

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
DOUTORADO**

Guilherme Arevalo Leal

CONSÓRCIOS PÚBLICOS NA SAÚDE: Fatores determinantes para a formação,
efetividade e inovação do arranjo intermunicipal

São Caetano do Sul

2023

GUILHERME AREVALO LEAL

CONSÓRCIOS PÚBLICOS NA SAÚDE: Fatores determinantes para a formação, efetividade e inovação do arranjo intermunicipal

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Municipal de São Caetano do Sul como requisito para a obtenção do título de Doutor em Administração.

Área de Concentração: Gestão e Regionalidade

Orientador: Prof. Dr. Celso Machado Júnior

Coorientador: Prof. Dr. Luís Paulo Bresciani

São Caetano do Sul

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

AREVALO LEAL, Guilherme.

CONSÓRCIOS PÚBLICOS NA SAÚDE: Fatores determinantes para a formação, efetividade e inovação do arranjo intermunicipal / Guilherme Arevalo Leal - São Caetano do Sul: USCS, 2023.

210 p.: il.

Orientador: Prof. Dr. Celso Machado.

Tese (doutorado) – USCS, Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Programa de Pós Graduação em Administração, 2023.

1. Consórcios Públicos. 2. Associativismo intermunicipal. 3. Saúde Pública. 4.Regionalidade. 5.Inovação. I. Título II. Bresciani, Luís Paulo. III. USCS – Programa de Pós Graduação em Administração

Reitor da Universidade Municipal de São Caetano do Sul

Prof. Dr. Leandro Campi Prearo

Pró-reitora de Pós-graduação e Pesquisa

Prof.^a Dra. Maria do Carmo Romeiro

Gestor do Programa de Pós-graduação em Administração

Prof. Dr. Eduardo de Camargo Oliva

Tese defendida e aprovada em: 22 / setembro / 2023 pela Banca Examinadora constituída pelos professores:

Prof. Dr. Celso Machado (orientador – Universidade Municipal de São Caetano do Sul - USCS)

Profa. Dra. Raquel da Silva Pereira (Universidade Municipal de São Caetano do Sul USCS)

Prof. Dr. Silvio Augusto Minciotti (Universidade Municipal de São Caetano do Sul - USCS)

Profa. Dra. Regina Viotto Monteiro Pacheco (Fundação Getúlio Vargas - FGV)

Prof. Dr. Lizandro Lui (Fundação Getúlio Vargas - FGV)

Ao professor Luis Paulo Bresciani que foi meu orientador na graduação em Economia e novamente em boa parte deste doutorado.

Ao professor Celso Machado Jr., que além de orientar nesta tese, me ajudou em minhas primeiras publicações.

Também dedico a todos os professores e todas as experiências que me trouxeram até aqui e me levarão adiante, então expando este agradecimento à vida e ao Universo.

Agradecimentos

Aos meus 5 para 6 anos de idade meus pais realizaram o sonho de uma casa própria, a qual foi adquirida junto a um senhor idoso e solitário. Este senhor, que pintava belos quadros, costumava me perguntar o que eu gostaria de ser quando adulto. Sem saber ao certo a razão dessa resposta, eu respondia: cientista.

Obviamente a vida me levou por caminhos que em determinados momentos me colocaram em posições ábditas em relação à ciência, sobretudo pelo fato de que muito cedo (15 anos) ingressei no mercado de trabalho em uma indústria, onde meu pai trabalhava. Também pelo fato de que inserido em uma sociedade capitalista, muitas vezes os estudos (erraticamente) são considerados um meio e não um fim.

Contudo, ao longo do tempo, felizmente a vida me proporcionou chances de me reaproximar à ciência, primeiro com o mestrado, depois lecionando em 2 universidades na cidade de São Paulo e mais recentemente em um doutorado.

Trabalho na indústria farmacêutica. Atualmente completo 12 anos de experiência neste mercado, cômscio de que a ciência e a pesquisa salvam vidas.

Lembro-me quando entrei em contato com o professor Bresciani, cerca de 2 meses após eu retornar da Itália, quando eclodiu a pandemia de COVID-19. Foi um contato que ocorreu 10 anos após eu me graduar em Economia também com ele.

Em meio ao cenário caótico ao qual a saúde pública brasileira e outras áreas de cunho social foram submetidas, de forma ardilosa, estava muito interessado em contribuir de alguma maneira neste tema.

Agradeço minha esposa por todo suporte ao longo desta produção, e aos meus pais que possibilitaram que eu chegasse até aqui.

Agradeço a todos que possibilitaram que esta tese existisse e também possibilitaram que eu realizasse o sonho de participar da comunidade científica, trazendo uma contribuição marginalmente pequena para a ciência, através de um aprendizado incomensurável para mim.

“As equipes dos municípios têm muito mais experiência, muito mais conhecimento que os membros do executivo, e com isso você constrói sua política pública de baixo para cima, que é o correto. Você começa a construir uma casa pelo alicerce, não pelo telhado.”

Entrevistado 6 – Diretor Executivo do Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento da Serra Gaúcha - CISGA

AREVALO LEAL, Guilherme. **CONSÓRCIOS PÚBLICOS NA SAÚDE**: Fatores determinantes para a formação, existência e o sucesso do arranjo intermunicipal. Universidade Municipal de São Caetano do Sul. São Caetano do Sul, SP, 2022.

RESUMO

O governo, através de suas instituições, visa ao atendimento das necessidades básicas da população, em especial das camadas mais desprovidas da mesma. O SUS, advento da Constituição de 1988 e de anos de reforma sanitária brasileira, é o sistema responsável por garantir saúde universal gratuita em território nacional, inclusive para imigrantes ou turistas no Brasil. Dada a proporção agigantada do Brasil, e as diferentes realidades em seus diversos territórios, o SUS se descentraliza a partir da década de 1990 - aumentando a autonomia de estados e municípios, porém abrindo espaço para que os entes de menor porte e mais frágeis financeiramente sofressem defasagem na saúde pública em relação aos entes mais ricos. Os municípios pequenos, com menor recurso, recorrem ao associativismo e à regionalização, em especial aos consórcios públicos de saúde como instrumento inovador para minimizar as ineficiências e maximizar o uso dos recursos. Este trabalho teve como objetivo identificar, analisar e compreender os fatores determinantes para a constituição, existência e efetividade de um consórcio público de saúde e seus benefícios em termos de emprego dos recursos e gestão pública. O estudo iniciou-se com uma revisão sistemática de 76 artigos acadêmicos e teve abordagem de métodos mistos (procedimentos quantitativos e qualitativos), combinando uma *survey* descritiva e entrevistas com gestores de consórcios. Como principais resultados nesta tese, é possível apontar que os aspectos teóricos precursores se confirmam, onde os consórcios encontram dificuldades na sua constituição inicial por possuírem características específicas e únicas em seus protocolos de intenções, e obtém seus principais casos de sucesso nas compras e contratações públicas, além do alinhamento dos membros do poder executivo em escala regional. A tese também apresenta diversos relatos inéditos de gestores de consórcios, que através de suas experiências trouxeram pontos de vista contributivos para o tema, incluindo recomendações futuras para o consorciamento nacional.

Palavras-chave: Consórcios Públicos. Associativismo Intermunicipal. Saúde Pública, Regionalidade, Inovação na Gestão Pública.

AREVALO LEAL, Guilherme. **PUBLIC HEALTH CONSORTIA**: Determining factors for the formation, existence, and success of the intermunicipal arrangement. Universidade Municipal de São Caetano do Sul. São Caetano do Sul, SP, 2022.

ABSTRACT

The government, through its institutions, aims to meet the basic needs of the population, especially the most deprived layers, since the sum of the actions of individuals is not capable of ensuring minimum conditions of existence for all. The SUS, an advent of the 1988 Constitution and outcome of Brazilian health reform, is the system responsible for guaranteeing free universal healthcare in the national territory, including for immigrants or tourists in Brazil. Given the huge proportion of Brazil, and the different realities in its various territories, SUS was decentralized from the 1990s onwards, increasing the autonomy of states and municipalities, but opening space for smaller and more financially fragile entities to suffer lag in public health in relation to richer entities. Small municipalities, with less resources, resort to cooperation and regionalization, especially public health consortia, as an innovative instrument to minimize inefficiencies and maximize the use of resources. This study aimed to identify, evaluate, and understand the determining factors for the constitution, existence and success of a public health consortia and its benefits in terms of use of resources and public management. The study began with a systematic review of 76 research articles and had a mixed methods approach (quantitative and qualitative), combining a descriptive survey and interviews with consortium managers. As the main results of this thesis, it is possible to point out that the results obtained confirm the precursor theoretical aspects, where the consortia find difficulties in their initial constitution as they have individual and unique aspects in their protocols of intentions and obtain their main cases of success in public purchases and contracts, in addition to the alignment of members of the regional executive leadership. The thesis also presents several unprecedented comments from public consortia executives, which through their experiences were able to bring contributory points of view to the theme, including future recommendations for the national consortium.

Keywords: Public consortia. Intermunicipal Cooperation. Public Health. Regionalization. Innovation in Public Management.

Lista de Figuras

Figura 1	PIB da Cidade de São Paulo	66
Figura 2	Nuvem de universidades	69
Figura 3	Nuvem de método empregado	69
Figura 4	Nuvem de objetivo	69
Figura 5	Nuvem de títulos dos trabalhos	69
Figura 6	Consórcios públicos desde 1970	73
Figura 7	Consórcios públicos por estado e região	82
Figura 8	Dimensões culturais organizações e instituições	93
Figura 9	Formalização consórcios públicos	109
Figura 10	Quantidade de municípios participantes	110
Figura 11	Separação de consórcios uni e multifinalitários	112
Figura 12	Demais finalidades dos consórcios públicos	113
Figura 13	Existência de câmaras técnicas de saúde	114
Figura 14	Composição de câmaras técnicas de saúde	115
Figura 15	Existência de programas de capacitação	117
Figura 16	Importância da segurança jurídica para entes	118
Figura 17	Fatores determinantes formação e continuidade	119
Figura 18	Planejamento de quadro de colaboradores	121
Figura 19	Principais características de atuação	122
Figura 20	Percepção ganhos de efetividade	124
Figura 21	Percepção de influência sobre planejamento	125
Figura 22	Principais políticas de saúde do consórcio	126
Figura 23	Extensão das políticas de saúde pelo consórcio	127
Figura 24	Principais aquisições efetuadas pelos consórcios	128
Figura 25	Influência do consórcio nas aquisições públicas	129
Figura 26	Percepções acerca da realidade do consórcio	130
Figura 27	“O consórcio foi capaz de colaborar com SUS”	131
Figura 28	“O consórcio proporcionou melhorias técnicas”	132
Figura 29	“O consórcio proporcionou melhorias de gestão”	133
Figura 30	Em que medida recomendaria o consórcio	134
Figura 31	“O consórcio foi capaz de contribuir ao consenso”	135
Figura 32	“O consórcio aumentou comprometimento”	136
Figura 33	Percepção da distribuição de benefícios	137

Figura 34	Autonomia do gestor executivo sobre decisões	138
Figura 35	Contato entre executivos e equipe técnica	139
Figura 36	Relevância da participação do consórcio pandemia	140
Figura 37	Modelo fatores determinantes do CIS	176
Figura 38	Fluxo de trabalho da tese	184

Lista de Quadros

Quadro 1	Objetivos da Tese	25
Quadro 2	Diferenças teoria neoclássica, evolucionária e NEI	87
Quadro 3	Objetivos abordados na <i>survey</i>	100
Quadro 4	Entrevistas semiestruturadas: roteiro	103
Quadro 5	Consórcios e gestores participantes etapa quali	104
Quadro 6	Objetivos específicos e resultados verificados	178

Lista de Tabelas

Tabela 1	Distribuição dos artigos selecionados	68
Tabela 2	Categorização dos consórcios	68
Tabela 3	Origem dos trabalhos	69
Tabela 4	Objetivos, resultados e contribuições	70

Lista de Abreviaturas e Siglas

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
B2B	<i>Business to business</i>
B2G	<i>Business to government</i>
CE	Ceará
CIGPF	Concurso de Inovação na Gestão Pública Federal
CIP	Consórcio Intermunicipal Público
CMED	Câmara de Medicamentos
DATASUS	Database do Sistema Único de Saúde
DEA	Data Evelopment Analysis
DF	Distrito Federal
DLOG	Departamento de Logística do Ministério da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
G2C	<i>Government to Consumer</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMRS	Índice Mineiro de Responsabilidade Social
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas
MA	Maranhão
NEI	Nova Economia Internacional
NHS	National Health System do Reino Unido
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PE	Pernambuco
PIB	Produto Interno Bruto

PMC	Preço Médio ao Consumidor
RH	Recursos Humanos
SP	São Paulo
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SUS	Sistema Único de Saúde do Brasil
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
VUCA	Volatilidade, Incerteza, Complexidade e Ambiguidade

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Problematização e Objetivos	24
1.2 Justificativa, Relevância e Ineditismo	25
1.3 Pressupostos da Tese	28
1.4 Delimitação da Pesquisa.....	29
1.5 Organização da Tese.....	30
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	32
2.1 Sobre os Objetivos da Saúde Pública	32
2.1.1 A Saúde Pública como questão global.....	33
2.1.2 O Terceiro ODS – Saúde e Bem-Estar	34
2.1.3 O Status-quo Brasileiro Mediante os Objetivos de Saúde Mundiais.....	36
2.1.4 O SUS e Sua Trajetória em 3 Décadas.....	39
2.1.5 Desafios Ideológicos Inerentes à Consecução do ODS 3 no Brasil	40
2.2 Sobre a Gestão e a Governança Pública.....	42
2.2.1 Gestão Pública na Saúde	43
2.2.2 Inovações e Tendências na Gestão Pública de Saúde	46
2.2.3 Associativismo Territorial	48
2.2.4 Regionalização de Políticas de Saúde Pública.....	50
2.2.5 Gestão de Desempenho das Políticas de Saúde	52
2.2.6 Protocolos de Saúde Federais, Estaduais e Municipais.....	54
2.3 Sobre os Processos e Entregas na Gestão Pública de Saúde	55
2.3.1 Negociação e o Poder de Barganha na Gestão Pública	57
2.3.2 Maximização de Recursos Públicos.....	59
2.3.3 Compliance na Administração Pública	61
2.3.4 Ineficiências e Teoria de Agência.....	62
2.4 Inovação e a Complexidade nos Consórcios Públicos.....	64
2.4.1 Literatura Sobre Consórcios Públicos no Brasil.....	66
2.4.2 Sobre a Associação Entre Municípios.....	71
2.4.3 Constituição, Legislação e Regulamentação dos Consórcios.....	72
2.4.4 Motivações dos Consórcios Públicos	75
2.4.5 Casos de Sucesso e Experiências Relevantes.....	77
2.4.6 Desafios Inerentes aos Consórcios Públicos Brasileiros.....	79
2.4.7 Demografia e Classificação dos Consórcios Públicos Brasileiros	81
2.5 Reflexões teóricas que embasam a tese	83
2.5.1 Economia neoclássica	83
2.5.2 Institucionalismo.....	86
2.5.3 Nova Economia Institucional.....	88
2.5.4 Cultura Institucional na Saúde Pública e as Capacidades Dinâmicas	92
2.6 Síntese do referencial teórico abordado.....	95
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	97
3.1 Sobre a Pesquisa, Suas Motivações e os Métodos Mistos	97
3.1.1 Caracterização da Pesquisa de Métodos Mistos – Quanti e Quali	98

3.2 Levantamento Quantitativo: A etapa da <i>survey</i>	99
3.3 Etapa Qualitativa – Entrevistas com especialistas	102
3.4 Tratamento dos Dados e Análise	104
4 ANÁLISE DE RESULTADOS E DISCUSSÃO	106
4.1 Lócus da Pesquisa – Características dos Consórcios do Escopo	107
4.2 Análise de Resultados da <i>Survey</i> – Etapa Quantitativa	108
4.2.1 Sobre a Formação e Formalização dos Consórcios Públicos de Saúde	108
4.2.2 Sobre a Efetividade da Operação do Consórcio	124
4.3 Análise das Entrevistas – Etapa Qualitativa	141
4.3.1 O Histórico dos Consórcios Públicos de Saúde	142
4.3.1.1 Sobre o Arcabouço Jurídico dos Consórcios de Saúde	142
4.3.1.2 Sobre a Composição do Consórcio Público	145
4.3.1.3 Sobre a Existência e Composição de Câmaras Técnicas	148
4.3.1.4 Sobre a Capacitação dos Colaboradores do Consórcio	151
4.3.1.5 Sobre a Percepção de Segurança Jurídica dos Membros.....	153
4.3.1.6 Sobre a Participação dos Consórcios em Ações na Pandemia.....	156
4.3.2 O Momento Atual do Consorciamento no Brasil.....	159
4.3.2.1 Sobre a Capacidade de Melhorar Políticas Públicas de Saúde.....	159
4.3.2.2 Sobre a Capacidade de Influenciar Políticas Públicas dos Municípios	161
4.3.2.3 Sobre Benefícios Além das Contratações Públicas	163
4.3.2.4 Sobre Pontos Fracos e Oportunidades de Melhoria	164
4.3.3 O Futuro do Consorciamento no Brasil.....	167
4.3.3.1 Sobre o Futuro Papel do Consórcio em Políticas Públicas de Saúde.	167
4.3.3.2 Sobre os Futuros Pontos Fortes do Consorciamento	169
4.3.3.3 Sobre o Consórcio Ideal perante o Consórcio Atual	170
4.3.3.4 Recomendações aos Futuros Gestores de Consórcio.....	172
4.4 Modelo sobre os Consórcios Municipais de Saúde.....	176
5 Considerações Finais	177
REFERÊNCIAS	186
Apêndice A – Formulário da <i>survey</i> descritiva, primeira etapa da metodologia de métodos mistos (quanti e quali).....	205
Apêndice B – Roteiro das entrevistas realizadas junto aos gestores de consórcios públicos com atuação na saúde	215
Apêndice C – Gestores entrevistados na pesquisa qualitativa	217

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta as inovações na gestão pública de saúde, tendo como locus os consórcios públicos, de caráter intermunicipal, explicitando as condições e práticas capazes de maximizar os recursos públicos investidos na saúde e aprimorar as práticas de gestão pública territorial, através de sua flexibilidade nos modelos de gestão e execução. Intencionalmente, estes consórcios, enquanto instrumentos catalisadores da inovação, serão analisados nas perspectivas de compras, planejamento e políticas públicas, para que seja possível compreender seus benefícios em comparação aos municípios, atuando de maneira singular.

A sociedade moderna (principalmente no chamado mundo ocidental), possui características mais voltadas aos regimes de descentralização do governo, como uma característica evolutiva da democracia. Diferentes esferas de poder independentes foram criadas em regimes republicanos e/ou parlamentaristas (poderes executivo, legislativo e judiciário), além da divisão territorial dos países em estados e municípios, a exemplo da estrutura federativa brasileira. Há grandes centros urbanos populosos, áreas rurais com baixíssima densidade demográfica, cidades históricas, cidades tecnológicas, fragmentos de povos nativos e indígenas que podem compor frações do país. A existência de uma autoridade local (cuidando de pequenas porções de uma nação) fez-se necessária devido à heterogeneidade social e suas diferentes especificidades territoriais (GOEL *et al.*, 2017).

Essa descentralização - que é positiva do ponto de vista da atenção social e conhecimento sobre a população, eventualmente faz-se negativa, quando se trata de disponibilidade de recursos, compras e gasto social. Nesta perspectiva, a compra descentralizada de pequenas prefeituras, e até mesmo de estados menos industrializados e populosos de um país, pode gerar gastos superiores em decorrência de aquisições com baixa volumetria. Regra básica de compras e de jogos de negociação em hospitais públicos (NOTO; KOJO; INNAMI, 2017), a consolidação de volume/poder de compra é um importante fator de barganha, e pesa mais sobre os entes de menor arrecadação.

No setor da saúde do Brasil, por exemplo, sabe-se que um mesmo medicamento pode ter preços totalmente diferentes, quando comprado em esfera federal, em relação à compra municipal, chegando a diferenças de 90% do preço,

onerando mais o município que de forma independente empenha seus recursos (CHAVES; DE CASTRO; OLIVEIRA, 2017).

A existência de medicamentos e serviços gratuitos para a sociedade depende de políticas públicas de saúde eficientes. Os sistemas públicos de saúde (WHO, 2018) foram criados para atender pessoas com enfermidades, deficiências e inaptidões físico-mentais, que demandem condições de tratamento médico, tratamento esse custoso em um sistema privado e que não poderia ser suportado por toda a população. Com o passar do tempo, o *share* dos serviços públicos de saúde, em relação aos particulares, tem crescido;- em boa parte, em decorrência de fatores como desemprego e estratificações sociais (mais agravantes em países pobres).

No Brasil, a discussão sobre o Sistema Único de saúde - SUS esteve incorporada a todo o debate relacionado à necessidade de políticas sociais (REIS, 2018). Devido à Emenda Constitucional 95, que foi aprovada apenas dois anos antes de o SUS completar seu trigésimo aniversário, o país que evoluía em termos de atenção básica de saúde, incorporações de novas tecnologias (como medicamentos biológicos) e municipalização e regionalização da saúde, caminhou para a argumentação basilar sobre como sustentar as políticas públicas já existentes, em meio ao cenário de restrição de recursos federais e estaduais.

O SUS foi criado sob forte inspiração nos sistemas públicos de saúde europeus, principalmente o National Health Service - NHS, que é motivo de orgulho nacional britânico e referência mundial (TANAKA; OLIVEIRA, 2007). Ambos os sistemas visam suportar o direito constitucional à saúde, e propõem uma cobertura pública universal aos cidadãos, com seus alicerces sob a arrecadação pública originada pelos próprios cidadãos, e não mediante uma cobrança eletiva, ou mediante comprovação de atividade econômica.

No caso específico do Brasil, o SUS nasceu oficialmente em 1988, após a aprovação da Constituição Federal (sendo um dos direitos constitucionais, a saúde de qualquer pessoa em território nacional), e teve seus principais atributos definidos ao longo da VIII Conferência Nacional de Saúde (CORDEIRO, 2004). Assim, ocorria o nascimento de um sistema de atendimento público e descentralizado, permitindo que os demais entes da federação pudessem adotar medidas específicas de saúde, conforme necessidade local e disponibilidade de orçamento (os programas não precisavam necessariamente ser federais).

Sistemas públicos nacionais de tamanha magnitude estão expostos a ineficiências em sua gestão de recursos. A Farmacoeconomia, cujo objetivo é entender oportunidades de melhoria dos gastos sociais de saúde, em diferentes vertentes (tratamento farmacêutico, acolhimento hospitalar ou cirúrgico), oferece ao gestor de saúde uma compreensão ampla sobre o investimento na aquisição de determinados medicamentos, que podem aumentar a vida útil das pessoas. Tal êxito, não apenas permite economizar em leitos hospitalares, mas também faz com que a boa saúde dos pacientes colabore com a economia e a produtividade do país, ao seguirem uma vida normal e ativa de trabalho e estudo (MOTA; FERNANDES; COELHO, 2003). Faz-se assim necessário, na saúde pública, que sejam empregados conceitos de economia, para se compreender a situação coletiva.

Esses medicamentos de alta tecnologia, ofertam a capacidade de controlar doenças graves e eliminar sintomas que impedem o seguimento de vida normal aos pacientes, contudo, têm um elevado custo (SCACCABAROZZI *et al.*, 2016). Para que um paciente de psoríase severa apresente uma melhora de 75% de sua doença, por exemplo (escala PASI), o custo anual no SUS varia de 50 a 130 mil reais, dependendo do medicamento escolhido pelo médico.

Apesar da existência de tratamentos custosos, no Brasil há órgãos reguladores de preços no mercado farmacêutico. A Câmara de Medicamentos - CMED é responsável por registrar os Preços Máximos ao Consumidor - PMC, dos medicamentos nacionais e importados, que são comercializados no país. Esse “teto” do preço dos medicamentos pode ser reajustado apenas uma vez ao ano, de acordo com o percentual informado pela CMED, em registro público (ROCHA ARAUJO; DE MÉLO NETTO, 2018). Todo e qualquer medicamento comercializado no Brasil precisa ter um registro de preço na CMED. Partindo desse preço máximo, as indústrias farmacêuticas podem negociar descontos no mercado privado e público, desde que nunca atinjam o nível de seu custo (o que caracterizaria *dumping*, em busca de domínio do mercado frente os concorrentes).

Segundo consulta ao Banco de Preços da Saúde (BPS, 2022), que arquiva os preços dos medicamentos em licitações e compras públicas, um mesmo medicamento pode ter no Brasil de três a quatro diferentes preços, para órgãos públicos de diferentes esferas. Na esfera federal, em geral, são encontrados os maiores descontos. Na estadual, os descontos são intermediários e na esfera municipal, praticamente inexistem (com muitos produtos sendo comercializados ao preço do

mercado privado). Soma-se a esta situação, as ações judiciais, que causam urgência e oneram as instituições por falta de melhor planejamento e de existência de programas mais amplos, e mesmo que essa falta se dê por recursos financeiros restritos, sofrem novo impacto financeiro. A compra centralizada surge como uma alternativa para redução de custos e geração de programas de saúde melhor estruturados (MACHLINE, 2007).

A existência dos consórcios públicos no Brasil traz exemplos de modernização na gestão pública, o que coloca seus participantes em posição de vanguarda, naquele que é o objetivo central da associação (VANGERRE *et al.*, 2020). Contudo, em um cenário de desabastecimento de medicamentos e insumos hospitalares, os consórcios públicos também se apropriam da função de manter em funcionamento programas já existentes, através de redução de preços praticados pela indústria farmacêutica (DO AMARAL; BLATT, 2011).

Tais consórcios públicos de saúde, por sua vez, são agrupamentos de entes federativos (estaduais e municipais), com a intenção de aumentar a eficiência dos gastos públicos, uma vez que os recursos são limitados e as necessidades de atendimento à população tendem a crescer, em especial nos países em desenvolvimento. Nesse sentido, os consórcios intermunicipais são uma maneira de buscar melhores condições de saúde para a população, sendo capazes de reunir *capabilities* de diferentes cidades, que somadas, trazem um *portfólio* de serviços ricos aos cidadãos (THESING *et al.*, 2018a). O Consórcio da Fronteira Noroeste do Rio Grande do Sul, por exemplo, obteve 25% de redução de custos através da implementação deste modelo. Um ponto importante e que cabe no arcabouço da gestão é a necessidade de melhorar a matriz administrativa, qualificação de funcionários e a organização da instituição pública.

Seguindo essa linha de pensamento (FARIAS, 2017), os consórcios públicos são uma forma de promover prestações integradas de serviços públicos, sempre em busca de economicidade, eficiência e acesso à sociedade. Um dos principais motivos para que haja necessidade dessas colaborações, é o fato de que a grande maioria dos municípios e estados do país, não consegue dar conta de suas atribuições sem se valer de repasses de recursos, sejam federais ou estaduais.

No caso do Brasil, as combinações de entes federativos em esforços e políticas públicas, estavam previstas na Constituição Federal de 1988, porém a falta de procedimentos detalhados demandava uma melhor orientação. Na constituição, ficou

previsto um federalismo com cooperativismo entre os entes da federação, mas não havia um regimento que orientasse nesse sentido. A lei 11.107/2005 instituiu os consórcios públicos e suas normas de funcionamento, dando a eles os direitos de execução de recursos (e, conseqüentemente, à submissão aos tribunais de contas públicas), o que trouxe maior credibilidade aos entes que desejassem ser participantes de um consórcio. Essa importante lei decorre de dois movimentos: um deles, interno ao congresso nacional; o outro, provocado pelo Consórcio Intermunicipal Grande ABC, em carta enviada ao presidente da República do Brasil em 2003, na qual a regulamentação dos consórcios como ente público era um dos oito pontos abordados daquele documento.

No Reino Unido e no NHS, que inspiraram a criação do SUS, os Consórcios são bem-vindos, porém ocorrem em uma escala menor em relação ao Brasil, em boa parte, por conta das dimensões territoriais diferenciadas entre os dois países. Os consórcios do NHS, se restringem a atendimentos básicos (*primary care*), de instituições que no passado recebiam estoque do governo britânico e que agora podem efetuar suas compras, para atender a populações locais (BLACK, 2010). Diferentemente do Brasil, qualquer caso que saia da baixa complexidade e assistência primária, no NHS, é encaminhado aos grandes hospitais nacionais, dada a maior facilidade de transferência e menores distâncias.

Consórcios agregam diferentes cidades, estados e regiões, que possuem interesses em comum ou complementares, mas em nível individual, esses entes também possuem interesses divergentes, agendas com prioridades variáveis e isso pode, eventualmente, provocar choques administrativos. Somam-se aos choques administrativos, a variedade cultural. Por mais que municípios consorciados sejam vizinhos, pode haver diferenças na cultura. A cultura institucional é um fator existente não só em empresas, mas também nos governos de países, estados e cidades (MELATI; JANISSEK-MUNIZ, 2017). Sendo a cultura única para cada micro-organização, podem ocorrer então, choques culturais entre cidades participantes de um consórcio (lateralmente), ou de cidades em relação ao governo estadual, ou dos estados em relação ao governo federal .

A cultura nas organizações públicas brasileiras é valorizadora de padrões formais, avessa aos riscos, avessa aos ambientes turbulentos, constante, conservadora e corporativa (BERGUE, 2010), e, em boa parte, tal padrão se deve à limitação de seus recursos. Esse ambiente burocrático, por sua vez, faz com que

propostas inovadoras não tenham a fluidez necessária e o apoio e patrocínio para suas implementações. Essas características vão na contramão das empresas arrojadas, que mais geram valor, como Google, Tesla, Facebook, que buscam viver na essência o ambiente VUCA (*volatile, uncertain, complex, ambiguous*), e justamente através de uma cultura voltada ao enfrentamento dessas situações, concebe grande quantidade de inovações, em boa parte inovações disruptivas e capazes de satisfazer clientes, após curto prazo de investimento (STEIBER; ALANGE, 2016).

Há uma tendência para o foco em temas de apelo social na gestão pública, em especial nas cidades de pequeno porte, nas quais a temática da saúde possui um forte apelo eleitoral (LUI; LIMA; BARBOSA DE AGUIAR, 2022). A motivação para a criação dos consórcios passa, então, pela criticidade e a necessidade da população por alguma política pública (que, muitas vezes, não logra sucesso na ação), independente de cidades com pouca arrecadação, impulsionando os gestores à adesão a este modelo inovador de associativismo territorial. Cabe ressaltar a reconhecida dificuldade para que as políticas públicas, ao longo do tempo, sobreponham os interesses eleitorais e os planos de governo partidários, tornando os consórcios importantes componentes das instituições nacionais, migrando seu foco para os aspectos estruturais das municipalidades e reduzindo a influência da conjuntura política sob sua atuação (CAVALCANTE, 2011).

1.1 Problematização e objetivos

Relacionando as experiências precursoras, a literatura existente e a intenção de compreender a efetividade do arranjo intermunicipal proposto nos consórcios públicos de saúde, configurou-se a seguinte questão de pesquisa, que norteou a investigação realizada:

- Quais são os fatores determinantes para a constituição, existência e sucesso de um consórcio público de saúde e seus benefícios em termos de emprego dos recursos e gestão pública?

Na percepção do fluxo necessário para atingir a resposta para essa pergunta de pesquisa, são expostos os seguintes objetivos específicos que sustentarão o objetivo geral no Quadro 1, que expressa os objetivos propostos, para atender a questão de pesquisa que se apresenta.

Quadro 1 - Objetivos da tese

Geral		
Analisar os fatores determinantes para a constituição e efetividade dos consórcios intermunicipais de saúde		
Tipo de Objetivo	Descrição	Embasamento na Literatura
Específico 1	Efetuar uma análise sistemática da literatura precursora sobre consórcios públicos, para fundamentar a tese.	<ul style="list-style-type: none"> • (FLEXA; BARBASTEFANO, 2020)
Específico 2	Identificar quais são os principais fatores determinantes para a formação de um consórcio público na área da saúde	<ul style="list-style-type: none"> • (FLEXA, 2018) • (MELLO <i>et al.</i>, 2017) • (FERNANDES, 2017)
Específico 3	Identificar os principais fatores inerentes à maximização do uso dos recursos públicos através do consorciamento na saúde que asseguram a efetividade da operação do consórcio.	<ul style="list-style-type: none"> • (FILIPPIM; MOREIRA; CETOLIN, 2018a) • (COSTA; CASTANHAR, 2003) • (ABRUCIO; FILIPPIM; DIEGUEZ, 2013)
Específico 4	Identificar, se e como os consórcios públicos intermunicipais foram capazes de trazer melhorias de gestão e inovação, para além dos conhecidos benefícios diretos financeiros.	<ul style="list-style-type: none"> • (DO AMARAL; BLATT, 2011) • (MACHADO; ANDRADE, 2014)
Específico 5	Identificar os principais desafios de consórcios intermunicipais de saúde tanto no âmbito individual do ente participante quanto no âmbito coletivo do arranjo.	<ul style="list-style-type: none"> • (LUI; LIMA; BARBOSA DE AGUIAR, 2022) • (SHIMIZU <i>et al.</i>, 2021) • (Carvalho <i>et al.</i>, 2017)
Específico 6	Elaborar um quadro estruturado com parâmetros referentes aos consórcios públicos baseado nos resultados obtidos e expectativas futuras, a fim de colaborar com o porvir da gestão regional.	<ul style="list-style-type: none"> • (HOFSTEDE, 2011) • (LANGDON; WIJK, 2010) • (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012)

Fonte: o próprio autor (2023).

Através dos autores, que suportam cada objetivo específico, foi possível obter embasamento histórico para o presente trabalho proporcionar o atingimento do objetivo de melhor entender a formação, o funcionamento dos consórcios públicos nacionais e seus determinantes de sucesso nos parâmetros propostos.

