

Consórcio Interfederativo de Saúde na Bahia, Brasil: implantação, mecanismo de gestão e sustentabilidade do arranjo organizativo no Sistema Único de Saúde

Interfederative Health Consortium in the State of Bahia, Brazil: implementation, management mechanism, and sustainability of the organizational arrangement in the Brazilian Unified National Health System

Consortio Interfederativo de Salud en Bahía, Brasil: implementación, mecanismo de gestión y sostenibilidad del arreglo organizacional en el Sistema Único de Salud

Patty Fidelis de Almeida ¹
Adriano Maia dos Santos ²
Luciana Dias de Lima ³
Lucas Manoel da Silva Cabral ⁴
Maria de Lourdes Lacerda Lemos ²
Aylene Emilia Moraes Bousquat ⁵

doi: 10.1590/0102-311XPT028922

Resumo

Neste artigo, analisa-se a implantação, gestão, funcionamento e sustentabilidade dos Consórcios Interfederativos de Saúde e das Policlínicas Regionais de Especialidades na Bahia, Brasil. Trata-se de estudo de caso único e de natureza qualitativa, em que foram realizadas entrevistas com gestores; representantes de controle social, regulação e legislativo; e prefeitos de municípios consorciados. Os resultados apontam que gastos de capital e cofinanciamento permanente de custeio pelo gestor estadual são fatores que incentivam a adesão aos consórcios verticais. Destacou-se o apoio dos municípios de pequeno porte, de instâncias de participação social e das câmaras municipais. Observou-se o fortalecimento da relação cooperativa entre os gestores a partir dos espaços decisórios formais e pela necessidade de gestão cotidiana da atenção especializada (AE). A oferta de AE via consórcios mitigou a dependência de compra de serviços privados. O receio de perda de autonomia, da centralização dos atendimentos em equipamentos estaduais e do não reconhecimento do financiamento municipal foram desafios no processo de reestruturação dos serviços regionais de especialidades. O apoio e a sustentabilidade da iniciativa se baseavam na avaliação de uma situação mais favorável de acesso à AE após implantação da Policlínica e da satisfação dos usuários com a qualidade dos serviços. São necessárias estratégias de comunicação com a população e de aproximação com as instâncias de controle social. Considera-se que o caso representa um formato, ao interior da gestão pública, para a prestação de AE mais viável, oportuna e com ganhos de escala e qualidade, sobretudo em territórios com expressivo número de municípios de pequeno porte.

Consórcios de Saúde; Regionalização em Saúde; Gestão em Saúde; Atenção Secundária à Saúde

Correspondência

P. F. Almeida
Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense.
Rua Marquês de Paraná 303, 3º andar, Niterói, RJ
224030-100, Brasil.
pattyfidelis@id.uff.br

¹ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil.

² Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, Brasil.

³ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

⁴ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

⁵ Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.



Introdução

Os consórcios são instrumentos de apoio à gestão que permitem a associação entre entes governamentais para o desenvolvimento de ações de interesse comum ¹. No Brasil, os primeiros na área da saúde surgiram na segunda metade dos anos 1980, envolvendo associação entre municípios. Desde então, os consórcios intermunicipais de saúde aumentaram em número, diversificaram seu escopo de atuação e inovaram em estratégias de organização regional e prestação de serviços ².

Um marco desse processo é a promulgação de regulamentação específica referente à conformação de consórcios públicos ^{3,4}, que, entre outros aspectos, possibilitou o consorciamento entre entes de diferentes esferas de governo (consórcios verticais). De 2005 a 2015, o número de municípios que participavam de consórcios de saúde praticamente quadruplicou, sendo a área da política pública a que conta com o maior número de municípios consorciados em 2015 (cerca de 50% dos municípios existentes) ⁵.

Pesquisas sugerem que os arranjos consorciais possibilitam ganhos de escala na aquisição de insumos ⁶; organizam a demanda e a provisão de serviços especializados e de maior densidade tecnológica, sobretudo para municípios de pequeno porte populacional ⁷; incentivam a cooperação intergovernamental ^{8,9}; e permitem a realização conjunta de projetos regionais ^{10,11}. A combinação de inovações nas formas de associação entre governos locais e no conteúdo das políticas desenvolvidas é indicada, na literatura, como um dos fatores explicativos para o desenvolvimento e a manutenção de experiências bem-sucedidas de consórcios no Brasil ¹².

Nesse sentido, destacam-se as experiências de consórcios do Ceará que envolveram a conformação de novos arranjos para a gestão de estruturas próprias de prestação de serviços de saúde, construídas pelo Governo Estadual ^{13,14,15}. O estado foi pioneiro na implantação de consórcios verticais (denominados como Consórcios Interfederativos), atuando com o objetivo de expandir e interiorizar serviços de atenção especializada (AE) ambulatoriais e eletivos, além de fortalecer a conformação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio da implantação de Policlínicas e Centros de Especialidades Odontológicas regionais ¹⁵.

Essa experiência inspirou a conformação e implantação de serviços especializados regionais em outros cenários, como é o caso do Estado da Bahia, a partir de 2017. Na proposta, por meio dos Consórcios Interfederativos de Saúde (CIS), as Policlínicas seriam pontos de atenção secundária para oferta de atenção ambulatorial especializada, que envolve consultas e exames diagnósticos, e de transporte sanitário eletivo ¹⁶. Juntamente com a atenção primária à saúde (APS), sob responsabilidade dos municípios, seria possível garantir um escopo de ações para provisão de assistência integral nas regiões de saúde. O objetivo principal estaria relacionado à diminuição dos vazios sanitários de AE encontrados em grande parte do estado, marcado por número significativo de municípios de pequeno porte populacional ¹⁶.

Este artigo analisa a implantação, gestão, funcionamento e sustentabilidade do arranjo do CIS/ Policlínica no Estado da Bahia. Busca-se compreender os condicionantes desses processos, bem como os limites e potencialidades do arranjo organizativo para provisão da AE no Sistema Único de Saúde (SUS), em âmbito regional.

Metodologia

Tipo, cenário e contexto do estudo

Trata-se de estudo de caso único, do tipo exploratório, com abordagem qualitativa. O caso – a Policlínica Regional administrada pelo Consórcio Interfederativo de Saúde da Região de Vitória da Conquista e Itapetinga (CISVITA) – foi selecionado intencionalmente em função da importância de Vitória da Conquista, terceiro maior município da Bahia, e por haver na região um fluxo contínuo de estudos relacionados à rede regionalizada. É uma região de saúde distante de outros polos, composta por pequenos municípios com população predominantemente rural, com grandes distâncias para acesso à AE. Além disso, os parâmetros de implantação dos CIS seguem a mesma lógica nos diferentes territórios do estado, permitindo que um caso seja, grosso modo, uma aproximação aos demais.

Na Bahia, até setembro de 2021, havia 23 CIS estabelecidos e 21 Policlínicas Regionais inauguradas¹⁶. No momento do trabalho de campo, o CISVITA contava com 31 municípios de três regiões de saúde – Vitória da Conquista, Itapetinga e Brumado – pertencentes à macrorregião sudoeste, com pouco mais de 800 mil habitantes (Figura 1). Dos 31 municípios, 21 eram rurais adjacentes.

