma das mais carentes de minas, se não tivesse esse consorcio que esta funcionando a mais de 15 anos, como seria a saúde desses municípios? (CIS MIV)

Principalmente pelo fato dos consórcios estudados estarem inseridos em uma região composta por muitos municípios pequenos e consecutivamente carentes de recursos, percebe-se a expressiva contribuição que oferece a tais municípios.

Ademais, ficou comprovado que os municípios aumentam seu poder de barganha visto que trabalham em conjunto procurando partilhar informações,

planejar as ações de saúde e trocar experiências com todos os envolvidos na rede. “(...) eles acabam criando uma rede de ajuda mútua”. (CIESP)

Outro elemento favorável percebido em alguns consórcios trata-se do atendimento humanizado onde alguns se revelaram estruturados a fim de acolher os pacientes em um atendimento diferenciado. Contudo esta preocupação não foi acentuada em todos os consórcios, o que pode ser justificada pela falta de infraestrutura de alguns consórcios impedindo diretamente o mesmo de oferecer condições mais humanas à população.

Embora alguns sejam falhos quanto a isso, compreendem a importância e necessidade de estruturar o consórcio.

4.4.2 Limitações dos consórcios

Apesar de apresentarem resultados vantajosos para os associados, todos os consórcios relataram dificuldades enfrentadas para desempenhar os serviços de saúde.

Percebeu-se de forma geral que falta de recurso é a maior dificuldade enfrentada pelos consórcios.

Segundo o gestor do CIS LESTE, muitas das vezes o município tem o consórcio como a resolução do problema de sua vida porém existem situações como altas complexidades que não existe possibilidade do consorcio interferir devido a falta de recursos.

Tem casos que eles trazem para a gente, mas a gente não consegue resolver, tipo alta complexidades, que é a cirurgia, então não tem como a gente interferir nisso. Tiradas de cistos, módulos, eles que não são malignos que não conseguem entrar na fundação, às vezes eles queriam que o consórcio tirasse e não temos condições (CIS LESTE).

O gestor do CIS MIV também relatou essa carência ao dizer que somente a participação dos associados é insuficiente para desempenhar as tarefas do mesmo, revelando então a necessidade de outras fontes de recurso.

(...) a gente vê que cresce muito pouco a participação do município com o consorcio, então se a gente não encontrar outra fonte de recurso ai fica difícil esse crescimento, a gente tem que encontrar novas fontes de recurso (CIS MIV).

Neste mesmo contexto o gestor do CIS UM expôs que o consórcio enfrenta a dificuldade demanda maior que oferta o que também está relacionado com a falta de recursos para contratação de mais especialistas para suprir tal demanda.

A dificuldade é a questão da demanda, que é sempre maior que a oferta. Estamos tentando fazer um filtro dentro do município, para evitar desperdícios e encaminhamentos desnecessários e errados. Estamos superando esses aspectos negativos (CIS UM).

Para o CIS VERDE além do fator recurso financeiro existe outra dificuldade enfrentada que se refere à falta de reconhecimento. Segundo relatos, a interferência política acaba beneficiando uns em proporção maior que outros o que impacta na captação de recursos fazendo com que existam consórcios mais bem sucedidos que outros.

Espero que no futuro reserva melhoras que deixamos de ser um consorcio de segunda para se aproximar dos mais bem sucedidos, queria que tudo fosse igualitário mas infelizmente isso é o que acontece na política no Brasil, um consorcio recebe mais recurso pq e conhecido do presidente do Brasil outro consorcio recebe menos porque ele não cai nas graças do secretario ou ministro então a gente acaba tendo que se apegar a um colega para pegar um convenio e conseguir recurso. (CIS VERDE)

Outro gargalo identificado foi a falta de informação. Vejo que os funcionários dos municípios que vem chegando estão totalmente desinformados, por ser uma novidade ainda (...) (CIESP).

Mediante isso, pode-se perceber que muitos desconhecem o propósito dos consórcios, o que revela a necessidade de divulgação e treinamento dos próprios municípios sobre a funcionalidade dos consórcios.

Foi citado também como dificuldade o fato do consórcio ter que obedecer às normas de direito de público como, por exemplo, realização de licitação o que muitas das vezes atrasa alguns processos dentro do consórcio.

“Ele tem os entraves da administração pública, que tudo tem obedecer a lei, não tem a rapidez de uma empresa privada.” (SIM SAUDE)

No quadro 14 estão expostas essas dificuldades mediante fala dos gestores.

Quadro 14. Limitações dos consórcios

Categoria	Subcategoria	Consortorio	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
3- Avaliação dos Consórcios	Limitações	CIS AMAPI	Falta de recurso	A maior limitação é o recurso financeiro (...)
		CIS LESTE	Falta de recurso	Os recursos financeiros não permitem, existem essas limitações que travam o consórcio.
		ACISPES	Exigência da administração pública	Sistema Público engessa a tomada imediata de decisões.
		CIS MIV	Falta de recurso	O aspecto negativo principal é o recurso, não só para o consórcio mas para tudo no país (...)
		CIS VERDE	Falta de recurso e reconhecimento	E como foi dito a falta de recurso e falta de reconhecimento (...)
		CIESP	Falta de informação	Acho que é a falta de informação, vejo que os funcionários dos municípios que vem chegando estão totalmente desinformados, por ser uma novidade ainda (...)
		SIM SAUDE	Exigência da administração pública	Tem os entraves da administração pública, que todo tem obedecer a lei, não tem a rapidez de uma empresa privada (...)
		CIS UM	Demanda maior que oferta	A dificuldade é a questão da demanda, que é sempre maior que a oferta.

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014

Percebeu-se de forma geral que falta de recurso é a maior dificuldade enfrentada pelos consórcios. Não obstante notou-se também uma carência de investimentos em projetos por parte dos consórcios a fim de arrecadar recursos para desempenhar os serviços.

4.4.3 Avanços dos Consórcios

Mesmo em meio a várias limitações os consórcios exibiram diversos avanços desde sua fundação.

Tais avanços dizem respeito a aumento dos serviços prestados, melhoria na infra-estrutura, conquista de credibilidade, expansão de associados, coesão entre municípios, eficiência e satisfação conforme pode-se perceber no quadro 15.