1.2 Justificativa, Relevância e Ineditismo

A relevância da pesquisa sobre a constituição e efetividade dos consórcios públicos, consiste em dois principais elementos: a criticidade das políticas de saúde e a inovação institucional proposta pelos consórcios públicos. Para categorizar e melhor detalhar esta relevância, propõe-se as seguintes abordagens justificativas em relação ao tema da tese:

- Justificativa 1 (Recursos Limitados) – Os recursos são economicamente limitados (PORTULHAK; RAFFAELLI; SCARPIN, 2018) e precisam ser efetivos para o atendimento social, em especial em um país em desenvolvimento como o Brasil, no qual há forte desigualdade de condições básicas como saúde e educação. Ademais dos recursos financeiros já amplamente estudados em trabalhos precursores (COSTA DE ARAUJO; JESUS, 2018; DO AMARAL; BLATT, 2011; FLEXA; BARBASTEFANO, 2020), mostrando a efetividade dos

consórcios, para com o resultado monetário ou ganho de escala; há também a preocupação com a melhor utilização dos recursos humanos, do planejamento e da execução da política pública e da efetividade no atendimento à necessidade social de saúde, e da garantia de cobertura universal, sendo a saúde um direito constitucional no Brasil. O fato de o país, no âmbito geral de políticas públicas, precisar buscar eficiência na fase de execução, os consórcios públicos surgem como instrumento inovador que auxiliam nesse sentido (COSTA; CASTANHAR, 2003).

- Justificativa 2 (Pressão Demográfica) - A população brasileira poderá crescer até 235 milhões de pessoas em 2043 (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012), e só então entrar em uma trajetória de redução (VOLLSET *et al.*, 2020). Tais projeções revelam estimativa de que em 2050 metade da população brasileira estará alocada na faixa entre 40 e 80 anos de idade, intervalo da vida quando há maior suscetibilidade a comorbidades e desenvolvimento de doenças crônicas, que na maioria dos casos, acompanham o indivíduo por todo resto de sua vida (sendo que a expectativa de vida média nacional terá crescido de 72 anos para mais de 80 anos de idade). Em meio a este cenário, a saúde pública no Brasil passa por atribulações, como as tentativas de imposição de teto aos gastos públicos da PEC-241, Emenda Constitucional EC-95 (COSTA; RIZZOTTO; LOBATO, 2020), além da pandemia de COVID-19, que ainda causa dispêndios adicionais de recursos (BOUSQUAT *et al.*, 2021; ARAUJO *et al.*, 2021).
- Justificativa 3 (Superação dos Desafios na Gestão Pública) – A gestão pública atua na linha de enfrentamento de problemas sociais e econômicos em qualquer cenário macroeconômico que o país ou seus entes federativos se encontrem (crises financeiras, pandemia, retomada econômica), tendo em meio a estas adversidades, a saúde pública (ROCHA, 2016; LEITE; PRIMO, 2012), sendo que em boa parte, os problemas sociais atacados por políticas públicas já são reconhecidos e monitorados do ponto de vista de indicadores. A adversidade dos recursos limitados apontada na justificativa 1, desencadeia deficiências na capacidade de empregar políticas públicas efetivas e contínuas, além de limitar a capacidade técnica dos agentes que atuam na execução dos

programas sociais em diversos níveis (desde os burocratas de nível de rua até a média e alta gestão pública em determinadas localidades). Em meio a este cenário, os consórcios são importante objeto de estudo para a compreensão dos desafios e superações vividas por gestores dos consórcios (SAITO *et al.*, 2021), (SIMÃO *et al.*, 2018). Ainda em um campo mais volátil, inconsciente e de difícil mensuração, residem os problemas de cooperação entre gestores públicos de diferentes entes federativos, como a superação de sentimento patrimonialista, de vieses políticos e divergências ideológicas para avançar na direção da atuação conjunta, capaz de gerar o sucesso dos consórcios (MARRONI; FRANZESE; PANOSSO, 2020).

Com relação ao aspecto de ineditismo, importante na caracterização de uma tese de doutorado, é proposta uma pesquisa de fatores determinantes da formação, constituição, sucessos e desafios. Ampla maioria dos trabalhos existentes foca em relatos sobre os resultados dos consórcios no âmbito financeiro e de ganhos de escala para uso dos recursos.

Em pesquisas nas bases mais relevantes de artigos acadêmicos como Web of Science, Scholar Google, Capes e Scielo, Teses USP não foram encontrados trabalhos que propusessem de maneira unificada/sumarizada a identificação, análise e compreensão dos fatores determinantes da formação, do sucesso e das superações dos desafios vividos pelos consórcios públicos de saúde e, sobretudo, perspectivas futuras acerca dos consórcios.

Também não foram identificados trabalhos que propusessem de maneira consolidada a apresentação da evolução histórica do tema dos consórcios públicos, ocorrências, inclusão na constituição, legislação, regulamentação e demografia dos consórcios públicos brasileiros, sendo tais parâmetros (essenciais para a ambientação no tema) apresentados no capítulo de Fundamentação Teórica desta tese, precedendo a pesquisa de campo e a coleta, análise e interpretação dos dados obtidos diretamente dos consórcios de saúde e seus gestores.

1.3 Pressupostos da Tese

Com base nos estudos precedentes, dividem-se os principais campos de estudo acerca dos consórcios em tres agrupamentos:

O primeiro compreende estudos que envolvem a constituição dos arranjos intermunicipais através da legislação e regulamentação nacional, e como tais eventos legislativos afetaram esta modalidade de associativismo, bem como demais fatores motivadores da formação do consórcio do ponto de vista dos entes federativos participantes (limitações dos recursos, demandas populacionais não atendidas, restrições técnicas de seu pessoal).

Um segundo grupo compreende os estudos que abordaram casos de sucesso de consórcios públicos, de situações nas quais a ação coletiva e compartilhada superou barreiras antes encontradas por entes federativos individualmente e foi capaz de reduzir custos, proporcionar ganhos de escala na execução das políticas públicas e apresentar melhoras nas práticas de gestão e governança.

O terceiro grupo consiste em uma gama mais recente de produções acadêmicas que buscam se aprofundar nos desafios enfrentados pelos consórcios públicos na busca por atender demandas sociais em diferentes áreas de atuação, e no caso deste trabalho, opta-se pelo enfoque na saúde pública, uma vez que é a área mais recorrente de finalidade.

No cenário brasileiro há desde 2005 um crescente movimento de criação de consórcios intermunicipais, que supera inclusive todo quantitativo de associações de entes federativos formadas no período antecessor ao ano mencionado. Não por acaso, já que em 2005 foi promulgada a Lei 11.107, que complementou o artigo 241 da Constituição Federal e abriu espaço para que os consórcios adquirissem maior respaldo jurídico enquanto organizações públicas.

Pressupõe-se também que os consórcios públicos enquanto instrumentos de gestão pública compartilhada ainda estejam em fase de maturação, uma vez que em sua maioria possuem de 15 a 20 anos de existência. Contudo, é possível deduzir que neste período de existência os consórcios já tenham, em sua maioria, experimentado situações positivas, negativas além de terem atravessado evidentemente um período inicial de formação e constituição também composto de valiosa bagagem.

Todas essas experiências já vividas por gestores públicos dos consórcios (no que tange à sua criação, êxitos e tribulações) são muito benéficas se coletadas,

organizadas e apresentadas de maneira a contribuir com demais gestores de consórcios ou com potenciais futuras associações de entes federativos.

Por este motivo, pressupõe-se que através de sua fundamentação teórica (que conta com relevantes trabalhos precursores sobre gestão pública e consórcios) somada às análises de dados da base de consórcios da CNM (Confederação Nacional de Municípios) e às interações diretas com gestores através de *surveys* ou entrevistas, seja possível colaborar com materiais para a melhor compreensão do que deve ser esperado na jornada do consorciamento público na saúde.

Presume-se que com tal organização da literatura precursora, combinada com relatos de gestores, seja possível obter um quadro-resumo que elenque os fatores determinantes na formação, constituição, sucessos e superações vividas pelos consórcios em meio aos esforços para analisar as necessidades de saúde da população, desenhar políticas públicas e programas sociais e por fim executar e colocar em prática as ações que possam melhorar as condições de vida dos cidadãos atendidos por estes arranjos municipais.

1.4 Delimitação da Pesquisa

Esta pesquisa foi desenvolvida no campo da administração pública, tendo como seu objeto central o arranjo institucional dos consórcios públicos. O estudo em questão se empenha especificamente na área da saúde, intencionalmente selecionada mediante o recente cenário de pandemia e relevantes mudanças orçamentárias que impactam gastos sociais no Brasil.

A colaboração oferecida pela tese, em termos de pesquisa e coleta de dados, se restringe ao eixo das regiões Sul e Sudeste do Brasil, mais especificamente os estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Minas Gerais, que contam com o maior número de ocorrências de consórcios públicos. Dando continuidade, para aplicação de questionários, novamente foram designados de forma propositada os consórcios que apresentassem maior abrangência e tempo de existência dentro deste eixo, no intuito de capturar as experiências vivenciadas em sua conjuntura.

É reconhecida a restrição deste trabalho à delimitação do contexto geopolítico brasileiro, bem como da constituição e da legislação brasileira acerca de administração pública, arranjos entre entes federativos e especificamente os

consórcios públicos, ademais do quadro histórico brasileiro, sua formação de instituições, democratização e descentralização do poder público.

1.5 Organização da Tese

A presente tese foi organizada em 5 capítulos, que consistem na apresentação dos objetivos de pesquisa, fundamentação do tema de consórcios públicos, pesquisa, resultados e conclusões.

No presente capítulo inicial encontra-se a introdução da tese, na qual estão expostos os estudos predecessores que culminam na pergunta de pesquisa a ser abordada neste trabalho, bem como quais objetivos devem ser alcançados para tal pergunta endereçada. Também há descrição das limitações da tese e de sua organização.

O capítulo 2 apresenta a fundamentação teórica, composta pelos principais temas que embasam esta pesquisa e que sustentam o argumento da necessidade de uma pesquisa para melhor compreensão dos fatores de formação, sucesso e superação dos consórcios para colaborar com a gestão pública.

No capítulo 3 está descrita a metodologia empregada na etapa de pesquisa desta tese, detalhando as duas etapas empregadas (etapa 1 - *survey* por questionários eletrônicos e etapa 2 - entrevistas com gestores de consórcios).

O capítulo 4 apresenta os resultados da *survey* efetuada com os consórcios públicos de saúde do eixo Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Minas Gerais, e como tais resultados quantitativos colaboram na resposta da pergunta central de pesquisa e no alcance dos objetivos propostos.

Ainda o capítulo 4 evidencia as respostas das entrevistas com gestores de consórcios selecionados dentro do mesmo eixo, e busca de maneira mais detalhada e qualitativa, através deste material, atender aos objetivos específicos e adicionar valor e experiência no endereçamento da resposta à questão de pesquisa.

O capítulo 5 consolida as principais contribuições e a identificação dos fatores determinantes para a constituição e efetividade dos consórcios públicos de saúde possibilitada pelo processo desta tese. Nele, há a apresentação de um quadro explanatório dos principais fatores identificados e como cada um destes fatores pode colaborar com os gestores no futuro. O capítulo traz trará as considerações e análises finais do processo de pesquisa e como o trabalho logrou responder à questão central

da pesquisa. Há também uma breve síntese do estudo e destaques acerca das contribuições empírica, teórica e metodológica desta tese, bem como potenciais continuidades e aprofundamentos necessários em próximas pesquisas relacionadas ao tema dos consórcios públicos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo são expostos os principais conceitos, que embasam a pesquisa. Com base nos temas apresentados na introdução, que suportam os objetivos específicos, foram abordadas as literaturas precursoras de maior relevância nos conceitos inerentes à tese e que precederam a etapa de pesquisa de campo. Foram selecionados os artigos de maior relevância e citações nos portais Scielo, Scholar Google e periódicos CAPES (WoS, Scopus, Spell).

Dentre os temas, constam aqui tópicos inerentes aos objetivos da saúde pública global e como o Brasil se posiciona nestes quesitos, além de conceitos precursores sobre a gestão pública, gestão da saúde e como os consórcios públicos surgem como uma alternativa inovadora para fortalecer a regionalização do SUS.

2.1 Sobre os Objetivos da Saúde Pública

A saúde pública é um tema internacional de significativa importância para os governantes em todos os países, porém nem todas as nações possuem programas universais e funcionais de saúde pública. A Organização das Nações Unidas - ONU, dentro dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável - ODS, possui uma lista de parâmetros relacionados à saúde dentro do chamado “terceiro grupo de objetivos”, e estes objetivos devem ser atendidos até 2030. Através de sua influência intergovernamental, internacional e diplomática, a ONU busca impulsionar os países, no sentido de evoluir a qualidade, a amplitude de procedimentos e o acesso aos serviços de saúde (KICKBUSCH, 2003).

Os países, por sua vez, possuem realidades dramaticamente diferentes. Alguns, com elevados níveis econômicos e industrialização, possuem múltiplos centros urbanos. Outros ainda em desenvolvimento, possuem uma relevante parcela da população sem saneamento básico ou alimentação apropriada. A pobreza e a desigualdade atraem riscos à saúde, desde doenças transmissíveis até desnutrição e graves problemas de saúde mental (MCMICHAEL, 2000). O grande desafio das políticas públicas nesse sentido é cobrir diferentes realidades territoriais, exercer uma gestão coletiva e inclusiva, levando em conta a pluralidade da sociedade. No Brasil, o SUS busca atender a população urbana, rural, os povos originários, com realidades

econômicas, climáticas, geográficas divergentes. As políticas públicas, por sua vez, têm o desafio de atender todas estas condições.

2.1.1 A Saúde Pública como questão global

A saúde pública é um tema internacional de significativa importância para os governantes em todos os países, porém nem todas as nações possuem programas universais e funcionais de saúde pública. A ONU, dentro dos objetivos do desenvolvimento sustentável, possui uma lista de parâmetros relacionados à saúde dentro do chamado “terceiro grupo de objetivos”, e estes objetivos devem ser atendidos até 2030. Através de sua influência intergovernamental, internacional e diplomática a ONU busca impulsionar os países, no sentido de evoluir a qualidade, a amplitude de procedimentos e o acesso aos serviços de saúde (KICKBUSCH, 2003).

A globalização é um fenômeno que integra diferentes nações dos pontos de vista econômico, social e tecnológico, contudo, ao contrário do que inicialmente figura, este fenômeno não necessariamente faz com que os diferentes países apresentem situações homogêneas de desenvolvimento (DALE, 1999). A capacidade que o ser humano adquiriu ao transitar mundialmente com maior facilidade, aumentou a velocidade com que agentes patogênicos se espalhem pelo planeta, fazendo com que as políticas públicas de saúde passassem a levar em conta padrões internacionais, visando proteger as localidades de epidemias, surgimentos de surtos de enfermidades e contaminações de itens alimentares básicos, capazes de prejudicar não somente um território, mas todo o planeta (LABONTÉ; MOHINDRA; SCHRECKER, 2011).

A OMS (Organização Mundial da Saúde), fundada em 1948, é o órgão designado dentro da ONU para acompanhar a situação de saúde pública em âmbito global, e prover auxílios nacionais quando necessário. . Problemas inerentes à saúde global, evoluíram ao longo da existência da OMS, sendo que hoje destacam-se as moléstias pandêmicas (influenza, coronavírus, AIDS); enfermidades locais, como a dengue, malária e febre amarela; problemas relacionados à extrema pobreza, como a fome e desnutrição; e um transtorno cada vez mais comum ao ser humano sedentário moderno, a obesidade e os problemas gerados por distúrbios alimentares (FORTES; RIBEIRO, 2014).

A própria OMS possui uma prática de regionalização e espacialidades, na qual cada país membro passa a ser valorado de acordo com sua capacidade de prevenção e controle de doenças específicas, algo que é relevante em momentos de crise (DARSIE; HILLESHEIM; WEBER, 2021). Determinados países possuem maior experiência no tratamento de doenças tropicais, outros na produção de vacinas e medicamentos, combate à fome e diferentes adversidades à saúde.

Com o avanço da média de expectativa de vida humana e o envelhecimento populacional ocorrido na maioria dos países desenvolvidos, e mais recentemente em boa parte dos países em desenvolvimento, espera-se que o próximo grande desafio global de saúde, seja relacionado às doenças crônicas não transmissíveis (SILVA *et al.*, 2022). A falta de renda familiar e a falta de capacidade previdenciária em boa parte dos países, tende a expor a população às dificuldades das comorbidades que surgem com o envelhecimento natural.

O não alinhamento entre as nações e a falta de priorização das metas propostas pela ONU, podem levar ao aumento da migração por saúde, na busca por tratamentos de alto custo em países desenvolvidos, ou até mesmo à dificuldade de se controlar e evitar surtos de doenças transmissíveis (SEGAL, 2019). A entrega de serviços de saúde pública, deve levar em conta fatores como: as diferenças culturais e étnicas de cada localidade, as distintas necessidades de cada região e o potencial de impacto internacional gerado pela facilidade de deslocamento dos seres humanos, seus produtos e alimentos, o que tem conexão direta com a globalização.

2.1.2 O Terceiro ODS – Saúde e Bem-Estar

O Terceiro ODS (objetivo do desenvolvimento sustentável) é uma das 17 grandes metas propostas pela ONU em 2015, também conhecidas como “Agenda 2030”, uma vez que é esperado que até tal ano os países membros da ONU tenham conseguido evoluir nos tópicos propostos, o que resultaria em uma melhor qualidade de vida em todo o planeta, além dos efeitos positivos na sustentabilidade.

Estas metas, sobretudo as do campo de saúde, por sua vez, voltaram os holofotes ao grupo de países de menor condição financeira, já que em países desenvolvidos, boa parte dos temas propostos para saúde já estão em estágio avançado ou possuíam planos de ação antes mesmo da iniciativa da ONU em propor as metas universais (BUSE; HAWKES, 2015). Em contraste com as “metas do milênio”

para a saúde, resultantes da conferência de 1992, os ODS de 2015 são amplamente aplicáveis pois compassam doenças transmissíveis, doenças crônicas e até mesmo acidentes e comorbidades resultantes de poluição.

Surpreendentemente, as publicações mais recentes acerca do tema (cobertas por revisões sistemáticas), revelam que um dos principais desafios para o sucesso no atingimento do ODS relacionado à saúde, é que os outros ODS caminhem de maneira célere em conjunto com esta meta, uma vez que temas como energia limpa, segurança no ambiente de trabalho e redução de desigualdades são fundamentais para que sistemas de saúde sejam eficientes e menos onerados (AFTAB *et al.*, 2020). Notoriamente, outros aspectos já conhecidos também surgem como fatores críticos para o sucesso no atingimento da agenda até 2030, como prenunciado, o “funding” para implementação de políticas de saúde pública, e a falta de estudos em nível subnacional que revelem métricas claras sobre as condições de saúde da população, já que a maioria dos estudos sobre os ODS são nacionais ou multinacionais.

A literatura sobre o tema de saúde global e os objetivos do desenvolvimento sustentável, coloca os sistemas nacionais de saúde (de esperada alta qualidade) como alicerce para o atingimento de bons resultados (KRUK *et al.*, 2018). O problema apontado é que a maioria dos sistemas de saúde nacionais (sobretudo os de países em desenvolvimento), na sua atual trajetória orgânica, dificilmente atingirão os patamares esperados no terceiro ODS em 2030, já que a saúde pública deveria evoluir de uma postura reativa para uma postura educacional, preventiva e de parceria e confiança para com os cidadãos, em um cenário no qual alta qualidade de atendimento não seria privilégio de uma pequena parcela ou classe rica do país.

A obtenção de resultados para um sistema de saúde, através de medidas preventivas ou educacionais nos sistemas de saúde, depende da propagação de informações de qualidade, sendo que para que seja atingido um nível universal de cobertura de saúde, deve existir um nível universal de acesso às informações de cuidados com a saúde (ROYSTON; PAKENHAM-WALSH; ZIELINSKI, 2020). Apesar de a comunidade médica e científica ter aumentado seu foco nesse aspecto preventivo da saúde e na manutenção da saúde em detrimento de ações de restauro da saúde (que tendem a ser mais custosas), até o presente momento, o acesso à informação e educação em relação à prevenção de impactos à saúde não faz parte das 13 submetas que estão abaixo do ODS 3.

Em um nível de complexidade acima, após a educação e prevenção de saúde, está o atendimento primário e básico de saúde, que também não é claramente mencionado no ODS 3, mesmo tendo sido foco da Declaração Alma-Ata 1978 realizada no Cazaquistão. Naquela ocasião, todos os países membros da ONU concordaram que cuidados de saúde primária eram fundamentais para o sucesso da saúde pública em países em desenvolvimento, colocando o tópico como uma das prioridades da UNICEF e da OMS (HONE; MACINKO; MILLETT, 2018). Evidências acumuladas em estudos predecessores revelam que países que reorientam seus sistemas de saúde para atenção primária e básica, obtêm maior avanço em relação ao ODS 3, quando comparados a países que têm no seu sistema de saúde um foco hospitalar.

Há exemplos de medidas reconhecidas internacionalmente como boa prática na busca do sucesso deste objetivo. O governo chinês implementou um programa chamado “Healthy China 2030”, que possui medidas conectadas com esportes e atividades físicas na busca pela prevenção de comorbidades que tendem a surgir devido ao sedentarismo e ao avanço da idade (DAI; MENHAS, 2020). O programa em questão não visa somente evitar que a população jovem envelheça perdendo sua saúde, mas também incluiu a população de idade mais avançada para que possam ter na atividade física, uma maneira menos custosa e mais saudável de combater suas doenças crônicas (quando comparada ao uso de múltiplos medicamentos).

2.1.3 O Status-quo Brasileiro Mediante os Objetivos de Saúde Mundiais

O Brasil figura em 2 grupos de relevante importância para o atingimento dos ODS: primeiramente faz parte do grupo de 51 países fundadores das Nações Unidas em 1945, dispondo de uma missão permanente alocada em Nova Iorque pela paz, segurança, desenvolvimento e direitos humanos; segundo porque o Brasil está entre os países com os maiores sistemas públicos de saúde mundiais, tendo em sua constituição a saúde universal como direito nacional assegurado, e cerca de 208 milhões de habitantes que usufruem de tal política pública.

O SUS possui pouco mais de três décadas de história, e foi precedido por uma intensa reforma sanitária de dez anos antes de sua criação, passando por fortes petições da sociedade civil que influenciaram diretamente a Constituição Federal de 1988, trazendo o Sistema Único de Saúde como um direito da população, sendo uma

política pública de Estado. Tal política avançou muito nestas três décadas, contrapondo uma tendência mundial de privatização de serviços de saúde, e assegurando diagnósticos, tratamentos e vacinas para todos os estratos da população brasileira (PAIM *et al.*, 2011).

Apesar do SUS, a condição de saúde no Brasil é heterogênea e mantém o país em destaque no mapa da desigualdade social. A taxa de mortalidade infantil que foi estimada em uma média de 11 mortes por 1000 nascidos vivos no país em 2020, tem um amplo desvio-padrão entre seus diferentes estados: em Roraima, este número salta para 19 mortes/1000 nascidos vivos, enquanto no Rio Grande do Sul cai para 8 casos/1000 nascidos. Comparando tais estados diretamente, estaríamos falando de índices comparáveis a EUA e Argentina no melhor extremo, e índices comparáveis à Síria e ao Azerbaijão no pior extremo (IBGE, 2020). As médias nacionais, sobretudo em países de dimensão continental, podem ocultar graves desigualdades. Parafraseando Nicanor Parra, o consumo médio de um pão *per capita* pode ocultar o fato de que o mais abonado teve acesso a dois pães enquanto outro indivíduo sucumbiu à fome.

Profissionais de saúde convergem para a opinião de que o sucesso nas políticas de saúde no Brasil depende diretamente do ambiente social e econômico em que vivem as crianças e suas famílias (ASSIS *et al.*, 2007). Uma infância com limitações no poder de compra de alimentos, má nutrição, deficiência na formação do sistema imunológico e falha na atenção primária e acompanhamento pediátrico, pode levar a uma vida jovem, adulta ou idosa com problemas crônicos de saúde, eventualmente impedindo que o indivíduo exerça uma contribuição social pelo acaso de sua limitação de saúde, impedi-lo de estudar, trabalhar ou até mesmo executar tarefas básicas. O custo inerente a esta situação de comorbidade gerada por desigualdades, pode ser muito superior, quando comparado ao custo de ofertar condições básicas de nutrição, saúde e educação na infância.

Ainda no tópico da desigualdade, o Brasil (assim como todo o planeta) experimentou tempos muito difíceis em termos de saúde pública devido à pandemia de COVID-19, uma doença que mudou o estilo de vida de todas as pessoas e exigiu cuidados sanitários avançados por parte de todos. Apesar de que essa tempestade atingiu a todos e exigiu esforço coletivo em busca da superação, nem todos estavam no mesmo barco. Pessoas com menor renda ou escolaridade, estiveram o tempo todo mais expostas à COVID por diversos motivos: falta de condições financeiras para

arcar com itens de proteção ao contágio, pouco ou nenhum acesso ao trabalho remoto por estarem envolvidas em funções operacionais básicas, necessidade do uso de transporte público superlotado, atendimento ao público e especialmente funções de linha de combate como enfermeiros e técnicos hospitalares, sendo que oito, de cada dez trabalhadores nesse segmento, eram mulheres (MINAYO; FREIRE, 2020).

Os fatos de que a taxa de mortalidade infantil nacional se reduziu pela metade nos últimos 20 anos, e a média de expectativa de vida do brasileiro aumentou em 16 anos desde o advento do SUS, inegavelmente robustecem o argumento de que o SUS é um sucesso *per se*. O avanço da cobertura de saúde e atenção básica no país, porém, possibilitou pesquisas realizadas entre 1998 e 2013, através de inquéritos domiciliares que trouxeram à tona um parecer preocupante para a sustentabilidade do SUS no médio e longo prazo: houve aumento da prevalência de diabetes e de hipertensão, duas doenças crônicas que têm direta conexão com alimentação inadequada e sedentarismo, sendo que grupos mais escolarizados tendem a apresentar menores taxas dessas comorbidades ou até mesmo de hospitalização (VIACAVA *et al.*, 2019). É válido recapitular que pesquisadores internacionais adotam o pensamento de que os ODS estão interconectados e que, para que o sucesso de um seja atingido, os demais devem avançar, e nesse caso, a educação da população colabora com a saúde.

Por fim, estudos recentes apontam que especialistas brasileiros no tema de saúde pública (e que possuem conhecimento sobre os ODS e a agenda 2030) demonstram baixa confiança de que o país possa conseguir atingir as submetas de saúde até 2030 (MOREIRA *et al.*, 2019). Há uma convergência para a ideia de que seria mais benéfico ao Brasil priorizar em um primeiro instante os ODS 4 (Educação de Qualidade) e ODS 1 (Erradicação da Pobreza). Entre a situação atual do Brasil e a ambição pelo atingimento de submetas como erradicação de AIDS, controle de substâncias nocivas e drogas e eliminação do risco causado por produtos químicos poluentes, existe uma lista de necessidades ainda mais primordiais que ainda não estão atendidas, e que são barreiras para o avanço em tempo, rumo ao atingimento do ODS 3 até a conferência de 2030.

2.1.4 O SUS e Sua Trajetória em 3 Décadas

O Sistema Único de Saúde do Brasil foi precedido por ações sociais influenciadas pelo seu tempo histórico e conjecturas, sendo uma conquista coletiva, na qual as Conferências Nacionais de Saúde possuem grande crédito, não apenas por orientar e compor diretrizes do que seriam as bases de um sistema de saúde, mas também por convidar a comunidade a participar de tal processo (LEMOS, 2020).

Considerar a saúde, em nível nacional, como um direito universal: esta ideia se concretiza na Constituição Federal de 1988, e este marco histórico tem o poder de institucionalizar a saúde pública no Brasil (PAULUS; CORDONI, 2006). Mesmo amparado pelo documento legal mais importante da nova democracia brasileira, o SUS segue sendo visto como um custo público elevado do ponto de vista do sistema capitalista, ainda que sua capacidade humanitária de cuidado, acolhimento e prevenção seja capaz de evitar dispêndios ainda maiores, como a judicialização do governo para cobrir tratamentos privados, muito comum em países que não dispõem de uma política de saúde pública madura.

Nestes mais de 30 anos, o SUS possibilitou grande evolução de indicadores internacionais de saúde pública, a mortalidade infantil foi reduzida de 47 casos por 1000 nascimentos em 1990 para 13 casos em 2019 (representando uma queda de 72%), a expectativa de vida do brasileiro entre os mesmos anos subiu de 65 para 76 anos (representando um aumento de 17%), e tais dados são amparados por indicadores mais simples, como a quantidade de visitas ao médico em um ano, a higiene bucal, a prevenção de gravidez precoce ou indesejada, e até mesmo o uso de cinto de segurança em veículos particulares (IBGE, 2020).

Ademais de avanços em indicadores de saúde, o SUS também apresentou significativa evolução em termos de gestão pública, sendo um exemplo do sucesso da municipalização e regionalização de políticas públicas. Apesar de limitações de determinadas localidades e da heterogeneidade do território brasileiro, há constatações de que o sistema consiga apresentar resolutividade de 80% a 90% dos casos de necessidade de atendimento. Em boa parte, esse sucesso se deve ao sentimento de que o SUS é um patrimônio nacional, no qual burocratas e *policy makers* militam em defesa da continuidade desse esforço, sobretudo os profissionais de saúde de linha de frente (DOS SANTOS, 2018).

Levando em conta a ampla lista de exemplos de sucesso e métricas e a evolução na gestão pública de saúde, por qual motivo o SUS ainda não atingiu um padrão de excelência comparável ao chamado primeiro mundo como Reino Unido, França ou Espanha? Há duas possíveis explicações para isso: a primeira é a mais óbvia e está atrelada ao tempo de existência do SUS, que diferente dos sistemas de saúde desses outros países, possui pouco mais de 30 anos, enquanto que NHS, Santé Publique ou Seguridad Social já se aproximam dos 100 anos de existência; a segunda explicação está atrelada à seriedade com a qual os aportes de investimento e financiamento são destinados ao SUS, cuja média histórica gira na casa dos 3,5 a 4% do PIB brasileiro, algo muito aquém dos 7% a 8% investidos pelos melhores sistemas públicos de saúde do mundo (SANTOS; DELDUQUE; ALVES, 2016).

Cabe ressaltar que desde 13 de Dezembro de 2000, através da Emenda Constitucional 29, o SUS passou a ter garantia constitucional de financiamento, diretamente vinculada à receita tributária. Mesmo assim, cerca de 15 anos depois, o SUS e outras políticas públicas sociais passariam por sua maior turbulência desde a Constituição, não apenas por motivos de redução de receita ou crise econômica, mas por razões inerentes ao pensamento e comportamento político coletivo. Há uma influência política que incide diretamente sobre as áreas sociais, fazendo com que diferentes orientações do poder executivo alterem a evolução da política de saúde no país.

2.1.5 Desafios Ideológicos Inerentes à Consecução do ODS 3 no Brasil

O mundo, em termos políticos, começou a experimentar uma mudança dramática por volta da década de 1970, quando o número de democracias eleitorais subiu de cerca de 35 para mais de 110 nações, algo que dentro do mesmo período permitiu que o produto mundial quase quadruplicasse em um vertiginoso crescimento econômico. O crescimento econômico gerou renda, contudo, agravou diferenças sociais, uma vez que a distribuição da riqueza é desproporcional entre países e intra países. Diferentes níveis de riqueza e poder de compra geram em uma sociedade capitalista diferentes agrupamentos ou tribalismo. Há a (pequena) tribo dos muito abastados que podem se dar ao luxo de atuar de maneira passiva na economia, com grandes rendimentos de sua propriedade. Há uma grande tribo de pessoas que não têm sequer suas necessidades básicas asseguradas e precisa trabalhar diariamente

lutando por sobrevivência. E no meio dessas 2 camadas há uma densa quantidade de pessoas, ou tribo, denominada classe média, que não corre risco de morte por fome ou saúde básica, tampouco consegue viver de renda passiva, mas entende estar em um lugar que quer defender (FUKUYAMA, 2018).

No Brasil, após uma sequência de governos com agenda progressista e social, emergiu do clamor, sobretudo da volumosa classe média, um apelo por uma agenda neoliberal inspirada nos moldes norte-americanos, sem aumento de oferta de serviços públicos, sem o pensamento coletivo e inclusivo que busque assegurar o direito à vida para aqueles que não tenham autonomia de manter sua sobrevivência. O pensamento neoliberal já é reputado como vinculado às classes mais ricas, porém, as classes mais ricas não possuem volume suficiente para eleger um governo ou depor um governante, no entanto, possuem a capacidade financeira para publicizar o discurso apelativo de que impostos e tributos públicos são malefícios a uma economia, e que os investimentos do governo causam crises que afetam a classe média (ROCHA, 2019).

O Brasil pós-impeachment de 2015/2016 estabeleceu a proposta de austeridade fiscal que permeou inclusive os investimentos efetuados em áreas de direto impacto social, como: combate à fome, melhorias na educação e a saúde pública. Tudo isso foi realizado através da aprovação da EC-95/2016, tornando o congelamento dos investimentos públicos um problema de subfinanciamento, impondo limites, ou o chamado teto de gastos, impactando o atendimento de demandas sociais que não estão sob controle, apenas expandem (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019).

Dentre os países participantes da OCDE, entre 2016 e 2021, o Brasil passou a ocupar a penúltima posição do ranking de investimentos na saúde, que é liderado pela Alemanha com 9,9% de seu PIB, enquanto o Brasil teve no período uma média de 3,6% do PIB investido nesta área. O Reino Unido com o NHS, que foi considerado influência direta na criação do SUS, manteve 8% do PIB investido na saúde. Complementando estes dados temerosos, o Brasil é o líder do ranking da OCDE em termos de gastos familiares em relação ao PIB (saúde privada), somando 5,8%, enquanto a Alemanha consome 1,8% de seu PIB (OCDE, 2022).