Os municípios eram heterogêneos quanto ao porte populacional, variando de 3.161 (Maetinga) a 338.480 habitantes (Vitória da Conquista), sendo a maioria de pequeno porte (22), com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) baixo e 2/3 com, pelo menos, 50% da população beneficiária do Programa Bolsa Família, sendo um importante indicador de vulnerabilidade. Todos os demais indicadores socioeconômicos atestavam as condições adversas de parcela importante da população (Tabela 1).

Por sua vez, havia cobertura plena pela Estratégia Saúde da Família, exceto em Itapetinga (48%) e Vitória da Conquista (58%). Apenas Vitória da Conquista tinha população com planos privados de saúde (13%) superior à média estadual. Todos os demais contavam com cobertura residual.

Fontes de informação e sujeitos da pesquisa

Foram realizadas 19 entrevistas, semiestruturadas com gestores das esferas estadual e municipal, do CISVITA e da Policlínica, de forma a contemplar sujeitos diretamente envolvidos com o funcionamento e a gestão do CIS/Policlínica. Também foram entrevistados representantes do controle social, da regulação e do legislativo do município sede, e prefeitos de municípios consorciados, fundamentais à compreensão da dimensão política da implantação e funcionamento do equipamento. Foram realizadas visitas *in loco*, de maio a junho de 2021, à Policlínica, a cinco dos municípios consorciados e à capital do estado para realização presencial das entrevistas nos respectivos locais de trabalho.

A maioria dos entrevistados apresentava formação e experiência anterior na saúde, sobretudo em enfermagem, além de pós-graduação em áreas da saúde pública, conformando um quadro de atores com grande experiência acerca do tema do estudo (Quadro 1).

Também foram analisados documentos referentes às principais leis e marcos regulatórios relativos aos CIS/Policlínicas, sumarizados no Quadro 2, que foram necessários principalmente para identificação dos instrumentos de gestão consorcial.

Análise dos dados

Para a produção dos resultados, procedeu-se à análise de conteúdo de todo material com suas respectivas etapas de categorização, descrição e interpretação. Buscou-se garantir a qualidade e a validade dos achados ao triangular as informações das entrevistas e fontes documentais.

Os resultados foram agrupados a partir de três dimensões de análise interligadas, inspiradas no estudo de Abrucio et al.¹²: (a) processo de implantação, envolvendo as motivações que explicam a criação do arranjo, apoios e resistências à adesão; (b) mecanismos de gestão consorcial que tratam da estrutura institucional e funcionamento do arranjo (processo decisório, fontes de financiamento e mecanismos de indução); e (c) manutenção e sustentabilidade do arranjo que se relaciona às estratégias de estabilidade política frente à rotatividade governamental, uma vez que, além da conformação dos CIS, é preciso investigar os fatores que possibilitam a continuidade do arranjo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense (CAAE 40092220.9.0000.5243, parecer nº 4.574.166).

Figura 1

Municípios que integram o Consórcio Interfederativo de Saúde da Região de Vitória da Conquista e Itapetinga, Bahia, Brasil, 2021.



0 32 64 km

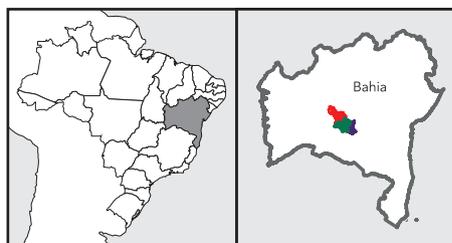


Tabela 1

Contexto socioeconômico municipal, Consórcio Interfederativo de Saúde da Região de Vitória da Conquista/Itapetinga, Bahia, Brasil, 2020.

Estado/ Municípios	População (n)	IDH-M	% de recursos próprios na des- pesa to- tal com saúde	População cadas- trada na atenção básica (%)	Cober- tura da ESF (%)	População com pla- nos priva- dos (%)	População benefi- ciária do Programa Bolsa Famí- lia (%)	Mortali- dade infan- til (%)	População com domi- cínios com banheiro/ água enca- nada (%)	Proporção de analfabetismo da popu- lação com 25 anos ou mais
Bahia	14.873.064	Alto	11,3	95,76	74,01	10,51	12,37	16,64	77,6	46,07
Anagé	22.005	Baixo	27,5	100,84	100,00	0,21	62,39	23,7	30,91	42,67
Aracatu	13.135	Baixo	35,8	87,05	100,00	1,23	57,31	26,6	49,51	38,17
Barra do Choça	31.603	Baixo	40,2	119,68	100,00	2,49	58,37	23,8	80,33	28,52
Belo Campo	17.211	Baixo	23,7	116,18	100,00	0,93	47,71	25,6	62,82	33,34
Bom Jesus da Serra	9.880	Baixo	38,0	98,77	100,00	0,31	66,09	27,6	33,00	35,91
Caatiba	6.758	Baixo	40,0	91,95	100,00	0,53	41,39	27,1	89,75	37,05
Caetanos	14.542	Baixo	48,4	80,39	100,00	0,61	54,74	32,3	28,19	35,26
Cândido Sales	25.189	Médio	29,1	97,79	100,00	2,27	58,92	19,4	70,95	33,79
Caraíbas	8.951	Baixo	41,6	102,12	100,00	0,26	55,83	29,4	42,21	42,05
Condeúba	17.247	Baixo	34,6	100,67	100,00	1,79	66,86	20,8	64,77	34,11
Cordeiros	8.614	Baixo	34,0	98,64	100,00	1,03	67,12	25,1	86,18	23,04
Encruzilhada	17.006	Baixo	31,1	101,13	100,00	0,82	63,53	26,7	71,18	43,12
Guajeru	6.937	Baixo	37,0	101,28	100,00	0,40	61,80	23,9	53,54	27,80
Ibicuí	16.198	Baixo	41,3	90,91	100,00	1,35	64,56	22,3	83,60	32,17
Iguaí	26.916	Baixo	34,6	66,73	100,00	0,77	48,53	21,2	76,32	37,85
Itambé	23.049	Baixo	41,9	97,04	100,00	2,08	44,55	27,4	87,07	32,00
Itapetinga	76.147	Médio	22,1	97,24	58,34	5,17	39,19	20,7	95,63	19,14
Itarantim	19.747	Médio	47,9	69,27	100,00	1,99	63,74	24,6	81,16	29,12
Macarani	18.755	Médio	45,3	70,55	100,00	1,03	61,71	21,8	86,52	36,44
Maetinga	3.161	Baixo	31,1	103,34	100,00	1,52	81,43	27,2	55,12	41,58
Maiquinique	10.112	Baixo	45,6	93,95	100,00	3,03	77,67	39,8	89,72	34,17
Malhada de Pedras	8.393	Baixo	52,5	80,28	100,00	0,70	71,46	27,9	51,61	31,52
Mirante	8.641	Baixo	27,3	100,43	100,00	0,97	56,00	32,8	67,85	39,04
Nova Canaã	16.462	Baixo	40,6	80,23	100,00	0,78	46,13	20,8	78,91	38,58
Piripá	10.707	Baixo	45,0	92,44	100,00	1,70	47,35	24,2	67,35	27,58
Planalto	26.265	Baixo	42,0	80,06	100,00	2,14	42,14	29,8	62,76	38,02
Poções	46.871	Médio	32,1	101,11	100,00	2,75	49,25	19,5	72,14	34,23
Presidente Jânio Quadros	12.338	Baixo	26,4	100,71	100,00	0,56	55,62	23,6	47,58	43,69
Ribeirão do Largo	5.812	Baixo	31,1	100,88	100,00	1,48	88,09	25,8	76,91	40,28
Tremedal	16.394	Baixo	31,3	90,88	100,00	0,57	57,69	27,6	50,39	38,21
Vitória da Conquista	338.480	Médio	37,1	92,19	47,85	13,94	37,19	21,24	87,03	16,84

ESF: Estratégia Saúde da Família; IDH-M: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.