Quadro 15. Avanços dos consórcios

Categoria	Subcategoria	Consortio	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
3- Avaliação dos Consórcios	Avanços	CIS AMAPI	Aumento dos serviços prestados	A construção da unidade, aumento nos serviços prestados em número de atendimentos, busca por novos equipamentos (...)
		CIS LESTE	Estrutura e especialidades	Em termos de especialidades e estrutura tivemos um avanço muito grande (...)
		ACISPES	Crescimento tecnológico Expansão da oferta Satisfação	Os avanços alcançados estão relacionados ao crescimento tecnológico (aquisição de modernos equipamentos), no aumento de oferta de novos procedimentos aos usuários do SUS. A satisfação alcançada e os resultados obtidos
		CIS MIV	Conquista de credibilidade	A gente conseguiu avançar bastante, a credibilidade do consorcio a gente está resgatando e vemos que os municípios acredita no consorcio, Viçosa por exemplo uma cidade sede, a gente percebe que tem mudado o conceito do consorcio e a gente tem trabalhando nisso de mostrar transparência temos falado no site também, a gente hoje como um consorcio de natureza publica temos que divulgar todas nossas ações, nossas prestações de contas, balancete, etc
		CIS VERDE	Expansão	A gente conseguiu primeiro o fato da adesão, nascemos pequenos e modestos e hoje já somos bem maiores, no começo com 8 municípios e hoje já dobramos isso, isso é comemorável, tem expectativa de outros serviços que vamos ofertar (...)
		CIESP	Economia para os municípios Coesão	A oferta de serviço, pontualidade, economia que conseguimos proporcionar para os municípios, e essa coesão que considero muito mais forte mais solidário entre os municípios.
		SIM SAUDE	Satisfação Eficiência	A gente entende, pelas entrevistas com pacientes, que a satisfação deles na busca pelo atendimento, então a gente, é visível a satisfação, a eficiência imediata e dentro da própria colocação nos agendadores, dos gestores.

3- Avaliação dos Consórcios	Avanços	CIS UM	Estrutura	Tivemos avanços muito grandes. A nossa estrutura era uma sala bem acanhada dentro da policlínica, hoje temos uma sede com identidade própria. O paciente nem sabia que tinha um consórcio dentro da policlínica, o paciente nem imaginava que tinha essa estrutura dentro da consulta.
--------------------------------------	---------	--------	-----------	--

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014

Ainda que os consórcios careçam de mais especialidades, alguns revelaram aumento na oferta das mesmas.

Outro avanço que merece destaque diz respeito a conquista de credibilidade através da transparência como revelado pelo CIS MIV. Segundo o mesmo, o fato do consórcio ter avançado para personalidade pública trouxe benefícios, pois o mesmo passou a ter mais transparência em suas ações impactando em melhorias na imagem do consórcio.

Tudo isso constitui no resgate para a credibilidade do consorcio, a gente está mostrando e colocando de forma transparente tudo que temos feito aqui e que vai fazer daqui para frente, acho que houve uma melhoria de performance do consorcio ate da própria visão de fora para dentro. (CIS MIV)

A adesão também foi propagada na pesquisa como um avanço. Segundo o gestor do CIS VERDE houve uma expansão na procura pelos serviços dos consórcios, o que outrora era demandado no serviço particular passou a ser procurado nos consórcios.

Muitos dos atendimentos que nós oferecíamos muitas pessoas não conhecia e pagava no particular, principalmente nos municípios pequenos, no final do ano contabilizamos mais de 60 mil atendimentos. (CIS VERDE)

Conjuntamente a satisfação dos pacientes foi considerada pelo SIM SAUDE como um grande avanço visto que os pacientes levam um retorno ao prefeito, ao secretário de saúde, com imensa satisfação, mostrando o quanto foi importante a construção do consórcio.

Acho que essa é uma ideia que está dando tão certo que na última semana de campanha política estamos vendo todos os grandes candidatos falando de centros de especialidades médicas, acho que eles viram o consórcio como uma bela vitrine. (SIM SAUDE)

Isso corrobora com o propósito de criação dos consórcios e revela que embora existam inúmeros ajustes a serem feitos, os consórcios tem registrado um caminho de avanços a fim de promover uma saúde equitativa à população.

4.4.4 Necessidade de melhorias na gestão nos consórcios

Nesta subcategoria foi possível inferir que a gestão dos consórcios do mesmo modo requer melhorias conforme pode-se observar através dos relatos dos gestores no quadro 16.

Quadro 16. Necessidade de melhorias na gestão dos consórcios

Categoria	Subcategoria	Consortio	Unidade de Registro	Unidade de Contexto
3- Avaliação dos Consórcios	Necessidade de melhorias na gestão dos consórcios	CIS AMAPI	Investimento em projetos Melhoria na estrutura administrativa e política e autonomia	Para qualquer mudança tem que ter recurso, aqui você tá vendo, não tem sala para fazer reunião. A estrutura física, administrativa, mudança na estrutura política, mais autonomia.
		CIS LESTE	Investimento em projetos	Seria investir em projetos para aplicar mais investimentos principalmente na área de custeio, o nosso financiamento é só dos municípios, não temos nada nem do estado e nem da união.
		ACISPES	Não carece de melhorias	A gestão está no caminho certo, tendo em vista os resultados obtidos.
		CIS MIV	Minimizar o aspecto político do consorcio	Tirar um pouco o aspecto político do consorcio (...)
		CIS VERDE	Proximidade com o cidadão	Acho que deveria ter uma proximidade maior com o cidadão (...)
		CIESP	Planejamento	Acho que principalmente é isso, acho que a palavra chave é planejamento.
		SIM SAUDE	Estratégias	Trabalhar com estratégias a fim de formar equipes medica capacitadas.
		CIS UM	Ampliar equipe	Para maximizar resultados eu acho que ter uma equipe maior, até na parte de gestão mesmo eu fazendo a gestão sozinho tenho os meus erros, eu acho que onde tem mais cabeças pensando, vamos chegar a um consenso maior

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014

A maioria reconhece que precisam expender esforços na criação de projetos a fim de conquistar recursos para ampliar especialidades e infra-estrutura.

Outra necessidade de mudança revelada refere-se à tentativa de minimização do aspecto político do consórcio conforme fala abaixo:

O que eu mudaria, na minha visão de administrador, seria tirar um pouco o aspecto político do consórcio, isso faz parte da cultura do povo brasileiro, principalmente minas gerais, um estado extremamente politizado, nossa região aqui então mais ainda então. (CIS MIV)

Segundo o mesmo, o executivo municipal precisa perceber a importância do consórcio e não deixar com que questões políticas interfiram no andamento do mesmo.

Ainda, constatou-se que um dos consórcios enxerga a necessidade de trabalhar a fim de aproximar-se mais da população, o que pode ser assinalado na fala a seguir: “Acho que o consórcio tinha que mostrar a cara mais na rua do que esperar eles vir até aqui (...)”. (CIS VERDE)

Outra necessidade detectada pela pesquisa trata-se da necessidade de planejamento nos consórcios conforme fala da gestora do CIESP: “ Falta muito isso nos consórcios que é o que vai gerar os reflexos nessa questão de gestão, planejamento entendendo que sou público e não privado”. (CIESP)

Relatou ainda que de forma geral precisa ter mudança, uma metamorfose na mente dos gestores dos consórcios entendendo que hoje é público e com isso precisa encarar todos os desafios que essa entidade pública precisa.

Os consórcios mineiros precisam entender a administração como uma gestão pública com as ferramentas que a lei me concedeu para melhorar essa gestão, não é um órgão igual prefeitura, mas a lei dos consórcios trouxe as ferramentas para minimizar esse engessamento. (CIESP)

No entanto a gestão dos consórcios precisa aplicar mais esforços no sentido de conquistar recursos de outras esferas para o consórcio, trabalhar na tentativa de minimizar a influência política, aproximar-se mais da população a fim de divulgar seus serviços e ganhar credibilidade da população, ampliar a equipe visando atenção aos pacientes bem como planejar as ações assumindo a verdadeira identidade do consórcio.