Curiosamente, no Brasil, ao somarmos os 5,8% (saúde privada) e os 3,6% do PIB (saúde pública), chegamos muito próximos do investimento público alemão, o que pode significar que as demandas em relação ao PIB tendem a ser similares, e se não forem supridas por recursos públicos, pesarão sobre a renda familiar como uma

despesa extra, no caso brasileiro, os planos de saúde registrados na ANS cobrem quase 49 milhões de beneficiários, cerca de 24% da população do país.

Como consequência dessas decisões, as disparidades regionais na qualidade de atendimento na saúde pública persistem ou aumentam, tornando ainda mais importantes as medidas de fortalecimento local, governança e cooperação encontradas nos consórcios públicos (MENDONÇA; ANDRADE, 2018). Através do associativismo, os municípios aumentam a eficiência de seus investimentos, compartilham instalações, profissionais, equipamentos de alto custo e organizam processos de aquisição de insumos hospitalares e medicamentos de maneira conjunta, possibilitando maiores volumes e negociação favorável em termos de preços e gestão de estoques.

Mesmo com a resiliência admirável dos profissionais de saúde brasileiros e dos gestores públicos que, de fato, se envolvem no tema de saúde pública com um viés acolhedor em relação à sua localidade, o limite de investimentos no SUS causa problemas que tornam o país frágil aos choques externos, como crises humanitárias, econômicas e até pandemias, ou até mesmo choques internos, como surtos de doenças que até então estavam controladas (SOUZA, 2020).

O Brasil tem em sua história recente, uma tendência ao desaparecimento de funções sociais importantes para o bem-estar, um senão à sobrevivência de boa parte dos habitantes. A literatura sobre o tema aponta fatores como falta de conhecimento e consciência de classe, raso envolvimento político e suscetibilidade ao apelo neoliberal como atributos ignitores ou aceleradores dessa situação. A capacidade dinâmica dos profissionais de saúde e gestores e sua cultura de resiliência são fatores que superficialmente atenuam os impactos causados.

2.2 Sobre a Gestão e a Governança Pública

A gestão pública e a administração pública como conhecemos, surge na França do Século XVIII (pós-revolução), com o objetivo de criar padrões de legislação, tributação, fiscalização, visando maximizar o resultado dos esforços do estado para trazer retorno através de melhores condições de vida para a população via iniciativas de cunho predominantemente social (SPICER, 2004).

A maneira individualizada de se analisar a gestão pública recebe críticas (EPPEL; RHODES, 2018), já que há nas interações entre os agentes, os principais

problemas a serem resolvidos dentro do campo governamental (conflitos de interesse, agendas distintas, ideologias conflitantes), e a observação singular sobre as ações de um único gestor público, sem comparabilidade a outros gestores ou outros períodos de governo, o que dificilmente proporciona uma boa leitura do *status quo*.

O relacionamento entre diferentes gestores de diferentes entes federativos ou instituições na gestão pública é também objeto de estudo da governança pública. A compreensão do processo de implementação e atingimento do sucesso de uma política pública neste cenário inter-institucional vai além de parâmetros técnicos e modelos decisórios, e expõe a necessidade de se compreender os modelos político-culturais existentes entre as instituições e até mesmo os atores do mercado. Surge daí a necessidade da governança dentro da gestão pública, para combinar na medida equilibrada os esforços da administração pública, administração privada e interações políticas entre ambos os lados em prol da sociedade (CKAGNAZAROFF, 2017).

Ao se discutir a gestão pública (BRESSER-PEREIRA, 2008), é necessário levar em conta a desigualdade entre as condições econômicas e históricas da sociedade. Somente a governança pública bem instalada e com claras divisões eficientes entre instituições do Estado, organizações públicas e organizações privadas pode promover uma gestão pública eficiente. Esse tipo de estruturação e divisão de tarefas torna os gestores públicos mais responsáveis, pois fica claro que determinadas atividades, principalmente o Estado (ou apenas o Estado) poderá prover. Juntamente a esta organização institucional, deve existir o esforço para que os gestores públicos sejam capacitados para liderar a frente estatal, de forma democrática.

A democracia cooperativa é o objetivo a ser alcançado dentro do país para que possa existir a evolução da gestão pública. A perspectiva de sucesso do ponto de vista democrático, seria ver os cidadãos atuando em conjunto, se preocupando com a “*res publica*”, sempre velando pelo bom funcionamento e independência das instituições públicas que cuidam da sociedade e resultando no verdadeiro poder do povo, que seria demonstrado através desse cooperativismo entre os poderes (KISSLER; HEIDEMANN, 2006).

2.2.1 Gestão Pública na Saúde

As políticas públicas de saúde (assim como nas demais áreas sociais) estão sujeitas a definições e eleições de prioridades por parte dos gestores públicos

(LUCCHESI, 2003). A busca na gestão pública de saúde é pela equidade na capacidade de atendimento de diferentes regiões do país, sendo que a definição da escolha das principais regiões de investimento se dá através de estudos demográficos sobre as áreas de cobertura e atuação da política planejada, ou em outras situações, são percebidas através da expressão social como pressão dos cidadãos, protestos, requerimentos em casos onde já ecluiu uma adversidade.

A forma como a gestão pública da saúde atua, tende a se diferenciar de acordo com a situação local, regional ou nacional. No Brasil ocorreu, inicialmente, uma descentralização das políticas públicas, inclusive constitucionalmente, com o objetivo de dar autonomia aos entes federativos (estados e municípios) para se organizar e adaptar os esforços de acordo com sua realidade local (SANTOS; CAMPOS, 2015). Contudo, há uma tendência mais recente de reagrupar esforços e aglutinar o que outrora foi fracionado em uma boa intenção. As regiões de saúde (atuando através de pessoas jurídicas associativas) são uma alternativa para unir entes federativos de menor arrecadação e competências (pessoas, especialistas), permitindo acelerar a execução de políticas públicas.

Modelos globais mais recentes trazem uma maior *accountability* para ideias que venham a se concretizar como políticas públicas, bem como suas maneiras de execução, envolvendo mais os cidadãos (SANO; ABRUCIO, 2008). A NGP (nova gestão pública) tem se espalhado mundialmente e busca a redução do excesso de procedimentos do Estado e a baixa responsabilização de burocratas perante a sociedade. No Brasil, há exemplos de esforços nesse sentido de inclusão da população, como as organizações sociais que colaboram com a implementação de políticas de saúde no formato de fundações de direito privado, atuando em prol da administração pública. Não obstante, ainda há um parâmetro da NGP que não é satisfatório no Brasil, que é a cabível responsabilização de gestores do poder executivo por suas ações e como as instituições atuam para que tais gestores se comprometam com suas decisões.

Em meio ao cenário com diferentes possibilidades de instituições e entes federativos atuando em prol da saúde, a capacidade de controle do Estado regulador se faz ainda mais importante (CARNUT; NARVAI, 2016). Para tal, a federação deve possuir métricas que capturem a efetividade das políticas públicas de saúde, e a evolução dos entes federativos, mediante seus investimentos, o que é um grande desafio, dada a disponibilidade de dados e a velocidade de reporte por parte de

regiões mais pobres do país. O sucesso na capacidade de leitura do que ocorre nas regiões, é fundamental para orientar políticas públicas de longo prazo e elevado dispêndio.

O SUS é um exemplo de política pública de longo prazo na saúde. Mudanças na saúde pública brasileira ocorreram ao longo desse interim de existência, tanto no âmbito demográfico quanto epidemiológico. Em meio à concentração popular nas cidades e grandes centros metropolitanos e o surgimento sazonal ou definitivo de enfermidades, o SUS necessita superar fragmentação, estabelecer sua rede de atendimento, melhorar sua gestão para maximizar os recursos econômicos e alocar os recursos humanos escassos (médicos/enfermeiros) por todo o país (MENDES; BITTAR, 2014). Neste cenário, o gestor público precisa ter conhecimento das tendências gerais da administração pública, da saúde da população coberta pelas políticas públicas, das mudanças demográficas e do aumento da perspectiva de vida em idade média, o que traz maior suscetibilidade a comorbidades crônicas.

Os gestores de saúde pública brasileiros têm proporcionado espaço para inovações no campo de execução da política pública e também na forma que os burocratas de nível de rua são contratados pelo Estado. A existência de consórcios públicos e de organizações sociais permitem a existência de entidades jurídicas que prestam apoio ao Estado, permitindo contratações de funcionários através do modelo CLT ou temporário (mais flexíveis que o concurso público), além do fato de que tais ramificações da ação pública em outras instituições colaboram para que o Estado faça mais, utilizando uma menor porção de seu limite fiscal. Um contraponto para as contratações temporárias é a rotatividade e falta de especialização, mais percebidas nestes servidores, em relação aos funcionários públicos concursados e de carreira (SANTANA; SANTOS NETO, 2017).

O desafio em relação aos recursos humanos é mencionado de forma recorrente em pesquisas recentes sobre gestão pública de saúde, sobretudo em regiões afastadas dos grandes centros populacionais e das capitais dos estados brasileiros (SILVA *et al.*, 2014; VERMELHO; FIGUEIREDO, 2017). Nessas localidades, há escassez de médicos, enfermeiros, e dificuldades inerentes à infraestrutura e organização no atendimento à população. A quantidade de leitos e de unidades de saúde existentes, apesar de atenderem os objetivos básicos do SUS, mascaram uma grave falta de capacidade para atendimento de alta complexidade, terapia intensiva e especialização médica, forçando a população à inconveniente necessidade de

transitar para cidades vizinhas que possuam condições de atendimento. Observando o fato de que nem todos os cidadãos possuem condições físicas ou financeiras para arcar com o transporte adequado (que poucas vezes é ofertado pelo Estado), esta situação tende a causar agravamentos e fatalidades.

Todos os pontos acima expostos, aumentam a importância da necessidade de se compreender a gestão pública de saúde, considerando o fator de regionalização, cooperação entre entes federativos e arranjos que sejam capazes de reduzir o impacto causado pela falta de profissionais capacitados, sobretudo em cidades de menor porte e localidades afastadas das áreas metropolitanas.

2.2.2 Inovações e Tendências na Gestão Pública de Saúde

No campo de instrumentos inovadores da gestão pública, são encontradas os avanços tecnológicos e as melhorias de gestão que possibilitam maior efetividade nas ações de saúde pública. Os principais impactos da inovação no setor público estão relacionados a temas ligados à transparência, *compliance*, divulgação de resultados das políticas públicas (DE FREITAS; DACORSO, 2014). Em muitos casos, estas inovações estão conectadas à tecnologia da informação e mudanças na gestão que conectem o governo à sociedade e permitam uma relação G2C. Soma-se ao esforço tecnológico, o treinamento de servidores e gestores públicos, para que estejam mais receptivos às mudanças de tendências nas relações internas e externas da instituição na qual atuam.

A maioria das organizações públicas brasileiras no setor de saúde analisadas (incluindo UBS's, hospitais universitários públicos em estados como Pernambuco, São Paulo, Maranhão e Ceará), estão em estágio inicial de atendimento aos requisitos de gestão de conhecimento (ROSENBERG; OHAYON; BATISTA, 2014). Algumas instituições públicas sequer adotam o modelo de excelência em gestão pública proposto pelo Ministério da Saúde, e isso causa desconexão entre hospitais, laboratórios e unidades de atendimento que deveriam compartilhar conhecimento, dados de diagnósticos, aumentos de casos de doenças e as melhores práticas de gestão que poderiam ser *benchmarking* interno através de experiências de diferentes instituições que fazem parte do SUS.

Uma maneira de se monitorar e avaliar os funcionários públicos seria a automação dos processos de RH e acompanhar o desempenho dos gestores

(PIERANTONI; VIANNA, 2003). No estudo de caso citado, sistemas computacionais de RH foram implantados em instituições de saúde pública de Angra dos Reis, Belo Horizonte e estado do Espírito Santo. Ficou clara a participação de pessoal administrativo no incentivo à adesão do uso de softwares para monitorar a *performance*, mesmo sem a pressão de um Secretário de Saúde ou qualquer outro membro executivo. Este tipo de adoção de processo uniforme via sistema permite que diferentes localidades adotem uma métrica para análise do desempenho dos servidores, evitando distorções e assimetrias no processo de avaliação por parte da liderança. Uma outra possibilidade é implantar incentivos à *performance*.

O Programa Gestão Pública e Cidadania é um exemplo de incentivo à inovação no setor público subnacional brasileiro, com destaque para as áreas administrativas dentro das instituições (SPINK, 2003). Nos oito primeiros anos do programa, foram identificadas 6200 iniciativas de inovação em todo o país, demonstrando que os gestores públicos compreendem a necessidade de inovar e são capazes de interpretar não somente a disrupção como inovação, mas sim toda e qualquer melhoria incremental em processos, capaz de reduzir o tempo de resposta, gerar maior produtividade e até mesmo melhor qualidade de atendimento aos cidadãos.

Identificar a inovação *post-mortem* e medir a quantidade de ocorrências, não parece ser o principal desafio do setor público, de acordo com os autores precursores. Há uma necessidade de assegurar a compreensão de inovação por parte de gestores públicos, e encontrar maneiras de incentivar a dedicação de tempo de trabalho para fomentar as propostas de melhorias dentro dos órgãos públicos (RIBEIRO; INGLEZ-DIAS, 2011). É reconhecida a tendência dos servidores públicos de focar nas suas atividades processuais e na entrega de resultados que impactem diretamente sua avaliação de *performance*, portanto adicionar projetos e melhorias no escopo de avaliação e premiação pode ser uma maneira de desencadear um processo de inovação estruturado, generalizado e perseverante.

A descentralização colabora diretamente para a inovação, ao transferir maior autonomia a gestores locais para adaptar ou até mesmo criar suas políticas públicas, mesmo quando debaixo de um programa nacional mais amplo, como é o caso do SUS (PAULA, 2007). Não apenas a gestão pública, mas também o modelo institucional carece de inovação, muitas vezes de um redesenho que possibilite maior cooperação intergovernamental e solidariedade territorial, sendo que nesse sentido, Paraná, Ceará e São Paulo se destacam como estados nos quais a própria secretaria de saúde

fomentou a inter-relação entre municípios, sobretudo os mais afastados de grandes centros, para formação de consórcios.

A democratização nas decisões de gestão e no processo embrionário da criação das políticas públicas precede a inovação (FLEURY, 2015). Esta democratização, possibilitando a participação de regiões de saúde (compostas por municípios de menor porte) é capaz de fortalecer o federalismo de maneira uniforme. A atual característica do federalismo brasileiro é de uma polarização entre poucos municípios de grande porte, e muitos municípios de muito pequeno porte, sendo que enquanto os primeiros possuem o poder de muitos pequenos municípios juntos, os segundos sequer conseguem exercer a municipalização. Outro fator a ser vencido em busca da democratização e da inovação na gestão pública, é o aumento do foco na assistência social de longo prazo, *versus* assistencialismo, tornando o Estado menos paternalista, menos clientelista e com menor predomínio dos cargos executivos pela elite política ou econômica nacional.

As demandas sociais locais eventualmente evoluem para o âmbito regional, desencadeando modelos inovadores de gestão e de arranjos institucionais, como é o caso dos consórcios públicos (STRELEC; FONSECA, 2012). Consórcios e associações regionais são exemplos da evolução na relação intergovernamental em busca de soluções para problemas complexos das políticas públicas, problemas esses, que dificilmente seriam solucionados individualmente pelos municípios.

2.2.3 Associativismo Territorial

A articulação e as associações territoriais ocorrem através de discussões relacionadas ao espaço geográfico, sua organização e seu desenvolvimento. O fenômeno da conurbação, resultante do crescimento populacional, passa a exigir dos gestores públicos decisões compactuadas, visando ao bem-estar regional e ao fortalecimento de políticas públicas comuns (TOMÉ *et al.*, 2020).

O associativismo territorial tem como pano de fundo a iniciativa de organizações sociais ou civis, que observando a dificuldade do Estado em lidar com os desafios causados pela globalização, pluralização e complexidade das sociedades, encontra espaço para a atuação (LÜCHMANN; SCHAEFER; NICOLETTI, 2017). Contudo, a evolução de tal demanda social passa eventualmente ao nível

governamental, gerando a criação de instituições formais de poder público, como os consórcios públicos de saúde, por exemplo.

A colaboração e a solidariedade entre entes federativos fazem parte do universo da gestão pública, sobretudo em países em desenvolvimento, com amplas necessidades e limitações de recursos capazes de atender às demandas sociais (KUNRATH SILVA; ROCHA, 2015). Porém, há dificuldade na implementação de um modelo no qual exista obtenção igualitária de benefícios ao se concretizar o associativismo. Modelos de governança enfraquecida permitem que entes de maior porte econômico ou de maior população, obtenham maior poder e influência sobre a associação com o passar dos anos, e isso pode dificultar a expressão de povos e cidades de menor porte, bem como cota de benefício frente o esforço empreendido, já que os objetivos passam a ser determinados pelos membros mais influentes.

O Brasil possui relevantes exemplos de associativismo na Bahia e Maranhão no campo educacional, já que os consórcios intermunicipais nestes estados possibilitaram uma maior cobertura pedagógica, inclusive em povoados mais longínquos e com menos recursos (ABRUCIO; GRIN, 2017). Ao se estabelecer o associativismo, determinados recursos antes individuais de um município ou instituição, podem ser compartilhados, e este avanço é muito positivo, uma vez que recursos ociosos e contingenciais de um participante tendem ser fundamentais para atender a demandas básicas que causavam adversidades em um outro município.

Neste ecossistema de associativismo brasileiro, o exemplo das regiões metropolitanas e suas fragilidades institucionais e carência de serviços básicos, são de valorosa contribuição para a compreensão dos arranjos institucionais (ABRUCIO; SANO; HIRONOBU; SYDOW, 2010). Em meio aos consórcios, os de grandes cidades ou núcleos populacionais se destacam, uma vez que nelas estão concentrados os problemas e também as oportunidades. Os modelos de gestão metropolitana no Brasil e no mundo avançam na inclusão da abordagem de regionalidade, tema que os gestores cada vez mais consideram fundamental para proporcionar a exploração de sinergias das cidades e o local onde se situam, surgindo mais recentemente o regionalismo, que visa inclusive melhorar as relações entre os centros urbanos e os subúrbios da metrópole, através de conexões, transportes e compartilhamento de serviços públicos.

Ao longo das últimas décadas, o fenômeno do associativismo tem crescido de maneira consistente e ampla, e esse fato tem promovido mudanças consideráveis nas

práticas sociais, na arena política, múltiplos repertórios de manifestação de reivindicações e de demandas sociais (LÜCHMANN; SCHAEFER; NICOLETTI, 2017). Boa parte dos teóricos políticos brasileiros endossa que a democracia se fortalece à medida que novos instrumentos subnacionais são criados para melhorar a gestão de recursos, por exemplo, os consórcios e associações. Tais exemplos de associativismo também são capazes de amplificar a identificação e interpretação dos problemas sociais, já que diferentes classes de gestores de diferentes municípios ou estados debatem sobre um mesmo tema antes de propor, adotar e empreender políticas públicas.

Com a evolução do associativismo territorial e dos novos arranjos institucionais, cresce a percepção de que os consórcios são arranjos estratégicos que não se limitam a trazer crescimento econômico, pois muitas vezes trazem maior impacto de melhoria de qualidade de vida, expansão na oferta de serviços aos cidadãos e auxiliam no desenvolvimento social (DA SILVA; TOURINHO, 2017). Todavia, segundo a pesquisa, percebe-se uma clara tendência na maioria dos gestores públicos em relação à busca por maneiras de crescer economicamente seus municípios e ter maior arrecadação e números inerentes ao crescimento produtivo, infelizmente colocando em segundo plano a causa social. Essa postura gera debates confusos e impregnados de vícios de gestão individual, em meio a um ambiente que deveria priorizar a coletividade.

2.2.4 Regionalização de Políticas de Saúde Pública

O SUS passou por um processo de descentralização das políticas públicas ao longo dos anos 1990, na busca por aumentar a autonomia dos gestores em suas respectivas regiões, através das Normas Operacionais Básicas - NOBs. Em boa parte, os diferentes contextos nos quais se encontram as cidades brasileiras em suas diferentes regiões de saúde, ressaltaram a necessidade de criação de diretrizes que permitissem aos municípios evoluírem em sua administração (SOUZA, 2001). As NOBs evoluíram para a Norma Operacional de Assistência à Saúde, que propôs a acentuação do acesso à saúde básica. Contudo, apesar de normas interfederativas serem importantes roteiros para a execução das políticas de saúde, não são suficientes para gerar alinhamento total dos gestores.

A descentralização tem o aspecto positivo de proporcionar aos municípios maior autonomia nas decisões de políticas públicas locais, de acordo com as necessidades

específicas de sua população. A antítese ou efeito colateral desta medida de cunho interfederativo é o fracionamento nas ações do SUS, um sistema nacional de saúde, que passa a observar ampla diferença na qualidade de atendimento em diferentes zonas de seu território. As regiões de saúde surgem, então, como uma proposta de intermediar a dicotomia entre a centralização federal do SUS e a descentralização municipal, que eventualmente desintegra a capacidade de implementação de mínimos padrões de atendimento (SANTOS; CAMPOS, 2015).

A falta de provimento e de qualidade de atendimento na saúde são características comuns aos países de ampla extensão, sobretudo aos países que ainda possuem regiões menos desenvolvidas, com difícil acesso logístico e poucos médicos (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009). Um indício da dificuldade na implementação de políticas de saúde padronizadas é a métrica do recurso humano disponível. Há uma disparidade na quantidade de médicos por habitante em diferentes estados brasileiros, sendo que no Distrito Federal, São Paulo e Rio de Janeiro estão disponíveis mais de 3 médicos por 1000 habitantes (similar aos padrões do Canadá e Japão), enquanto estados como Pará, Maranhão e Amazonas possuem menos da metade dessa disponibilidade de médicos (em média 1,2 médico por 1000 habitantes, medida próxima a países como Paquistão e Sri Lanka) dados da (WHO, 2019). Estes dados refletem que dentro do Brasil, no campo da saúde básica, é possível encontrar realidades colossalmente desiguais. Cabe ressaltar que o objetivo do Programa Mais Médicos era fazer com que o Brasil atingisse em seus estados uma média de 2,7 médicos por 1000 habitantes, tendo como *benchmark* para este número o Reino Unido, que também inspirou a criação do SUS em 1988.

É possível que no âmbito federal, o SUS, do ponto de vista de planejamento, considere as regiões de saúde como uma maneira de equilibrar as diretrizes nacionais e as necessidades locais de execução das políticas públicas, criando uma relação de conexão federal-municipal (SHIMIZU *et al.*, 2021). Além da dificuldade inerente aos recursos humanos, locais mais pobres do país também possuem limitações no atendimento tecnológico, diagnósticos e tratamentos avançados. Na maioria das vezes esta situação leva os habitantes locais mais pobres à falta do suporte necessário, e nas demais situações, quando se trata de famílias com maior renda e instrução, ocorre a judicialização do SUS (LARA *et al.*, 2021), que neste caso é duplamente penalizado e onerado por não ofertar o atendimento esperado de acordo com a constituição.

A regionalização necessária ao SUS é um dos principais objetivos propostos nos convênios dos consórcios públicos intermunicipais nas regiões Sul e Sudeste do Brasil (LUI; SCHABBACH; NORA, 2020), especificando em boa parte das situações a compra de equipamentos para implantação de serviços de saúde avançados, evitando o deslocamento dos habitantes para regiões metropolitanas em busca de atendimento. Os consórcios públicos de saúde estão posicionados como uma ferramenta estratégica para estabelecer autonomia municipal e interdependência dos gestores na busca pelo fortalecimento do federalismo, através de regionalização (MENDONÇA; ANDRADE, 2018). Tidos como um modelo inovador de governança pública, os consórcios intermunicipais ocupam um espaço incipiente na organização territorial e política no país, quando seu potencial é posto em perspectiva.

2.2.5 Gestão de Desempenho das Políticas de Saúde

Uma das principais etapas do processo de implementação de políticas públicas é a retroalimentação dos gestores com informações de desempenho das ações tomadas frente um problema social (REZENDE *et al.*, 2005). Uma parcela significativa das políticas públicas postas em prática são decorrentes de metas mundiais definidas em conferências da ONU periodicamente, e essas metas, a exemplo dos ODS, são monitoradas de forma global. Contudo, sabe-se que para o atingimento de metas globais de grande complexidade nos campos de saúde, educação, habitação dentre outros, depende de acompanhamentos que vão desde o nível municipal até o nível nacional.

No caso do Brasil, que é um país em desenvolvimento com vasto território e realidades muito apartadas de acordo com diferentes regiões, há necessidade de retomar o conceito de definição de prioridades (DRACHLER; CÔRTEZ, 2003). O monitoramento da situação social, possibilita aos gestores públicos compreenderem a magnitude das desigualdades sociais no campo da saúde e definir uma escala de programas, projetos e políticas que atendam os casos mais graves e que possam colocar em risco a integridade de habitantes de um determinado território. Uma maneira eficaz de estabelecer prioridades e monitorar o sucesso ou insucesso da gestão pública, é a parametrização de indicadores, que rompam a barreira temporal de uma única gestão executiva e possam ser comparáveis.

Existe necessidade de que os profissionais comprometidos com experiências de boas práticas na gestão pública e políticas públicas capazes de reduzir desigualdades sociais, não sejam indiferentes quanto ao tema de gestão de desempenho das políticas (HARTZ, 2012). O desempenho da ação pública precisa ser medido, por sua vez, não somente como a capacidade de gerar impactos e alcances de novos patamares de atendimento da população, mas também como a capacidade de manter e estabilizar qualidade de atendimento em situações que já estão satisfatórias. O desafio por trás da definição de indicadores é que não existe total consenso metodológico e muito menos político acerca do tema, ficando assim suscetíveis às escolhas dos gestores públicos, que podem inclusive trazer à luz pontos que valorizem sua gestão e suprimir eventuais falhas em políticas que poderiam prejudicar sua própria avaliação.

Uma maneira mais consensual de se obter dados referentes aos impactos causados por uma política pública, é a pesquisa *in loco* (AMORIM; REOLON, 2009). Uma pesquisa realizada no Paraná, com o intuito de obter a opinião direta da população acerca de programas sociais voltados à saúde, utilizou entrevistas com pessoas residentes em localidades atendidas por estes programas. Neste exemplo, parte-se do pressuposto mais aceito dentre os gestores públicos que a aprovação popular é um fator determinante do sucesso ou do insucesso de uma política pública, sendo que uma descoberta notável foi o fato de grande parte da população entrevistada estar desinformada sobre a existência ou sobre os objetivos dos programas sociais e seus campos de atendimento, o que dificulta a adesão e compromete diretamente o êxito no esforço governamental.

Somam-se às alternativas já apresentadas, o exemplo mais claro de feedback e retroalimentação de informações sobre um produto ou serviço ofertado: a ouvidoria pública (BOLZAN *et al.*, 2012). A ouvidoria do SUS é um espaço para acolhimento, tratamento e encaminhamento de manifestações populares em relação à gestão do programa. Este serviço preza por efetuar levantamentos periódicos com o objetivo de capturar a realidade da satisfação dos usuários do sistema de saúde, tendo um foco maior em acesso à atenção básica, emergências, saúde da mulher e saúde mental dos cidadãos. Sendo várias as opções de mensuração da efetividade das políticas públicas e obtenção de dados, remanesce a necessidade de aproveitamento deste material (gerado pelo *feedback* franco da população) para conversão em planos de ação e melhorias nos programas.

2.2.6 Protocolos de Saúde Federais, Estaduais e Municipais

Os protocolos de saúde são compostos por normas e diretrizes às quais estão submetidas as instituições públicas durante sua vigência (LOPES; FERREIRA; SANTOS, 2010). Esses protocolos são elaborados por profissionais da saúde em conjunto com gestores públicos, e determinam como devem ser realizados procedimentos, retornos médicos, exames e até mesmo definem as compras públicas e estoques de acordo com as enfermidades cobertas pelos programas aprovados.

Como um claro exemplo do resultado de falta de alinhamento interfederativo, ao longo de muitos anos, a psoríase esteve excluída do protocolo federal do SUS, sendo que nesse interim, estados e municípios tiveram que desenvolver protocolos regionais para cobrir as demandas desses pacientes (LOPES *et al.*, 2014). Além do preço elevado que os estados e municípios pagam *versus* o Ministério da Saúde, até 2016 (ano da criação do protocolo federal), cerca de 60% dos pacientes de psoríase solicitavam seu medicamento via mandado judicial, o que eleva ainda mais os custos para o estado por dois motivos: primeiro, porque onera o setor judiciário, toma horas de análise para deferimento e gera acúmulos processuais; segundo, porque o preço pago em caso de ações judiciais é o preço base registrado do medicamento na CMED (câmara de medicamentos), sem qualquer desconto.

Apesar de existirem muitos obstáculos para que o gestor público possa criar um protocolo de saúde ou uma política regional de compra de medicamentos, fica evidente o resultado de sua ausência, quando predomina a judicialização por parte dos pacientes (PEPE *et al.*, 2010). Os gestores estaduais e municipais também não podem se limitar a serem meros ratificadores de decisões e protocolos federais. Muitas vezes, eles deverão se valer da descentralização para também elaborar protocolos estaduais ou municipais e ao menos reduzir o impacto das ações legais. É percebida, ao longo do tempo, uma evolução nesse sentido no SUS, que partiu de uma total centralização federal dos protocolos em 1988, para uma amplitude de regionalização após 20 anos de sua criação.

Há necessidade de mover, no sentido de maior equidade nas decisões no SUS, entre gestores federais, estaduais e municipais, por alguns motivos, dos quais muitos são puramente técnicos dentro do campo da saúde (LUCHESE, 2003):

1. Valorizar o conhecimento de epidemiologia, especialmente o conhecimento da epidemiologia local/regional, e através disso estabelecer o planejamento, administração e avaliação das políticas públicas empregadas.
2. Valorizar a experiência cotidiana dos gestores e da população que utiliza o SUS, não apenas para entender o funcionamento das ações na saúde, mas também para identificar os problemas existentes, carências e lacunas existentes na cobertura.
3. Possibilitar a emergência de demandas estruturadas dos gestores do SUS das três esferas de governo, por cooperação técnico-científica, e o desenvolvimento de parcerias com instituições acadêmicas para o aperfeiçoamento/qualificação de seus profissionais e para a eficiência de suas intervenções.
4. O redimensionamento da oferta de ações e serviços de saúde no território nacional, no contexto de um processo de regionalização da assistência à saúde, que visa aprofundar a descentralização e garantir a equidade no acesso à saúde para cidadãos brasileiros.

Por fim, a CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias) do SUS, através de seus PCDT's (Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêutica), visa garantir o melhor cuidado de saúde diante do contexto brasileiro e dos recursos disponíveis no SUS. Tais protocolos também podem ser utilizados como materiais educativos aos profissionais de saúde, auxílio administrativo aos gestores, regulamentação da conduta assistencial perante o Poder Judiciário e explicitação de direitos aos usuários do SUS.

2.3 Sobre os Processos e Entregas na Gestão Pública de Saúde

As políticas públicas, para que sejam postas em prática e devidamente mensuradas, seguem um fluxo que parte do mapeamento das necessidades populacionais, criação de um modelo e proposta, implementação em nível de rua, coleta de feedback e apuração de seus resultados (MOTA; ARAÚJO, 2022). Historicamente, os autores do movimento reformador propõem que, no Estado Democrático, as políticas públicas deveriam ser formuladas por governantes e, em

seguida, delegadas aos servidores públicos para sua execução burocrática, sendo cada servidor um contribuidor no processo com competências técnicas definidas, articuladas de maneira clara com tal política proposta. O bom senso neste caso sugere que equipes política e técnica e política deveriam caminhar separadamente para evitar corrupção e clientelismo.

No caso brasileiro, toda política pública de saúde criada e planejada após 1988, parte do pressuposto de que a saúde universal é direito constitucional no país, então, para atingir esse objetivo, tal política precisa considerar dois componentes: o primeiro é o individual, que contempla ações de conscientização para que as pessoas particularmente atuem de forma sanitária, preventiva em relação ao contágio de doenças e busquem acompanhamento médico periódico; o segundo componente é coletivo e está relacionado à oferta de acesso às políticas públicas de saúde (serviços, consultas, exames, medicamentos) cuja responsabilidade é do governo e da administração pública vigente (JESUS; ASSIS, 2010). Para ambos os componentes serem atendidos, são necessários colaboradores atuando em prol da política pública na linha de frente, e estes são os chamados burocratas de nível de rua.

Os burocratas de nível de rua são fundamentais na implementação de políticas públicas de saúde, sobretudo em períodos de crise, como a pandemia de COVID-19, sendo eles o elo que conecta o Estado e o cidadão (FONSECA; EMMENDOERFER; VALADARES, 2023). Tais profissionais são diretamente expostos em situações de crise na saúde, evidenciando diariamente casos em que pessoas passam por estado de emergência, não possuem condições de arcar com a prevenção de doenças (dirigir-se a um posto de saúde, fazer exames, obter um diagnóstico para seu caso) ou até mesmo arcar com o custo de um tratamento, uma vez que possuam um diagnóstico, mas não dispõem de condições financeiras para adquirir medicamentos.

Na tentativa de premiar as localidades, onde o planejamento das políticas públicas é bem feito, e os burocratas de nível de rua atuam de forma eficiente, o Brasil já possui exemplos de programas nos quais maiores quantias de verba são destinadas para municípios onde comprovadamente os indicadores de saúde evoluem mediante investimentos (RESENDE *et al.*, 2021). Este é o conceito internacionalmente conhecido como “*pay for performance*” nas políticas públicas, e remete à potencialização de pontos fortes através de incentivos e subsídios. Contudo, não é possível se abster das localidades que não apresentem evolução de indicadores, e

estas fatalmente também carecem de investimentos na busca pela redução das diferenças em relação aos melhores territórios.