Fontes: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ³⁰; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ³¹; Departamento de Informática do SUS ³²; Ministério da Saúde ³³; Agência Nacional de Saúde Suplementar ³⁴; Ministério da Cidadania ³⁵; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ³⁶.

Quadro 1

Caracterização dos participantes da pesquisa. Bahia, Brasil, 2021.

ENTREVISTADO	TEMPO NA FUNÇÃO	SEXO	FORMAÇÃO	PÓS-GRADUAÇÃO	EXPERIÊNCIA ANTERIOR NA ÁREA DA SAÚDE
Regulação Vitória da Conquista	9 meses	Feminino	Enfermagem	Doutorado em Saúde Coletiva	Sim
Vereador Vitória da Conquista 1	5 meses	Masculino	Direito	Mestrado em Memória, Linguagem e Sociedade	Não
Vereador Vitória da Conquista 2	4 anos e 5 meses	Feminino	Enfermagem/Direito	Mestrado em Saúde Pública	Sim
Vitória da Conquista 1	1 ano e 2 meses	Feminino	Enfermagem	Obstetrícia/Saúde do Trabalhador /Gestão de Vigilância em Saúde	Sim
Conselheiro Municipal de Saúde	2 anos	Feminino	Psicologia	Especialização Direitos Humanos	Sim
Gestão Cisvita	2 anos	Feminino	Enfermagem/Letras	Especialização Gestão da Clínica	Sim
Gestão Policlínica	2 anos	Feminino	Farmácia	Gestão Sistemas de Saúde, Micropolítica	Sim
Assessoria Técnica Policlínica 1	1 ano e 10 meses	Feminino	Enfermagem	Residência Multiprofissional, Planejamento e Gestão	Sim
Assessoria Técnica Policlínica 2	6 meses	Feminino	Enfermagem/Medicina	Especialização Saúde Pública, Gestão em Saúde	Sim
Belo Campo 1	4 anos e 5 meses	Feminino	Enfermagem	Especialização em Gestão em Saúde	Sim
Belo Campo 2	4 anos e 5 meses	Feminino	Administração	Planejamento e Gestão	Sim
Planalto 1	5 meses	Feminino	História	-	Não
Planalto 2	5 meses	Feminino	Ensino Médio	-	Sim
Poções 1	3 anos e 10 meses	Feminino	Ensino Médio	-	Sim
Poções 2	5 meses	Feminino	Ensino Médio	-	Não
Bom Jesus da Serra 1	5 meses	Feminino	Ensino Médio	-	Sim
Barra do Choça 1	5 meses	Feminino	Administração/ Enfermagem/ Matemática	Gestão de pessoas/ UTI/Auditoria	Sim
Assessoria técnica SESAB 1	4 anos	Feminino	Direito	Especialização Direito público e previdenciário	Não
Assessoria técnica SESAB 2	23 anos	Feminino	Ciências Contábeis	Especialização Economia da Saúde	Não

SESAB: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia; UTI: unidade de terapia intensiva.

Fonte: elaboração com base nas entrevistas.

Quadro 2

Leis e marco regulatório Consórcios Interfederativos de Saúde/Policlínica (CIS/Policlínica) – 2017 a 2019. Bahia, Brasil, 2021.

TEMÁTICA	DOCUMENTO/NORMA/LEI	ANO E RESPONSÁVEL
Disciplina a participação do Estado da Bahia nos consórcios interfederativos de saúde, nos termos da <i>Lei Federal nº 11.107</i> , de 6 de abril de 2005	<i>Lei Estadual nº 13.374</i>	2015 – Casa Civil
Autoriza os respectivos municípios a subscrever protocolo de intenções de adesão ao consórcio a ser firmado com o Estado da Bahia, por meio da SESAB	<i>Leis Municipais nºs 522, 50, 106</i>	2015 – Aracatu, Guajeru, Malhada de Pedras
	<i>Leis Municipais nºs 410, 349, 21, 204, 90, 213, 256, 15, 981, 633, 1.059, 81, 9, 108, 1.342, 175, 320, 159, 15, 312, 21, 190, 440, 1.204, 244, 302, 17</i>	2017 – Anagé, Barra do Choça, Belo Campo, Bom Jesus da Serra, Caatiba Caetanos, Cândido Sales, Caraíbas, Condeúba, Cordeiros, Encruzilhada, Ibicuí, Iguai, Itambé, Itapetinga, Itarantim, Macarani, Maetinga, Maiquinique, Mirante, Nova Canaã, Piripá, Planalto, Poções, Presidente Jânio Quadros, Ribeirão do Largo, Tremedal
	<i>Lei Municipal nº 259</i>	2018 – Cândido Sales
	<i>Lei Municipal nº 2.281</i>	2019 – Vitória da Conquista
Dispõe sobre as finalidades da cooperação técnica e financeira entre os entes federados, visando a promoção de ações de saúde pública assistenciais, prestação de serviços especializados de média e alta complexidade, em especial: serviços de urgência e de emergência hospitalar e extra-hospitalar; ambulatórios especializados, Policlínicas; Centros de Especialidades Odontológicas; assistência farmacêutica, entre outros serviços relacionados à saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, bem como com o Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia. Dispõe também sobre as instâncias organizacionais, gestão de pessoas, trata do Contrato de Rateio e Contrato de Programa, dos critérios para retirada e exclusão do CIS e prestação de contas e transparência	Estatuto do CISVITA	2021 – CISVITA

(continua)

Quadro 2 (continuação)

TEMÁTICA	DOCUMENTO/NORMA/LEI	ANO E RESPONSÁVEL
Define os valores, regras e critérios de participação financeira dos contratantes, na cobertura das despesas operacionais das atividades pertinentes à administração da sede do Consórcio e manutenção e gestão da Policlínica Regional, incluindo as despesas de custeio do transporte sanitário (40% do custeio era estadual e 60% municipal). No caso do CISVITA, o cálculo realizado, levando-se em consideração todos os itens de custeio e população coberta, chegou a um valor <i>per capita</i> de quase R\$ 1,00 por habitante/mês em 2021. Ex.: um município de 31.209 habitantes tinha uma contrapartida mensal de R\$ 29.583,75 direcionados ao custeio da Policlínica/transporte e R\$ 1.471,36 para as despesas de manutenção do CIS, totalizando R\$ 31.055,11 mês (R\$ 1,00 <i>per capita</i>). Nesse caso, a contrapartida estadual seria de R\$ 20.703,41	Contrato de Rateio	Jan/2021 – SESAB/CIS/Municípios consorciados
Dispõe sobre as obrigações e responsabilidades que o CIS e municípios consorciados têm para com a gestão e serviços prestados pela Policlínica Regional. No contrato estão definidos os serviços ofertados com os respectivos potenciais de produção mensal e Programação Pactuada Consorcial; os indicadores e metas de produção e resultados do Consórcio, além da sistemática de avaliação das metas e dos indicadores de produtividade e qualidade	Contrato de Programa	Jan/2021 – SESAB/CIS/Municípios consorciados

CIS: Consórcios Interfederativos de Saúde; CISVITA: Consórcio Interfederativo de Saúde da Região de Vitória da Conquista e Itapetinga; SESAB: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia; SUS: Sistema Único de Saúde.