4.5 Percepções dos secretários municipais de saúde sobre os consórcios

O objetivo desta seção é apresentar a visão dos secretários municipais de saúde sobre o consórcio em que está associado a fim de confrontar com a percepção dos gestores dos consórcios.

A tabela 2 mostra como foi dividida a coleta de dados dos secretários municipais de saúde apresentando o consórcio em que os mesmos estão associados.

Tabela 2. Numero de secretários respondentes por consórcio associado

	Freqüência	Percentual	Percentagem acumulativa
CIESP	4	6,1	16,7
CIS UM	6	9,1	68,2
ACISPES	7	10,6	10,6
CIS MIV	7	10,6	59,1
CIS AMAPI	10	15,2	31,8
SIM SAÚDE	10	15,2	100,0
CIS LESTE	11	16,7	48,5
CIS VERDE	11	16,7	84,8
Total	66	100,0	

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

Nota-se que a maioria dos respondentes estão consorciados ao CIS VERDE e CIS LESTE representando 16,7 % dos respondentes. Em segundo lugar estão o SIM SAÚDE e CIS AMAPI com total de 10% de municípios consorciados respondentes. O consórcio que obteve menor participação de respondentes foi o CIESP apresentando 4 respondentes.

4.5.1 Perfil socioeconômico

A figura 11 exibe a divisão por gênero, percebendo-se uma predominância de respondentes do sexo feminino, o que retrata que grande parte das secretarias municipais de saúde está representada por mulheres.

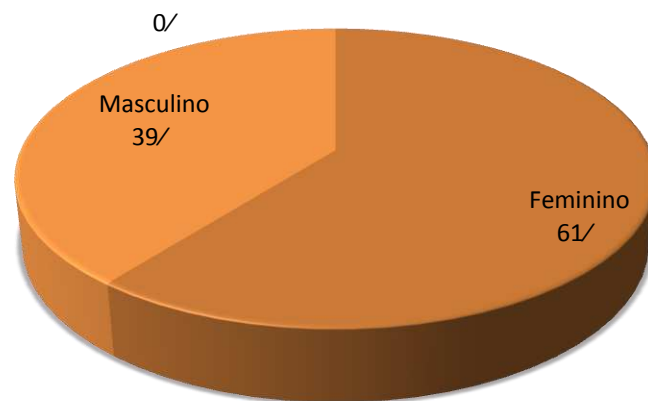


Figura 11: Gênero dos secretários de saúde
Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

A figura 12 mostra a idade dos secretários municipais de saúde sendo interessante notar que 67% dos secretários possuem idade entre 31 e 50 anos revelando que grande parte são pessoas com experiências e vivências na gestão da saúde.

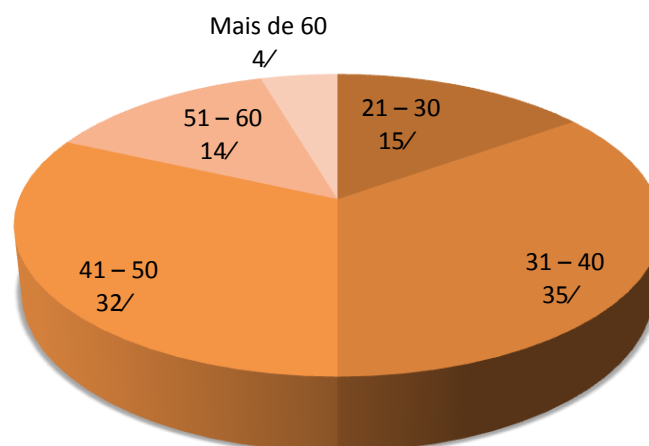


Figura 12: Faixa etária dos secretários de saúde
Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

A figura 13 revela alguns dados relevantes, mostrando que 49% dos secretários possuem ensino superior e 21% especialização. Não obstante 27% apenas possui ensino médio, ou seja, não tem nenhuma graduação exercendo o cargo somente com conhecimentos da experiência.

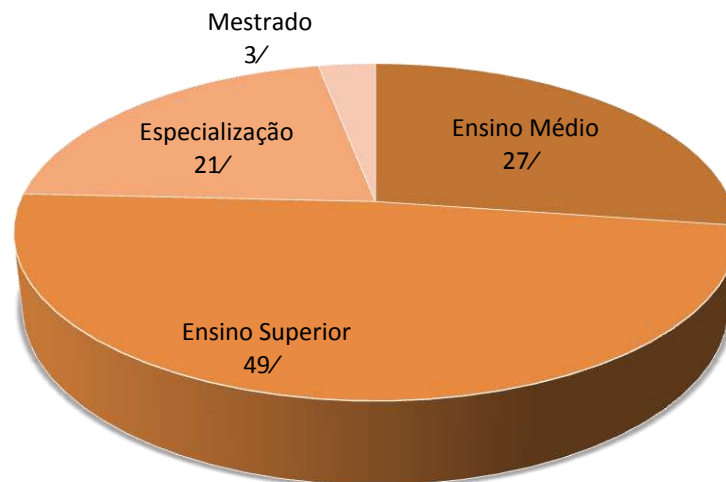


Figura 13: Escolaridade dos secretários de saúde
Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

Contudo percebe-se a predominância de escolaridade de nível superior representada por 73% divididos entre os cursos de graduação, especialização e mestrado. Isso mostra a preocupação com a formação profissional para promover o avanço da saúde pública .

4.5.2 Quanto a Estrutura

Quanto à estrutura física, a tabela 3 expõe que 60,6 % dos respondentes demonstraram-se satisfeitos. Ainda assim, 27,3% revelaram que o consórcio que presta serviço para seu município carece de infra-estrutura o que corrobora com o que foi observado nas entrevistas com os gestores dos consórcios: uma dessemelhança entre os consórcios no que tange a infra-estrutura.

Tabela 3. Infra-estrutura

	Freqüência	Percentual	Percentual acumulado
Discordo Totalmente	3	4,5	4,5
Discordo muito	1	1,5	6,1
Discordo pouco	3	4,5	10,6
Concordo pouco	11	16,7	27,3
Concordo muito	22	33,3	60,6
Concordo Totalmente	26	39,4	100,0
Total	66	100,0	

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

Neste mesmo contexto indagou-se sobre os equipamentos dos consórcios. Pode-se perceber na tabela 4 que 34,8 % dos respondentes não concordam que o consórcio está com equipamentos satisfatórios.

Tabela 4. Equipamentos

	Freqüência	Percentual	Porcentagem acumulada
Discordo totalmente	1	1,5	1,5
Discordo muito	2	3,0	4,5
Discordo pouco	2	3,0	7,6
Concordo pouco	18	27,3	34,8
Concordo muito	26	39,4	74,2
Concordo totalmente	17	25,8	100,0
Total	66	100,0	

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

Embora 74,2% tenham concordado muito ou totalmente com a qualidade dos equipamentos alguns secretários citaram algo não mencionado pelos gestores dos consórcios, que se refere à insuficiência de equipamentos para prestar um bom atendimento à população indicando a necessidade de atenção quanto a esse fator.