Os processos e entregas na gestão pública da saúde não fogem da visão baseada em recursos, na qual coexistem: o capital físico (instalações, estoques, máquinas); o capital organizacional, no caso institucional (processos já implementados, diretrizes médicas, protocolos de tratamento); e o mais importante, capital humano (profissionais, gestores, burocratas). No caso do último agrupamento de recursos, as pessoas, percebe-se que a exposição de funcionários públicos em uma área delicada como a saúde, especialmente os de linha de frente, como médicos e enfermeiros, tem resultado em transtornos mentais, sobrecargas emocionais, atraindo um termo já muito comum na iniciativa privada em multinacionais: a síndrome de *burnout* (FERRARI; FRANÇA; MAGALHÃES, 2012).

Sendo assim, a gestão pública passa por fases e processos: mapeamento, planejamento e proposta, execução em nível de rua e mensuração de resultados. Todas as etapas supracitadas são executadas por pessoas, e tudo que envolve pessoas pode ser decidido com viés individual, o que não colabora necessariamente para o uso ótimo dos recursos. Para lidar com esse desafio, cada vez mais a administração pública deposita sua confiança nos controles internos, protocolos, procedimentos e auditorias (MOREIRA; GABRIELE; DIAS, 2017).

2.3.1 Negociação e o Poder de Barganha na Gestão Pública

As instituições públicas, na maioria das vezes, executam elevados volumes de compra (em especial nas esferas federal e estadual), o que majoritariamente possibilita argumentações por menores preços (GUARNIERI; GOMES, 2019). As organizações de compras públicas têm estabelecido múltiplas estratégias para exercer seu poder frente aos fornecedores, como estabelecimento de padrões mínimos de qualidade, parcerias com outras instituições (associações e consórcios), gestão de fornecedor *in loco* através de auditorias e até o uso de sistemas de informação e tecnologia, como os utilizados nos pregões eletrônicos e registros de preços.

Não é somente o tamanho de instituição e o conceito de volume de compra que são capazes de estabelecer o poder de barganha. O recurso “informação” tem se

tornado cada vez mais um fator decisivo para se estabelecer uma vantagem frente ao lado oposto da mesa, no qual comumente, está a iniciativa privada. Os registros de preços públicos eletrônicos são ferramentas muito poderosas para que o gestor público evite que um fornecedor pratique um preço abusivo em um determinado produto ou serviço (MACY, 2018). Mesmo de maneira analógica (sem ter todos os dados de forma eletrônica), algumas instituições públicas já melhoraram seu poder de barganha através do consórcio público, ao se agregar registros de compras de outros municípios e até mesmo a experiência de outros gestores.

O serviço público de compra do governo tem o duplo efeito de desempenho e risco, e o gerenciamento de risco deve ser executado também por meio dos serviços de compra. Ao identificar os principais fatores de influência, é possível construir um sistema de índice de avaliação de risco da compra pública, como foi feito pelo governo chinês na última década (CHEN, 2018). Arranjos institucionais levam a um risco social, risco de gestão e risco econômico “mais alto” quando se pensa nos volumes de compra elevados. Isso significa que há uma contrapartida ao benefício de grande volume, que atrai preços menores, mas que potencializa riscos, caso ocorra algum erro.

No caso do Brasil, especificamente das compras de medicamentos, os preços são regulados pela CMED (Câmara dos Medicamentos) da ANVISA. Isso impossibilita que as indústrias farmacêuticas pratiquem preços livres, pois há um preço máximo estipulado, a partir do qual podem ser praticados descontos, variando de forma redutiva (CAMPOS; FRANCO, 2016). No caso do governo (federal, estadual ou municipal) o principal fator que gera descontos de medicamentos é a existência de concorrência ou não naquela determinada área terapêutica ou molécula. Quando um tratamento ainda tem sua exploração exclusiva por apenas uma indústria (propriedade intelectual, patente), há tendência de preços muito elevados na contratação pública.

Devido ao considerável valor de tratamentos e equipamentos de fronteira na saúde, a iniciativa pública busca, através de suas ferramentas de negociação, reduzir preços e maximizar o retorno sobre os recursos investidos. Os consórcios podem contribuir nessa empreitada com a consolidação de volumes de compra, melhor organização das informações de fornecedores, sistemas eletrônicos e o compartilhamento de pessoal na iniciativa de gerar pregões bem estruturados e eficientes do ponto de vista de escopo e requerimentos.

As aquisições públicas de medicamentos e equipamentos de diagnóstico fazem parte do dever do Estado, que segundo a Constituição, deve assegurar saúde universal. A rotina das instituições públicas está permanentemente exposta a riscos e incertezas, e neste contexto, a gestão dos riscos tem a capacidade de promover a melhoria da qualidade dos gastos públicos. Os problemas e prejuízos eventualmente ocorridos durante a compra pública, representam a materialização de alguns riscos e deixam explícitas as necessidades de adoção de ferramentas para mitigar suas consequências (STURMER; DECHECHI; GARCIA, 2021).

O entendimento dos controles internos e a interpretação possibilidade pela Teoria de Agência são ferramentas importantes para identificar, controlar e mitigar os riscos inerentes às compras públicas, que possuem no Brasil um triste histórico de muitas ocorrências de corrupção, sobretudo na saúde, seja por superfaturamento ou aquisições desnecessárias, que prejudicam diretamente a estabilidade político-democrática do país (ARAÚJO; SANCHEZ, 2005). Casos relacionados à corrupção em áreas sociais ferem não apenas os cofres públicos, como também são utilizados como ferramenta de ataque em campanhas políticas.

2.3.2 Maximização de Recursos Públicos

O melhor uso dos recursos públicos depende da boa gestão de informação, capaz de organizar dados de estoques, compras, consumo, pacientes, em especial em nível de atendimento popular, no qual a principal característica é o grande volume de serviço (TRIVELATO *et al.*, 2015). A ausência de capacidades para gerenciar informações, dificulta a gestão de custos hospitalares e de unidades de pronto atendimento, gerando impacto direto aos cidadãos que eventualmente se deparam com ausência de recursos básicos, ou perdas de produtos por expiração em caso de estoques excessivos, o que pode levar à insuficiência de suprimentos.

A inexistência ou insuficiência de recursos para atendimento de todas as necessidades de saúde dos cidadãos é uma situação que, somada à má gestão dos recursos do ponto de vista administrativo, faz com que seja posto em prática o chamado “acionamento da saúde” (PINHO, 2008). Este termo, utilizado por gestores públicos da saúde, significa estabelecer prioridades e ter de adotar alguns programas em detrimento do cancelamento, desistência ou redução de outro programa ou política pública. Infelizmente essa situação real e necessária não consiste apenas em efetuar

a escolha de uma ação governamental, pois culmina em escolher entre determinado paciente ou outro, ou entre atacar determinada enfermidade ou outra, algo que manifestamente diverge do direito à saúde universal.

Em adição à adversidade de ter de racionar os investimentos citada anteriormente, há também o problema da alocação territorial de recursos, sobretudo em grandes países ou estados (SILVA *et al.*, 2012). Dados coletados via IBGE, DATASUS, INEP, IMRS e STN revelam brutais desigualdades de capacidade de atendimento do SUS entre localidades no Brasil, e este lapso de eficiência nas alocações faz com que os brasileiros precisem viajar da região Norte ou Nordeste do país para a região Sudeste ou Sul em busca de atendimento especializado ou menor tempo de espera. Para reduzir as disparidades, uma das alternativas propostas é a priorização de investimentos em áreas com piores métricas, com a intenção de comprimir a migração por condições médicas.

É fundamental estabelecer uma organização para definições das prioridades de execução de um governo, levando em conta como aspecto principal para definição de uma política de saúde a condição macro (SUNIL; RAJARAM; ZOTTARELLI, 2006). Isso significa que, em caso de uma calamidade macro, o gestor deveria deixar a preocupação fiscal em segundo plano, mesmo que isso resultasse em dívida pública, já que a saúde é primordial. Uma vez inexistindo situação calamitosa, o gestor deve se preocupar com os impactos fiscais de sua decisão, entender quais serão as origens e fontes de financiamento da política proposta e como sustentá-la em longo prazo.

O conceito de DEA (*data envelopment analysis*) existe para suportar os gestores públicos em suas decisões, por ser capaz de, estatisticamente, apresentar as principais variáveis que impactam os gastos, reduzem preços em grandes negociações, otimizam estoques e até mesmo apontam futuras eficiências e ineficiências das políticas elaboradas (KOHL *et al.*, 2019). Os institutos públicos de estatística de cada país devem receber recursos para poderem angariar dados primários (entrevistar cidadãos, visitar casas, acompanhar mudanças nas tendências sociais). A falta de investimento nesse sentido faz com que todo o sistema de saúde se mova em um voo cego, sem capturar importantes informações que possibilitariam melhorias aos próprios cidadãos.

Por fim, a motivação dos servidores públicos faz parte dos aspectos determinantes para o sucesso na maximização de recursos (MOYNIHAN, 2013). Em burocratas de nível de rua, essa motivação proporciona um sentimento de doação à

função, busca pelo ótimo e tem um olhar empático em relação aos cidadãos que são atendidos pelo programa público. Já na alta gestão das instituições, tal motivação tem feito que os líderes deixem de advogar por maiores orçamentos e, munidos de um sentimento de “dono”, passem a buscar alternativas para fazer mais com menos, tendo em mente que no longo prazo esse pensamento proporciona maior cobertura das ações de saúde. Cabe ressaltar que, em contrapartida, servidores de qualquer escalão, quando desmotivados, tendem a agir de uma maneira sistemática, irracional e, com isso, causar danos à população.

2.3.3 *Compliance* na Administração Pública

O *compliance* é um importante mecanismo de combate à corrupção, quando acompanhado de uma legislação e fiscalização que lhe dê efetividade, acabando por reformular o tradicional conceito de legalidade (GONCALVES; SIMÕES, 2020). A legislação brasileira não obriga as empresas a possuírem protocolos de *compliance*, e sabe-se que em muitas organizações de médio e pequeno porte, não há conhecimento ou capacitação da gestão acerca do tema. Contudo, o governo, enquanto contratante, pode exigir que as empresas que desejem contratar como fornecedoras, apresentem documentação comprovatória de adoção de *compliance*.

Sendo assim, o *compliance* é uma necessidade para a administração pública brasileira, o chamado “*compliance* público”, que além de já ser considerado uma realidade para o setor público em todo o Brasil, deve se consolidar em todas as esferas e órgãos federais, estaduais e municipais, sobretudo com a publicação dos novos diplomas legislativos (GUANAMBI, 2016). As empresas listadas na Bolsa de Valores já possuem o *compliance* como uma bandeira de credibilidade, capaz de atrair aportes e possibilitar futuros investimentos. Já na gestão pública, é fundamental exteriorizar a transparência dos atos de gestão pública, de modo a evitar os atos de corrupção e de má-gestão.

No campo da relação comprador/fornecedor, as decisões de governança do fornecedor devem estar vinculadas ao formato de conformidade social, que pode diferir nas esferas público e privada (JAJJA *et al.*, 2019). Uma abordagem transacional agrega mais valor quando os padrões públicos são adotados, e uma abordagem relacional cria mais valor se os padrões privados são adotados. No campo da

administração pública, cabe reforçar, não há espaço para padrões privados e abordagens relacionais, uma vez que os dados de preços e contratos devem ter o princípio da transparência.

A lei anticorrupção 12.846/2013 é um alicerce para a implementação do *compliance* em instituições públicas e empresas no Brasil (CAMPOS, 2014). Com essa lei, estabeleceram-se os critérios para avaliação dos programas de integridade, com base na doutrina, bem como na legislação internacional. A norma regulamentadora da Lei Anticorrupção criou aspectos fundamentais a serem observados pelas pessoas jurídicas que tenham interesse na interação com instituições públicas. É importante destacar que além de não serem obrigatórios, os programas de *compliance* no Brasil também não estão sujeitos aos moldes da lei em questão, o que significa que as empresas podem não os adotar, ou adotá-los como mais conveniente.

A utilização de selos de certificação dos programas empresariais de *compliance*, concedidos por entes públicos ou privados, reconhecidos e especializados nessa atividade, são uma forma de benefício durante o processo licitatório, como uma forma de facilitar decisões de pregoeiros e de expedir o processo burocrático de avaliação do fornecedor (FERREIRA, 2019). Eventualmente, tal selo poderia ser utilizado como um critério de desempate em processos ou priorização nas contratações, e acima disso, possuir um programa de *compliance* claramente ajuda a prevenir atos ilícitos ou mesmo garante a formação de uma cultura empresarial que preza pela integridade e pela ética.

2.3.4 Ineficiências e Teoria de Agência

O problema de agência que originou a chamada teoria de agência consiste nos conflitos de interesses que podem surgir da relação contratual entre um principal e um agente. O agente é o indivíduo que, motivado por seus próprios interesses, se compromete a realizar certas tarefas para o principal. Há exemplos dessa relação existente entre o poder executivo e os burocratas de médio escalão (gestores públicos diretos), ou da Federação com os Estados (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Como exemplos de problemas de agência nessas relações, destacam-se:

- a. Diferenças de motivações e objetivos – quando o planejamento de uma instituição pública diverge de outra instituição dependente por alguma razão, ou divergência da realidade com o conteúdo contratual. Quando isso ocorre, o comprometimento dos gestores com os projetos é prejudicado e há chances de não conclusão ou de má execução.
- b. Assimetrias – este problema se origina quando a confiança entre as partes se eleva a um nível no qual os gestores deixam de compartilhar detalhes dos projetos, programas de governo e objetivos, pois acreditam que o alinhamento pessoal permite isso. Esse é o momento que precede a assimetria de informação, pois fatalmente em algum momento posterior intempéries poderão acontecer nas execuções de contratos, objetivos serão alterados, e uma das partes terá a percepção de ter sofrido um impacto negativo, que dificilmente poderá ser resolvida dada a falta de documentação dos acordos.
- c. Distintas propensões ao risco - diferença entre a forma como os órgãos e entidades executores encaram o atingimento das metas do Acordo de Resultados, em termos de riscos associados, causa este problema. Erros ou não execuções dos programas de governo causam diferentes impactos entre partes (há gestores citados e não citados em contratos, há obras que são responsabilidade do estado e não da prefeitura). Isso faz com que os agentes tenham percepções diferentes de risco.
- d. Diferentes horizontes de planejamento – este ponto está diretamente relacionado à perspectiva do mandato executivo. Há distintas vigências de mandato entre prefeituras e estados, e isso causa muitas vezes falta de alinhamento entre os gestores destas esferas. Contratos passam a ser firmados sempre respeitando o prazo de mandato do executivo em questão, para que consiga entregar o programa público ou a obra a tempo de colher os frutos em mandato.

No campo da saúde pública, há conflitos de agência entre a ANS e os planos de saúde, já que na saúde suplementar há uma divergência entre os interesses da ANS e dos beneficiários em relação às operadoras de saúde, que buscam minimizar seus custos e, com isso, eventualmente agem em prol de limitar o campo de atuação e cobertura dos planos (FREITAS *et al.*, 2007). Além do conflito de agência, nesse

caso o próprio SUS é impactado, já que os beneficiários que não obtêm sucesso em seus seguros de saúde pagos, retrocedem ao SUS como alternativa de tratamento.

Os problemas causados pelo conflito de agência no SUS, variam, desde a falta de itens para a população, políticas ineficientes, descontinuação de programas por razão política e até a aquisição de itens em excesso, resultando em sobras e desperdícios (FERNANDES; RASOTO, 2017). Este enfraquecimento da qualidade do serviço público, pode gerar uma força de resistência ou mesmo incitar o surgimento de uma postura de cinismo e baixo envolvimento dos agentes.

O problema de agência na saúde permeia não apenas o setor público, mas também a saúde suplementar privada (DRANOVE; WHITE, 1987). Como não há contratos perfeitos na saúde (não há uma garantia de que se vá obter sucesso em qualquer tratamento), o agente tende a buscar qualidade individualmente e sob seu julgamento. Isso significa que pessoas mais ricas e com acesso a profissionais renomados, estão propensas a pagar altos valores por atendimentos privados, na crença que o profissional vá trazer o sucesso no tratamento. Já as pessoas de menor renda e submetidas ao serviço público, tendem a mudar constantemente de médico, unidade de saúde, hospital público, até que encontrem minimamente segurança suficiente para se tratar.

Tal constatação é muito ruim para o serviço público, pois a busca por profissionais específicos (que obtiveram fama por sucesso em tratamentos e por atender bem os pacientes) em detrimento de profissionais menos capacitados, com maior taxa de erro, com pior qualidade de atendimento, causa a sobrecarga de determinadas localidades. No caso do SUS, sabe-se que uma parcela considerável da população brasileira que depende de atendimento especializado, se desloca, quando pode, para centros urbanos, onde ficam os hospitais e profissionais de excelência, equipamentos para diagnósticos e pesquisa.

2.4 Inovação e a Complexidade nos Consórcios Públicos

A federação é a soma de diferentes esferas territoriais que coexistem, e esses diferentes entes que compõem uma federação possuem seu poder e autonomia. Ocorre que há uma quantidade muito elevada de municípios no país (5600 municípios), sendo que em termos territoriais não há distribuição econômica uniforme,

já que a Região Norte detém mais de 40% da área do país e cerca de 5% do PIB nacional (CUNHA, 2014).

Segundo o IBGE (IBGE, 2021), no Brasil há municípios de enorme área como Altamira (PA) com mais de 150 mil km² (comportando dentro de seu território a soma dos estados do Sergipe, Alagoas, Rio de Janeiro e Espírito Santo, e mais o Distrito Federal). Altamira possui um PIB de R\$ 3 bilhões, enquanto a cidade de São Paulo possui um PIB de R\$ 700 bilhões (10% do PIB do país), segundo a Agência de Estatísticas Econômicas do IBGE (2019). A cidade de São Paulo possui 1,5 mil km², ou seja, é 100 vezes menor que Altamira, e demonstra capacidade financeira 230 vezes superior.

Essas disparidades demográficas e financeiras, por sua vez, fazem com que boa parte dos municípios não consiga ter autonomia, demandando repasses federais e estaduais (apesar de praticarem autonomia em suas decisões de políticas locais). Há uma ampla diferença entre o poder de arrecadação dos municípios, e com o advento da lei de consórcios em 2005 (lei 11.107), um fenômeno de agrupamentos de municípios e estados começou a surgir (ABRUCIO; FILIPPIM; DIEGUEZ, 2013). Antes dessa lei, os municípios já podiam se associar (como já ocorria algumas vezes no século XIX, em meados de 1890), porém a constituição federal não lhes assegurava autonomia, e estavam submetidos aos planos e às constituições estaduais.

No campo da saúde pública, os consórcios públicos são uma maneira de aumentar a capacidade de abrangência das políticas públicas, apresentando vantagens e desvantagens (FLEXA; BARBASTEFANO, 2020).

- Vantagens: gastar menos recursos para atingir os mesmos resultados, aumentar a qualidade de serviços mantendo os mesmos gastos, ter menor impacto financeiro do que ocorreria de forma isolada.
- Desvantagens: dificuldade de praticar decisões conjuntas ao invés de unilaterais, falta de treinamento para que os servidores do consórcio entendam sua função, entraves burocráticos na execução de políticas e as mesmas lacunas de planejamento que ocorrem em boa parte dos governos.

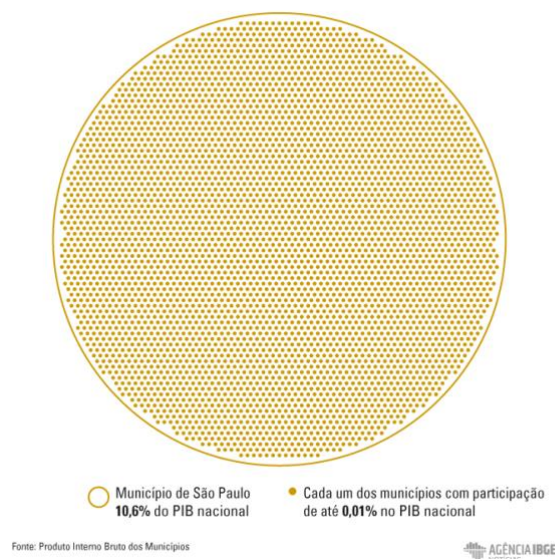
Os consórcios também são como um espaço de inovação, negociação e gestão entre entes da federação, demandando arranjos de cooperação intergovernamental e política para que possam subsistir de maneira sustentável. Há exemplos, no caso do Ceará, em que o modelo adotado é vertical, colocando esta instituição (consórcio)

acima dos municípios para organizar os interesses e gerenciar as demandas e as propostas de cada ente participante. Alguns consórcios, por sua vez, colocam os governos estaduais como participantes, o que facilita o alinhamento de políticas e comprometimento com o plano estadual (JULIÃO; OLIVIERI, 2020).

Em um país no qual uma única cidade é capaz de gerar um PIB que somaria outros 4.3 mil municípios (ou 77.3% das demais cidades brasileiras), fica evidente que há necessidade de fortalecimento via conjunção na gestão pública, independentemente do modelo adotado.

Figura 1 – PIB da cidade de São Paulo em relação aos pequenos municípios

PIB da cidade de São Paulo (R\$ 699,3 bilhões) equivale ao da soma de 4,3 mil municípios brasileiros



Fonte: Agência IBGE (2019, p. s/n).

A Figura 1 expressa a magnitude da disparidade econômica e da má distribuição da produção entre as cidades, bem como arrecadação, tornando os municípios menores mais vulneráveis e mais dependentes de parcerias para sobrevivência.

2.4.1 Literatura Sobre Consórcios Públicos no Brasil

Para a elaboração da presente tese, foi efetuado um estudo em formato de análise sistemática, com o objetivo de aprofundar e sustentar a revisão de literatura, cobrindo trabalhos predecessores sobre consórcios públicos no Brasil.

Em tal estudo, foram selecionados os 76 artigos de maior relevância publicados em revistas relacionadas de pesquisa acadêmica, com processo de revisão por pares, e em sua maioria (91%) classificadas no QUALIS/CAPES, e os demais 9% sendo trabalhos publicados em anais de congressos científicos. Para elaborar tal lista, foram elencados os artigos mais citados e de maior evidência nas bases Scielo, Web of Science, Scopus, Spell e Scholar Google (Google Acadêmico).

Este levantamento foi capaz de elucidar, que dos artigos analisados, cerca de 60% estão entre os estratos A1 e A4 do QUALIS 2017-2020, o que demonstra que os artigos nacionais/seminais e relevantes sobre o tema ocupam espaço nas revistas mais conceituadas de administração pública, gestão pública e saúde pública.

Dos 76 trabalhos analisados, 19 abordaram consórcios em nível nacional, sem restrição de estado ou região, focando na questão da Lei de Consórcios e seu impacto em nível Brasil, na maioria dos casos selecionando um segmento específico de consórcio para tal estudo. Nos 57 trabalhos restantes, foram constatadas 63 localidades distintas, sendo que três trabalhos abordaram mais de um estado e 54 trabalhos abordaram apenas um estado.

No que tange à localidade dos consórcios estudados, percebe-se um alinhamento com os dados da CNM anteriormente expostos. As regiões com destaque de concentração de consórcios, formando um eixo de estudos, são o Sul (com 42,9% das ocorrências) e o Sudeste (com 23,8% das ocorrências). O Nordeste possui aproximadamente 22% dos trabalhos, contudo 6 dos 14 artigos sobre consórcios do Nordeste foram desenvolvidos por pesquisadores situados em universidades localizadas no Sul e Sudeste. Ainda de forma análoga às informações da CNM, o Norte (com 6,3% das ocorrências) e o Centro Oeste (com 4,8% das ocorrências) surgem como as regiões com menor cobertura neste grupo de 57 trabalhos que especificaram quais estados estavam sendo analisados no estudo.

Tabela 1 – Distribuição dos artigos selecionados por estado e região

Localidade	Ocorrências	% Total	Localidade	Ocorrências	% Total	Região	Ocorrências	% Total
Brasil	19	25%	Paraná	13	20,6%	SUL	27	42,9%
Estados	57	75%	MinasGerais	8	12,7%	SUDESTE	15	23,8%
Total	76	100%	RioGrandedoSul	7	11,1%	NORDESTE	14	22,2%
			SantaCatarina	7	11,1%	NORTE	4	6,3%
			Ceará	6	9,5%	CENTRO-OESTE	3	4,8%
			SãoPaulo	5	7,9%	Total	63	100%
			Pernambuco	3	4,8%			
			Paraíba	2	3,2%			
			RiodeJaneiro	2	3,2%			
			Tocantins	2	3,2%			
			Bahia	2	3,2%			
			Amazonas	1	1,6%			
			DF	1	1,6%			
			Goiás	1	1,6%			
			Maranhão	1	1,6%			
			MatoGrosso	1	1,6%			
			Roraima	1	1,6%			
			Total	63	100,0%			

Fonte: elaborado pelo autor (2023).

Em relação à área de atuação dos consórcios abordados nos estudos, segundo Tabela 2, pode-se observar, dentre os trabalhos destacados, uma predominância dos consórcios de Saúde, os consórcios de Resíduos e os Multifinalitários, respondendo por 85% dos artigos publicados.

Tabela 2 – Categorização dos consórcios

Categoria	Quantidade	% Total
Saúde	26	34,2%
Multifinalitário	24	31,6%
Resíduos	15	19,7%
Educação	4	5,3%
Transporte	3	3,9%
Alimentação	1	1,3%
Ambiental	1	1,3%
Defesa Civil	1	1,3%
Saneamento	1	1,3%
Total	76	100,0%

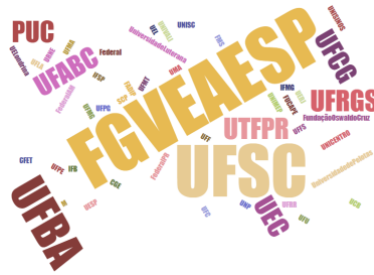
Fonte: elaborado pelo autor (2023).

Sobre a origem dos 76 trabalhos destacados nesta análise sistemática, percebe-se que há uma preeminência novamente das regiões sul e sudeste nas produções, destacando-se universidades que possuem programas inerentes à administração pública, de acordo com os dados da Tabela 3 e Figura 2, com destaque para a FGV-EAESP e UFSC.

Tabela 3 – Origem dos trabalhos

Localidade da Universidade	Quantidade	% Total
SP	19	25,0%
PR	10	13,2%
RS	8	10,5%
SC	8	10,5%
MG	6	7,9%
BA	5	6,6%
RJ	4	5,3%
CE	3	3,9%
DF	2	2,6%
PB	2	2,6%
PE	2	2,6%
Outros (com 1 cada)	7	9,2%
Total	76	100,0%

Figura 2 – Nuvem de universidades



Fonte: elaborado pelo autor (2023).

No que tange ao método empregado e às “palavras ação” dos estudos avaliados, foi revelada uma preferência dos autores por procedimentos mais inerentes à abordagem qualitativa, como: documentais, bibliográficos, entrevistas e estudos de caso (Figura 3), preferência essa relacionada ao objetivo proposto pelos autores, voltado a analisar, investigar, compreender (de acordo com Figura 4). Já dentre os trabalhos quantitativos, em contrapartida, destacou-se o objetivo de verificar ou determinar uma dada relação entre as variáveis de atuação.

Figura 3 – Nuvem método Empregado



Figura 4 – Nuvem de objetivo



Fonte: elaborado pelo autor (2023).

Em relação ao título dos trabalhos, foi produzida uma nuvem de palavras (Figura 5), revelando destaque para os principais termos:

Figura 5 – Nuvem títulos dos trabalhos



Fonte: elaborado pelo autor (2023).

Em relação aos principais objetivos, resultados e contribuições, foi possível, neste levantamento, organizar os trabalhos em três grandes grupos de abordagem: formação dos consórcios, casos de sucesso dos consórcios públicos e desafios enfrentados pelos consórcios.

Para cada um destes grupos, foram expostos os objetivos mais frequentes, os resultados encontrados nestas pesquisas e as contribuições trazidas pelos artigos em questão. Todas essas informações estão expostas na Tabela 4:

Tabela 4 – Objetivos, resultados e contribuições dos trabalhos

Grupo	Objetivos Mais Frequentes	Resultados Mais Frequentes	Contribuições	Exemplos de Trabalhos
1 Formação Consórcios	<ul style="list-style-type: none"> Identificar características demográficas, econômicas e fiscais que fomentaram formação de consórcios Avaliar os impactos da lei de consórcios na formação de consórcios Compreender como se dão os convênios que estabelecem os consórcios Analisar o processo de formação de novos consórcios Compreender a constituição dos consórcios 	<ul style="list-style-type: none"> Consórcios tendem a surgir onde há maior receita tributária, sudeste e sul Há maior facilidade de surgimento de consórcios em zonas urbanas Os convênios celebrados pelos consórcios são muito heterogêneos, sendo difícil encontrar um padrão Maioria dos consórcios surge com o objetivo de cobrir 1 tema específico Segurança jurídica foi um importante fator apontado por municípios para aceitar a participação em consórcio Municípios que mais carecem de assistência possuem dificuldades financeiras para cumprir as exigências de um consórcio 	<ul style="list-style-type: none"> Fatores demográficos e econômicos facilitam a formação de consórcios Sucesso na formação dos consórcios é associado à capacidade de articulação Um consórcio embasado em instrumentos jurídicos fracos agrava desigualdades Reduções de custos e otimização dos recursos são principais motivadores pela busca ao consórcio. 	<ul style="list-style-type: none"> (LUI; SCHABBACH, 2020) (DOIN <i>et al.</i>, 2019) (DIEGUEZ, 2011) (STRELEC; FONSECA, 2012)
2 Casos de Sucesso	<ul style="list-style-type: none"> Determinar a influência dos consórcios nos gastos públicos Identificar fatores que facilitam a gestão de resíduos urbanos Analisar como consórcios municipais de saúde obtêm melhores resultados em aquisições/licitações Avaliar a acessibilidade às políticas públicas após a formação do consórcio Comparar municípios consorciados com não consorciados 	<ul style="list-style-type: none"> Foram observados gastos inferiores por parte da maioria dos municípios após implementação dos consórcios públicos Consórcio facilitou logística reversa e produção limpa ao reunir esforços em resíduos urbanos Consórcios possibilitaram a superação de barreiras de volume e de tecnologia para licitações mais eficientes e menores preços Consórcio ampliou acesso da população aos serviços de média e alta complexidade Municípios consorciados inovaram e evoluíram em seus modelos de gestão conjunta 	<ul style="list-style-type: none"> Consórcios estimulam a busca pela redução de custos e colaboração entre municípios Consórcio contribuiu para superação de conflitos entre gestores públicos A regionalização do SUS obteve maior força <u>após</u> o consórcio A matriz administrativa do consórcio facilita a gestão e a inovação integrativa 	<ul style="list-style-type: none"> (BROIETTI <i>et al.</i>, 2020) (FILIPPIM; MOREIRA; CETOLIN, 2018b) (MULLER; GRECO, 2010) (PINTO <i>et al.</i>, 2014) (THESING <i>et al.</i>, 2018b)
3 Desafios	<ul style="list-style-type: none"> Estudar os desafios dos entes da Federação ao constituir consórcios Analisar dificuldades de implementação dos consórcios públicos urbanos Compreender desafios para a gestão municipal e intermunicipal Verificar através de <i>survey</i> a capacidade técnica dos consórcios 	<ul style="list-style-type: none"> Há falta de comprometimento de administradores para tornar a gestão do consórcio mais participativa e contributiva Não há um modelo pronto que facilite a implementação do consórcio através de um convênio padrão e diretrizes O consórcio <i>'per se'</i> não foi capaz de resolver carências técnicas ou entraves políticos Relação cooperativa integral no consórcio é rara e pouco intensa 	<ul style="list-style-type: none"> Foi revelado um comportamento recorrente em gestores públicos, de dificuldade ao compartilhar decisões Os consórcios adaptam sua formação de acordo com cada ocasião, não há padrão Cooperativismo esbarra nos interesses de cada cidade 	<ul style="list-style-type: none"> (LEITE; KARINA; PRIMO, 2012) (ROTTA; FRANQUI, 2019) (VALE <i>et al.</i>, 2015) (VENTURA; SUQUISAQUI, 2020)

Fonte: elaborado pelo autor (2023).

Através desta análise sistemática, foi possível observar dentre os trabalhos selecionados, a busca pela compreensão dos consórcios como um arranjo institucional que visa à regionalização de políticas públicas, seus sucessos e seus principais atributos em evolução. Os trabalhos, em sua maioria, revelam pontos positivos em redução de custos, ganho de escala, acesso à população, governança e

decisões apartidárias geradas pela pluralidade dos pontos de vista dos gestores participantes de diferentes municípios. Em contrapartida, figuram dentre os desafios, exemplos de que os consórcios ainda sofrem com entraves políticos relacionados ao compartilhamento de decisões, em alguns casos, tendo o cooperativismo arrefecido pela priorização de interesses individuais dos municípios e não apresentando um padrão de formação/sustentação capaz de ser replicado, o que gera desafios ao seu estabelecimento, devido à customização de convênios, contratos e regimentos.

2.4.2 Sobre a Associação Entre Municípios

A literatura internacional traz os consórcios públicos como programas de aceleração de desenvolvimento em determinadas regiões, podendo ou não ser focados em um tema social específico como saúde, educação, habitação, transporte, entre outros (MARTINSUO; LEHTONEN, 2007). Independentemente do objetivo do consórcio, há uma necessidade de fazer escolhas de prioridades, levantar dados e levar a gestão pública a um grande aprendizado, antes de começar a pensar em políticas públicas e colocá-las em prática. Tanto experiências precursoras quanto a literatura existente, sinalizam que a iniciação do programa de consórcio é a parte mais complexa, e uma vez que processos, regras, segregações de funções e consentimento de todos os membros existem, a continuidade e o sucesso do consórcio tendem a se aproximar do sucesso.