Fontes: Assessoria de Planejamento e Gestão, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia ¹⁶; Secretaria da Saúde do Estado da Bahia ³⁷; Câmara Municipal de Vitória da Conquista ³⁸.

Resultados

As análises dos resultados foram organizadas a partir das três dimensões, complementadas por categorias emergentes dos dados empíricos.

Processo de implantação: protagonismo do estado, apoios-resistências no contexto locorregional e nova correlação de forças entre público-privado na saúde

As Policlínicas Regionais implantadas via CIS foram uma iniciativa do Governo Estadual, apresentadas a partir de 2015 pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), cujas adesões municipais – entre a conformação do consórcio e a inauguração do equipamento – seguiram ritmos diferenciados de acordo com as regiões de saúde, sujeitas a apoios e resistências no contexto locorregional. A primeira Policlínica foi inaugurada em 2017, em Teixeira de Freitas, e considerada como projeto piloto. O modelo se inspirou na experiência das policlínicas regionais de especialidades do Estado do Ceará, com adaptações e ampliação do cardápio de ofertas:

“Ao assumir o primeiro mandato [governador], lançou um programa baseado nas Policlínicas do Ceará, só que melhorou algumas ações. A Policlínica Regional de Vitória da Conquista e Itapetinga nasceu aqui, em Belo Campo, com a visita do governador em 08/09/2017, em reunião com aproximadamente cinquenta prefeitos, diversos deputados federais, estaduais, outras lideranças políticas e movimentos sociais” (Belo Campo 2).

O estado financiou a construção, os equipamentos e os veículos para transporte sanitário para uso do CIS. O CISVITA foi constituído em 2017 e a Policlínica inaugurada em agosto de 2019. No caso da Policlínica Regional de Vitória da Conquista e Itapetinga, envolveu uma obra de aproximadamente R\$ 25 milhões, com 32 especialidades, e adesão inicial de 27 municípios, com entrada posterior do Município de Vitória da Conquista, em abril de 2019, e mais três adesões após a inauguração (Quadro 2). Com a posterior implantação da Policlínica da região de Brumado, três municípios do CISVITA se desvincularam em agosto de 2021. À época do estudo, havia solicitação de descredenciamento de outro município.

A principal motivação para implantação das Policlínicas via CIS foram os vazios assistenciais de AE no estado, segundo avaliação da SESAB. Tal diagnóstico foi apresentado em documentos oficiais, debatido na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e em Comissões Intergestores Regionais (CIR) e ratificado pelo conjunto dos entrevistados. Os 31 municípios, em sua maioria de pequeno porte (21 rurais adjacentes), possuíam hospitais de pequeno porte ou unidades mistas de baixa resolutividade (deficitários do ponto de vista orçamentário) e alguns, também, proviam AE no próprio território (serviços próprios ou conveniados). A principal referência da macrorregião, Vitória da Conquista, não atendia ao conjunto das demandas por AE, tendo como opção Salvador, a despeito da enorme distância. A insuficiência na prestação de AE foi mencionada como uma barreira aos itinerários assistenciais dos usuários, para o diagnóstico precoce, tratamento adequado e oportuno:

“Em relação à Policlínica foi uma política do governo estadual, como forma de ampliar o acesso à atenção especializada. Conquista é o [município] responsável por toda a questão da organização das especialidades com os municípios pactuados. Nunca demos conta de suprir minimamente as necessidades da população neste quesito, o que compromete toda a assistência prestada na atenção básica” (Vereador Vitória da Conquista 2).

No momento inicial da implantação, entre os municípios, predominou a avaliação de apoio à adesão ao CIS, sobretudo entre os de pequeno porte (maioria), ancorada nas experiências positivas de outras regiões do estado. Tal apoio se mantinha após quase dois anos da inauguração do equipamento, reforçada pela comparação com a situação pré-Policlínica:

“...tive o privilégio de conhecer as instalações e a direção (...) é um modelo de gestão muito bom, viul? Principalmente para cidades pequenas. Para conseguirmos uma ressonância, exame de alta complexidade, raramente conseguíamos. Então, é um modelo que desafogou os municípios, os secretários de saúde trabalham com mais tranquilidade após a Policlínica” (Bom Jesus da Serra 1).

A mais forte resistência à adesão ao CIS veio do município sede. Alguns entrevistados destacaram que parece não ter havido caso similar de tamanha resistência, o que teria sido atribuído a disputas político partidárias, e ao fato de a presidência do CISVITA não ser exercida pelo prefeito da sede. Contudo, foi considerado que tal arranjo proporcionou melhor distribuição de poder na região.

De todo modo, em Vitória da Conquista, houve adesão e pressão dos Conselhos Locais e Municipal de Saúde, muito tradicionais e atuantes, para que o município aderisse e abrigasse a Policlínica, assim como forte atuação do legislativo, com audiências públicas promovidas pela Câmara de Vereadores e apoiadas pelo conjunto dos partidos, segundo entrevistados. A adesão ao CIS por Vitória da Conquista ocorreu em 2019, após os demais municípios e às vésperas da inauguração da Policlínica, instalada na cidade a despeito de sua participação. Embora a anuência do prefeito não fosse condição para a construção da Policlínica na cidade, politicamente era estratégica. A não participação significaria também que a população do município não teria acesso ao equipamento:

“...se não fosse a participação dos órgãos de controle social e a própria Câmara Municipal promovendo esses espaços de discussão, cobrando a lei para dar entrada (...) na Câmara, não tivemos dificuldade, mesmo tendo oposição e situação ao governo municipal, mas foi unânime a aprovação. Todos os vereadores extremamente sensíveis a essa causa, porque eles também sofrem na pele, no dia a dia. Estamos inseridos na comunidade, recebemos as demandas da população que não tem acesso a cirurgia, aos procedimentos, às consultas...” (Vereador Vitória da Conquista 1).

Entre os fatores condicionantes das resistências, identificou-se receio de alguns gestores, especialmente da sede e de municípios com maior disponibilidade de recursos especializados, quanto à perda de poder relacionada ao não provimento local de AE, independentemente dos ganhos de qualidade e escopo:

“A desvantagem que acho é: pegar seu público e levar para casa do vizinho” (Poções 2).

Segundo alguns informantes, à época da implantação da Policlínica, também houve resistências dos prestadores privados, principalmente de Vitória da Conquista, para que o equipamento não fosse sediado no município, pois afetaria o crescimento do setor. Pela localização estratégica – quase dois milhões e meio de habitantes ao redor e uma população flutuante de 75 mil habitantes – o município ocuparia um lugar de “capital” do sudoeste baiano, representando um grande mercado para o setor privado ao atrair também a população do sul do estado e do norte de Minas Gerais. Com a Policlínica, os prestadores privados de AE passaram a ofertar procedimentos aos municípios da região com valores mais baixos que os praticados anteriormente, sobretudo para ressonância magnética e tomografia computadorizada:

“Quando a oferta era menor, os preços eram abusivos. Hoje não, a rede privada manda a tabela para você, convênio para desconto, promoção. Se o pedido vai com o carimbo da secretaria de saúde, tem desconto. Hoje, exames que na minha época eram considerados exames de alta complexidade, hoje tornou-se exame comum. Ressonância naquela época era R\$ 1.200,00, hoje consegue por R\$ 400,00” (Bom Jesus da Serra 1).