4.5.3 Quanto ao Serviço de transporte

Os serviços de transporte em saúde (Sets) conforme contado pelos gestores dos consórcios é uma iniciativa do governo de Minas desenvolvida para apoiar o sistema único de saúde (SUS) que visa transportar os pacientes para outros municípios para realização de consultas e exames.

Quando perguntado aos secretários sobre a qualidade deste serviço 78,8% concordaram muito ou totalmente que o serviço é de boa qualidade. Todavia, alguns discordaram ou concordaram pouco o que totaliza 21,2 % dos respondentes. (Tabela 5)

Tabela 5. Qualidade dos serviços de transporte

	Frequência	Percentual	Porcentagem acumulada
Discordo totalmente	3	4,5	4,5
Discordo muito	4	6,1	10,6
Concordo pouco	7	10,6	21,2
Concordo muito	25	37,9	59,1
Concordo totalmente	27	40,9	100,0
Total	66	100,0	

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

Apesar de alguns não concordarem, quase 80% dos secretários de saúde estão satisfeitos com a qualidade do transporte dos consórcios. Esta situação testifica a visão dos gestores dos consórcios sobre este serviço conforme falas abaixo:

O governo faz uma avaliação, estabelece notas mesmo como se fosse na escola, e tem uma nota mínima que tem que atingir que são os cuidados com a frota, manutenção dos veículos a parte de limpeza, pontualidade nos horários, o transporte das pessoas, tudo isso passa pela avaliação do estado, eles tem todo esse monitoramento. (CIS MIV)

O gerente de transporte controla o traslado de todos os veículos, quilometragem, abastecimento, velocidade e ele tem um programa preventivo de mecânica que ele faz a interação com os motoristas em uma vigília de troca de olho, condição do pneu, o ônibus tem o motorista, que a gente capacita, tem um a gente de bordo. (SIM SAUDE)

A fala do gestor do CIS MIV mostra a preocupação do governo estadual com a manutenção da frota de veículos dos consórcios através dos requisitos que os mesmos têm que atingir como, por exemplo, limpeza e pontualidade. Isso contribui para a qualidade do transporte. Ademais, na fala do SIM SAUDE percebe-se essa preocupação gerenciada pelo gerente de transporte do consórcio onde o mesmo efetua todo monitoramento do transporte visando atingir satisfação por parte dos usuários.

Verifica-se então que existe um monitoramento das rotas e condições dos veículos com o propósito de prestar serviços que satisfaçam aos pacientes.

4.5.4 Quanto a gestão do consórcio

Sobre a gestão do consórcio em que estão associados 71,2% dos secretários de saúde revelaram que a mesma tem sido boa, porém 28,8% discordaram dessa afirmativa. (Tabela 6)

Tabela 6. Gestão do consórcio

	Frequência	Percentual	Percentagem acumulada
Discordo totalmente	2	3,0	3,0
Discordo muito	5	7,6	10,6
Discordo pouco	2	3,0	13,6
Concordo pouco	10	15,2	28,8
Concordo muito	24	36,4	65,2
Concordo totalmente	23	34,8	100,0
Total	66	100,0	

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

Esta situação pode ser confirmada através da percepção dos gestores dos consórcios já mencionada neste trabalho onde os mesmos reconheceram que apesar de trabalharem para desempenhar com seriedade as tarefas que lhes são confiadas, carecem ainda de maior atenção quanto a algumas necessidades como, por exemplo, a falta de planejamento exposta na fala a seguir:

Acho que principalmente é isso, acho que a palavra chave é planejamento, falta muito isso nos consórcios que é o que vai gerar os reflexos nessa questão de gestão. (CIESP)

Portanto a porcentagem de discordantes pode-se ser devido a tais necessidades de ajustes na gestão dos consórcios.

4.5.5 Quanto ao rateio

Quanto perguntado sobre a cota de rateio que o consórcio paga para o município as respostas indicaram que 48,3% dos secretários não consideram a mesma justa conforme tabela 7.

Tabela 7. Rateio

	Freqüência	Percentual	Porcentagem acumulada
Discordo totalmente	3	4,5	4,5
Discordo muito	5	7,6	12,1
Discordo pouco	3	4,5	16,7
Concordo pouco	21	31,8	48,5
Concordo muito	19	28,8	77,3
Concordo totalmente	15	22,7	100,0
Total	66	100,0	

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

Conversando sobre essa situação com os gestores dos consórcios percebeu-se uma divergência entre os mesmos, pois apesar de a maioria ter considerado o critério justo alguns também relataram carência de transparência:

Precisa de acertos, para ficar 100%. Queríamos ter um programa para calcular isso, mas nós não conseguimos os recursos e de toda a maneira vamos ter que colocar esse valor no orçamento, estou querendo fazer um curso, mas vou ter que esperar a unidade nova, pois lá vai ser tudo diferente, é muito maior, vai ter mais gastos, então eu acho que para falamos que o rateio é totalmente justo temos que saber o custo real do procedimento. (CIS AMAPI)

Não diria que ele é justo precisa de ajustes para fazer a gestão desse recurso e por uma questão de transparência (...) (CIS MIV)

Em suma, torna-se possível depreender que a visão dos gestores dos consórcios se aproximou bem da situação exposta pelos secretários de saúde quando 48,5% dos secretários discordaram ou concordaram pouco que a cota de rateio que cabe ao seu município é justa, ou seja, isso revelou que da mesma forma que alguns gestores dos consórcios visualizam a necessidade de ajustes em seu critério de rateio, alguns secretários municipais de saúde também enxergam que tal critério não tem sido justo e carece de transparência.

4.5.6 Quanto aos pontos negativos dos consórcios

Tornou-se interessante também buscar dos secretários de saúde os pontos falhos dos consórcios para que os mesmos possam trabalhar a fim de sanar os problemas. Esse resultado encontra-se no quadro 17.

Quadro 17. Pontos falhos dos consórcios na visão dos secretários de saúde.

Pontos falhos
Falta de especialidades e especialistas
Falta de recursos financeiros
Autonomia somente para o município sede
Lentidão na resolução de questões burocráticas
Falta de profissionais
Falta de espaço físico para atender os pacientes
Valor elevado para rateio dos municípios
Pouca clareza na prestação de contas do uso de recursos
Vínculo com os profissionais deficiente, sendo a maioria de contatos verbais.
Consolidação dos serviços de saúde necessários ao atendimento das demandas.
Dificuldade da gestão com os profissionais médicos.
Falta de interesse dos profissionais (médicos) em atender pelo consórcio, justificado pelo valor pago pelas consultas.
Existência de conflitos de interesse entre os associados
Mau gerenciamento

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

De todos esses resultados percebeu-se uma frequência dos seguintes pontos negativos: Carência de especialidades e especialistas bem como existência de conflitos entre os associados.