Os consórcios públicos podem também possuir um prazo pré-estabelecido por objetivos específicos, ou existirem por tempo indeterminado, tendo como aspiração e visão o atendimento de uma demanda social no longo prazo e sua melhoria contínua. Outra característica benéfica dos consórcios seria a descentralização do poder dentro da instituição, algo que potencializa o viés democrático, já que os consórcios, na maioria das vezes, são compostos por prefeitos ou governadores já eleitos de maneira popular, ainda veem suas pautas e investimentos serem decididos de maneira democrática por tais líderes (GLOGOW, 1973).

Do ponto de vista de motivações para um consórcio público ser criado e evoluir ao longo do tempo, há uma relação direta com custos na busca por implementar a associação com o objetivo de unificar compras e licitações (JOHNSON, 1999). Contudo, não somente os custos ou a redução dos custos são importantes para estabelecer um consórcio. Outras variáveis como capacidade de atrair múltiplos

fornecedores em uma licitação, especialização da equipe administrativa em diversos campos de compras e fortalecimento do quadro de gestores também se revelaram aspectos benéficos inerentes aos consórcios, além da redução de gastos através do poder de barganha. Esses consórcios públicos tendem também, segundo o autor, a serem mais aptos e propensos a acompanhar as evoluções organizacionais e tendências do mercado, quando comparadas às instituições não consorciadas/associadas, que atuam individualmente.

A maioria dos estudos sobre consórcios de compras relatam que as compras cooperativas reduzem custos, agilizam transações e aumentam o conhecimento sobre os produtos ou serviços contratados. No setor público especificamente, a compra cooperativa foi criada para reduzir também o risco político e minimizar o efeito “*red tape*” (que significa excesso de burocracias para valorizar as realizações), o que pode causar problemas de agência (MCCUE; PRIER, 2008). A falta de clareza conceitual tem prejudicado a literatura sobre compras cooperativas do setor público e, como resultado, os compradores do setor público não têm diretrizes teóricas para ajudá-los a decidir sobre este mecanismo de compra.

O Brasil figura nos periódicos internacionais com bons exemplos de consórcios públicos. Os consórcios públicos brasileiros foram capazes de potencializar a ação coletiva do SUS e a regionalização das políticas públicas (ALVES *et al.*, 2020). O SUS tem uma parcela de descentralização importante, que permite a existência de protocolos estaduais e municipais de saúde, e os consórcios colaboram para gerar sinergias entre os entes e fortalecer iniciativas em territórios específicos. O consórcio público é uma ferramenta que propulsiona inovação e alinhamento de prioridades entre os membros participantes, o que por fim, beneficia a população que depende da iniciativa pública.

2.4.3 Constituição, Legislação e Regulamentação dos Consórcios

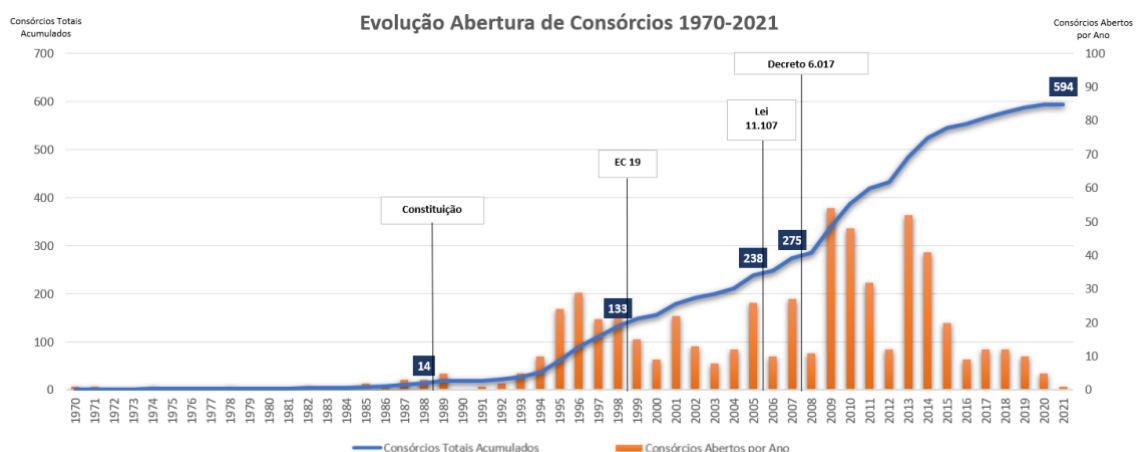
Os consórcios públicos são espaços de gestão compartilhada de políticas públicas, e são capazes de reunir entidades públicas e privadas em torno de um problema comum, que dificilmente lograria solução se tratado individualmente, segundo Brito (BRITO, 2018). Contudo, a constituição dos consórcios públicos, possui uma elevada complexidade de promoção de ações colaborativas, e dificuldade na composição de espaços efetivamente participativos e democráticos.

O Brasil já manifestava a existência de consórcios informais municipais e estaduais antes da lei 11.107/2005, que de fato formalizou a instituição consorciada no país. A tradição dos consórcios municipais se originou ainda no século XIX (quando os municípios ainda não eram sequer considerados entes federais), e possuíam naturezas diversas (inclusive jurídicas) (CALDAS; CHERUBINE, 2013). Tal fenômeno ocorria tanto em razão da inexistência de uma lei que fundamentasse e regulasse a composição dos consórcios, como por natureza de alguns arranjos que os possibilitavam, por exemplo: afinidades políticas e ideológicas de prefeitos/governadores, redes partidárias, redes políticas e principalmente pela necessidade de atender demandas que chegavam através de movimentos sociais. A articulação governamental se fez presente, como característica dessas associações que visavam atingir objetivos que não se limitavam a uma cidade ou um estado, pois impactavam toda uma região composta por diferentes entes federativos.

Com o passar dos anos e sobretudo com os avanços na legislação e regulamentação acerca do tema, o arcabouço jurídico que embasa os consórcios se enriquece e passa a trazer maior segurança para os municípios participantes, permitindo assim o aumento do número de municípios consorciados e o aumento de ocorrências de consórcios públicos.

A Figura 6 apresenta a evolução da quantidade de consórcios públicos intermunicipais no Brasil desde 1970, com base em dados da CNM (Confederação Nacional de Municípios), consultados entre 2022 e 2023. Em perspectiva, estão os adventos legais ocorridos: Constituição, emendas, leis e decretos.

Figura 6 - Consórcios públicos intermunicipais no Brasil desde 1970



Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

Os consórcios brasileiros são uma parte constituinte da federação, e a federação e seu ambiente normativo são favoráveis à formação de consórcios públicos, por entender que são instrumentos de cooperação e coordenação na gestão pública federativa, segundo Cunha (CUNHA, 2014). Não obstante, a aprovação do projeto de lei que rege essa formação associativista é diminuta frente à necessidade de desenhar e implementar o federalismo cooperativo no país. Do ponto de vista normativo, a Constituição Paulista de 1891 já propunha em um parágrafo o seguinte texto: “as municipalidades poderão associar-se para a realização de quaisquer melhoramentos, que julguem de comum interesse” (SÃO PAULO, 1891, p. 21). Inicialmente (primeira metade do século XX), o entendimento comum é que os consórcios abririam portas para que municípios de pequeno porte pudessem se unir e obter maior organização e poder de barganha em seus planos, requerimentos, investimentos e compras. Com o passar do tempo, porém, os consórcios passaram a se aproximar de áreas metropolitanas, e cidades de maior porte passaram também a se aliar em prol de objetivos comuns.

Há uma dicotomia no fato de que a principal virtude dos consórcios também é seu principal desafio: descentralizar o poder político administrativo de entes federados (SILVEIRA, 2008). Não há limites claros entre as ações públicas de diferentes escalas de governo, isso significa que, por exemplo, é possível que o Ministério da Saúde possua um programa federal, um estado da federação proponha uma política pública adicional na saúde e que um município ainda seja capaz de localmente incrementar sua política pública na mesma área, criando um protocolo municipal. Permitir tal descentralização de poder é transferir autonomia aos burocratas locais, que melhor conhecem a realidade pontual e que através dessa delegação de autoridade podem compor arranjos e esforços públicos para atender os cidadãos. Neste modelo, o nível federal ganha um viés de diretriz nacional, e os demais entes (estados/municípios) e associações (consórcios) podem fazer suas adequações às políticas governamentais e pormenorizar as ações de modo específico.

Os consórcios brasileiros têm a característica de serem duradouros, sem prazo determinado e para isso carecem de estabilidade, segundo (ABRUCIO; FILIPPIM; DIEGUEZ, 2013). Para tal situação ser possível, é necessário que os consórcios nacionais adotem, com o passar dos anos, uma orientação de caráter técnico e pluripartidário. Apesar de em boa parte dos casos, os consórcios nascerem do alinhamento partidário e ideológico de alguns líderes de entes federativos, para que

persistam no longo prazo, precisam abandonar essa obliquidade, uma vez que os líderes mandatários se vão, novos partidos chegam e a necessidade social (que gerou o consórcio) não pode estar vulnerável às individualidades de escolhas e ideais particulares.

Outro aspecto que deve ser levado em conta na necessidade de se compor os consórcios, é a transfiguração da economia pós Constituição Federal de 1988. Ao longo dos anos 1990 e 2000, apesar de o país ter estabelecido um controle da inflação sem precedentes e ter proposto crescimento do ponto de vista produtivo geral, os entes federativos perderam articulação e capacidade financeira, ficando os recursos centralizados em nível federal (MACEDO; PEQUENO, 2020). Os motivos por trás das dívidas estaduais e municipais são múltiplos: longo passivo previdenciário, má gestão de recursos, políticas falhas/de viés populista e imediatistas e até mesmo menor arrecadação em períodos de dificuldade da economia. Todos esses elementos, em uma escala importante, levaram estados e municípios à busca pelos consórcios.

2.4.4 Motivações dos Consórcios Públicos

Os consórcios públicos de saúde existem pela necessidade de maior celeridade, economicidade e eficiência na gestão pública, por parte dos entes federativos (FARIAS, 2017). Os membros da federação (em especial de menor porte, como os pequenos municípios) dependem de repasses estaduais ou federais para poder assegurar a manutenção dos programas de saúde, ademais de fatores qualitativos, como as deficiências estruturais, escassez de mão de obra qualificada e eventualmente isolamento territorial, que tendem a gerar severas diferenças na qualidade do atendimento de saúde em toda extensão do país, apesar de tudo fazer parte de um único SUS.

Através dos consórcios, essas adversidades são vencidas ou minimizadas, através do ajuntamento dos recursos de diferentes municípios e estados, formando através da complementaridade e do compartilhamento os artifícios necessários para atender a população, de acordo com (BREDA, 2019). Observar e entender a necessidade dos consórcios na saúde tem uma grande relevância acadêmica porque se trata de uma temática que passa pela instituição administrativa e de gestão pública, pelas composições inovadoras na gestão e principalmente por alternativas que

permitam o direito à saúde, o que culmina, por sua vez, no princípio basilar da dignidade humana.

Os resultados já obtidos pelos consórcios públicos brasileiros são enaltecidos, e através de cooperação intermunicipal e efetivação das políticas da saúde, gerou economia e resolutividade no atendimento aos problemas da saúde pública (ABRUCIO; FILIPPIM; DIEGUEZ, 2013). Apesar de grande evolução ter ocorrido no campo dos consórcios (em especial após a lei de 2005), ainda há um recinto reservado para oportunidades de melhoria na participação do cidadão usuário dos serviços e, em especial, em uma maior integração com os objetivos macro do próprio SUS.

Há necessidade de se entender como se originam os consórcios públicos da saúde, para que possam ser replicados em diferentes regiões do país que ainda carecem de tal organização e de associativismo, segundo (JULIÃO; OLIVIERI, 2020). Análises revelam que muitos consórcios são idealizados ou incentivados inicialmente pelo governo estadual, ao identificar oportunidades de arranjos municipais, o que revela uma centralização da liderança no ato da proposição e da criação. O estado pode ser um coordenador dos processos de regionalização da saúde, quando há existência de uma gestão pública moderna e empreendedora, capaz de desenhar a instituição de maneira que se conecte com as estruturas decisórias do SUS, e adote processos que representem a extensão e o fortalecimento de políticas federais já existentes.

O sucesso existente nos convênios de saúde pública e consórcios de saúde pública celebrados no país entre 1996 e 2016, período de maior expansão da quantidade de consórcios, é relevante (LUI; SCHABBACH; NORA, 2020). As regiões sul e sudeste lideram a criação de consórcios voltados à área da saúde e foram capazes de contribuir fortemente no processo de regionalização e no atendimento de demandas específicas locais. Apesar do êxito no processo de descentralização das decisões burocráticas e na execução dos programas propostos, entrevistas com gestores de consórcios revelam que há um problema de desconexão com outras instâncias de gestão, como as próprias Coordenadorias Regionais de Saúde dos estados, que tendem a focar mais nos municípios individualmente e eventualmente entendem os consórcios como sobreposições.

Em resumo, os consórcios tendem a contribuir para a solução conjunta de problemas de saúde pública de entes federativos participantes, e com isso reduzem desigualdades na oferta de serviços públicos de saúde, geram ganhos de escala e

beneficiam em especial os municípios menores, conforme retratam Marroni, Franzese e Panosso (2021). Outros países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE apresentam bons resultados nos indicadores de saúde pública após a implementação de consórcios.

É válido questionar e avaliar os resultados obtidos pelos consórcios públicos de saúde, não tanto pela necessidade de se entender se são capazes ou não de gerar benefícios aos cidadãos, pois a literatura aponta no sentido positivo, mas sim pelas oportunidades de melhorias no que tange ao alinhamento dos gestores, conexão com demais entes federativos e até mesmo com programas nacionais na saúde. Eventuais evoluções nesse sentido podem adicionar valor ao serviço público recebido pela população.

2.4.5 Casos de Sucesso e Experiências Relevantes

Ao longo da trajetória da existência de consórcios públicos intermunicipais no Brasil, muitos exemplos de sucesso nessa modalidade de gestão despontaram. A descentralização das políticas públicas proposta pela Constituição de 1988 teve um papel relevante e é considerada o primeiro grande marco de impulsão para a criação de consórcios, seguida em 2005 pela Lei 11.107 de Consórcios Públicos e o Decreto 6017/2007 que complementou a regulamentação (ABRUCIO; GRIN, 2017). A legislação nacional para formação de consórcios é, então, o primeiro e basal arquétipo de sucesso a se destacar, sendo que ao desconsiderar este fator normativo, fica inviável explicar tamanha expansão no consorciamento nos últimos 30 anos.

O arranjo institucional dos consórcios permeia por aspectos complexos da administração pública, sendo um instrumento moderno de gestão, que passa pela definição da forma de instituição, finalidade, definição de origem dos recursos, estatuto e assembleias (FILIPPIM; ABRUCIO, 2016). Exemplos como o CIF (Consórcio Intermunicipal de Fronteira) e CIGA (Consórcio de Informática e Gestão Municipal), que foi renomeado em 2021 como Consórcio de Inovação na Gestão Pública, apresentaram relatos de sua gestão, nos quais secretários reforçaram a necessidade de atuação coletiva e integrada dos governos na região consorciada, sendo que em consenso acreditam que ações individuais dos consórcios gerariam prejuízos e mais esforços para atingir os mesmos resultados trazidos em conjunto.

Além dos resultados qualitativos obtidos por entrevistas com gestores, há exemplos de sucesso matematicamente comprovados em relação à atuação dos consórcios. Estudos aplicados na região Sul do Brasil demonstraram que a variável “consórcio público” é determinante para os valores gastos em proteção ambiental, reforçando teorias predecessoras de que relações intergovernamentais são decisivas no esforço pelo meio ambiente (BROIETTI *et al.*, 2020). Isso significa que os municípios consorciados apresentaram resultados do percentual de gastos ambientais em relação à despesa total do município acima das médias gerais municipais na região, o que evidencia a ação do associativismo como ignitora para investimentos em determinadas políticas públicas.

No âmbito dos gastos sociais e desenvolvimento regional, os consórcios intermunicipais de saúde (CIS) representam um fator decisivo para que importantes métricas possam se estabelecer: ampliação dos serviços de saúde na região consorciada, aumento da quantidade de profissionais capazes de responder ocorrências de média e alta complexidade e redução de custos operacionais em 25% (THESING *et al.*, 2018). Neste segmento, os consórcios trazem uma experiência rica ao ampliar o atendimento em municípios associados, promover o ambiente de cooperação entre os gestores e potencializar políticas públicas. Relatos de gestores entrevistados também apontam para o fato de que, após a existência destes CIS, surgiram propostas para que os consórcios expandissem sua atividade para outras áreas de atuação, ou até mesmo que outros consórcios fossem criados para atender outras finalidades, tendo como referência e ambição o sucesso ocorrido na iniciativa da cooperação na saúde pública.

Em adição aos pontos de vista internos (de gestores, secretários e colaboradores) é fundamental compreender quem são os consumidores e qual é a percepção externa, relacionada aos moradores da região, ou usuários locais de um consórcio público de saúde que ofereça atendimentos (MULLER; GRECO, 2010). No caso do CISA (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste do Paraná), dos 100 usuários entrevistados, maioria (59%) eram mulheres e uma importante parcela possuía nível de educação baixo ou inexistente (49% das pessoas variavam entre analfabetismo e no máximo 4ª série), 58% recebiam no máximo três salários-mínimos e mais da metade (55%) já se consultaram no consórcio mais de 6 vezes. Em relação à percepção destas pessoas sobre os serviços, 57% relatam que o tempo para conseguir uma consulta é rápido e 68% acreditam que os profissionais de saúde

oferecidos pelo consórcio são bons. De uma maneira geral, a percepção da população local sobre os serviços prestados pelo consórcio de saúde era muito positiva.

Os exemplos de sucesso encontrados nas pesquisas predecessoras sobre consórcios públicos revelam aspectos positivos em diferentes áreas e pontos de vista (internos e externos) do consórcio. Internamente, os gestores e secretários avaliam o consorciamento como uma ferramenta capaz de expandir uma política pública, reduzir gastos, ganhar escala e compartilhar aprendizados e experiências. Já do ponto de vista externo relacionado aos cidadãos, os consórcios públicos de saúde que oferecem atendimento e se relacionam diretamente com a população, podem obter resultados na redução de filas de espera, manutenção de bons profissionais médicos no longo prazo e melhor qualidade de consulta. É válido ressaltar que o perfil identificado dos consumidores do serviço do consórcio público de saúde tende a uma parcela da população com menor renda, menor escolaridade e claramente dependente de ações positivas do Estado no contexto da saúde.

2.4.6 Desafios Inerentes aos Consórcios Públicos Brasileiros

O consorciamento público brasileiro possui também exemplos e nuances em que ficam evidentes oportunidades de melhora ou evolução nas relações intermunicipais. Alinhar diferentes expectativas e interesses de diferentes partes, não é uma missão simples, e consiste no cerne que sustenta um consórcio: a capacidade de cooperação e colaboração entre diferentes gestores públicos.

O desafio inicial do estabelecimento de um consórcio, na maioria dos casos, é superar o estereótipo de que o aparato público brasileiro já é extremamente denso e composto de muitas esferas, gerando gastos desnecessários. Para contrapor tal ponto, muitos consórcios subsistem com quadro de profissionais abaixo do ideal, em situações nas quais férias de colaboradores causam hiatos difíceis de serem cobertos, se esforçando para atingir seus objetivos, sem expandir contratação (LUI; LIMA; BARBOSA DE AGUIAR, 2022). Os consórcios intermunicipais de saúde também cobrem demandas que deveriam ter maior participação estadual ou federal, como média e alta complexidade. Em alguns estados, como Rio Grande do Sul, a composição dos consórcios inclusive não segue necessariamente as regiões de saúde propostas pelo governo estadual, o que reflete falta de alinhamento ou comunicação entre os níveis federativos.

Quando o nível intra-consórcio é analisado, ainda há relatos de situações em que os próprios prefeitos de municípios participantes de um consórcio público não compreendem a função da associação (LEITE; KARINA; PRIMO, 2012). Dentre os pontos de destaque do debate entre prefeitos e consórcios, estão fatores como contratações sem concurso e parcerias público-privadas desenvolvidas pelos mesmos, que sem o devido *compliance* poderiam beneficiar empresas ou grupos econômicos privados. Esta falta de confiança do nível executivo regional em relação aos consórcios, enfraquece a possibilidade de que eles atuem como o braço técnico e operacional das administrações municipais. Nesta situação, municípios menores, com baixo potencial econômico e de arrecadação, acabam por sofrer um maior prejuízo, uma vez que são dependentes do bom funcionamento da região como um todo.

A disparidade entre municípios participantes do consórcio é um problema que pode, muitas vezes, atuar na frenagem da implementação de determinadas políticas públicas no âmbito coletivo (ROTTA; FRANQUI, 2019). Há relatos de situações nas quais municípios participantes de consórcios de saneamento e resíduos sequer completaram a criação de seu plano municipal de gestão do saneamento básico, cujo prazo nacional (para existência desses planos municipais) se esgotou em 2017, revelando uma fraqueza em nível municipal de planejamento. Devido a este tipo de ausência de um aspecto fundamental, fica inviável que municípios possam discutir ações coletivas como destinação de resíduos, tratamento do esgoto ou implementação de coleta seletiva. Soma-se, ainda, a dificuldade de que municípios mais pobres não possuam capacidade administrativa e legal para compreender a legislação inerente a determinadas iniciativas que venham a impactar trabalhadores locais, como coletores de resíduos, potencializando o risco de que venham a criar programas que causem passivos futuros.

É possível enquadrar os pontos positivos e negativos atuais do consorciamento público brasileiro com esta separação entre perspectiva interna e externa, cabível a uma matriz SWOT (VENTURA; SUQUISAQUI, 2020). Ao se aplicar esta metodologia sobre relatos de gestores dos consórcios, é possível obter uma visão clara dos desafios futuros para o associativismo municipal. Dentre os problemas internos, destacam-se: a dificuldade de planejamento de atividades em curto prazo, a falta de formalização de direitos e deveres dos participantes e o desequilíbrio do poder econômico e institucional entre os municípios. Já entre os pontos fracos externos,

ganham destaque a possibilidade de interesses políticos difusos, a ausência de mecanismos para garantir a participação popular no consórcio e o risco de que consórcios se estabeleçam apenas para captar recursos federais disponíveis, sem partilhar necessidades e anseios comuns de seus membros.

Por fim, é necessário considerar que o consorciamento sofre as consequências da situação macroeconômica e geopolítica da região na qual está inserido (BRESCIANI, 2011). O Consórcio Intermunicipal Grande ABC e seus municípios sofrem não apenas com a crise do emprego na indústria nacional, como com grandes perdas de lideranças políticas, como a figura de Celso Daniel a partir dos anos 1990, que foi o primeiro diretor da Agência de Desenvolvimento Econômico do Grande ABC. Tendo como responsabilidade não apenas a interação dos líderes de governo na região, o consórcio também deveria contar com uma boa participação das mais fortes empresas locais, no caso montadoras, que predominantemente são refratárias ao envolvimento em instituições públicas de desenvolvimento, sendo que a capacidade de sucesso do modelo do consorciamento depende do envolvimento dos demais atores da região, não apenas a liderança do consórcio público que, na maioria das vezes, é composta por membros executivos.

A literatura histórica revela que apesar de bons exemplos de sucesso, os consórcios públicos possuem campo para melhorias em temas inerentes à sua capacidade de atuar como interlocutor com prefeituras, de propor diretrizes regionais e obter comprometimento de gestores com uma causa coletiva. Eventualmente, o *benchmark* entre consórcios de resultados avançados e consórcios com dificuldades, poderia vir a reduzir diferenças através do compartilhamento de experiências nessa iniciativa, que pode ser considerada recente na história do Brasil.

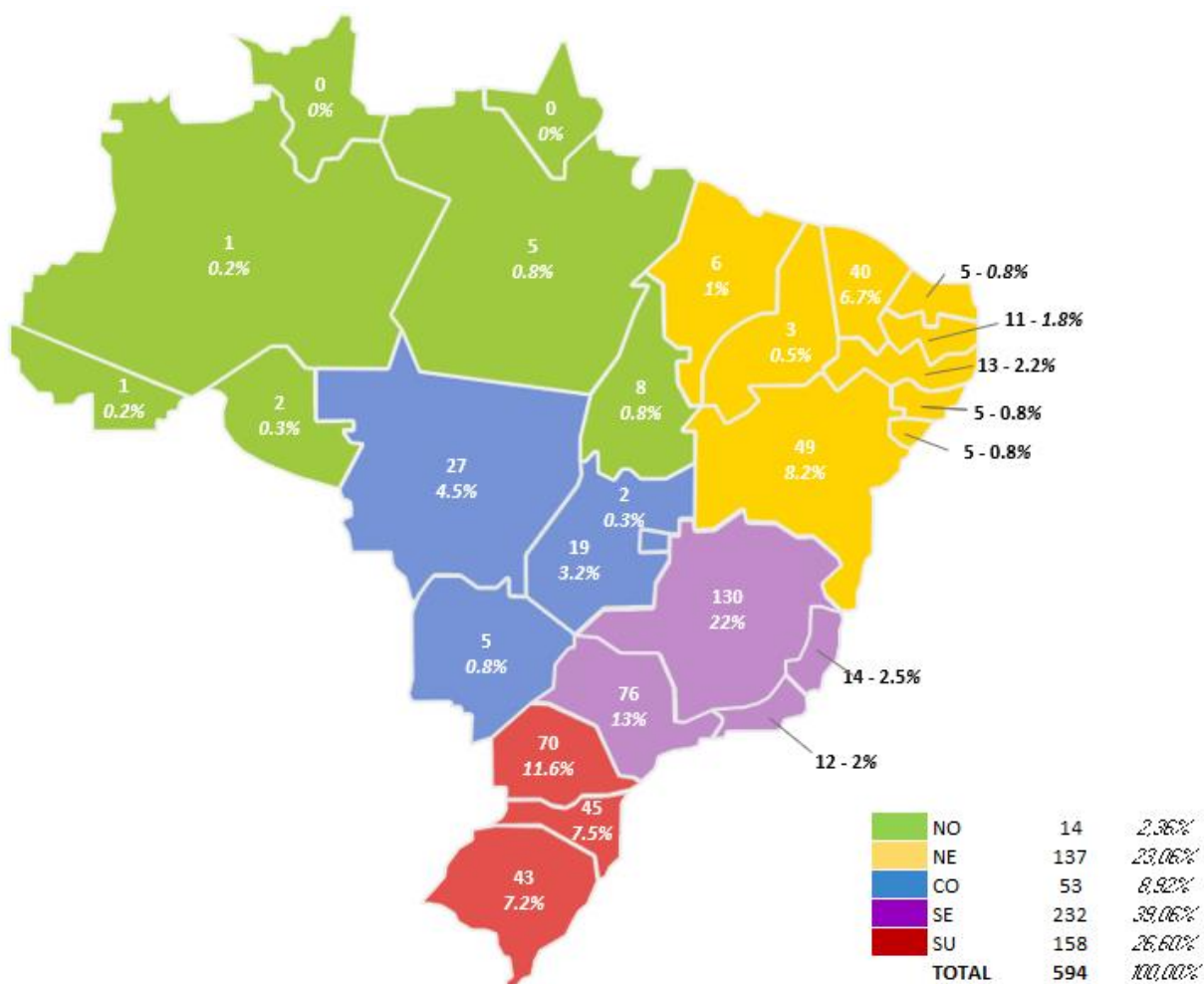
2.4.7 Demografia e Classificação dos Consórcios Públicos Brasileiros

No Brasil, no início de 2023 havia uma quantidade de aproximadamente 590 consórcios públicos intermunicipais ativos, de acordo com mapeamento periódico da Confederação Nacional de Municípios (CNM, 2023). Na imagem da Figura 7, é possível observar a atual distribuição dos consórcios públicos intermunicipais no Brasil. Nos primeiros 20 anos pós-constitucionais, formaram-se 275 consórcios. Após a regulamentação da Lei 11.107 através do Decreto 6.017, nos 12 anos seguintes 319 consórcios se formaram no país (um aumento de 116% sobre a quantidade de

consórcios existentes em toda a história nacional até 2007), anteriormente à Lei de Consórcios Públicos.

As regiões sul e sudeste possuem uma elevada concentração de consórcios públicos, sendo que metade dos consórcios do país estão concentrados apenas em 3 estados: Minas Gerais, São Paulo e Paraná.

Figura 7 - Consórcios públicos intermunicipais no Brasil por estado e região



Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023) com base nos dados CNM em dezembro/2022.

Diante de dificuldades, como as fontes de meios financeiros, provisão de serviços e equipamentos, e até mesmo a falta de recursos humanos para pôr em prática determinadas políticas públicas (FILIPPIM; ABRUCIO, 2016), os consórcios intermunicipais encontram condições favoráveis para sua criação e seu desenvolvimento, especialmente em prol dos municípios de pequeno porte e de menor arrecadação (FLEXA; BARBASTEFANO, 2020). No campo da saúde, por exemplo,

através de consórcios públicos, os municípios passam a ter acesso a procedimentos de média complexidade, reduzem ou eliminam o desabastecimento de medicamentos de tratamento contínuo, ganham escala e reduzem preços de aquisição de medicamentos para doenças crônicas, insumos e equipamentos nos pregões e licitações de maior volumetria.

Não obstante, ainda no exemplo da saúde, há também uma concentração de consórcios nas regiões sul e sudeste (STRELEC; FONSECA, 2012). Quando a abordagem é expandida para todas as modalidades e finalidades de consórcio, este fato se confirma: dados da CNM demonstram que dois terços dos consórcios intermunicipais estão localizados nestas regiões.

Por tal motivo, optou-se, nesta tese, pela delimitação da cobertura dos estados com maior ocorrência de consórcio nessas regiões, resultando no eixo composto por Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Minas Gerais.

2.5 Reflexões teóricas que embasam a tese

A economia pública, ou economia política, apresentou evoluções do ponto de vista teórico ao longo dos anos, passando pela abordagem neoclássica, pelo institucionalismo e mais recentemente pela nova economia institucional. A pressão causada pela demanda social e limitação de recursos fez com que as instituições passassem a buscar forças internas e capacidades dinâmicas (embasadas em sua cultura) para reagir e atender os cidadãos. Através do tempo, quase que de forma pendular, a ação dos governos se inclina em direção à intervenção ou liberalismo sobre a economia. O objetivo desta síntese final do quadro teórico que precede a metodologia, é apontar os aspectos de cada uma destas teorias e como influenciam a forma que observamos o fenômeno do consorciamento.

2.5.1 Economia neoclássica

O ambiente da saúde, sobretudo na saúde pública de um país, é composto por relações de troca como em qualquer segmento da economia. Contribuintes pagam seus impostos em troca de prestação de serviço público de saúde, profissionais de saúde atuam na saúde pública em troca de compensação paga pelo governo, e o governo provê a organização das políticas públicas e ações de saúde pública através

da arrecadação dos impostos. Observar os fenômenos do ponto de vista neoclássico levou a maioria dos países, por muitos anos, a uma exploração intensa de seus recursos, que causou sérios danos ao ambiente, justamente pelo fato de que esta perspectiva tende a colocar o PIB acima de qualquer outra medida. A análise através da economia neoclássica é benéfica para que seja compreendido o funcionamento mecânico de determinado ecossistema, sobretudo do ponto de vista básico e administrativo, porém, tende a subestimar determinados aspectos intangíveis que não podem ser medidos de forma documental, como a melhor percepção de qualidade de vida por parte dos cidadãos (GOODLAND; LEDEC, 1987).

Através da teórica neoclássica, permite-se observar o funcionamento dos sistemas de saúde mediante o modelo baseado em agentes, e focar em suas ações individuais como forças motrizes dos resultados vistos em um sistema. Dentre tais forças, pode-se destacar que: os agentes econômicos tendem a maximizar seus benefícios através de uma racionalidade ótima, esta racionalidade ótima significa que cada agente é capaz de medir a utilidade de uma mercadoria ou serviço. Todos os agentes teriam necessidades ilimitadas em um sistema no qual os recursos são escassos, dadas as limitações de produção ou investimento (BRANCACCIO; GALLEGATI; GIAMMETTI, 2022). Esta descrição pode aderir em boa parte à realidade da saúde pública, na qual os agentes individualmente buscam soluções úteis aos seus problemas, atuam em uma concorrência perfeita, pois sabem que os demais agentes também têm necessidades, contudo desconsideram as necessidades dos que os cercam e visam maximizar seu atendimento individual, tendo consciência que estão inseridos em um cenário no qual não há recursos ótimos para todos sob a escassez de capacidade de atendimento, diagnóstico e tratamentos (causada pela limitação de arrecadação pública ou capacidade de investimento e produção).

O problema basal da economia neoclássica está no fato de que tudo orbita ao redor do pressuposto de que os agentes somente podem obter seu (?) e maximizar seu bem-estar em função do consumo, seja de bens ou de serviços. Enquanto os utilitaristas neoclássicos dizem que o consumo marginal tende a trazer níveis de satisfação menores, ainda seguem medindo o nível de bem-estar das pessoas através da capacidade de consumir, desconsiderando efeitos colaterais de um consumo desenfreado ou mal estruturado. Contudo, há aspectos que pesquisas mais recentes revelam não serem atendidos pela capacidade de consumir e comprar, tais quais:

proximidade e boas relações familiares, emprego estável e com segurança e sobretudo a própria percepção de saúde do indivíduo (JAKOB *et al.*, 2020).

Se a atuação do agente humano, do ponto de vista neoclássico individual, tende a salientar o individualismo e o consumismo, evidências de dados das 2 últimas décadas demonstram que a oferta de atributos muito mais básicos possui um papel de maior relevância na definição da felicidade e satisfação: acesso à boas condições sanitárias, suficiente nutrição, um lar para si próprio e sua família, condições de evoluir intelectualmente se sobrepõem ao consumo. Todos esses atributos fazem parte do escopo social primordial de um governo (SIRIWARDHANE, 2021). É neste momento em que se compreende quais são os atributos medulares da felicidade, satisfação e longevidade humana e sua integral relação com o papel do estado, e que se passa a considerar o institucionalismo como uma perspectiva complementar à teoria neoclássica, pois as relações dos indivíduos sem intermediação superior ou regulação podem vir a não trazer o bem-estar coletivo.