“...a rede privada percebeu que essa divisão estava existindo e o poder de barganha começou a surgir, começaram a diminuir os preços e perceber que o mercado tem que se ajustar para que eles também sejam contratados” (Vitória da Conquista 1).

De forma complementar à oferta pública, os municípios complementavam a provisão de tais procedimentos por meio de contratos com prestadores privados, com recursos próprios municipais (também públicos) e segundo demandas individuais dos usuários. Foi unânime a avaliação quanto à defasagem das contrapartidas federais, que não acompanharam a inflação do setor saúde e nem o crescimento populacional.

A localização da Policlínica na sede da macrorregião foi considerada estratégica em função da disponibilidade de transporte público e diferentes fluxos regionais. De toda forma, houve posicionamento divergente sob o argumento de que, na macrorregião, havia outro município (Poções) que também era uma referência para pelos menos outras dez cidades e que precisaria do apoio do estado para se fortalecer.

Embora o período inicial de adesão tenha sido considerado conturbado, havia uma percepção de que o momento atual era de maior convergência em torno da importância da Policlínica para oferta de AE na região.

Mecanismos de gestão consorcial: fortalecimento da relação cooperativa intermunicipal e planejamento/financiamento compartilhados

A aprovação de leis nas respectivas Câmaras de Vereadores era condição para adesão e para a dotação orçamentária, assim como a eventual saída de qualquer município. A distribuição das cotas de consultas e exames de cada município era realizada com base na população total, o que definia também a contrapartida financeira. Vitória da Conquista contratualizou sua cota de procedimentos tendo como base 30% da população, o que foi um dos fatores mencionados para a não percepção de efeitos no aumento da oferta de AE no município. A prerrogativa de contratualizar parte da população era permitida apenas para municípios com mais de 200 mil habitantes, pelo fato de, em geral, possuírem maior oferta de serviços. Tal precedente foi aprovado também para Itapetinga.

Os CIS eram presididos por prefeitos dos municípios associados, por meio de eleição e mandato de dois anos, com possibilidade de reeleição por igual período. A “Assembleia de Prefeitos” (Assembleia Geral) era o espaço deliberativo (Quadro 2). A representatividade, correspondente ao número de votos, era proporcional à população de cada município. A representação estadual, com maior peso (dois quintos do total de votos), era obrigatória para a realização das assembleias. Embora a sede tivesse quatro votos, por ter população acima de 105 mil habitantes, avaliou-se que os demais municípios (de menor porte), quando unidos ao redor de algumas pautas, tinham maior peso e força para defender seus interesses:

“...eles têm muito mais poder de voto do que Vitória da Conquista. Então, acaba que essa discussão, Conquista perde. Porque a realidade do município menor é muito diferente do município maior. Então, acabamos perdendo, porque na hora da votação, não temos tantos votos para poder vencer na discussão” (Vitória da Conquista 1).

As cotas de procedimentos definidas nos Contratos de Programa eram integralmente gerenciadas pelos municípios, em suas respectivas centrais de regulação/agendamento. Não havia cotas na Policlínica para referências médicas internas. Caso fosse necessário retorno ao serviço, o usuário regressava ao município, que se encarregava do novo agendamento. Em casos de necessidade urgente, identificada no momento do atendimento, o profissional poderia buscar a diretoria assistencial ou técnica da Policlínica para encontrar uma solução mais imediata. De toda forma, era necessário contato com o município de origem para que a marcação fosse realizada oficialmente via Sistema Integrado de Gestão (SIGES), exclusivo da Policlínica:

“Tem alguns casos em que o profissional percebe a necessidade de fazer o exame na hora. Ou então, aquele paciente não pode esperar, então procuram a gente aqui [na Policlínica] e comunicamos ao município que o paciente precisa voltar com urgência. Às vezes, o próprio profissional disponibiliza um horário, então a gente disponibiliza a vaga e o regulador faz o agendamento [no município] para o paciente ser atendido no mesmo dia [na Policlínica]” (Assessoria Técnica Policlínica 2).

De forma geral, foi considerado que a existência de um equipamento regional fortaleceu a colaboração e solidariedade entre os municípios que, inclusive, se relacionavam cotidianamente por meio de grupos de WhatsApp para reaproveitamento de procedimentos não agendados por determinado município (re-oferta) ou cotas não agendadas durante o mês que poderiam ser remanejadas formalmente via SIGES. Tal dinâmica aproximou os secretários de saúde da região e favoreceu maior integração e autonomia:

“O serviço [Policlínica] é integrado efetivamente entre os parceiros (...). Os prefeitos se sentem seguros, porque os secretários têm autonomia de negociar junto à Policlínica, os serviços; é fantástico!” (Belo Campo 1).

A utilização das cotas de AE da Policlínica era variável entre os municípios – alguns agendavam todos os procedimentos pactuados e outros alegavam que, por terem oferta própria municipal, não necessitavam de alguns procedimentos, sendo um motivo de insatisfação.

O orçamento do CIS/Policlínica era global e não por procedimentos, embora estivesse determinado um conjunto de prestações. O custeio era estadual (40%) e municipal (60%), definidos no Contrato de Rateio, cujos recursos financiavam as despesas operacionais das atividades administrativas do CIS e assistenciais da Policlínica, incluindo o transporte sanitário. Os valores de custeio eram convertidos em valores *per capita*, segundo estimativas do Censo 2010. Cada município deveria atestar que, nos seus respectivos orçamentos, havia dotações suficientes à cobertura das despesas contratuais. No CISVITA, o cálculo realizado, levando-se em consideração todos os itens de custeio e população coberta, chegou a um valor *per capita* de quase R\$ 1,00 por habitante/mês em 2021, valor que poderia variar a depender do número de municípios consorciados, perfil assistencial da Policlínica, inclusão de procedimentos ou saída de algum ente (Quadro 2).

Foi mencionado movimento inicial de negociação junto ao Ministério da Saúde para pleito de contrapartida federal, sem êxito. Os recursos da Programação Pactuada e Integrada não faziam parte do orçamento do Consórcio. Embora o financiamento da AE via Policlínicas fosse um recurso “novo”, a maioria dos entrevistados avaliou que, ainda assim, era mais vantajoso aos municípios se comparado à compra de procedimentos na rede privada, de forma pulverizada e sem garantia de qualidade.

Manutenção e sustentabilidade da política: apoio do executivo municipal e necessária inclusão do controle social

As avaliações quanto à sustentabilidade e manutenção da política divergiram. A permanência no CIS era uma decisão municipal, logo, sujeita à ingerência da política local, em que pese a avaliação geral da necessidade de ampliação da oferta de AE, inclusive com a sensibilização dos prefeitos que, por força do CIS, se aproximaram do problema. Como estratégia de aproximação aos prefeitos recém-eleitos (pleito de 2020), foram organizadas visitas à Policlínica para que conhecessem o equipamento, o que se mostrou efetivo para assegurar o apoio por parte do executivo municipal.

Sob liderança da Policlínica, estavam sendo planejadas estratégias de aproximação por meio das “Policlínicas Itinerantes”, em que as equipes se deslocariam até os municípios para apresentação do

perfil assistencial e missão, fluxos com vistas, principalmente, à qualificação das referências:

“Os municípios precisam entender o porquê da Policlínica, fazer o uso correto, para que a gente realmente aproveite na integralidade” (Gestão Policlínica).