Na visão dos gestores dos consórcios realmente existe essa carência de especialidades e especialistas, mas tal situação não depende somente do consórcio, pois está diretamente ligada a falta de recursos enfrentada e a escassez de profissionais devido ao valor pago pelo consórcio conforme falas abaixo:

A questão de falta de profissional não é falta do consorcio é falta per capita, principalmente em lugares que não são grandes centros, realmente é difícil você conseguir um profissional sair de um grande centro e parar em um centro pequeno. (CIESP)

Os médicos não querem vir, então a carência existe, tem equipes que não querem trabalhar (...) (SIM SAUDE)

O recurso que é repassado hoje para o consórcio, com limitações de leis municipais, é pequeno, então não dá para ter grandes coisas com poucos recursos. (CIS UM)

Além disso, na visão dos gestores dos consórcios tal situação deve ser também questionada pelo próprio município a fim de aumentar recursos na saúde para consecutivamente contratar mais serviços dos consórcios, pois o número de consultas é definido pelo recurso disponível, então quanto mais recurso ele coloca mais procedimento médico ele poderá ter.

A fonte desses recursos são os próprios municípios, então ele está certo, mas ele também tem que questionar isso no orçamento do município dele, olha eu preciso de mais dinheiro na saúde porque preciso que o consórcio abra mais especialidades. (CIS MIV)

Quanto à existência de conflitos mencionada pelos secretários de saúde, alguns gestores dos consórcios relataram que realmente tal situação ocorre devido a divergências políticas onde se reúnem vários pensadores partidários com visões diferentes o que pode ser comprovado nas falas abaixo:

(...)então tem disso de o município A ver o município B avançar igual ele ou até mais que ele, e acontece no consórcio porque estou aglutinando vários gestores com o poder de gestão na mão deles e tem a questão política, você tem nove municípios então tem nove pensadores partidários diferentes. (CIESP)

Esta relacionado com o grande desafio que temos falado que é a questão política, que não deveria existir, então são correntes políticas divergentes que às vezes interfere no consórcio, algo assim, por exemplo, politicamente o município tal não se entende com o outro, aí então eles trazem isso para o consórcio deles, deveria existir apenas uma divergência política, que existe mesmo, mas a nível de município, aí eles trazem isso pra aqui, aí então o prefeito tal não vai ao consórcio porque vai encontrar o prefeito tal que é da política contrária(...) (CIS MIV)

Outro fator que merece destaque dentre as falhas dos consórcios mencionado por alguns secretários municipais de saúde refere-se a autonomia do município sede onde os mesmos sentem a falta de participação dos municípios associados na gestão.

Nesse sentido torna-se possível depreender que os consórcios necessitam trabalhar a fim de sanar tais problemas, mas em contrapartida os mesmos precisam de maiores investimentos e atenção a fim de solucionar tais gargalos.

4.5.7 Quanto aos pontos positivos dos consórcios

Ainda que existam diversos problemas a serem solucionados pelos consórcios, os secretários municipais de saúde reconheceram os pontos positivos que consideram como vantagem para seu município. (Quadro 18)

Quadro 18. Pontos positivos dos consórcios na visão dos secretários de saúde

Pontos positivos
Agilidade nas marcações das consultas e exames
Baixo custo dos procedimentos
Organização, os poucos atendimentos são excelentes.
Suporte e complementação nas ações especializadas.
Acesso à agenda de consultas e exames.
Ele complementa os gargalos do SUS.
Custo benefício
Viabilidade financeira e proximidade territorial
Ofertar procedimentos que seriam inviáveis ao município

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014

Entende-se com isso que os secretários de saúde aprovam os consórcios como um prestador de serviços de baixo custo para seus municípios e fornecedor de suporte através da oferta de serviços que individualmente não poderiam ofertar.

Esta situação é comprovada na tabela abaixo:

Tabela 8. Desempenho geral dos consórcios estudados

	Freqüência	Percentual	Percentual acumulado
Discordo totalmente	3	4,5	4,5
Discordo muito	2	3,0	7,6
Discordo pouco	7	10,6	18,2
Concordo pouco	11	16,7	34,8
Concordo muito	26	39,4	74,2
Concordo totalmente	17	25,8	100,0
Total	66	100,0	

Fonte: Resultados da pesquisa, 2014.

Observa-se que 34,8% dos secretários municipais de saúde discordam ou concordam pouco que o desempenho do consorcio em que esta associado seja bom. Todavia 65,2% concordam muito ou totalmente com essa afirmativa confirmando então a situação evidenciada acima, ou seja, apesar da necessidade de diversos ajustes os consórcios vêm gerar qualidade e somar resultado aos municípios.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O entendimento da história dos consórcios bem como de suas características foi essencial para compreender suas estruturas, estratégias e resultados.

Respondendo ao primeiro objetivo desta pesquisa que é verificar como são estruturados os consórcios, conclui-se que quanto à estrutura física, os mesmos possuem discrepâncias apresentando disparidade entre consórcios uma vez que enquanto alguns consórcios estão bem estruturados fisicamente outros apresentaram infra-estrutura desqualificada para atender a população.

Quanto à direção, os consórcios são dirigidos basicamente pelo conselho de prefeitos que é o órgão deliberativo, conselho de secretários nomeado como conselho de administração e a secretaria executiva com o secretário mais a sua equipe o que apresentou ser dirigido por uma estrutura política e outra de direção executiva e operacional. A maioria dos consórcios afirmou não possuir essa disposição no organograma revelando a necessidade de estruturação quanto às funções e responsabilidades existentes.

Observou-se também que as decisões no consórcio são tomadas pela assembleia de prefeitos e pelo secretário executivo, sendo a primeira responsável por decisões mais complexas e o último pela operacionalização do consórcio.

Quanto ao rateio, notou-se a não padronização e falta de critérios sendo os mesmos definidos de acordo com critérios próprios. Alguns são fixos para todos os municípios, outros baseados no número de habitantes ou no número de procedimentos comprados (exames e consultas).

No que tange a forma de funcionamento, as ações e o papel dos consórcios em sua área de atuação que são os serviços de saúde infere-se que após o município obedecer a classificação do Plano diretor de regionalização, o mesmo precisa fazer um levantamento de sua necessidade para que possa ser levado em assembleia no consórcio. Feitas essas etapas prossegue-se com as regras de composição dos consórcios conforme a lei 11.107/05 que são: protocolo de intenções, ratificação, estatuto, contrato de rateio e programa.

Referindo-se as ações que os consórcios têm desempenhado visualizou-se implantação de serviços, agilidade, planejamento, ampliação das especialidades, projetos, aumento do poder de barganha, oferta de qualidade, integralidade,

minimização de burocracia para o acesso a população e representação de seus associados em assuntos de interesse.

Concernente aos principais avanços e retrocessos de acordo com a opinião dos gestores do consórcio constatou-se a falta de recursos, falta de investimentos em projetos por parte dos consórcios a fim de arrecadar recursos para desempenhar os serviços e falta de informação como os principais retrocessos. Os consórcios também demonstraram carência de melhorias em sua gestão no sentido de despender esforços para conquistar recursos de outras esferas para o consórcio, trabalhar na tentativa de minimizar a influência política e aproximar-se mais da população a fim de divulgar seus serviços.