Quando os economistas e gestores partem da teoria para a prática no campo de políticas públicas, tendem a perceber que a abordagem neoclássica possui um teor reducionista, que considera a situação da sociedade um mero resultado de micro relações de indivíduos, sem acreditar que uma ação macroeconômica proposta por instituições pudesse inverter esta relação, e reorganizar a sociedade através de leis, projetos e políticas públicas (KJOSAVIK, 2003). Em muitos casos, para se entender a situação de uma sociedade, deve-se adotar uma postura de análise mais ampla, como o nível institucional e coletivo, ao invés de empregar um custoso esforço ao destrinchar relações dos agentes para se tomar uma decisão.

A teoria neoclássica e suas vertentes mais modernas como neoliberalismo, permitem que as relações de troca sejam claramente compreendidas através do fluxo monetário, da liquidez e da transação e isso tem o seu valor, pois permite que no campo da pesquisa sejam identificados os fatores que motivam os indivíduos a adotarem determinadas ações, e isso colabora para o planejamento de políticas públicas em termos de como atrair profissionais, onde estabelecer locais de atendimento, e porque as pessoas optariam por consumir aquela oferta de produto ou serviço proposta pela política em questão (ÖZVEREN, 1998). Contudo, se uma postura neoclássica ou neoliberal for adotada em sua totalidade, o estado pode se ver enfraquecido a tal ponto que não consiga garantir o necessário atendimento das

necessidades básicas dos indivíduos, algo que tende a acontecer se os cidadãos forem abandonados à revelia do estado, tendo de sobreviver ao seu próprio mérito.

2.5.2 Institucionalismo

Desde que a economia é tratada como ciência, a humanidade passa por épocas de distinta postura governamental. Em determinados momentos, teóricos defenderam a auto regulação dos mercados, atribuindo aos agentes a responsabilidade pelo resultado do todo, sendo que a soma de muitas pequenas interações utilitaristas e racionais definiria a condição coletiva. Observando fenômenos resultantes de tal postura, como a fome, miséria, doença e falta de condições de sobrevivência, outros teóricos propuseram a necessidade do intervencionismo em busca da evolução e desenvolvimento (HODGSON, 2007). O *status quo* da sociedade passa a ser visto não apenas como a consequência das interações de indivíduos, como da realidade social onde já nascem inseridos, e com isso as instituições passam a desempenhar um papel significativo na sociedade. Há de se ressaltar que esta corrente de pensamento (economia institucional) teve seu primeiro *momentum* no *New Deal* norte americano, após a quebra da bolsa em 1929, período no qual Franklin Roosevelt, influenciado por ideias de pensadores como Veblen, Mitchell e Commons, entende que apenas através da ação de instituições, a maior economia do mundo poderia se recuperar e superar fome e desemprego.

Mesmo com episódios históricos nos quais a economia dependeu de instituições para sobreviver e salvar vidas, ainda existem comentaristas políticos em todo o mundo que defendem a ideia de que qualquer instituição deveria ser gerenciada “como um negócio”, orientada ao resultado financeiro, demonstrando total desconhecimento da realidade do ambiente público (CRANK, 2003). Negócios precisam estar focados no aspecto financeiro pois estão inseridos em um mercado competitivo, no qual a qualquer momento um novo competidor pode aproveitar uma ineficiência e ganhar espaço. Instituições estão inseridas em um ambiente complexo onde determinados valores não podem ser facilmente medidos de maneira econômica ou monetária, e isso fica claro através de determinadas questões, por exemplo: “quanto dinheiro é suficiente para um policial salvar a vida de um cidadão em perigo?” ou “quanto dinheiro merece um médico que salva a vida em uma emergência?”.

As instituições são fundamentais nos aspectos em que a ação privada, motivada pelo objetivo racional e utilitário do máximo retorno, não assegura direitos básicos humanos. Estas instituições governamentais são formais, são parte das políticas públicas e estão embasadas sobretudo na cultura e nos valores de seus membros. A evolução, no sentido das instituições, permite a compreensão de que determinados pressupostos neoclássicos não fazem parte da realidade das transações: que possuem custos, assimetrias de informação, racionalidade limitada e agentes heterogêneos (LEITE; SILVA; AFONSO, 2014). As diferenças entre as abordagens teóricas podem ser observadas no quadro 2 abaixo:

Quadro 2 – Diferenças entre teoria neoclássica, evolucionária e institucional (NEI).

NIE, Neoclassical and Evolutionary Economics: A Comparison.

New Institutional Economics	Neoclassical Economics	Evolutionary Economics
Transaction costs and imperfect information	No transaction costs and perfect information	Transaction costs and capabilities, knowledge and uncertainty
Bounded rationality Heterogeneous agents	Full rationality Homogeneous agents (representative agent)	Adaptive rationality Heterogeneous agents
Endogenous institutions	Institutions are taken as given	Endogenous institutions
Non optimizing behavior (only in some strands)	Optimizing behavior	Adaptive behavior
Non-Walrasian in some strands	Walrasian	Non-Walrasian
Mathematical tools and models (only in some strands)	Mathematical tools and models at the core of the analysis	Mathematical and computational tools (only in some strands)

Fonte: (LEITE; SILVA; AFONSO, 2014)

Por fim, pode-se considerar que a teoria institucional é crítica em sua atribuição de complementar explicações de teorias que foram insuficientes na intenção de explicar o comportamento humano e seus resultados (WILLMOTT, 2015). Para os teóricos, o institucionalismo não seria um meio de “poder ou dominação” por parte do Estado, mas sim uma resposta à coerção causada pelo poder econômico individual, que, sem leis, penalidades ou políticas públicas, pode causar situações arbitrárias em desfavor de cidadãos. Os proponentes de tal teoria, contudo, encontram dificuldades de explicar qual seria o papel das instituições na evolução social, já que boa parte das

inovações é originada pela competitividade de um determinado segmento do mercado, levada ao seu limite, sobretudo em ambientes de iniciativa privada.

Desde sua existência, as instituições públicas sofrem com desconfiança e, mais recentemente, na era de *fake news*, sofrem com teorias da conspiração acerca de sua atuação (VAN PROOIJEN; SPADARO; WANG, 2022). As ações de indivíduos, nesse sentido, difere do direito à crítica e aos protestos, pois acaba por minar os dois principais papéis que as instituições públicas precisam desempenhar: em primeiro lugar, a função de regular a atuação dos cidadãos e suas relações, e, em segundo lugar, a função de prover normas e valores básicos para a sociedade. A ação pejorativa de grupos contra instituições tende a ter vieses políticos e ideológicos muitas vezes relacionados à oposição, causando polarizações e extremismos que podem ser temerários ao interesse coletivo.

2.5.3 Nova Economia Institucional

A nova economia institucional é uma teoria que surgiu após uma publicação chamada "*The Nature of the Firm*" (COASE, 1937). Nesta abordagem, considera-se que existe uma parcela da economia que funciona através do sistema de preços (equilibrado através da demanda e oferta), fazendo com que a boa parte do mercado trabalhe de forma orgânica e inovando. Contudo, observadas as ineficiências existentes no mercado, pode-se entender que os seres humanos são racionais, buscam maximizar sua satisfação individual, e com isso favorecem suas próprias preferências. Dada esta situação, as instituições ganham uma maior importância na economia, tendo por atribuição, regular as interações entre os indivíduos, minimizar os custos de transação e suportar aqueles que estejam em situação prejudicial em relação aos demais agentes que tenham sua subsistência em risco.

Boa parte das teorias econômicas, assim como a teoria do livre mercado e dos preços, está baseada em premissas. A vida real, em contraponto, não sustenta tais premissas em todas as ocasiões. Trazendo novamente o exemplo do livre mercado, esta teoria assume, por exemplo, a premissa de que qualquer pessoa aceitaria automaticamente uma empresa na qual seja melhor paga monetariamente, mesmo que por uma pequena margem em relação aos outros empregadores. O avanço dos benefícios trabalhistas e do pensamento de *work and life balance* ao longo dos anos 90 e século XXI prova que há uma (cada vez mais significativa) parcela da população

que escolhe seu emprego levando em conta outros fatores, que não apenas o salário e compensação, tais como: carreira, liderança, localização, *home office* e, até mesmo, disponibilidade de tempo fora de atividade têm sido aspectos relevantes para que profissionais possam decidir sua vida de forma holística.

Considerando que não exista autoajuste da economia individual, o estado atua como parte determinante do sucesso da eficiência econômica, pois através de suas instituições tenta equalizar os direitos dos cidadãos e evitar que as desigualdades causadas pelos direitos de propriedade causem falta de acesso aos atributos básicos, como saúde, alimentação, educação e segurança (MERAMVELIOTAKIS, 2020). A Nova Economia Institucional - NEI questiona a possibilidade que a busca individual pelo sucesso seja capaz gerar equilíbrio macroeconômico, através de relações humanas que envolvam valor. As abordagens mais recentes da NEI defendem que as instituições deixaram de ser vistas como órgãos “sem função”, como apresentadas pela economia neoclássica, e passaram então a ter um relevante papel de reduzir incertezas e riscos nas interações humanas, levando em conta fatores de cunho ambiental, histórico e social anteriormente descartados.

Apesar de a abordagem econômica do ponto de vista institucional ter rendido um prêmio Nobel a Douglas North em 1993, o institucionalismo moderno ainda é pouco popular no Brasil (FIANI, 2003). Institucionalizar *per se* não é uma solução aos problemas de desigualdade e assimetrias sociais, afinal instituições ultrapassadas ou com uma gestão obsoleta podem ser ainda mais prejudiciais que a falta de instituições, ao gerar burocracias impeditivas. As instituições devem ser atualizadas, devem levar em conta a situação ambiental na qual as interações humanas acontecem e acima de tudo serem capazes de se atualizar e evoluir ao longo de sua existência, surgindo daí o termo reforma institucional. North, contudo, descartou em sua proposta, dois fatores apontados por muitos outros pesquisadores como possíveis lacunas dentro da economia institucional e o papel do Estado: a primeira lacuna se refere ao fato de que os governantes possuem viés ideológico, e não atuam de forma imparcial quando no poder; a segunda lacuna está relacionada à interação de poderes e gestores, já que no Estado democrático moderno um único governante não deve possuir total autonomia para tomar decisões isoladamente.

Há exemplos práticos da Nova Economia Institucional aplicada à saúde pública, de forma a equilibrar a abordagem microeconômica da maximização individual e a importância social (CHUE, 2007). O governo viu ao longo do tempo seu sistema

público de saúde perder profissionais gabaritados para o sistema privado (planos de saúde ou atendimentos individuais em clínicas), uma vez que se tratava de uma decisão excludente, já que os profissionais públicos eram impedidos de atuar em qualquer instituição privada. Para evitar que tal êxodo dos médicos impactasse os cidadãos e para atender a busca dos melhores médicos por compensação financeira, optou por ofertar aumentos de salário ao longo da carreira e permitir que existisse a atuação público-privada. A “prática dupla” entre setor público e privado de saúde é vista como algo positivo e que desenvolve os profissionais, uma vez que possibilita a satisfação de dois objetivos dos médicos: a notoriedade e o reconhecimento de seus colegas (que vem da atividade pública e pesquisa), e a realização financeira (que é obtida mais facilmente no mercado privado).

As instituições também são fundamentais para buscar minimizar as diferenças de atendimento que os habitantes rurais obtêm em relação aos habitantes urbanos, ou mesmo as diferenças intraurbanas entre bairros “nobres” e as periferias. O acesso à saúde é uma perspectiva ou medida para se observar o impacto causado à população apenas por estar em diferentes porções geográficas do país (JAMES, 2014). Ambos os habitantes (urbanos e rurais), neste caso, provêm arrecadação ao governo através de seus impostos pagos, mas geralmente há divergência nas estatísticas de saúde entre capitais e o interior ou áreas agrícolas, inclusive no que tange à taxa de mortalidade infantil ou por doenças tratáveis em rede de saúde. Caberia às instituições, a gestão de políticas públicas capazes de proteger o cidadão rural, minimizando a distinção na qualidade de tratamento.

O direito ao tratamento e medicamentos também faz parte das políticas públicas que dependem do bom funcionamento das instituições, sobretudo nos países em desenvolvimento (ATTRIDGE; PREKER, 2015). Segundo a NEI, países nesta condição deveriam ter iniciativas para buscar o aumento de sua capacidade produtiva e o desenvolvimento de sua indústria farmacêutica ainda incipiente para conseguir fabricar medicamentos ao invés de importar. A compra de produtos acabados originados nos grandes centros tecnológicos europeus ou americanos, traz um ônus ainda maior aos países mais pobres, que pagam preços muito elevados por terapias de alta tecnologia para doenças raras ou crônicas. Reféns desta situação, tais países podem incorrer em custos ainda maiores se não adquirirem os medicamentos, já que os pacientes podem depender de internações e terapia intensiva.

Se as economias de custo de transação não são capazes de resolver os problemas sociais em sua totalidade, as instituições são necessárias para propor medidas de aumento de eficiência nos gastos (ALCÂNTARA; PEREIRA; SILVA, 2015). A forma como o estado se organiza, é diretamente responsável pelo sucesso ou insucesso de políticas públicas, e esta etapa antecede a criação ou a atividade das instituições. A descentralização do SUS, que pode ser benéfica do ponto de vista de poder e adaptabilidade a realidades diferentes de acordo com cada localidade, muitas vezes pode ser prejudicial em termos de gastos sociais. A hipótese de estudos a respeito do tema é que a falta de uniformidade nos protocolos de saúde (ou criação de protocolos municipais, estaduais) gera elevada quantidade de pequenas compras descentralizadas, e isso colabora para a existência de preços elevados de medicamentos, já que as quantidades e o poder de barganha de entes pulverizados tendem a ser menor frente os grandes *players* do mercado farmacêutico, quando comparada a uma compra centralizada em escala federal, para atender ao país.

Dois fatores se destacam na ineficiência institucional que gera as compras descentralizadas, impedindo o funcionamento do sistema de saúde apenas com aquisições centralizadas: o primeiro fator causador do problema é a ineficiência logística da compra centralizada, o desabastecimento de unidades básicas de saúde e farmácias populares, dada sua distância dos grandes centros e a complexidade da cadeia de suprimentos de saúde brasileira, tendo elevados custos de malha aérea e elevados prazos de entrega em malha rodoviária (JORGE; FREITAS, 2016); o segundo fator (já resultante do primeiro) é a reação da população à falta de medicamentos, levando à judicialização do sistema público de saúde, forçando os gestores públicos a efetuar compras emergenciais junto às indústrias farmacêuticas, sendo que tais compras ocorrem na maioria dos casos a preços elevados e sem descontos, uma vez que não há margem de tempo para negociações e as multas contra o órgão impetrado de cumprir a compra, podem custar mais que o próprio medicamento (PEPE *et al.*, 2010).

As instituições são fundamentais no campo da saúde, sobretudo em países nos quais o direito universal à saúde é constitucional. O ponto de vista institucional convida os pesquisadores a observar os processos que constituem a realidade social, formada através do processo histórico de uma sociedade (GUIZARDI; CUNHA, 2011). Os estudos institucionais não apenas observam o passado e o presente da organização social, mas também processos e estruturas que ainda estão em gestação, como a

própria capacidade de consolidação do SUS, padronização de processos, equalização na qualidade de atendimento e desenvolvimento dos profissionais de saúde.

O institucionalismo e a antiga economia neoclássica são teorias complementares (apesar de serem rivalizadas na academia), e não se deve descartar os fatores que os clássicos apontavam como determinantes da desigualdade e da ineficiência em um ponto de vista de excesso de burocracias (SPITHOVEN, 2019). Os agentes econômicos, de fato, impulsionam o mercado, porém há a questão histórica dos países: -, sua colonização, sua capacidade tecnológica, sua detenção de poder e domínio cultural sobre demais nações. Deve-se levar em conta que há um pano de fundo por detrás dos agentes econômicos de países mais pobres, no qual toda a história de colonização europeia: -, exploração, modelo escravista, concentração de riqueza e latifúndio jogam um papel muito importante em relação à condição em que os agentes atuam, e devido a este histórico, as instituições se fazem necessárias para encorajar os indivíduos e garantir direitos básicos aos mais desprovidos.

Contraopondo antagonismos teóricos, pode-se entender que o grande desafio da nova economia institucional é convencer a iniciativa privada sobre a importância macroeconômica de instituições fortes e capacitadas-, e, ao mesmo tempo, convencer as instituições sobre o fundamental papel microeconômico representado na iniciativa privada por empresas e indivíduos.

2.5.4 Cultura Institucional na Saúde Pública e as Capacidades Dinâmicas

Cultura é poder, o chamado *soft power*. Enquanto nações bélicas como Estados Unidos, Rússia e o próprio Reino Unido exercem poder sobre os demais países através de demonstrações de seu poderio tecnológico para guerras, o Japão, através do “*Cool Japan*”, programa de cultura, ajudou o governo japonês a estabelecer uma posição confortável em negociações através da imagem criada para sua cultura (organização, parceria, compromisso, confiança) (LEHENY; LIU, 2010). Atualmente, desenhos animados, produtos japoneses, arte japonesa são exportados por todo o mundo e invadem nações como os próprios EUA. A diferença entre os meios culturais de poder, é que os meios conflituosos tendem a causar mais reações adversas do que os meios “*soft*”.

Essa cultura “*soft*” se aproxima mais da cultura organizacional estudada por Hofstede, que foi o pioneiro na busca pelo entendimento intercultural, especialmente

entre países (HOFSTEDE, 2011). Hofstede propôs e estudou diferentes dimensões que uma mesma organização poderia tomar quando instalada em diferentes países, e identificou padrões culturais que podem permear no dia a dia dos cidadãos e na forma que se comportam. As dimensões culturais analisadas por Hofstede buscam avaliar atributos como a distância percebida entre um indivíduo e seus líderes, sua submissão à liderança, coletivismo x individualismo, aceitação aos riscos e orientação de curto/longo prazo (planejamento).

Figura 8 – Dimensões culturais das organizações e instituições



Fonte: Adaptado de Hofstede (2010).

Tais dimensões permeiam as instituições (inclusive públicas), segundo estudos precursores que avaliaram o impacto das dimensões de Hofstede nas políticas públicas da Ucrânia (KHADZHYPADIEVA; HRECHKO; SAVKOV, 2019). Foi observado que há um paternalismo esperado nas políticas públicas, e que quando as políticas públicas não oferecem tal abordagem, não satisfazem a população. As pessoas esperam que o governo diga em qual sentido devem caminhar, por conta de um construto histórico soviético.

No Brasil, estudos como Rocha *et al.*, (2014) e Carvalho *et al.*, (2019) abordaram a cultura em organizações brasileiras, como hospitais públicos pertencentes ao SUS. Tais estudos não utilizaram as dimensões de Hofstede para a avaliação, mas evidenciaram que no Brasil há uma grande força hierárquica, competição e individualismo dentro das instituições públicas, bem como pouca

valorização do bem-estar e satisfação dos trabalhadores (que muitas vezes sequer eram perguntados sobre tal sentimento nas organizações públicas). Sabe-se que as empresas privadas, em especial as corporações multinacionais, têm adotado cada vez mais o recurso a *surveys* para identificar insatisfações e remediá-las.

A cultura organizacional é uma peça-chave para a própria excelência organizacional e institucional na medicina (SHANAFELT *et al.*, 2019). A cultura atualmente é definida com base em um construto histórico, portanto é dinâmica e tende a não ser exatamente igual após uma porção de anos. Entender para onde a cultura organizacional de uma empresa ou um governo está se movimentando pode ser fundamental para antecipar problemas. As culturas também podem ser fracas ou fortes e tendem a cobrir todos os aspectos das ações humanas.

A confiança e os fatores que são capazes de promover a cultura têm sido objeto de estudo por muitos anos, sendo que países que possuem maior confiança entre as pessoas e instituições tendem a obter maior prosperidade econômica, dadas as suas relações (PICCOLO *et al.*, 2005).

As capacidades dinâmicas estão atreladas à cultura organizacional e institucional, sendo que o processo de autoavaliação, autoconhecimento dos profissionais da saúde trazem a eles o entendimento de quais são suas possibilidades no trabalho, e como adaptar suas rotinas e processos de acordo com a realidade de onde estão instalados (SÁ; MOYSES, 2009). A relação entre a política de empoderamento de estados e municípios na saúde, proposta pelo governo Fernando Henrique Cardoso, foi fundamental para a evolução das capacidades dinâmicas na saúde regional no país, através de repasses de recursos e autonomia no emprego dos esforços (JULIANO; YUNES, 2014). Neste modelo, as capacidades dinâmicas dos municípios geram aprendizado contínuo e maior conexão com a cultura local.

Contudo, não se deve considerar as capacidades dinâmicas locais e regionais como uma maneira de reduzir a responsabilidade central do governo e transferir total responsabilidade para executores. Ineficiências, cortes de orçamento, repasses insuficientes de verba e até mesmo falta de clareza nas políticas públicas centrais são problemas que podem ser acobertados ou, ao menos, atenuados pelas capacidades dinâmicas desenvolvidas pelos entes menores, para evitar colapsos na saúde.

Ainda dentro da teoria de capacidades dinâmicas ligadas à cultura, está incorporado o conceito de inovação hospitalar, que nasce em muitas situações da condição institucional da saúde, e através de mudanças nas características de gestão,

melhoram as condições aos pacientes, beneficiando a população atendida por aquela unidade (BARBOSA; GADELHA, 2012).

Por essas razões, deve-se considerar que os profissionais ligados ao SUS estão submetidos à relação de cultura com tais sistemas, que podem possuir similaridades, diferenças e permitir identificação de possíveis pontos de melhoria nesse sentido no SUS ou até mesmo compreender o que motiva o sucesso ou insucesso de políticas públicas.

2.6 Síntese do referencial teórico abordado

O objeto central de estudo desta tese consiste nos consórcios públicos de saúde, que surgem sob a influência de diferentes conceitos e fatores temporais propostos neste capítulo.

Inicialmente, dentro da gestão pública e da saúde pública, existem os objetivos mundiais da ONU, que servem como baliza para todos os países e governantes, tendo como horizonte temporal o ano de 2030. No caso do Brasil, que possui um sistema único de saúde, tais objetivos em âmbito nacional são incorporados através de programas liderados pelo Ministério da Saúde.

Contudo, em um país de dimensões continentais e cerca de 200 milhões de habitantes, é impraticável que as políticas públicas de execução de programas de saúde, visando melhorias desses indicadores, sejam igualitárias. Com isso, o SUS permeia por secretarias estaduais e municipais de saúde, até chegar à população em diferentes localidades e regiões muitas vezes afastadas dos grandes centros.

Para o atingimento destes objetivos de saúde, os municípios precisam não apenas ofertar o atendimento básico, mas também serviços de média e alta complexidade, visando diagnósticos e tratamentos para doenças complexas e muitas vezes crônicas. É nesta situação que surge a necessidade do associativismo. Os municípios de menor porte e menor arrecadação não possuem condições individuais de sustentar programas de saúde envolvendo tratamentos de alta tecnologia.

Como o bem-estar social, coletivo e a saúde universal fazem parte dos objetivos do SUS, tais municípios se valem de alternativas de cooperativismo regional, como os consórcios públicos de saúde, para combinar esforços, reduzir custos, compartilhar ideias e sobretudo alinhar gestores no planejamento.

Neste cenário, as instituições inovam e se adaptam da maneira necessária para atender às demandas sociais, seja através de maior efetividade em termos de orçamento ou até mesmo através de maior resiliência e adaptabilidade de seu pessoal para conseguir executar uma ampla gama de programas com uma limitada capacidade de recursos.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Com base nas questões apresentadas na introdução e nas referências precursoras e teorias apresentadas no capítulo anterior, foi definido o arcabouço teórico que sustenta a tese. Neste capítulo é exposto o caminho de execução de pesquisa e os procedimentos realizados.

3.1 Sobre a Pesquisa, Suas Motivações e os Métodos Mistos

A pedra fundamental desta tese é a busca pela compreensão dos principais fatores que motivam a criação e evolução dos consórcios públicos de saúde, elencar os benefícios percebidos pela execução de políticas públicas pelo consórcio, além de compreender seus desafios.

A necessidade de se pesquisar sobre o tema está diretamente relacionada ao fato de que todo brasileiro tem acesso ao SUS, e o SUS possui um nível elevado de investimento público e alta quantidade de protocolos, que tendem a se expandir ao longo do tempo para cobrir mais comorbidades à medida que a população brasileira atinja uma média de idade superior. Nesse contexto, a regionalização da saúde se faz fundamental para assegurar a execução das políticas públicas, tendo nos consórcios uma ferramenta substancial. Deve-se sempre buscar transcender a insuficiência da pesquisa de saúde frente aos desafios que têm sido impostos mesmo antes da criação do SUS. Ciência, tecnologia e educação caminham de forma conjunta na busca pela evolução de uma política pública que pode ser vista como um patrimônio nacional e que transcende governos (GUIMARÃES, 2006).

Inicialmente foi levada em conta a necessidade de uma profunda análise documental relacionada aos consórcios, através do uso da base da CNM (Confederação Nacional de Municípios), que possibilitou compreender a demografia dos consórcios em termos de população atendida, quantidade de municípios consorciados e quantidade de consórcios por unidade federativa. Este primeiro levantamento culminou na definição de cobertura dos estados de RS, SC, PR, SP e MG como escopo da pesquisa, justamente por comporem um eixo com a maior quantidade de consórcios públicos de saúde.

A análise documental é recomendada para a obtenção de um alicerce de entendimento inicial sobre um tema, sendo que documentos são a base de fatos sobre

os quais pode-se inferir hipóteses, entender tendências e até mesmo idealizar modelos de pesquisa (LISBÔA; CAETANO, 2020). A obtenção de informações reais complementa inclusive a formação da pergunta de pesquisa de forma mais clara, e uma pergunta clara possibilita que os pesquisadores rumem em direção às hipóteses e respostas durante sua investigação (GIL, 2008-).

No campo dos dados, formado após a execução de uma *survey*, as estatísticas descritivas são notadamente proveitosas quando há base de dados que possibilite cálculos amostrais (FISHER; MARSHALL, 2009). No caso deste trabalho, esta etapa está baseada no levantamento dos consórcios públicos de saúde da região mapeada, seguida pelo contato e solicitação de resposta à *survey*.

Por fim, foram feitas entrevistas com integrantes especialistas de nível de gestão em consórcios públicos de saúde para acrescentar informações qualitativas sobre os dados obtidos na etapa da *survey* (THUNBERG; ARNELL, 2022). O objetivo de tais entrevistas foi entender como os administradores de consórcios públicos lidam com as questões propostas inerentes à formação, evolução e superação dos desafios existentes na regionalização da saúde, além de colaborar com gestores de consórcio no futuro, a partir de sua experiência na gestão pública.

3.1.1 Caracterização da Pesquisa de Métodos Mistos – Quantitativo e Qualitativo

A proposta de metodologia nesta tese está alinhada com a conceitualização de métodos mistos. Segundo esta sistematização, elaborada diretamente para o campo de ciências sociais, considera-se que há complementaridade entre a abordagem quantitativa e qualitativa para o aprofundamento em uma determinada pesquisa (SWEETMAN; BADIEE; CRESWELL, 2010). Por mais de três décadas, cientistas sociais debateram sobre qual seria a melhor abordagem, apresentando pontos positivos e negativos para ambas em todas as suas publicações, até que os primeiros estudos de métodos mistos propuseram a inter-relação entre os conceitos. Sendo assim, aplicar ambas as metodologias em um estudo social pode minimizar as lacunas de entendimento e auxiliar o pesquisador.

O pesquisador de métodos mistos pode escolher suas ferramentas em um repertório metodológico muito mais amplo, podendo adaptar sua pesquisa no decorrer das etapas escolhendo alternativas cabíveis dentro do arcabouço quantitativo e qualitativo, até que considere ter respondido sua pergunta pesquisa com resultados

robustos (DOYLE; BRADY; BYRNE, 2016). Desta forma, pode-se neutralizar ou cancelar algumas desvantagens de se ater exclusivamente a um determinado método, como por exemplo obter dados matematicamente sólidos sem explicações sobre sua incidência no campo social, ou obter relatos sobre a experiência administrativa sem dados que comprovem sua prevalência.

É necessário que ocorra integração dos pesquisadores na busca pela solução dos problemas e pela resposta às questões de pesquisa, evitando embates que tenham por objetivo rivalizar diferentes metodologias, que comprovadamente ao longo da história apresentaram seu valor e colaboraram com o desenvolvimento científico sendo que o conteúdo qualitativo é capaz de contextualizar os dados quantitativos (CARDOSO *et al.*, 2019).

A verdadeira preocupação do pesquisador deveria ser com a delimitação do tema, a escalação dos objetivos e de uma boa pergunta de pesquisa, pois tal organização, independentemente do método empregado, fará a pesquisa e a contribuição crescerem com o andar do trabalho (SANDELOWSKI *et al.*, 2012). Ao contrário, se o pesquisador amplificar demais sua área de cobertura, tende a ser aparado nas revisões por pares.

Por fim, a importância de um bom relatório de pesquisa (quantitativo ou qualitativo) está no fato de que o resultado apresentado terá a função de comunicar à sociedade as contribuições do esforço empregado pelos pesquisadores (LAKATOS; MARCONI, 2003). A transmissão das descobertas e do conhecimento gerado determinará o valor intrínseco de uma produção acadêmica. Com base nos argumentos metodológicos apresentados nesta seção, optou-se pela pesquisa de métodos mistos.

3.2 Levantamento Quantitativo: A etapa da *survey*

Para o levantamento de dados quantitativos da pesquisa foi elaborada uma *survey* contendo 27 perguntas em formato Google Forms. Este questionário foi validado por quatro pessoas, sendo dois especialistas em Consórcios Públicos e dois especialistas em Metodologia Científica na Administração. As perguntas foram organizadas de forma a se conectar diretamente com os objetivos propostos pela tese, na mesma ordem em que foram apresentados no Quadro 3:

Quadro 3 – Objetivos abordados na *survey* (etapa quantitativa-descritiva)

Objetivo	Quantidade de questões	Áreas cobertas
<ul style="list-style-type: none"> Identificar quais são os principais fatores determinantes para a formação de um consórcio público na área da saúde. 	10	<ul style="list-style-type: none"> Estatuto e protocolo de intenções Quantidade de municípios Saúde ou multifinalitário Câmaras técnicas e capacitação Previsão de quadro (próprio/cedido)
<ul style="list-style-type: none"> Identificar os principais fatores inerentes à maximização do uso dos recursos públicos através do consorciamento na saúde que asseguram a efetividade da operação do consórcio. 	9	<ul style="list-style-type: none"> Ganhos de efetividade das políticas públicas Planejamento das políticas públicas Objetivos das políticas públicas Extensão das políticas públicas Compras compartilhadas Licitações e aquisições Evolução do consórcio em capacidades Melhoria de nível técnico e operacional
<ul style="list-style-type: none"> Identificar, se e como os consórcios públicos intermunicipais foram capazes de trazer melhorias de gestão e inovações, além dos conhecidos benefícios diretos financeiros. 	8	<ul style="list-style-type: none"> Melhorias na gestão, inovação, decisão e governança Consenso aos líderes municipais Comprometimento e participação dos gestores Busca pelo impacto igualitário aos participantes Autonomia da gestão do consórcio Gestão durante COVID-19

Fonte: o próprio autor (2023).

Como pode-se observar, a *survey* abordou intencionalmente 3 dos 5 objetivos propostos na tese, uma vez que o objetivo 4 (compreender desafios inerentes aos consórcios) é objeto da etapa qualitativa, por meio das entrevistas junto aos gestores de consórcios. O objetivo 5 (*propor um quadro com parâmetros sobre a pesquisa*), por sua vez, está relacionado à consolidação dos resultados da tese, e consta dos capítulos de resultados e conclusão.

A etapa quantitativa, baseada na *survey* acima descrita, foi aplicada aos consórcios públicos de acordo com alguns critérios de seleção:

- Estar localizado em um dos Estados definidos para a delimitação da tese (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Minas Gerais).
- Ser um consórcio de saúde ou multifinalitário com atuação na saúde.
- Possuir contato telefônico na base CNM ou em seu website.

Os consórcios que atenderam os requisitos acima mencionados formaram uma base inicial de contatos, com uma população de 97 ocorrências. Cada um desses 97 consórcios foi contatado de forma telefônica em um intervalo de 1 mês, com 1 repetição (follow-up), a fim de compor um total de respostas que respondesse aos critérios mínimos pré-estabelecidos pelos pesquisadores, em busca de uma margem de erro máxima de 10%, com 85% de grau de confiança.

$$Amostra = \frac{\frac{z^2 * p (1 - p)}{e^2}}{1 + \frac{(z^2 * p (1 - p))}{e^2 N}}$$

$$Amostra = \frac{\frac{1,44^2 * 0,5 (1 - 0,5)}{10\%^2}}{1 + \frac{(1,44^2 * 0,5 (1 - 0,5))}{10\%^2 * 97}}$$

Amostra necessária = 34 consórcios

Onde:

N = população de consórcios total, **e** = margem de erro, **z** = escore z e **p** = proporção máxima de variabilidade

N = 97 consórcios, **e** = 10%, **z** = 1.44 (equivalente a 85% de confiança) e **p** = 0,5 (cobertura máxima de variabilidade sobre a distribuição total)

Todos os 97 consórcios foram contatados por telefone, sendo que na ligação objetivou-se chegar ao secretário ou coordenador do consórcio, a fim de obter um endereço de e-mail para o qual a *survey* pudesse ser enviada. Em casos nos quais não foi possível chegar a este nível de liderança, o questionário foi enviado para o endereço de e-mail de um assistente de gabinete do secretário ou coordenador. Após este envio, foi aguardado um prazo de 15 dias para obtenção de resposta. Nos casos de não recebimento, os consórcios foram contatados novamente como follow-up final e um prazo adicional de 15 dias lhe foi conferido para responder.