A discordância em relação ao cardápio de ofertas, decidido de forma centralizada pelo estado, sem debate junto aos municípios, também aparecia como ponto crítico para manutenção da adesão. Em alguns casos, algumas ofertas se sobrepunham às ofertas municipais:

“A gente tem uma demanda gigantesca em Vitória da Conquista. (...) do valor total que a gente paga para Policlínica, eu poderia utilizar desse valor para uma coisa que não tenho. (...) lá tem cardiologista e tenho na minha clínica cardiologista. Então, eu poderia optar por outro tipo de serviço. E não posso, porque, na votação, os outros municípios preferem o cardiologista” (Vitória da Conquista 1).

Um dos gestores municipais avaliou que haveria prejuízo financeiro aos municípios por nem sempre o Contrato de Programa ser cumprido, por diversas razões: manutenção de equipamento, falta de algum profissional, entre outros. Durante a pandemia, por exemplo, os recursos foram repassados, embora os atendimentos tenham sido suspensos ou diminuídos. Em contraponto, também havia a percepção de que os gestores não compreendiam o equipamento como uma estrutura regional, cujas responsabilidades eram compartilhadas, predominando uma certa concepção da Policlínica como apenas um prestador de serviço.

O fortalecimento da participação social via espaços instituídos como os Conselhos de Saúde foi mencionado como um recurso fundamental para a manutenção da política. Ainda assim, não foram identificadas iniciativas para ampliar a relação com as instâncias de participação social, o que ratificou percepções de que havia falta de diálogo com a população para que pudesse compreender qual a oferta e o papel do equipamento. Avaliou-se que, embora a Policlínica fosse reconhecida por prefeitos e secretários, faltaria mais aproximação junto aos profissionais de saúde que compõem a rede, especialmente na APS:

“A gente ouviu falar muito da Policlínica no momento da campanha eleitoral, no momento que foi trazer a Policlínica, pois o prefeito daqui não queria. Foi uma polêmica, o conselho de saúde entrou em jogo, pediu adesão. A população precisa sentir o trabalho da Policlínica. Acho que o problema é a comunicação. (...) Não adianta ter um equipamento que não dialoga com o povo” (Conselheiro Municipal de Saúde).

“Acho que faltou mostrar o que é a Policlínica. O secretário e o prefeito conhecem muito bem, mas sinto que médico e enfermeiro, lá da ponta, ainda não conhecem bem o que temos” (Assessoria Técnica Policlínica 2).

Mesmo com as eleições municipais de 2020 e mudanças no executivo municipal, haveria uma aprovação quase unânime dos prefeitos, sobretudo pela qualidade das instalações e dos serviços, com algumas avaliações de que seria um caminho irreversível, passível de mudanças, mas não de desmonte. Foram frequentes os relatos sobre falas dos usuários: *“parece um serviço particular”, “pensei que tinha que pagar”, “isso aqui é do governo?”*. A satisfação em relação ao atendimento viria, inclusive, de grupos opositores políticos.

A principal expectativa era quanto à expansão da oferta de AE via Policlínica em função dos menores custos para os municípios e da qualidade:

“Acho que os municípios podem pagar um pouco mais, e o estado também aumentar, todo mundo aumentar proporcionalmente, e tentar, de acordo com a capacidade de atendimento da unidade, ofertar mais, porque é melhor. Você compra mais barato nessa dinâmica toda e a qualidade do serviço é excelente” (Planalto 2).

Discussão

No Brasil, a expansão dos consórcios públicos de saúde verticais, associações entre governos estaduais e municipais para a provisão de serviços especializados, é um fenômeno relativamente recente na política de saúde⁵ e pode ser considerado uma inovação no campo das políticas públicas de saúde, ao aliar cooperação federativa e associativismo territorial¹². A solução de problemas em determinado território pode motivar gestores a buscar experiências exitosas em outros locais, com vistas a nortear decisões políticas e técnicas, embora as características contextuais sempre devam ser consideradas para adequação à nova realidade¹⁷. Nesse sentido, ressalta-se a importância da análise dos processos de implantação, gestão, funcionamento e sustentabilidade dos CIS, capazes de informar limites e potencialidades de inovações institucionais no setor saúde.

O caso estudado trata de municípios com populações vulnerabilizadas, que amplificam a necessidade de oferta pública de serviços de saúde, localizados em regiões específicas e apoiados por esquemas de transporte sanitário¹⁸. A AE é um recurso valorizado socialmente¹⁹, com reconhecidas barreiras de acesso no Brasil, mais severas em municípios de pequeno porte populacional²⁰. Os consórcios verticais, com gastos de capital e cofinanciamento permanente de custeio pelo gestor estadual, representam arranjos organizacionais adequados, segundo esta e outras experiências¹⁵. Um fator crítico para os sobrecarregados orçamentos municipais é a ausência de cofinanciamento federal para os CIS e os insuficientes e defasados recursos da União para provimento de AE.

A constatação dos vazios assistenciais de AE foi consensual e convergente a outros estudos^{11,21}, embora não suficiente para mitigar os conflitos e resistências em torno da implantação das policlínicas. Sem articulação ou cooperação entre as esferas de gestão, em uma perspectiva de redes regionalizadas de atenção à saúde que rompa com a forma convencional de prestação de serviços induzidos pela oferta, os problemas dos vazios assistenciais e competição por recursos permanecerão insolúveis. Ainda assim, o consorciamento em saúde parece ser um caminho virtuoso para enfrentamento desses desafios^{11,22}.

Os custos políticos da cooperação são um dos principais desafios no processo de reestruturação dos serviços regionais de especialidades por meio de arranjos consorciais, por diversas razões, como receio de perda de autonomia, de centralização dos serviços em equipamentos estaduais e do não reconhecimento do financiamento municipal, principalmente em contexto de oposição política entre executivos municipais e estadual¹⁵. De toda forma, a percepção sobre a qualidade e acessibilidade aos serviços especializados prestados via Policlínica parece minimizar disputas e favorecer a cooperação regional e intergovernamental na política de saúde, sendo este um dos fatores para a sustentabilidade do arranjo.

Maior resistência foi observada entre os municípios com melhor capacidade instalada, que disputam o protagonismo regional ao defender certa autonomia na prestação de AE, desvelando a arquitetura competitiva vigente no SUS²³, presente também nas normativas e instâncias de pactuação regional e federativa, que não se traduzem, necessariamente, em arranjos cooperativos²⁴. Embora os arranjos consorciais possam apresentar dubiedade nas relações com as instâncias formais de pactuação do SUS¹¹, neste estudo não foram identificados conflitos emergentes na relação com a CIB e CIR.

Para superação das oposições iniciais, que se sobressaíram na sede da macrorregião de saúde, os resultados deste estudo enfatizam o imprescindível apoio das câmaras e dos conselhos municipais de saúde, ratificando a importância da incorporação de atores do legislativo e do controle social no debate, formulação e implementação das políticas de saúde²⁵, bem como sua inclusão nos processos de pesquisa, permitindo a interlocução com experiências e perspectivas de diferentes *stakeholders*. Os resultados indicam a necessidade de amplificação da base de apoio para fortalecimento da política nos territórios regionais, sobretudo no que se refere aos arranjos consorciais que ainda não contam com mecanismos de participação social.