Todavia verificou-se também vários pontos positivos que possibilitaram o avanço de tais consórcios como oferta de especialidades inacessíveis a alguns municípios, aumento do poder de negociação, economia para os municípios e baixo custo dos procedimentos.

A visão dos secretários municipais de saúde também não foi diferente os mesmos apontaram vários pontos falhos que vão desde falta de especialidades até mau gerenciamento mas mesmo assim reconheceram os pontos benéficos quando falaram da economia proporcionada a seus municípios.

Em suma, constatou-se que há muito que ser feito para que os consórcios intermunicipais de saúde da Zona da Mata Mineira possam atingir seu propósito.

Ações efetivas no sentido de planejamento na gestão dos consórcios para que os mesmos conquistem recursos para ampliação das especialidades, estrutura física e contratação de profissionais capacitados bem como adoção de critérios transparentes e justos no rateio podem contribuir para que tais consórcios alcancem seus propósitos .

Ainda que haja necessidade de se reorganizarem quanto a alguns aspectos, os consórcios intermunicipais de saúde tem sido uma grande saída principalmente para os pequenos municípios que são mais carentes de recursos atuando assim como suporte na amenização dos gargalos do SUS.

6. REFERÊNCIAS

ABRÚCIO, F. L. e COSTA, V. M. F. Reforma do estado e o Contexto Federativo Brasileiro. São Paulo, Konrad-Adenauer-Stiftung, 1999 (Pesquisas, 12)

AMARAL, S.M.S do;BLATT,C.R. Municipal consortia for medicine procurement: impact on the stock-out and budget. Revista de saúde pública. V 3,n.45.p.799-801,2011.

ANGNES et all. Consórcio Intermunicipal da Fronteira (CIF): descrevendo as principais ações voltadas ao desenvolvimento regional a partir da perspectiva do poder público municipal. Rev. Adm. Pública — Rio de Janeiro 47(5):1165-188, set./out. 2013.

ARAÚJO, F.D.de; MAGALHÃES, G.A. **Convênios e Consórcios como espécies contratuais e a lei nº 11.107/2005**. Belo Horizonte: Fórum, 2008. 500 p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROS, P.M.de. **Consórcio Intermunicipal: Ferramenta para o desenvolvimento regional**. São Paulo: Ômega, 1995. 133 p.

BRAGA, R. Q.; RIBEIRO, H. A.. Administração de Consórcios Intermunicipais de Saúde. Revista Brasileira de Gestão e Engenharia, São Gotardo. Número III, Jan-jun2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.cesg.edu.br/index.php/gestaoeengenharia>>. Acesso em: 15 de jul.2014.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Título VIII, Capítulo II, Seção II, Artigos 196 a 200, da Saúde. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 05 out. 1998.

_____. **8ª Conferência Nacional de Saúde** – relatório final. Brasília:Ministério da Saúde,1986.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). In VadeMecum Acadêmico de Direito. São Paulo: Ed. Ridell, 2006a.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 20 set.1990.

_____. Projeto de lei 3884 de 25 de junho de 2004. Institui normas gerais de contratos para a constituição de consórcios públicos, bem como de contratos de programa para a prestação de serviços públicos por meio de gestão associada e dá outras providência. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=407274>>. Acesso em: 02 dez. 2014.

CARNEIRO, P.A.S., FONTES, R. Desigualdades na região da Zona da mata mineira. In: FONTES, R., FONTES, M. (Ed). **Crescimento e Desigualdade Regional em Minas Gerais**. Viçosa UFV, 2005., p.389-463.

CEDRO, M. Pesquisa social e fontes orais: particularidades da entrevista como procedimento metodológico qualitativo, 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/percsoc/article/viewFile/2341/2193>>. Acesso em: 21 setembro 2013.

COLEGIADO DE SECRETÁRIOS EXECUTIVOS DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS - COSECS- MG- Os consórcios de Minas Gerais. Disponível em < <http://www.cosecsmg.org.br/portal/> >. Acesso em 08 de Jun. 2013.

COUTINHO, F.M.A. **Os Consórcios Públicos como Instrumento Potencializador de Políticas Públicas**. Disponível em <<http://www.anpad.org.br/enanpad/2006/dwn/enanpad2006-apsb-2252.pdf>> Acesso em 08 de jun. 2013.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella.. **Direito Administrativo**. 17.ed. São Paulo: Atlas, 2006. 823p.

Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro – FIRJAN: **Índice de Desenvolvimento Municipal 2013**. Disponível em: <<http://www.firjan.org.br/data/pages/2C908CE9234D9BDA01234E532B007D5D.htm>>. Acesso em: 08 abr. 2014.

_____. **Índice de Gestão Fiscal 2013**. Disponível em: <<http://www.firjan.org.br/data/pages/2C908CE9234D9BDA01234E532B007D5D.htm>>. Acesso em: 08 abr. 2014.

FERNANDES, Luciane Alves; GOMES, José Mário Matsumura. Relatórios de pesquisa nas Ciências Sociais: Características e modalidades de investigação. **ConTexto**, Porto Alegre, v. 3, n. 4, 1º semestre 2003.

FERRAZ, L. **Consórcios Públicos: ensaio sobre a constitucionalidade da Lei nº 11.107/2005**. Belo Horizonte: Fórum, 2008. 500p.

FLEURY, S; LOBATO, L.V.C. **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. 288 p.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002. 176 p.

LIMA, A.P.G. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p.985-996, 2000.
Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2000000400017&script=sci_arttext>. Acesso em: 31 ago. 2012.

MAIA, L. A.; MARQUES, A.J.S.; PEREIRA, D.V.T.; LIMA, M.S. Os consórcios intermunicipais de saúde como instrumentos para a administração pública: A experiência do Sus-MG. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 4., 2011, Brasília. **Painel Os consórcios intermunicipais de saúde: um enfoque institucional, jurídico e espacial**. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2011-06/painel_52-183_184_185.pdf> Acesso em: 20 ago. 2012.

MELLO, C. A. B. de. **Cursos de Direito Administrativo**. 19. ed. São Paulo:Malheiros, 2005. 1016p.

MISOCZKY, M.C. Consórcios Intermunicipais de Saúde: O falso dilema entre o público e o privado.In: ENCONTRO DA ANPAD, 12., 1998, Foz do Iguaçu. **Anais eletrônicos**... Foz do Iguaçu: ANPAD. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/ler_pdf.php?cod_edicao_trabalho=3521&cod_evento_edicao=2 > Acesso em: 25 ago. 2012.

MINAS GERAIS, Governo do Estado de Minas Gerais. Mesorregiões e Microrregiões. Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.mg.gov.br/governomg/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=69547&chPlc=69547&termos=s&app=governomg&tax=0&taxn=5922>>. Acesso em 09 abr.2014.

NEVES, L.A; RIBEIRO, J.M. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2207-2217, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000027>> Acesso em: 31 de ago. 2012.

OLIVEIRA, G.J. **Administração Pública para concursos**. Curitiba: IESD,2011.111p.