O resultado do processo acima descrito foi a obtenção de 38 respostas, o que superou a quantidade amostral necessária apontada pelo cálculo estatístico, apontando uma taxa de sucesso de 40% no retorno dos respondentes.

3.3 Etapa Qualitativa – Entrevistas com especialistas

A etapa qualitativa é voltada à discussão e compreensão dos dados documentais e quantitativos obtidos junto aos especialistas, no caso gestores de consórcios públicos de saúde na região coberta pelo estudo. As entrevistas de confirmação, quando utilizadas em métodos mistos, trazem dados poderosos e provêm *insights* dos respondentes, via de regra enriquecendo o trabalho com percepções e opiniões inerentes à sua experiência (PETERS; HALCOMB, 2015).

Diferentemente da fase quantitativa que está diretamente atrelada a uma amostra representativa em termos numéricos, a qualidade de poucos entrevistados e um roteiro claro podem contribuir mais com o processo do que um elevado número de participantes (BAKER; EDWARDS, 2012). O objetivo da entrevista na fase qualitativa dos trabalhos, em especial de métodos mistos, é aprofundar a fase de discussão com opiniões de pessoas que tragam consigo a experiência prática em um determinado tema e que estejam dispostas a comentar os dados já obtidos.

Na literatura há preocupação para que os dados obtidos em entrevistas não sejam generalizados, mas possam ser ricos e significantes (GALVIN, 2015). A entrevista semiestruturada é um método qualitativo muito comum e apreciado por periódicos reconhecidos na comunidade científica. O conhecimento das limitações é a melhor maneira de evitá-las. Esta combinação de métodos deveria remediar as limitações das entrevistas, o que foi buscado nesta tese através da inicial aplicação de *survey*.

As entrevistas, na prática, podem ser conduzidas de diferentes maneiras. A mais comum, é a gravação ao longo do processo de perguntas/respostas para assegurar que o pesquisador não perca detalhes e nuances das falas dos entrevistados, já que a transcrição imediata pode resultar em anotações insuficientes e limitadas ao passo em que se provê atenção ao entrevistado (ADEOYE-OLATUNDE; OLENIK, 2021). Cabe ressaltar que um dos objetivos da fase qualitativa é capturar as experiências dos entrevistados de uma forma que possam ser transmitidas aos leitores.

A fase qualitativa desta tese teve por objetivo entrevistar de forma semiestruturada um total de 10 gestores de consórcios públicos de saúde ou multifinalitários com atuação na saúde. Estes 10 gestores ocupam cargos de liderança no consórcio (secretários ou coordenadores) e foram elencados de maneira a

proporcionar representatividade de todos os estados cobertos pelo escopo da tese. Todas as entrevistas foram gravadas e duraram de 30 a 40 minutos cada.

O instrumento de pesquisa, neste caso, era um roteiro semiestruturado contendo 14 questões divididas em três subgrupos: histórico do consórcio, momento atual do consórcio e futuro do consorciamento no Brasil, conforme o Quadro 4:

Quadro 4 – Entrevistas Semiestruturadas: o roteiro

Tópico	Quantidade de questões	Áreas cobertas
Histórico do consórcio	6	<ul style="list-style-type: none"> • Formação, protocolo de intenções e arcabouço • Quantidade de municípios participantes • Existência e composição de câmara técnica • Sistemas de capacitação e treinamento • Comprometimento e adimplência dos municípios • Ações durante a COVID-19
Momento atual do consórcio	4	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de potencializar políticas públicas de saúde • Capacidade de influenciar os municípios • Reduções de custo e efetividade nos gastos • Pontos fortes e fracos do consórcio
Futuro do consorciamento no Brasil	4	<ul style="list-style-type: none"> • Visão do papel dos consórcios em 5 anos e pontos fortes dos consórcios para o futuro • O consórcio ideal na opinião do gestor • Resiliência, capacidades dinâmicas e culturais • Sugestões/conselhos aos futuros gestores de consórcio

Fonte: o próprio autor (2023).

O processo para obter as entrevistas foi iniciado pelo levantamento de quais consórcios responderam à *survey* quantitativa (38 consórcios). Destes 38 consórcios, foram elencados dois consórcios de cada estado (RS, SC, PR, SP e MG). A estes consórcios elencados, foram feitos contatos telefônicos solicitando a participação do gestor/coordenador em uma chamada de vídeo (Google Meet) com o objetivo de efetuar questões que dariam continuidade à pesquisa iniciada pela *survey*. Nas interações realizadas, os gestores ou assessores de gabinete informaram um e-mail para o qual o *link* da videochamada foi enviado.

Os 10 gestores finais elencados no Quadro 5 responderam ao roteiro de entrevista semiestruturada ao longo da chamada de vídeo. Estas chamadas, por sua

vez, tiveram seu áudio gravado para colaborar com a transcrição das respostas e contribuições feitas pelos gestores com maior nível de detalhe:

Quadro 5 – Consórcios e gestores participantes da etapa qualitativa

#	Consórcio	Código	Posição	Estado
1	CISLESTE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Mata Leste	Entrevistado 1	Secretário	MG
2	CISPORTAL - Consórcio Intermunicipal Multifinalitário Portal do Norte	Entrevistado 2	Secretário	MG
3	CONIMS - Consórcio Intermunicipal de Saúde de Pato Branco	Entrevistado 3	Secretária	PR
4	CISPARANACENTRO - Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro	Entrevistado 4	Secretária	PR
5	CONSISA - Consórcio Intermunicipal de Serviços do Vale do Taquari	Entrevistado 5	Coordenador	RS
6	CISGA - Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento da Serra Gaúcha	Entrevistado 6	Secretário	RS
7	CIAPS - Consórcio Intermunicipal de Atenção Psicossocial	Entrevistado 7	Coordenador	SC
8	CISAMREC - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Carbonífera	Entrevistado 8	Secretário	SC
9	CIGABC - Consórcio Intermunicipal do Grande ABC	Entrevistado 9	Coordenadora	SP
10	CONISCA - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Circuito das Águas	Entrevistado 10	Secretário	SP

Fonte: o próprio autor (2023).

3.4 Tratamento dos Dados e Análise

Após a correta definição e aplicação da metodologia, seguindo o rigor proposto pelos trabalhos precursores, a fase mais importante de um estudo científico é a construção de um relatório com os resultados analisados e a discussão dos dados obtidos (DRISKO, 2005).

Os autores podem efetuar adaptações neste trecho de sua tese para maximizar o conteúdo oferecido pela pesquisa e transmiti-lo da melhor maneira para a comunidade científica e aos avaliadores. É fundamental que a análise dos resultados exponha os principais pontos obtidos através dos métodos empregados, tenham eles convergido ou divergido da literatura precursora (BURNARD, 2004).

Alguns pontos devem obrigatoriamente ser retomados na fase de discussão e conclusão do trabalho acadêmico (DRUCKMAN; DONOHUE, 2020). O objetivo e as hipóteses devem ser lembrados antes de se expor o conteúdo obtido na pesquisa, as contribuições e a significância do estudo devem ser destacadas nesta seção deixando claro para a audiência o potencial valor das descobertas, e por fim, o trabalho deve retomar seu escopo e comentar suas limitações, que sempre existem.

A seção de discussão de um trabalho científico deve interpretar e elucidar o significado dos resultados do estudo, elucidar o conhecimento atual disponível sobre o problema de pesquisa que está sendo investigado e explicar os novos aspectos emergentes das descobertas do estudo para avançar no campo de estudo (HÖFLER

et al., 2018). O autor também deve esclarecer a validade externa das descobertas e mostrar como podem ou se podem ser expandidas à uma população.

É esperado, em uma tese, que o autor possua ao menos uma frase contendo sua conclusão do estudo em particular, sendo que esta sentença seria sua contribuição individual não encontrada em trabalhos precursores (BRONSTEIN; KOVACS, 2013). Tal tipo de frase é buscada por sistemas como SVC e SciBERT, que ajudam pesquisadores em nível mundial a encontrar em conclusões de tese o conhecimento de fronteira em diferentes regiões.

Construir um trabalho acadêmico impactante depende de muitos fatores importantes (BAŠKARADA; KORONIOS, 2018). Um dos principais pontos é uma seção de discussão bem escrita, sendo que um estudo pode ter uma boa questão de pesquisa, ter uma metodologia meticulosa e relatar resultados relevantes, no entanto, sem uma análise ponderada e bem informada do significado das descobertas e sua influência potencial, o trabalho se torna fraco aos olhos da comunidade científica.

Neste trabalho, a fase de discussão buscou efetuar uma triangulação entre os dados quantitativos e as entrevistas qualitativas. Os resultados da *survey* quantitativa foram apresentados, com a resposta de 38 consórcios públicos que atuam na área da saúde. Outra etapa foi composta pela organização das respostas das entrevistas aplicadas aos 10 gestores de consórcios públicos. A parte final da discussão tem por objetivo propor a conexão dos dados quantitativos e qualitativos de maneira a elucidar os objetivos de pesquisa propostos. A conclusão da tese, por sua vez, trará um quadro resumo no qual questão de pesquisa, objetivos e resultados são apresentados de forma sumariada, como veremos no capítulo final.

4 ANÁLISE DE RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são apresentados os resultados das etapas mencionadas na seção de metodologia, que foram aplicadas no ambiente do consorciamento público intermunicipal brasileiro, relacionado às políticas de saúde. O conteúdo e os dados conquistados através do emprego das etapas quantitativa (*survey*) e qualitativa (entrevistas semiestruturadas) são organizados e demonstrados neste capítulo.

O primeiro tópico expõe o lócus de pesquisa, apresentando detalhes do consórcio que foi escopo desta pesquisa, suas configurações genéricas em termos administrativos e institucionais nas regiões onde se formaram e executam sua atividade.

O segundo detalha os resultados obtidos na etapa quantitativa da pesquisa, expressando o panorama inicial da situação dos consórcios públicos intermunicipais de saúde, ou multifinalitários com atuação na saúde da região escopo. Estes dados são expressos em gráficos e com uma abordagem descritiva.

No terceiro tópico são expostos os dados qualitativos obtidos nas entrevistas semiestruturadas com gestores dos consórcios, sendo que estes respondentes ocupam cargos de liderança, como coordenação na saúde ou secretários executivos do consórcio. Os dez participantes desta etapa responderam a um roteiro com 14 tópicos, destinado a complementar a fase quantitativa e agregar informações representativas, do ponto de vista de sua experiência na administração pública, sobre a situação atual, e suas expectativas do futuro do consorciamento no Brasil.

Por fim, em um quarto tópico foi feita a triangulação das informações obtidas nas etapas quantitativa e qualitativa, trazendo uma síntese dos achados desta tese.

Como diferencial e contribuição empírica desta tese, está, não apenas a criação do fluxo de explicação sobre o ciclo de formação, evolução, conquistas e desafios dos consórcios públicos de saúde, mas principalmente o fato de que foram capturados relatos dos gestores nas 10 entrevistas, sugerindo melhorias gerais no consorciamento e apresentando recomendações e orientações aos futuros gestores de consórcios públicos e aos formadores de novos consórcios.

4.1 Lócus da Pesquisa – Características dos Consórcios do Escopo

Esta pesquisa teve como escopo os cinco estados que formam um eixo de maior quantidade de ocorrências de consórcios públicos intermunicipais atuantes na saúde, com cinco Estados das regiões Sul e Sudeste (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Minas Gerais). Ao longo do processo de pesquisa, pode-se observar que este eixo possui similaridades na maioria dos consórcios respondentes.

Estes consórcios, em sua maioria, contam com uma quantidade elevada de municípios (mais de 10 municípios por consórcio em mais de 60% dos casos), sendo que a soma dos habitantes dos municípios que compõem o consórcio majoritariamente supera 200 mil pessoas. Esta configuração, de certa forma, homogeneizou os consórcios do eixo, e através de dados da CNM (Confederação Nacional de Municípios) ficou perceptível que realmente os consórcios das regiões Sul e Sudeste são compostos, em sua maioria, por municípios periféricos a regiões metropolitanas, ou por regiões interioranas em cada Estado. Isso os faz diferir da maioria dos consórcios das regiões Norte e Nordeste, que apesar de agregarem muitos municípios, não compõem 100 mil habitantes em muitos casos.

Em termos de longevidade, são consórcios maduros, tendo em média 22 anos de existência, o que comprova que a grande maioria foi criada em meados de 2003 a 2005, intervalo entre a EC-19 e a Lei 11.107, anteriormente apresentadas na tese como marcos temporais extremamente relevantes para a expansão do consorciamento intermunicipal brasileiro. Todavia há *outliers* nesta população de consórcios, havendo um consórcio com mais de 50 anos (CISA-PR), e consórcios com menos de 10 anos (CIAPS-SC, CIOESTE-SP), comprovando que ainda há um movimento de surgimento de novos consórcios públicos recentes, porém em menor velocidade, comparado ao período de 2000 a 2010, que contou com o aparelhamento do arcabouço jurídico que rege o consorciamento público, através de emenda constitucional seguida de lei federal e, por fim, a regulação da lei 11.107/2005.

Outra característica dos consórcios pesquisados é a existência de equipes enxutas, em sua maioria entre cinco e 20 pessoas dedicadas exclusivamente às atividades do consórcio, sendo que em muitos casos os funcionários em questão são cedidos por municípios participantes do consórcio, resultando assim em uma menor quantidade de celetistas (comissionados) ou concursados.

Outra característica dos 38 consórcios que responderam à pesquisa, é que todos são públicos e regidos pela lei 11.107, o que impõe aos gestores e às equipes contábeis destes consórcios um rigoroso controle de auditorias do TCE (Tribunal de Contas do Estado onde estão instalados), com o mesmo padrão de obrigações de prestação de contas de uma prefeitura, sendo tratados assim como um ente federativo equiparado aos municípios para fins de controle e fiscalização do poder judiciário e do Ministério Público.

4.2 Análise de Resultados da *Survey* – Etapa Quantitativa

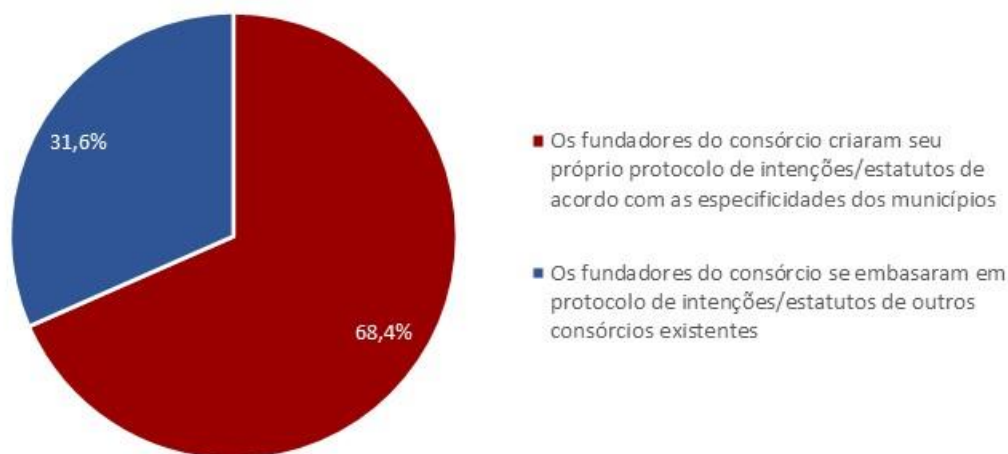
Neste tópico são apresentados os resultados da *survey* que contou com 38 respostas de consórcios públicos intermunicipais. Os dados apresentados têm caráter descritivo amostral em relação ao universo de consórcios públicos de saúde da região escopo do trabalho (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Minas Gerais).

4.2.1 Sobre a Formação e Formalização dos Consórcios Públicos de Saúde

Esta etapa teve por finalidade alcançar o objetivo da tese de compreender a formação dos consórcios públicos de saúde em termos de arcabouço jurídico, quantidade de participantes, metas ao ser formado e áreas de atuação, existência de câmaras técnicas de saúde e previsão de quadro de funcionários.

A questão inicial do formulário tinha por objetivo compreender como se deu a criação do protocolo de intenções e os estatutos dos consórcios em termos de originalidade ou possibilidade de se embasar no arcabouço de consórcios predecessores. As respostas revelaram que ampla maioria dos consórcios públicos (68%) tiveram que criar seu próprio protocolo de intenções e seus estatutos de acordo com as especificidades dos municípios que compõem a associação, de acordo com a Figura 9:

Figura 9 – Formalização dos Consórcios Públicos de Saúde



Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

Estes resultados se conectam com a literatura precursora que aponta a regionalização das políticas públicas como uma das principais vertentes de criação de um consórcio, sendo que o associativismo territorial ocorre para atender diferentes problemas que variam entre localidades. Soma-se a isso o fato de que a composição de cada consórcio é dada por diferentes municípios em termos de porte, arrecadação e características demográficas, requerendo instrumentação jurídica e regulamentação adaptadas a esta realidade.

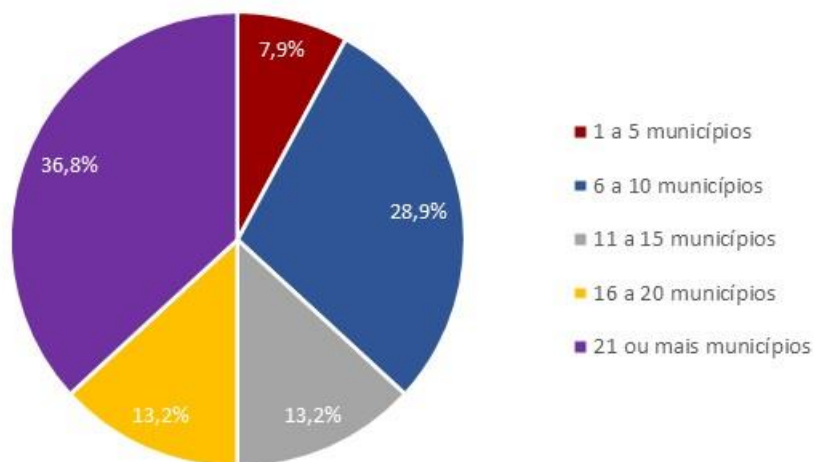
Dentre os objetivos do SUS estão a descentralização, a regionalização, o planejamento e a programação pactuada, e os consórcios surgem como uma proposta para atingir tais metas e trazer flexibilidade e economicidade aos municípios participantes (TOMÉ *et al.*, 2020). O compartilhamento de esforços entre municípios tende a trazer benefícios a todos os participantes, como o ganho de escala, por exemplo, que aumenta volumes de compras ou contratações de serviços, trazendo preços menores, ou criação de centros de atendimento que possam servir todos os participantes da região.

É válido ressaltar que a articulação territorial que leva ao associativismo e ao consórcio depende diretamente dos atores existentes naquela região (prefeitos, secretários municipais, câmaras municipais), e tais atores podem ser impulsionados ou arrefecidos por fatores do ambiente no qual a região municipal está inserida, tais

como: incentivos ou desincentivos do governo estadual na formação dos consórcios, agentes privados como grandes empresas e até mesmo profissionais de saúde especializados e produtividade econômica e arrecadação entre os municípios. Uma grande rede municipal tende a angariar também capital e força política para obter representatividade perante o estado no qual está inserida, perante a Federação e até mesmo perante os agentes privados que interagem e fornecem ao consórcio.

Neste sentido, ao questionar os consórcios participantes da *survey* sobre a quantidade de municípios que integram a associação, foi percebida uma proeminência de combinações com elevada quantidade de municípios. A Figura 10 revela que dentre as opções estabelecidas na questão, a maioria (38,5%) dos consórcios se enquadra em uma associação de 21 ou mais municípios, sendo que aproximadamente dois terços dos participantes (64%) possuem mais de dez municípios consorciados.

Figura 10 – Quantidade de municípios participantes do consórcio público:



Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

Esta constatação pode decorrer de um fato já apontado em trabalhos precursores, relacionado ao ganho de efetividade, economicidade e escala por parte dos consórcios através dos maiores volumes (FLEXA; BARBASTEFANO, 2020). O interesse coletivo agrega os municípios de determinada região, e levando em conta que as políticas públicas de saúde são em grande parte diretrizes federais do SUS, é comum que muitos municípios estejam alinhados neste interesse coletivo e estejam benefícios públicos similares e melhorias de atendimento à população.

A associação neste caso pode gerar a criação de centros de atendimento intermunicipais (serviços como consultas, exames, pequenas cirurgias, internações de baixa complexidade) e também propor volume de aquisições de insumos hospitalares e medicamentos em uma escala capaz de reduzir custos, muitas vezes conectando municípios menores diretamente às grandes indústrias farmacêuticas, o que seria difícil em aquisições de montantes reduzidos.

Como parte de um sistema de saúde nacional, os consórcios intermunicipais combinam diferentes tipos de recursos e apresentam múltiplas possibilidades de organização e gestão de acordo com a preferência dos municípios (FLEXA, 2018). Cabe ressaltar que sendo parte de um vasto ecossistema com diferentes instituições em níveis federal, estadual e municipal, os consórcios também estão suscetíveis a decisões que ocorrem no âmbito externo, como mudanças de diretrizes terapêuticas propostas pelo ministério da saúde ou políticas complementares que ocorram em nível de secretaria estadual, por exemplo.

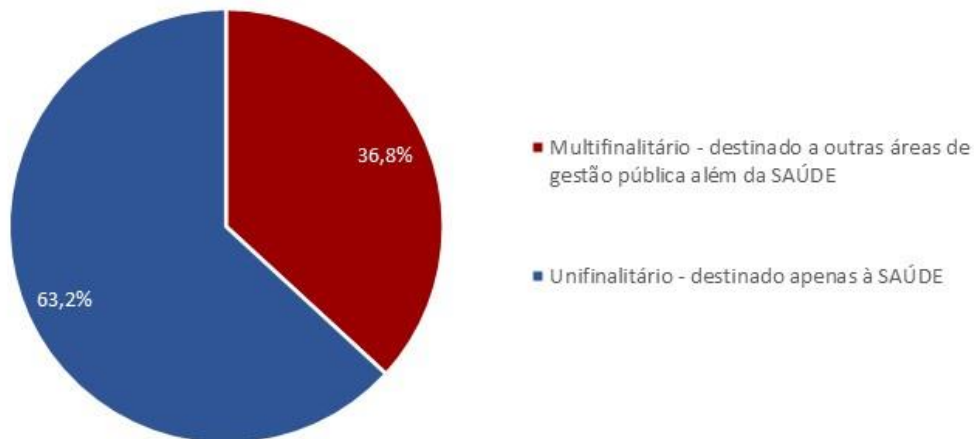
Desde meados de 2006, pós acontecimento do Pacto pela Saúde e da Lei de Consórcios, a regionalização da saúde ganhou uma expressiva propulsão, que elevou não apenas a ocorrência de consórcios de saúde, como o debate acerca do tema em nível técnico e acadêmico (MELLO *et al.*, 2017). Um dos principais desafios ainda enfrentados, neste processo de regionalização, é a deficiência de planejamento e de incorporação tecnológica em nível local, problemas em boa parte relacionados a dois fatores: planejamento, contraposto pela necessidade de urgência na proposta de soluções capazes de salvar vidas; déficit tecnológico, contraposto pela insuficiência de financiamento da saúde nos municípios e consórcios, que aportam valores elevados de seu orçamento para sustentar a saúde pública e evitar colapsos para a população.

Ademais de compras públicas e de serviços médicos, os consórcios também possuem frentes de atuação de puro planejamento conjunto, nestes casos servindo como câmara de discussão e proposição de políticas públicas intermunicipais, auxiliando prefeitos e secretários de saúde. Alguns consórcios de saúde inclusive não praticam compras públicas coletivas (produtos) e eventualmente não possuem gestão direta sobre centros de atendimento médico (serviços), sendo um local de consolidação das estratégias de saúde de uma localidade.

O sucesso da atuação dos consórcios públicos faz com que em boa parte não se restrinjam a apenas uma finalidade, como o caso da saúde. A pesquisa revelou

que 36,8% dos consórcios respondentes já foram inclusive criados com o objetivo de serem multifinalitários, de acordo com a Figura 11:

Figura 11 – Separação de consórcios entre unifinalitários e multifinalitários:



Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

Os dados apresentados acima podem significar que apesar de alguns consórcios nascerem com um objetivo único determinado pela necessidade social da região, outros consórcios tendem a ser criados com maior amplitude. Aproveitando fatores como um único arcabouço jurídico e o fato de gestores municipais como prefeitos e secretários já estarem ali presentes, culminam por evitar a criação de outros consórcios separados, o que exigiria repetido investimento para formalização, composição de quadro e até mesmo aquisição ou aluguel de sede.

Um fenômeno aprofundado na pesquisa qualitativa foi justamente essa evolução do consórcio ao longo do tempo, em termos de expansão na quantidade de municípios ou eventualmente participação em outras áreas de gestão pública, após obter sucesso em sua finalidade inicial.

Coerentemente, houve interesse em captar na pesquisa quais são as demais áreas de atuação que os consórcios multifinalitários respondentes atuam, além da saúde pública. A Figura 12 apresenta uma nuvem de palavras que captou a resposta dos consórcios neste sentido, sendo que quanto mais evidente a palavra, maior foi a quantidade de repetições por parte destes respondentes.

Figura 12 – Demais finalidades dos consórcios públicos multifinalitários



Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

Como áreas adicionais à saúde pública, obtiveram destaque nas respostas da *survey*: a Educação, o Turismo, a Agricultura e a Segurança Pública, em linha com finalidades adicionais já identificadas em trabalhos precursores (LUI; SCHABBACH; NORA, 2020). Levando em conta que muitos consórcios participantes estão localizados em áreas não metropolitanas (ou seja, áreas afastadas das capitais de seus estados e de grandes conurbações), há uma maior possibilidade de que necessitem de ações em termos de turismo (regiões litorâneas e interior) e de agricultura (regiões de lavoura e pecuária). A Educação surge como uma área de certa forma esperada, dado o fato de que o campo de políticas públicas sociais se aproxima da saúde em termos de necessidades de aquisições de materiais e organização na contratação de profissionais (professores e gestores de escolas públicas municipais e creches).

Contudo, chama a atenção a elevada quantidade de ocorrências de consórcios unifinalitários na Saúde (63,2%), o que aspira duas situações possíveis: a primeira de que os consórcios unifinalitários de Saúde assim se constituem, dada a elevada complexidade do SUS, suas diretrizes, a necessidade de ampliação de atenção básica, compra de insumos e medicamentos e atração de médicos e especialistas, o que *per se* constitui uma tarefa profunda e difícil; a segunda de que exista uma grande oportunidade neste sentido para que os consórcios expandam sua atuação para demais áreas de gestão pública que carecem de atenção, evitando a criação e

manutenção de diferentes consórcios unifinalitários para Saúde, Educação, Turismo, Desenvolvimento etc.

À medida que a *survey* se aprofunda no estudo da complexidade do consórcio público, ela foi direcionada em seguida ao campo de gestão técnica, administrativa e capacitação das pessoas integrantes do consórcio, seja em relação aos colaboradores fixos ou aos conselhos compostos por membros da gestão municipal que complementam o quadro da associação.

A Figura 13 mostra primeiramente a ocorrência de existência de câmaras técnicas ou grupos de trabalho específicos para a área da saúde nos consórcios respondentes.

Figura 13 – Existência de câmaras técnicas de saúde nos consórcios



Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

Referente a esta questão, chama a atenção o fato de que cerca de $\frac{1}{4}$ dos consórcios que responderam à *survey* não possuem uma câmara técnica de saúde, o que seria primordial para a validação de qualquer política pública pensada, mesmo que ainda em nível de planejamento, quanto mais em nível de execução. No sentido inverso, nada menos que $\frac{3}{4}$ dos consórcios respondentes possuem uma câmara técnica atuante e em funcionamento.

Posteriormente, a pesquisa abordou em detalhe como se dá a formação das câmaras técnicas de saúde ou dos grupos de trabalho relacionados à saúde nos consórcios participantes, apresentada na Figura 14.

Figura 14 – Composição de câmaras técnicas de saúde nos consórcios:



Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

Ainda assim, persistiram 21,1% dos participantes afirmando que não possuem câmara técnica nem mesmo grupo de trabalho inerente à saúde. O percentual de consórcios que possuem câmara técnica ou ao menos um grupo de trabalho organizado, aumentou para 79%, muito provavelmente por abrir espaço para considerar um grupo de trabalho/força tarefa, sem que necessariamente atuasse como câmara técnica embasada nas diretrizes do SUS. Em relação a essas câmaras ou grupos de trabalho, percebe-se uma predominância de participação de executivos ao invés de especialistas técnicos, sendo que 68,4% dos casos estão distribuídos entre composição apenas executiva, ou composição executiva combinada com técnica. Apenas 10,5% dos casos são compostos exclusivamente por membros especialistas técnicos.

Este dado pode estar relacionado ao comportamento percebido ao longo da própria pesquisa quando era solicitado um contato para envio do formulário. Em ampla maioria das vezes, o contato era direcionado para o/a secretário/a executivo/a ou seu assistente, demonstrando que pode haver culturalmente um aspecto de centralização de poder dentro da estrutura de funcionamento do consórcio de saúde. É cabível

aprofundar pesquisas neste sentido, dada a cautela necessária com o aspecto técnico do SUS, que deveria majoritariamente ser exercido sem restrições executivas.

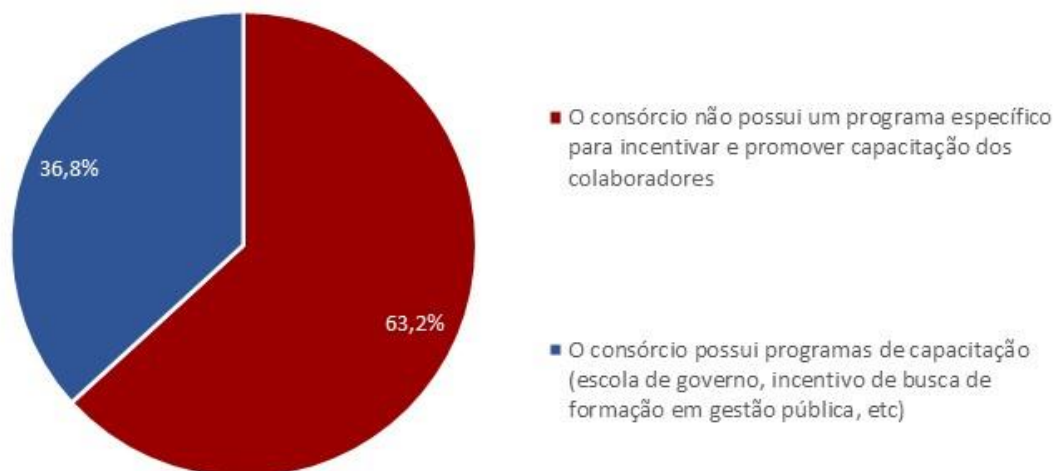
Um fator para tal predominância executiva foi anteriormente apontado na literatura: os consórcios brasileiros majoritariamente surgem devido à necessidade de articulação intergovernamental em temas complexos que permeiam mais de um município (STRELEC; FONSECA, 2012). Assim como na saúde pública a falta de profissionais e insumos tende a afetar toda uma região, o mesmo ocorre em temas relacionados ao meio ambiente e poluição, resíduos sólidos e até mesmo transporte público, já que há uma grande quantidade de pessoas que vive em um município e trabalha ou estuda em outra localidade.

Isso posto, para tratar de alinhamento entre diferentes gestões, faz-se necessária a presença de prefeitos e secretários dos temas que o consórcio assumiu dentre suas finalidades. Isso tende a aumentar o quadro executivo do consórcio em relação ao seu quadro de especialistas técnicos em cada uma das áreas de atuação da associação. A alavancagem de poder político também faz parte dos resultados obtidos na formação de consórcios, possibilitando a proposta de políticas públicas de maneira sistêmica.

Eventualmente, os consórcios são fomentados por federações estaduais de municípios que também são compostas por gestores executivos, e que propiciam uma melhor organização e formalização das associações, conectando interesses (ABRUCIO; FILIPPIM; DIEGUEZ, 2013). Ao longo do tempo, especialmente após a Lei de Consórcios de 2005, ficou clara a possibilidade de que tais federações sejam capazes de induzir o consorciamento e tentar assegurar que a relação dos municípios seja duradoura e embasada, uma composição profissional competente e bem treinada.

Desta forma, o último aspecto abordado pela *survey* ainda nesta etapa de entendimento sobre a formação e formalização dos consórcios foi, a capacitação de seus colaboradores. Nesta etapa da pesquisa foi evidenciado um dado alarmante: 63,2% dos consórcios respondentes não possui um programa específico para incentivar/promover capacitação profissional de seus membros, de acordo com o gráfico da Figura 15:

Figura 15 – Existência de programas de capacitação de colaboradores:



Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

Apenas pouco mais de 1/3 dos consórcios (36,8%) confirmou que possui um programa vigente de capacitação de colaboradores, seja uma escola de governo ou incentivos de busca por formação nos próprios municípios. Este dado relevante foi destacado dentre os resultados para que houvesse um maior aprofundamento neste tema ao longo das entrevistas diretas com os gestores dos consórcios (secretários e coordenadores), a fim de compreender quais seriam os motivos que levam o consórcio a conseguir ou não investir na capacitação dos seus membros colaboradores.

Chama a atenção a existente disponibilidade de cursos gratuitos disponíveis na internet para aprimoramento de funções públicas, como pregoeiro, por exemplo (oferecida pela ENAP – Escola Nacional de Administração Pública), o que basicamente significa custo zero para direcionar os funcionários a treinamentos relevantes na gestão pública (SANTANA; ROCHA; FIGUEIREDO, 2021).