A AE desperta forte interesse e proporciona vultuosos lucros ao setor privado, historicamente responsável pela maior parte da oferta – pulverizada e desarticulada – desses serviços no SUS^{26,27}, geralmente em desalinho às necessidades de saúde da população. Este estudo identifica resistência dos prestadores privados à implantação da Policlínica, mas, ao mesmo tempo, certa mudança na correlação de força junto aos atores da gestão pública. Assim, a oferta pública de AE via CIS indica maior equilíbrio na distribuição de poder entre os gestores e amplia a capacidade de negociação, sobretudo dos municípios de pequeno porte, mitigando a dependência da compra direta no mercado desregulado de serviços médicos, sendo este um dos aspectos mais relevantes da experiência analisada.

A gestão consorcial tem como principal espaço decisório a Assembleia de Prefeitos e como instrumentos jurídicos os Contratos de Rateio e Programa, este último regulatório da oferta. Ainda que os contratos sejam assinados pelos prefeitos, processos mais participativos de discussão de procedimentos ou ajustes nas ofertas da Policlínica, mesmo que de difícil resolução pela heterogeneidade da AE e correlação de forças políticas, precisam ser mais bem equalizadas à luz das necessidades locorregionais.

Ao contrário da experiência do Ceará, em que parte importante dos procedimentos prestados pelas policlínicas estão disponíveis à regulação interna¹³, no caso estudado, a totalidade da oferta é regulada pelos municípios. Avaliada de forma positiva pelos entrevistados, não se pode perder de foco

a assistência oportuna. A necessidade de retorno ao município para novo agendamento não pode se sobrepor à urgência clínica de forma que a regulação assistencial se torne uma barreira de acesso ²⁸.

O cofinanciamento estadual representou fator crucial para a sustentabilidade da adesão e, nesse sentido, também depende das orientações e prioridades de cada governo. Por não ser um gasto de vinculação obrigatória, o risco de interrupção de repasses estaria presente. Embora a desfiliação passe pelos respectivos legislativos, o que impediria uma decisão monocrática, o desfinanciamento progressivo seria uma forma de enfraquecer a política. A sobrecarga financeira advinda da coparticipação dos municípios, também identificada neste estudo, é um desafio à sustentabilidade ¹⁵.

Os resultados sugerem que o fortalecimento da relação cooperativa entre os gestores parece ser um efeito da dinâmica de funcionamento do CIS/Policlínica, tanto a partir do espaço decisório da Assembleia de Prefeitos, quanto da necessidade de gestão cotidiana das demandas e ofertas assistenciais. Os grupos virtuais por aplicativos móveis eram o principal meio de comunicação, embora todos os acordos fossem formalizados via sistema de regulação, num equilíbrio entre estratégias informais e formais.

De relevante importância é a reflexão sobre os elementos que incidem sobre manutenção dos CIS. A avaliação consensual acerca de uma situação mais favorável de acesso à AE após implantação da Policlínica e transporte sanitário, a satisfação dos usuários e a aproximação e alcance de legitimidade junto aos prefeitos, semelhante a outros estudos ^{13,29}, são alguns dos fatores identificados. As coalizões em torno da importância dos CIS para responder às dificuldades de acesso à AE em regiões com expressivo número de municípios de pequeno porte são fatores que podem aumentar a cooperação e mitigar disputas políticas ao alcançar soluções eficientes compartilhadas regionalmente ¹². Esses resultados indicam a importância do reconhecimento coletivo para a resolução de um problema compartilhado, para a permanência e a aceitação da proposta pelos governos locais ¹².

Considerações finais

O financiamento de capital e cofinanciamento regular de custeio, aliado à condução técnica e política pelo gestor estadual, destacam-se como condicionantes da viabilidade e manutenção dos CIS/Policlínicas. Parcialmente, tal arranjo reduz os vazios assistenciais, produzindo um certo modelo de provisão de AE mais afeito às necessidades e desenho das regiões de saúde. A percepção de ganhos em acessibilidade e qualidade parece favorecer a cooperação intermunicipal, ainda que os espaços e instrumentos de gestão consorcial careçam de maior permeabilidade às necessidades locorregionais e de acesso oportuno.

Destaca-se que quase não há, na literatura sobre consórcio, achados relacionados ao controle social. Nesse sentido, ressalta-se o protagonismo das instâncias de participação social e atores do legislativo na precípua função de intermediadores do interesse público e da necessidade de incorporá-los nos processos de planejamento e acompanhamento cotidiano do arranjo. A sinalização de uma correlação de forças mais equilibrada entre gestão municipal e prestadores privados de AE é um achado relevante que merece ser aprofundado.

Considera-se que o caso estudado representa um formato, ao interior da gestão pública, para prestação de AE mais viável, oportuna, e com ganhos de escala e qualidade, especialmente em territórios com expressivo número de municípios de pequeno porte e que, adicionalmente, pode fortalecer processos de regionalização mais cooperativos para provisão de atenção integral no SUS.

Colaboradores

P. F. Almeida foi responsável pela concepção do estudo, coleta dos dados, interpretação, redação do manuscrito e aprovação da versão final. A. M. Santos, L. D. Lima e A. E. M. Bousquat colaboraram na interpretação dos dados, redação do manuscrito e aprovação da versão final. L. M. S. Cabral colaboro na interpretação dos dados e redação do manuscrito. M. L. L. Lemos participou da coleta e da interpretação dos dados e aprovação da versão final.

Informações adicionais

ORCID: Patty Fidelis de Almeida (0000-0003-1676-3574); Adriano Maia dos Santos (0000-0001-9718-1562); Luciana Dias de Lima (0000-0002-0640-8387); Lucas Manoel da Silva Cabral (0000-0001-6144-8050); Maria de Lourdes Lacerda Lemos (0000-0001-6093-687X); Aylene Emilia Moraes Bousquat (0000-0003-2701-1570).

Agradecimentos

Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de Pós-doutorado Sênior (processo nº 104130/2020-2), realizado na Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (FSP/USP), pela primeira autora (P. F. Almeida). P. F. Almeida, A. M. Santos, L. D. Lima e A. E. M. Bousquat agradecem ao CNPq pela Bolsa de Produtividade em Pesquisa.

Referências

1. Cunha RE. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa. *Revista do Serviço Público* 2004; 5:5-36.
2. Flexa RGC, Barbastefano RG. Consórcios Públicos de Saúde: uma revisão da literatura. *Ciênc Saúde Colet* 2020; 25:325-38.
3. Brasil. Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2005; 7 abr.
4. Brasil. Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, e dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. *Diário Oficial da União* 2007; 17 jan.
5. Teléfora KS. Tendências e padrões regionais dos Consórcios Públicos de Saúde no Brasil [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2020.
6. Amaral SMS, Blatt CR. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:799-801.
7. Silva CR, Carvalho BG, Cordoni Júnior L, Nunes EFPA. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:1109-20.
8. Botti CS, Artmann E, Spinelli MAS, Scatena JHG. Regionalização dos serviços de Ssaúde em Mato Grosso: um estudo de caso da implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires, no período de 2000 a 2008. *Epidemiol Serv Saúde* 2013; 22:491-500.
9. Rocha CV. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná. *Cadernos Metrópole* 2016; 18:377-99.
10. Moraes VS, Chaves APL. Percepção dos gestores municipais de saúde relacionada à saúde ambiental: consórcio intermunicipal de saúde Cerrado Tocantins Araguaia. *Saúde Soc* 2016; 25:349-60.
11. Lui L, Schabbach LM, Nora CRD. Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil: o papel dos consórcios intermunicipais. *Ciênc Saúde Colet* 2020; 25:5065-74.
12. Abrucio FL, Filippim ES, Dieguez RC. Inovação na cooperação intermunicipal no Brasil: a experiência da Federação Catarinense de Municípios (Fecam) na construção de consórcios públicos. *Rev Adm Pública* 2013; 47:1543-68.
13. Almeida PF, Giovanella L, Martins Filho MT, Lima LD. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2019; 24:4527-40.
14. Silva Junior CL, Almeida PF, Martins Filho MT, Lima LD. Implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas no contexto da regionalização da saúde no estado do Ceará, Brasil. *Physis (Rio J.)* 2020; 30:e300404.