PAIM J, TRAVASSOS C, ALMEIDA C, BAHIA L, MACINKO J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**, 2011 377(9779): 1778-97. Disponível em <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em 14/out.2013.

PIRES, M.C.S; NOGUEIRA, J. A. S. C. **O federalismo brasileiro e a lógica cooperativa-competitiva**. Belo Horizonte: Fórum, 2008.500 p.

PRATES, A.M.Q. Os Consórcios Públicos Municipais no Brasil e a experiência Européia: alguns apontamentos para o desenvolvimento local. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 3., 2010, Brasília. **Painel Articulação de governos municipais: áreas metropolitanas e consórcios públicos**. Disponível em: <<http://www.consad.org.br/sites/1500/1504/00001831.pdf>>. Acesso em: 7 de set. 2012.

RAVANELLI, P. Consórcios públicos: os desafios do fortalecimento de mecanismos de cooperação e colaboração entre os entes federados. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 3., 2010, Brasília. **Painel Articulação federativa na prestação de serviços sociais**. Disponível em: <http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_III_congresso_consad/painel_51/consorcios_publicos_os_desafios_do_fortalecimento_de_mecanismos_de_cooperacao_e_colaboracao_entre_os_entes_federados.pdf>. Acesso em: 3 set. 2012.

RIBEIRO, J.M.; COSTA, Nilson do Rosário. Consórcios municipais no SUS, IPEA, Brasília, set.1999,38 p. Texto de Discussão,669. Disponível em <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em : 31 jan.2014.

RIBEIRO, W. A. *Cooperação Federativa e a Lei dos Consórcios Públicos*. Brasília Publicações CNM – Confederação Nacional dos Municípios, 2007.

ROGERIO,A.C.D;FERRACIOLI,P.L.R.V.;SILVA,A.L. Satisfação dos usuários de um consórcio intermunicipal de saúde. Ver. Enfermagem e Atencao a Saude. REAS [Internet]. 2014; Parana- 3(1):53-63

SILVA, Cleber Demetrio Oliveira da. Lei 11.107/05: marco regulatório dos consórcios públicos brasileiros.. Disponível em:<http://www.direitonet.com.br/textos/x/13/01/1301/>. Acesso em 02 dez. 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **O PDR – Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2011.91p. Disponível em: < <http://www.saude.mg.gov.br/> >. Acesso em 08 abr. 2014.

NEVES, Luiz Antonio; RIBEIRO, José Mendes. Consórcios de Saúde: Estudo de Caso Exitoso. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.22, n.10, pp. 2207-2217. ISSN0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n10/20.pdf>. Acesso em: 14 de Julho de 2014.

SOUZA, C.O. **Esforço fiscal e alocação de recursos nos municípios da Zona da Mata de Minas Gerais**. 122p. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Viçosa, 2007.

TEIXEIRA, L.; MAC DOWELL, M.C.; BUGARIN, M. Consórcios intermunicipais de saúde: Uma abordagem da teoria de contratos. IPEA. Brasília, jul 2002b, 18 p. Texto de discussão, 894. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em 18 fev 2014.

UBÁ. Lei nº 3.829, de 22 de dezembro de 2009. Ratifica o Protocolo de Intenções para Constituição do Consórcio Intermunicipal de Saúde de Ubá e Região – SIMSAUDE autoriza o Consorciamento do Município de Ubá, e dá outras providências. **Atos Oficiais**, Ubá, 28 dez. 2009.

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

VIEGAS, S.M.F. .PENNA, C.M.M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000100019&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 12 out.2014.

Apêndice – A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	
Consórcio _____	Entrevistador: _____
Sujeitos da pesquisa: Atuais Gestores dos consórcios intermunicipais de saúde da Zona da Mata.	
Este roteiro de entrevista integra a pesquisa intitulada “ Estruturas, Estratégias e Consolidação dos Consórcios Intermunicipais de saúde da Zona da Mata de Minas Gerais ”, que tem como objetivo geral Compreender a estrutura, estratégia e os resultados dos consórcios intermunicipais da Saúde da Zona da Mata de Minas Gerais .	

ESTRUTURA DOS CONSÓRCIOS

1. Breve Histórico - Quando, onde, quem, como e por que surgiu o consórcio?

2. Estrutura Física do Consórcio:

- Tamanho
- Número de salas
- Qualidade do espaço
- Estado de conservação
- Distribuição do espaço
- Condição de recepção das pessoas
- Equipamentos para os procedimentos médicos
- Acessibilidade (Para deficientes)
- Iluminação

3. Estrutura Administrativa:

- Salas
- mobiliário
- telefones
- computadores
- internet
- copiadoras

4. Identidade:

- Natureza Jurídica (Tipo de organização)
- Possui Estatuto?
- Como é a direção do consórcio?
- Existe uma assembleia (Quantas vezes reúne?)
- Possui organograma?
- Departamentos (Existe uma estrutura política e estrutura Administrativa (operacional)?).
- Forma de decisão (Como é tomada?)

5. Gestão de Pessoas:

- Quantos funcionários tem o consórcio?
- Como está estruturado? Quais cargos, hierarquia? Existe algum documento (organograma) que mostra a estrutura?
- Qual é o perfil do pessoal ligado diretamente ao consórcio? (Escolaridade/competência)
- Quais as formas de contratação de pessoal para atuar no consórcio? (Pessoas cedidas ou contratadas?)
- Como é a estrutura de faixas salariais?
- Os funcionários são treinados?
- Existe plano de cargos e salários?
- A quantidade de funcionários é suficiente para desempenhar as tarefas do consórcio?

6. Finanças:

- Como funciona o rateio? (É igual para todos ou proporcional a população/ número de procedimentos?)
- O Rateio é justo ou precisa de ajustes? Por que?
- O Consórcio tem sede própria ou paga aluguel?
- Entra outra fonte para custear alguns gastos como por exemplo material de consumo?
- Existe alguma captação de recursos junto aos governos federal e estadual?
- Já fizeram algum projeto para conseguir captar algum recurso para o consórcio?

7. Transporte:

- Como é a gestão do transporte?
- Quem compra os carros do consórcio? (como funciona?)
- Como funciona o transporte para o usuário?

FORMA DE FUNCIONAMENTO

8. Quais as exigências/procedimentos para se consorciar?
9. Como funciona o consórcio e cada especialidade? (Quais especialidades possuem?)
10. Como funciona o procedimento para marcar e realizar consultório no consórcio?
11. E os exames? São realizados no próprio consórcio?
12. Para onde o consórcio envia os pacientes quando o quadro está fora de sua especialidade?
13. Como funciona o consórcio para o médico? (Quanto paga a hora do médico?)
14. E os auxiliares?
15. Quais são as ações e estratégias dos consórcios? E como funciona?

16. Como o consórcio atua na representação do conjunto de seus associados em assuntos de interesse comum perante quaisquer outras entidades?

17. O consórcio promove articulação com entes governamentais visando ser um fórum permanente de discussão e enfrentamento dos problemas da saúde?