15. Julião KS, Olivieri C. Cooperação intergovernamental na política de saúde: a experiência dos consórcios públicos verticais no Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00037519.
16. Assessoria de Planejamento e Gestão, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Observatório Baiano de Regionalização. <https://obr.saude.ba.gov.br/> (acessado em 22/Fev/2022).
17. Leal EMM, Silva FS, Oliveira SRA, Pacheco HF, Santos FAS, Gurgel Júnior GD. Razões para a expansão de consórcios intermunicipais de saúde em Pernambuco: percepção dos gestores estaduais. *Saúde Soc* 2019; 28:128-42.
18. Almeida PF, Santos AM, Cabral LM, Bousquat A, Fausto MC. Provision of specialized care in remote rural municipalities of the Brazilian semi-arid region. *Rural Remote Health* 2021; 21:6652.
19. Guedes BAP, Vale FLB, Souza RW, Costa MKA, Batista SR. A organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF. *Ciênc Saúde Colet* 2019; 24:2125-34.
20. Silva JFM, Carvalho BG, Domingos CM, Mendonça FF. A relação público-privada em uma região de saúde: influências sobre a organização da oferta e da demanda de média complexidade no Sistema Único de Saúde em pequenos municípios. *Saúde Soc* 2020; 29:e200019.
21. Tesser CD, Poli Neto P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:941-51.
22. Andrade SKV, Mendonça FF, Endlich AM, Gonzalez AD. Consórcio Público de Saúde no processo de regionalização: análise sob o enfoque da ação coletiva. *Physis (Rio J.)* 2022; 32:e320107.
23. Varela OS, Pacheco RVVM. Federalismo e gastos em saúde: competição e cooperação nos municípios da Região Metropolitana de São Paulo. *Revista Contabilidade & Finanças* 2012; 23:116-27.
24. Padilha A, Oliveira DC, Alves TA, Campos GWS. Crise no Brasil e impactos na frágil governança regional e federativa da política de saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2019; 24:4509-18.
25. Leal AF, Lui L. Instituições participativas e seus efeitos nas políticas públicas: estudo do Comitê de Mortalidade por Aids de Porto Alegre. *Saúde Soc* 2018; 27:94-105.
26. Almeida APS, Lima LD. O público e o privado no processo de regionalização da saúde no Espírito Santo. *Saúde Debate* 2015; 39 Suppl:51-63.
27. Costa NR. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:1065-74.
28. Melo EA, Gomes GG, Carvalho JO, Pereira PHB, Guabiraba KPL. A regulação do acesso à atenção especializada e a atenção primária à saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis (Rio J.)* 2021; 31:e310109.
29. Muller EV, Greco M. Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do Paraná. *Ciênc Saúde Colet* 2010; 15:925-30.
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados> (acessado em 22/Fev/2022).
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2012.
32. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). <http://siops.datasus.gov.br/reindicadoresmun2.php?escmun=3> (acessado em 22/Fev/2022).
33. Ministério da Saúde. Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. <https://sisab.saude.gov.br/> (acessado em 22/Fev/2022).
34. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados e indicadores do setor. <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor> (acessado em 22/Fev/2022).
35. Ministério da Cidadania. Painel de monitoramento do Programa Bolsa Família (PBF). Cadastro Único. <https://aplicacoes.cidadania.gov.br/ri/pabcad/index.html> (acessado em 22/Fev/2022).
36. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua: competência 2017. <https://painel.ibge.gov.br/pnadc/> (acessado em 22/Fev/2022).
37. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. CISVITA Consórcio Interfederativo de Saúde da Região de Vitória da Conquista e Itapetinga. <http://diariooficial.cisvita.ba.gov.br/> (acessado em 22/Fev/2022).
38. Câmara Municipal de Vitória da Conquista. Início. <https://www.camaravc.ba.gov.br/home/inicio/1> (acessado em 22/Fev/2022).

Abstract

Analysis of the implementation, management, operation and sustainability of the Interfederative Health Consortia and the Regional Specialty Polyclinics, in the State of Bahia, Brazil. This is a single case study of a qualitative nature, with interviews with managers, social control, regulation, legislative, and mayors of municipalities in the member. The results indicate that capital expenditures and permanent cofinancing by the state manager are factors that encourage the participation of vertical consortia. The support of small municipalities, social participation bodies, and municipal councils stood out. We observed the strengthening of the cooperative relationship among public administrators from formal decision-making spaces and by the need for daily management of specialized care (SC). The offer of SC via consortia mitigated the dependence on buying SC from private services. The fear of losing autonomy, centralizing care in state equipment, and ignoring municipal financing were challenges in the process of restructuring regional specialty services. The support and sustainability of the initiative was based on the evaluation of a situation in which the accessibility to SC was more favorable after implementation of the Polyclinic and of user satisfaction with the quality of services. Strategies to communicate with the population and to bring together instances of social control need to be undertaken. We consider that the case represents a format, within public management, for the provision of more viable and timelier SC, gaining in dimension and quality, especially in territories with a significant number of small municipalities.

Health Consortia; Regional Health Planning; Health Management; Secondary Care

Resumen

Se analiza la implementación, la gestión, el funcionamiento y la sostenibilidad de los Consorcios Interfederativos de Salud y de las Policlínicas Regionales de Especialidades en Bahía, Brasil. Se trata de un estudio de caso único, de carácter cualitativo, con entrevistas a gestores, control social, regulación, legislatura y alcaldes de municipios consorciados. Los resultados indican que los gastos de capital y la cofinanciación permanente del costeo por parte del gestor estatal son factores que incentivan la adhesión a los consorcios verticales. Se destacó el apoyo de los pequeños municipios, de instancias de participación social y de los consejos municipales. Se observó el fortalecimiento de la relación cooperativa entre los gestores con base en los espacios formales de decisión y en la necesidad de la gestión cotidiana de la atención especializada (AE). La oferta de AE mediante consorcios mitigó la dependencia de compra de AE en servicios privados. El temor a la pérdida de autonomía, a la centralización de la atención en establecimientos estatales y al no reconocimiento de la financiación municipal fueron desafíos en el proceso de reestructuración de los servicios regionales de especialidades. El apoyo y la sostenibilidad de la iniciativa se sustentaban en la evaluación de una situación más favorable de acceso a la AE tras la implementación de la Policlínica y de la satisfacción de los usuarios con la calidad de los servicios. Es necesario emprender estrategias de comunicación con la población y un acercamiento a las instancias de control social. Se considera que el caso representa un formato, al interior de la gestión pública, para la prestación de AE más viable, oportuna, con ganancias en escala y calidad, sobre todo en territorios con un número expresivo de municipios pequeños.

Consorcios de Salud; Regionalización; Gestión en Salud; Atención Secundaria de Salud

Recebido em 16/Fev/2022

Versão final rerepresentada em 10/Mai/2022

Aprovado em 26/Mai/2022