18. O consórcio realiza estudos ou projetos destinados a solução de problemas de interesse de seus associados?

AVANÇOS E DESAFIOS (AVALIAÇÃO)

19. Cite aspectos positivos do consórcio

20. Cite aspectos negativos do consórcio (problemas, limitações, fragilidades)

21. Quais o avanços/ resultados alcançados pelo consórcio?

22. O que você mudaria na gestão do consórcio para maximizar resultados?

23. Em sua opinião o que poderia ser feito para fazer com que os municípios desempenhem com maior eficiência os serviços básicos de atenção a saúde? (*Intenção: buscar do entrevistado alternativas para melhoria*).

DIFICULDADES MENCIONADAS NO QUESTIONÁRIO

24. O Consórcio carece de especialistas? (Qual sua opinião?)

25. Você concorda que o número de consultas oferecidas para o município é insuficiente?

26. Existem conflitos ou discordâncias entre os consorciados?

Apêndice – B

Questionário
Entrevista n° _____ Entrevistador: _____ Município: _____
Sujeitos da pesquisa: Secretários de saúde
<p>Este questionário integra a pesquisa intitulada “Estruturas, Estratégias e Consolidação dos Consórcios Intermunicipais de saúde da Zona da Mata de Minas Gerais”, que tem como objetivo geral compreender a estrutura, estratégia e os resultados dos consórcios intermunicipais de Saúde da Zona da Mata de Minas Gerais.</p> <p>Garantimos o sigilo das informações. Nenhuma resposta individual será nominada. Os resultados gerais, a opinião do conjunto dos secretários de saúde dos municípios integrantes dos consórcios da Zona da Mata serão publicados em forma de relatório de pesquisa e/ou como artigos em periódicos acadêmicos da área de Saúde e/ou Administração Pública.</p>

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1- Gênero

Feminino ()

Masculino ()

2-Idade

Menos de 21 ()

21 – 30 ()

31 – 40 ()

41 – 50 ()

51 – 60 ()

Mais de 60 ()

3-Nível de escolaridade

Ensino Fundamental ()

Ensino Médio ()

Ensino Superior ()

Pós-graduação ()

Especialização ()

Mestrado ()

Doutorado ()

AValiação DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE

Marque de acordo com a sua opinião os quadros abaixo:

CONCORDO: Totalmente – muito – pouco

DISCORDO: pouco– muito – totalmente

	DISCORDO			CONCORDO		
	Total-mente	muito	pouco	pouco	muito	Total-mente
1. O espaço físico usado pelo consórcio é suficiente para a atenção básica.						
2. O Consórcio possui os equipamentos básicos necessários.						
3. O ambiente de trabalho é adequado ao bom atendimento às pessoas.						
4. O transporte disponibilizado ao consórcio oferece boas condições.						
5. A população está satisfeita com o serviço de transporte do consórcio.						
6. O governo estadual e federal têm dado apoio em forma de recursos ao consórcio.						
7. A gestão do consórcio tem sido boa						
8. A relação custo/benefício do consórcio é vantajosa						
9. A cota do rateio que toca ao município é muito razoável em relação ao serviço que nos é oferecido pelo consórcio.						
10. A população está satisfeita com o serviço de saúde prestado pelo consórcio.						
11. As especialidades oferecidas são suficientes.						
12. O desempenho geral do consórcio tem sido bom						
13. Não têm ocorrido significativos conflitos de interesses entre os membros do consórcio						

Sobre o consórcio a que o seu município está associado, responda:

14. Qual o principal problema que o consórcio enfrenta hoje?

15. Qual é a principal vantagem do consórcio para seu município?

16. O quê precisa ser melhorado no consórcio?

Apêndice – C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O objetivo deste projeto é compreender a estrutura, estratégia e os resultados dos consórcios intermunicipais da Saúde da Zona da Mata de Minas Gerais.

Por saber que a utilização de técnicas como questionários e entrevistas com gravação de áudio podem expor dados pessoais dos pesquisados ou mesmo inibi-los a responder de maneira fiel a realidade, serão observados alguns cuidados: explicar o objetivo, a natureza do trabalho e motivo de escolha do entrevistado, garantir anonimato e sigilo, ponderar sobre conteúdo das perguntas, dar liberdade para que o entrevistado se expresse livremente ao longo da entrevista.

Os dados coletados serão tratados com sigilo, sendo analisados pelos pesquisadores envolvidos no estudo, podendo ser utilizados em outras pesquisas mantendo a mesma confidencialidade quanto às informações neles constantes. Estes dados serão armazenados em um HD externo ficando sob cuidados do pesquisador responsável Prof. Adriel Rodrigues de Oliveira por um período de 5 anos após o término da pesquisa. Cada entrevistado receberá um código que substituirá seu nome e que somente o pesquisador saberá identificar de modo a assegurar a privacidade do entrevistado.

Os participantes da entrevista serão beneficiados de forma indireta, pois os resultados obtidos pela pesquisa indicarão como são estruturados e dinamizados os consórcios em função dos objetivos a que se propõem além de contribuir para o aperfeiçoamento da implementação das políticas de saúde, por meio da gestão mais racional dos recursos na associação de municípios em consórcios locais de saúde.

Sua participação é inteiramente voluntária. Você pode desistir de participar a qualquer momento durante o projeto sem nenhuma penalidade ou comentário.

Se desejar outras informações sobre o projeto, entre em contato com o pesquisador responsável acima nominado no *e-mail* aroli@ufv.br.

Em caso de irregularidades éticas e denúncias entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa no campus Viçosa, prédio Arthur Bernardes, piso inferior, telefone 3899-2492, correio eletrônico: cep@ufv.br.

Assinando abaixo, você indica ter:

- a) Lido e entendido o documento sobre esse estudo; sanando todas as dúvidas;
- b) Entendido como entrar em contato com os realizadores desse estudo, em caso de outras dúvidas;
- c) Entendido que você não é obrigado, de nenhuma forma, a engajar-se como voluntário nesse estudo;
- d) Concordado em realizar a entrevista como voluntário e autorizo a gravação de áudio.

Você está recebendo uma via do presente termo que se encontra de acordo com a Resolução CNS 466/2012.

Participante da Pesquisa:
Contato:

Adriel Rodrigues de Oliveira
Pesquisador Responsável - Professor/DAD/UFV
aroli@ufv.br

Apêndice – D**DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COLABORADORA**

Declaro para os devidos fins que tenho conhecimento e autorizo a realização da entrevista, pela assistente de pesquisa Bruna Rodrigues de Freitas sob responsabilidade do pesquisador Adriel Rodrigues de Oliveira, relativa ao projeto de pesquisa intitulado: Estruturas, Estratégias e Consolidação dos Consórcios Intermunicipais de saúde da Zona da Mata mineira cujo objetivo é compreender a estrutura, estratégia e os resultados dos consórcios intermunicipais da Saúde da Zona da Mata de Minas Gerais. Caso seja necessário, a qualquer momento dessa pesquisa poderei revogar esta autorização, se comprovadas atividades que causem algum prejuízo a mim ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo de minha participação.

Por ser verdade firmo a presente.

Viçosa, 21 de julho de 2014.

Nome do representante legal

Carimbo de CNPJ