Outro grande desafio do consorciamento, ao promover a integração de ações entre municípios diferentes (que arcam com despesas), é a capacidade de se organizar o aspecto financeiro em termos de contribuições e consumo dos produtos ou serviços providos. A preocupação com a segurança jurídica/estatutária se revelou importante na opinião dos respondentes, de acordo com a Figura 16:

Figura 16 – Importância da segurança jurídica e estatutária para os entes:



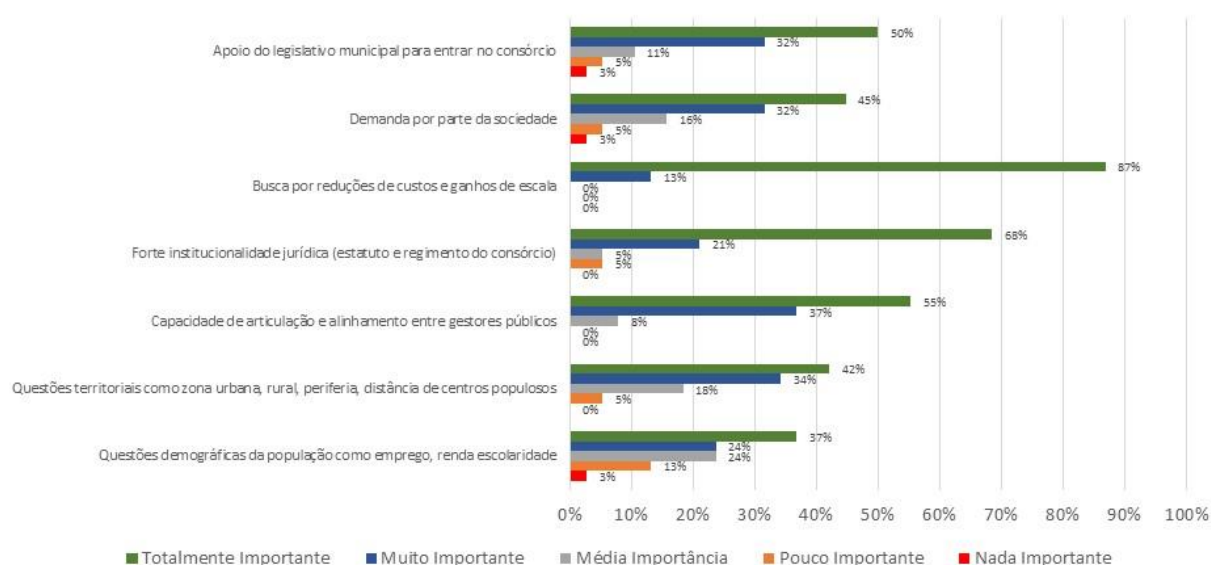
Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

A pesquisa revelou que a maioria dos consórcios é formada por municípios que consideraram o aspecto jurídico e estatutário fundamentais para a tomada de decisão de participação. Em 68,4% dos consórcios, todos os municípios demonstraram preocupação com o aspecto, sendo que em 84% dos casos, a maioria ou totalidade dos municípios do consórcio considerou este fator antes de se filiar.

Nenhum dos consórcios respondeu que o aspecto jurídico é “nada importante”, o que demonstra uma predominância de situações em que a segurança estatutária acaba por definir a filiação ou não dos municípios. Apenas 10,5% dos respondentes consideraram este fator como “pouco importante”.

Ainda no campo de fatores determinantes para a criação do consórcio, foi perguntado aos respondentes da *survey*, em escala *likert*, qual a importância de os atributos listados na decisão para os municípios participarem e permanecerem no consórcio. Os 38 participantes podiam elencar cada um dos aspectos em uma ordem na qual “Nada Importante” era o mínimo da escala e “Totalmente Importante” era o máximo da escala, de acordo com a Figura 17:

Figura 17 – Fatores determinantes da formação e continuidade do consórcio, em escala de importância pelos respondentes:



Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

Como pode ser visto na Figura 17, foi unânime a consideração do fator “busca por reduções de custos e ganhos de escala” por parte dos respondentes, sendo que todas as respostas se concentram entre “muito importante” e “totalmente importante”, e no caso 87% dos consórcios alegaram total importância deste fator para a participação e manutenção dos municípios na associação.

Em segundo lugar, é possível destacar a institucionalidade jurídica (estatuto e regimento do consórcio) como um fator considerado relevante por parte dos respondentes, o que conecta com a informação apresentada anteriormente na Figura 17, sendo que novamente nenhum consórcio na *survey* considerou o arcabouço jurídico como um atributo pouco importante.

A inclinação dos consórcios ao quadro executivo (secretários municipais, prefeitos etc) se faz presente no atributo “capacidade de alinhamento entre gestores públicos”, que contou com 55% de “Totalmente Importante” e 37% de “Muito Importante” conectando por exemplo com dados da formação das câmaras e grupos de trabalho apresentados na Figura 15, onde predominou a colaboração de secretários, prefeitos e membros do executivo na composição destas forças tarefa.

Em seguida, os atributos “apoio legislativo municipal”, “demanda social”, surgem com menor intensidade, porém ainda importantes para a decisão de

participação dos municípios em um consórcio público. A literatura precursora já evidenciou no passado que ainda há campo para que outros entes da federação (câmaras municipais de vereadores e até mesmo estaduais de deputados) possam colaborar com o consorciamento, fomentando a interação entre prefeitos na busca da regionalização de políticas públicas, não apenas de saúde, mas nas demais finalidades que os consórcios podem atender, tendo Minas Gerais exemplos reconhecidos neste valoroso suporte legislativo (FLEXA; BARBASTEFANO, 2020).

Por fim, os fatores “características territoriais” e “questões demográficas da população” obtiveram as menores taxas de importância nesta pergunta, sinalizando que possivelmente estes não sejam pontos mandatórios para a decisão da cooperação intermunicipal, que pode ocorrer em diferentes localidades: zonas urbanas, interioranas, litorâneas e em municípios com diferentes características populacionais em termos de idade, escolaridade e renda.

Segundo as respostas acima, os principais fatores determinantes para a existência de um consórcio, seriam relacionados ao objetivo de otimizar os investimentos dos municípios com ganhos de escala, através de uma associação com forte arcabouço legal capaz de dar segurança a todos os membros, na qual os líderes políticos dos municípios participantes possam expor suas ideias e alinhar objetivos em busca de resultados mais duradouros.

As respostas desta pergunta apontam tópicos de maior relevância a serem explorados na etapa qualitativa de pesquisa, como a gestão do consórcio, alinhamento entre os entes, e benefícios além de possíveis ganhos de escala que afetem o consórcio financeiramente.

A pergunta seguinte buscou identificar o planejamento precedente à formalização do consórcio em termos de quadro de funcionários, administrativos ou técnicos, que conduzem as atividades diárias do consórcio público. Sabe-se que segundo os dados da CNM, os consórcios podem ser formados por servidores próprios, servidores cedidos por municípios ou um quadro misto. A Figura 18 apresenta a informação referente à previsão dessa estrutura para os consórcios respondentes da pesquisa:

Figura 18 – Planejamento do quadro de colaboradores do consórcio:



Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

Os dados apresentados no gráfico acima evidenciam que a maioria dos consórcios planejaram um quadro próprio de funcionários (63,2%) seguido pela previsão de quadro misto (31,6%). Apenas 5,3% dos consórcios foram criados com previsão de funcionamento através de cessão de servidores dos municípios participantes. Nenhum dos 38 participantes da pesquisa alegou que o consórcio foi criado sem planejamento ou previsão do quadro de servidores.

Estes dados evidenciam uma preferência pela existência de funcionários dedicados ao consórcio no quadro, quando somamos quadro próprio e quadro misto, chegamos a aproximadamente 95% dos consórcios. Esta informação pode estar relacionada ao alto volume de trabalho nos consórcios de saúde, dos quais muitos efetuam compras públicas e contratações de serviços médicos, tarefas que exigem editais e execução de pregões, por exemplo. Sabe-se também que os 38 consórcios públicos participantes, de acordo com a legislação federal, estão sujeitos a auditorias e reportes ao TCE (tribunal de contas do estado) onde estão localizados, sendo essa uma tarefa complexa, pois as obrigações são muito similares às que os municípios precisam remeter.

Em seguida, na última pergunta desta primeira etapa do formulário (referente à formação e formalização), os consórcios responderam quais são as principais características de atuação do arranjo, com objetivo de determinar as atividades mais recorrentes, dada sua atuação na saúde, de acordo com a Figura 19:

Figura 19 – Principais características de atuação dos consórcios:



Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

De acordo com o gráfico apresentado acima, ficam evidentes como principais características de atuação dos 38 consórcios, as atividades de “planejamento e articulação da política de saúde pública”, com 28 casos ou 74% dos consórcios respondentes. Novamente, a seleção recorrente desta opção demonstra que o papel de câmara para discussão de políticas públicas é visto como o principal papel do consórcio, especialmente por parte dos membros executivos. Sobretudo, é cabível considerar que esta seria a primeira etapa antes de executar qualquer ação pública na saúde em nível de rua, dado que se faz necessário o alinhamento entre os prefeitos e secretários de saúde antes de que o consórcio possa empregar esforços que fatalmente custarão recursos financeiros.

Em segundo lugar, surge a opção “diagnósticos e exames compartilhados entre municípios”, com 27 casos ou 71% dos consórcios respondentes, revelando que os municípios tendem a necessitar do compartilhamento dos custos inerentes à jornada dos pacientes. Sabe-se que para a execução desta atividade, é necessário que a região possua seu próprio centro diagnóstico, e quando isso não ocorre, passa a ser fundamental que os municípios subcontratem as análises em laboratórios privados homologados para tal atividade, portanto, no segmento dos diagnósticos, o consorciamento surge como uma importante ferramenta.

Em terceiro lugar, muito alinhado com a literatura precursora que enfatiza este atributo como uma área de sucesso do consorciamento público, destaca-se o fator “compras públicas compartilhadas entre municípios”, com 25 casos ou 66% dos consórcios respondentes. A dispensa de medicamentos na assistência farmacêutica municipal é um componente de importante custo dentro das políticas públicas de saúde. Há também uma forte preocupação com a capacidade de gestão de estoques e cadeia de suprimentos em municípios de menor porte, sendo que esses tendem a apresentar situações de falta ou de baixo estoque, impactando a vida de pacientes, inclusive crônicos (DO AMARAL; BLATT, 2011; FILIPPIM; MOREIRA; CETOLIN, 2018).

Com uma intensidade média menor do que os aspectos anteriores, surgiram os fatores relacionados ao compartilhamento de equipamentos, instalações e equipes de saúde. Entende-se que neste grupo estariam as contratações de equipamentos utilizados para exames e procedimentos, instalações como hospitais, clínicas municipais, unidades de atendimento de emergência, centrais de estoque e armazenagem. E dentre as equipes, é possível considerar os médicos, enfermeiros, técnicos de laboratórios e demais profissionais administrativos necessários para a operação da saúde, como a própria assistência farmacêutica e aquisição/dispensação de medicamentos.

Por fim, apresentando uma menor quantidade de ocorrências, foram identificados os fatores “compra de EPI’s”, “contratos e programas que envolvam diagnósticos e coletas de resíduos”, “média complexidade” e “rateio do SAMU e programa oftalmológico”. Estes fatores foram incluídos manualmente pelos municípios respondentes através de uma opção de “incluir outro fator” existente na pergunta. Esta opção permitia que os respondentes fizessem uma entrada manual no formulário de pesquisa citando qualquer outro aspecto que não foi mapeado inicialmente pela pesquisa em seu enunciado.

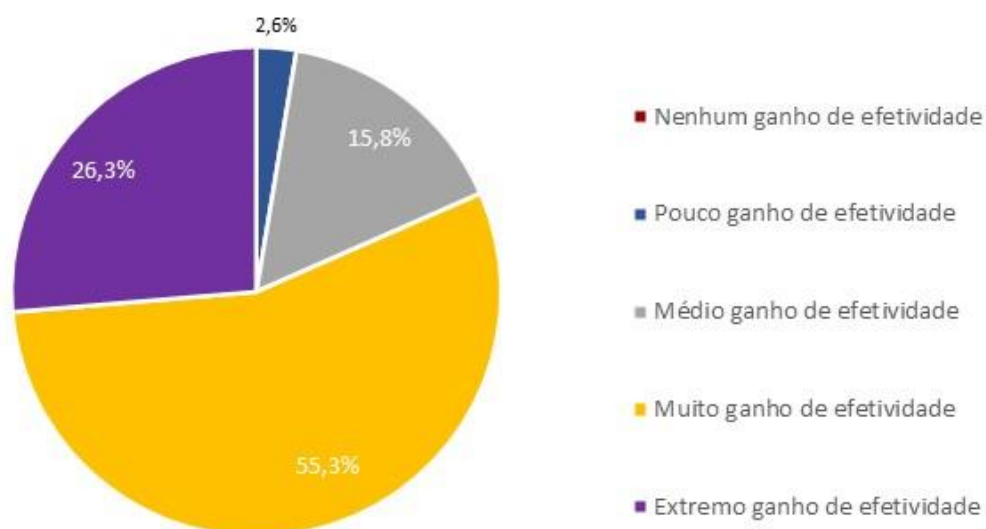
Através dessa questão, foi possível identificar fatores de maior relevância para serem temas na segunda fase da pesquisa (qualitativa) com os membros gestores dos consórcios públicos.

4.2.2 Sobre a Efetividade da Operação do Consórcio

Nesta etapa da *survey*, o objetivo principal das questões era identificar fatores inerentes à maximização do uso dos recursos públicos através do consorciamento, bem como elucidar aspectos que colaboram com a boa e efetiva operação na cooperação entre os municípios.

A primeira questão desta etapa perguntou aos respondentes qual era sua percepção de ganhos de efetividade sobre as políticas públicas de saúde proporcionados pelo consórcio, considerando ganhos de efetividade como uma elevação na qualidade de entrega de políticas públicas na região, conforme exposto na Figura 20:

Figura 20 – Percepção de ganhos e efetividade nas políticas públicas de saúde:



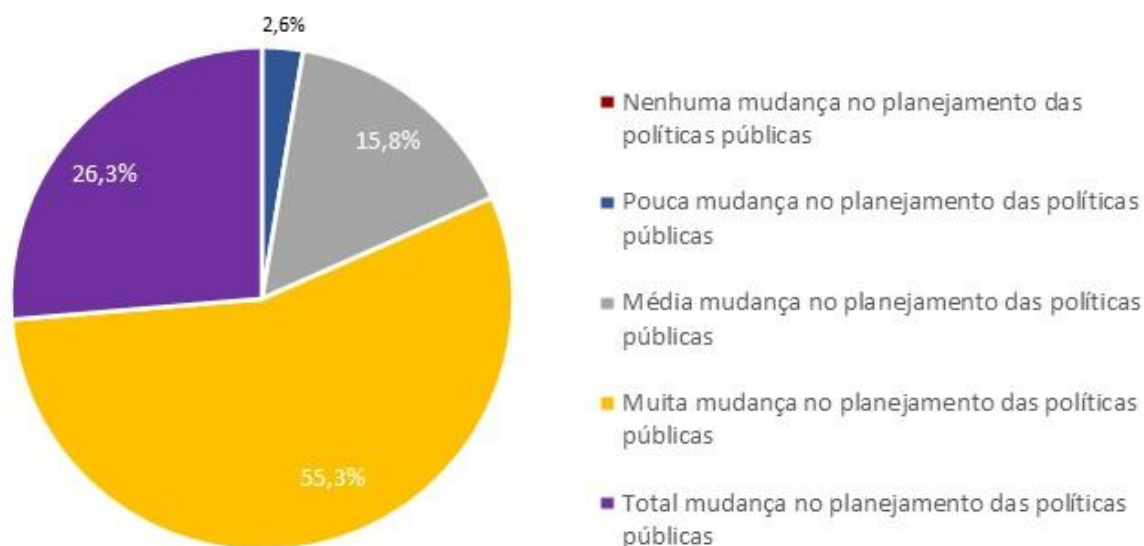
Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

De acordo com os dados apresentados no gráfico acima, ficou evidenciada uma predominância positiva em termos de ganhos de efetividade através do consorciamento, dado que nenhum consórcio respondeu percepção de “nenhum ganho de efetividade”. Apenas um consórcio alegou pouco ganho de efetividade nas políticas públicas de saúde. A maior parcela dos respondentes, com 21 respostas (55,3%), alegou “muito ganho de efetividade” nas políticas públicas após o consorciamento, e por fim, 10 consórcios (26,3%), alegaram “extremo ganho de efetividade nas políticas públicas”.

Pode-se auferir nesta amostra uma predominância positiva acerca da efetividade dos consórcios em 81,6% das respostas, o que está conectado à literatura precursora que apontou que os consórcios (avaliados como uma variável independente), são capazes de influenciar diretamente os resultados obtidos através de um mesmo nível de recurso financeiro destinado a uma política pública (BROIETTI *et al.*, 2020).

Em seguida, a *survey* buscou obter a opinião dos respondentes sobre o grau de influência do consórcio sobre o planejamento das políticas públicas da região na qual está situado, de acordo com a Figura 21:

Figura 21 – Percepção de influência do consórcio sobre o planejamento



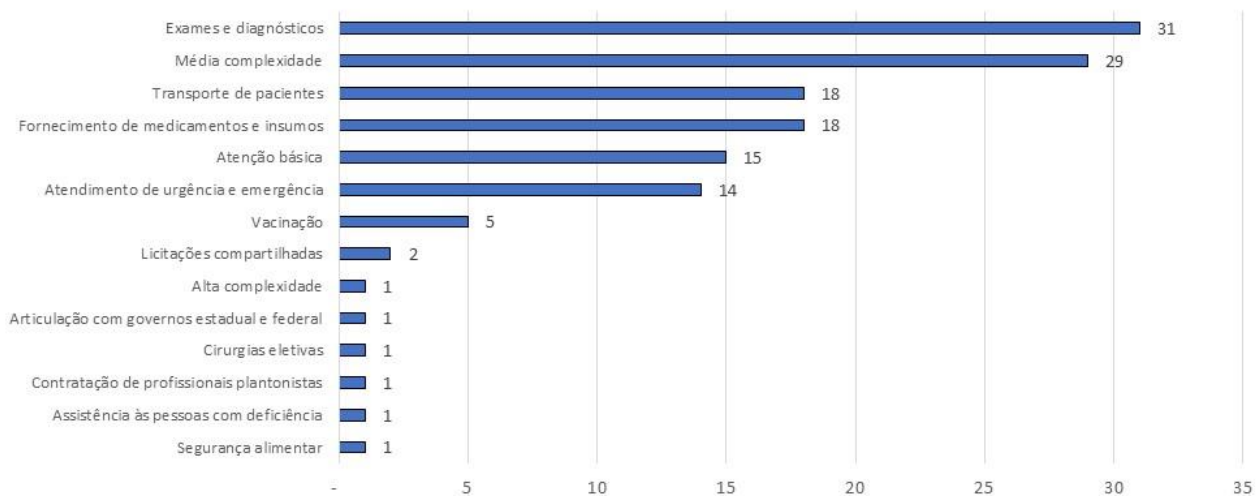
Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

O resultado foi totalmente alinhado com a questão anterior, sendo que nenhum dos 38 consórcios respondentes alegou que a existência do consórcio causou “nenhuma mudança no planejamento das políticas públicas”. Novamente um percentual muito pequeno (2,6%) alegou “pouca mudança no planejamento das políticas públicas”. A “média mudança no planejamento das políticas públicas” ficou com 15,8% dos casos e ampla maioria dos respondentes apresentou uma opinião positiva acerca da capacidade do consórcio cobrir uma maior parcela da população através de seu planejamento: 55,3% dos respondentes alegaram um alto grau de

mudança no planejamento das políticas públicas e 26,3%, uma extrema melhoria neste aspecto, devida ao consorciamento.

Com base nos dados captados nas duas questões anteriores, a *survey* avançou no sentido de identificar quais são as principais políticas públicas de saúde que foram afetadas positivamente pela existência dos consórcios, de acordo com a Figura 22:

Figura 22 – Principais políticas de saúde afetadas positivamente pelo consórcio:



Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023)

Esta questão da *survey* evidenciou que a capacidade de realização de exames e diagnósticos e os procedimentos de média complexidade são as principais áreas da saúde pública afetadas positivamente pelo consorciamento, tendo respectivamente 31 respostas (82% dos consórcios) e 29 respostas (76% dos consórcios), apresentando uma informação alinhada à Figura 20 mostrada anteriormente, que também destacava estes atributos.

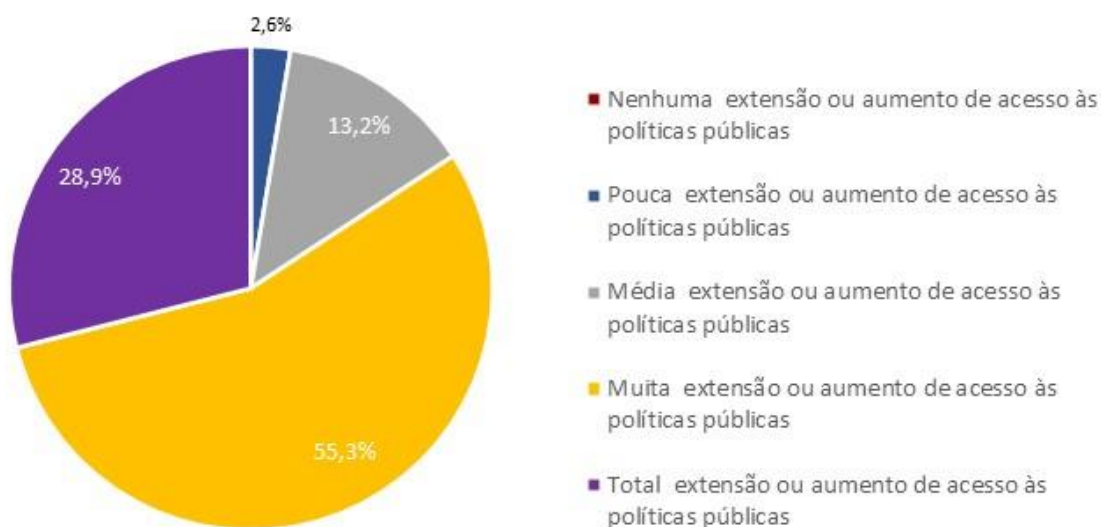
Em seguida, observa-se um grupo de 4 iniciativas que também foram selecionadas em uma significativa quantidade de vezes. O transporte de pacientes com 18 respostas (47% dos consórcios), o fornecimento de medicamentos e insumos também com 18 respostas (47% dos consórcios), a atenção básica com 15 respostas (15% dos consórcios) e o atendimento de emergência com 14 respostas (39% dos consórcios) também se destacam, porém com intensidade menor.

Por fim, os consórcios respondentes elegeram em uma intensidade muito baixa os aspectos “licitações compartilhadas”, “alta complexidade”, “articulação com governo estadual e federal”, “cirurgias eletivas”, “contratação de profissionais

plantonistas”, “assistência às pessoas com deficiência” e “segurança alimentar”. Estas áreas de políticas públicas de saúde foram citadas no máximo duas vezes pelos respondentes, evidenciando uma menor importância, quando comparadas com os demais atributos.

Em seguida, a *survey* questionou em que medida o consórcio foi capaz de entender a cobertura das políticas citadas anteriormente, conforme Figura 23:

Figura 23 – Extensão das políticas públicas de saúde pelo consórcio:



Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

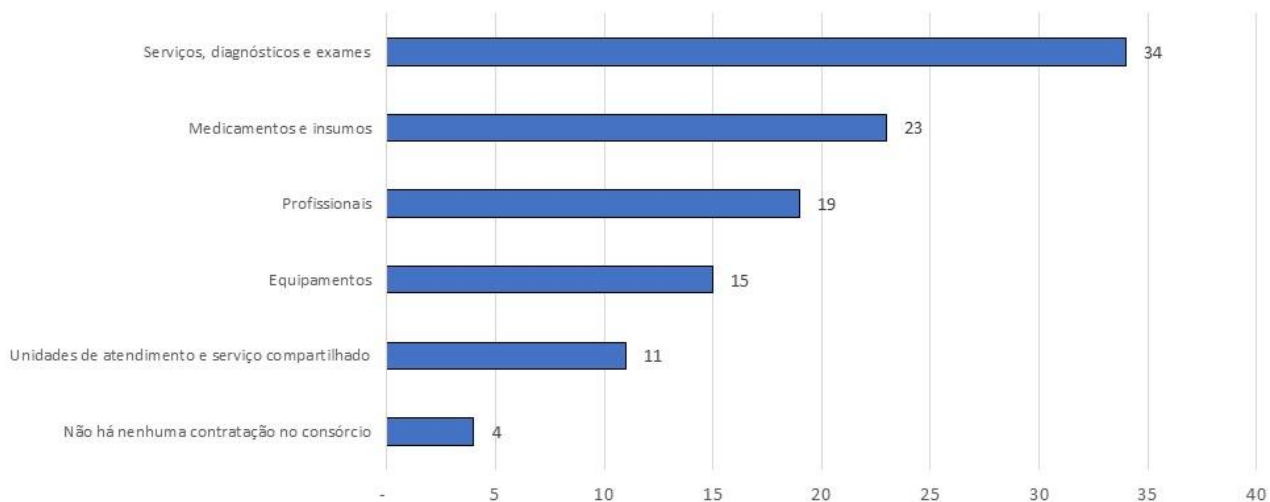
O resultado foi novamente bem alinhado com as questões anteriores (Figuras 21 e 22), e nenhum dos 38 consórcios respondentes alegou que a existência do consórcio causou “nenhuma extensão ou aumento de políticas públicas”. Novamente apenas um consórcio alegou pouca extensão ou aumento de acesso às políticas públicas e cinco consórcios (13,2%) alegaram “média expansão” devido à ação da associação. Por fim, confirmando um relevante papel do consórcio nas ações realizadas nos municípios de sua respectiva região, um total de 32 consórcios (84% da amostra) alegou muita ou total expansão da cobertura das políticas públicas devido ao consorciamento.

Este resultado comprova a percepção de que os consórcios são capazes de aumentar o acesso aos serviços já existentes, trazendo atendimento e cobertura a políticas públicas já empregadas pelos municípios, o que também pode ser considerado como um ganho de escala.

O atingimento dessa capacidade de expansão do acesso à população dos municípios, muitas vezes serviços básicos, é tão importante quanto a oferta de novas especialidades e diagnósticos.

Posteriormente, a *survey* objetivou focar nas contratações públicas e compras compartilhadas destes 38 respondentes, com o objetivo de compreender dentro desta modalidade quais são os serviços e insumos adquiridos pelos consórcios, de acordo com o gráfico apresentado na Figura 24:

Figura 24 – Principais aquisições efetuadas pelos consórcios



Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

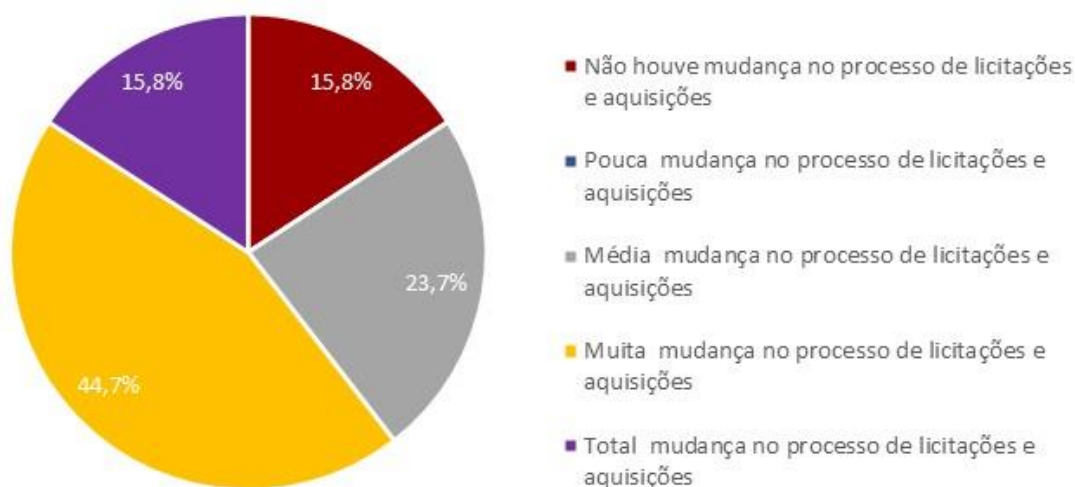
De acordo com o gráfico acima, apenas quatro consórcios (11%) dentre os 38 participantes alegaram não efetuar nenhuma aquisição ou contratação. Os demais 34 consórcios alegaram adquirir serviços, diagnósticos e exames (89% da amostra, ou 100% dos consórcios de compra pública), evidenciando de forma alinhada à literatura precursora que este é um segmento da saúde que tende a ser ampliado, assim como a aquisição de medicamentos e insumos com 23 consórcios ou 61% da amostra (THESING *et al.*, 2018).

A contratação de profissionais foi considerada por 19 consórcios (50%), seguida por equipamentos com 15 observações (39%) e unidades de atendimento com 11 observações (29%). Com isso, esta questão revelou uma forte predominância pela execução de contratação ou aquisição pública por parte dos consórcios respondentes, sendo a área diagnóstica e a aquisição de medicamentos e insumos as principais áreas de atuação nas compras públicas.

Os consórcios que alegaram não efetuar compras ou contratações públicas possuem um viés de planejamento e alinhamento do executivo na região na qual atuam, funcionando muitas vezes como câmara de discussão.

A pergunta seguinte na *survey* buscou identificar em que medida o consórcio influenciou as licitações e aquisições de produtos e serviços de saúde na região de atuação, de acordo com a Figura 25:

Figura 25 – Influência do consórcio no processo de aquisições públicas na região



Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

Conforme os dados apresentados acima, apenas seis consórcios (15,8%) alegaram que não houve mudança no processo de licitações e aquisições na região após o consorciamento. Nenhum consórcio alegou pouca mudança neste processo. Para este grupo, assume-se que os municípios seguiram efetuando suas aquisições com o mesmo método precursor à existência do consórcio. Alegaram média mudança neste processo nove consórcios (23,7% da amostra).

Ampla maioria dos consórcios respondentes, 32 respondentes (ou 61% da amostra) alegaram que o advento do consórcio causou “muita mudança” (21 casos ou 45% da amostra) ou “total mudança” no processo de licitações e aquisições na região (11 casos ou 16% da amostra).

Esta questão novamente confirma a literatura precursora, que aponta o consorciamento como um fator determinante de grandes avanços e mudanças nos processos de licitações, contratações e aquisições (MULLER; GRECO, 2010). Tais

alterações tendem a aumentar a velocidade nas compras e a capacidade de gestão de estoques e oferta de serviços, chegando a causar eventualmente uma melhor percepção dos cidadãos em relação à saúde pública.

A seguinte pergunta da *survey* teve por objetivo capturar quatro percepções centrais acerca da realidade dos consórcios públicos de saúde respondentes, de acordo com a Figura 26:

Figura 26 – Percepções acerca da realidade vivida pelo consórcio



Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

De acordo com os resultados apresentados na Figura 26, a maioria predominante dos consórcios teve uma participação efetiva em ações municipais durante a pandemia de COVID-19, sendo 34 consórcios (89,5%) respondendo “sim”.

Quanto à atual formação do quadro geral, 27 consórcios (71,1%) alegam reunir também servidores de municípios participantes em sua atividade.

Dos 38 respondentes, 28 consórcios (73,7%) alegam que já possuem uma equipe própria de compras públicas, neste caso não dependem mais da ação dos servidores municipais para executar esta importante atividade.

Por fim, a pergunta buscou obter uma perspectiva geral acerca da evolução do consórcio e sua relação com a capacitação de pessoal, e, neste caso, 35 consórcios (92,1% do total) alegaram que ocorreu esta evolução.

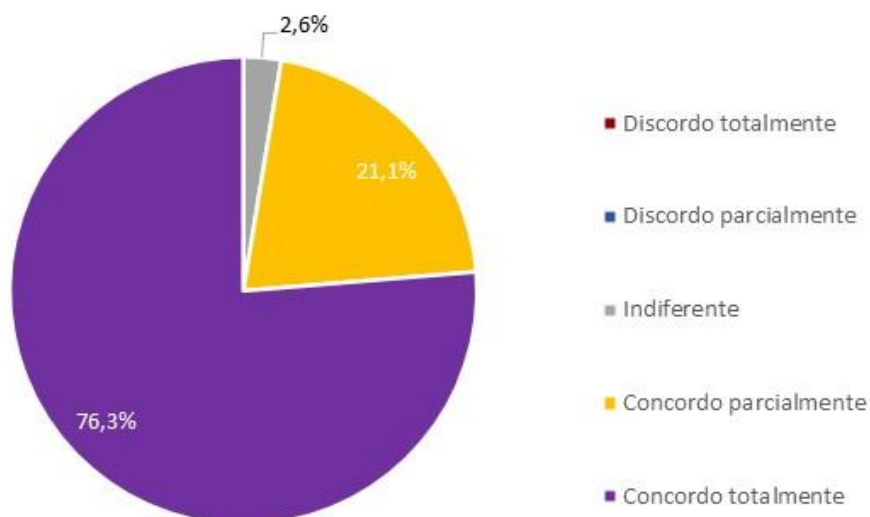
Em todos os aspectos foi notada uma percepção positiva acerca da capacidade de ação e evolução do consórcio público, tendo sido uma peça fundamental na gestão

da saúde durante a pandemia na maioria dos casos, com equipes de compra próprias também na maioria dos casos e participação de servidores municipais.

Tal evolução, em uma instituição, depende diretamente da capacidade de evolução de pessoal, que também foi confirmada nesta pergunta.

A questão seguinte buscou compreender se os consórcios foram capazes de colaborar com a implementação e maior extensão de políticas de saúde que são objetivos nacionais do SUS, de acordo com a Figura 27:

Figura 27 – O consórcio foi capaz de colaborar com a implementação e extensão de políticas de saúde nacionais do SUS



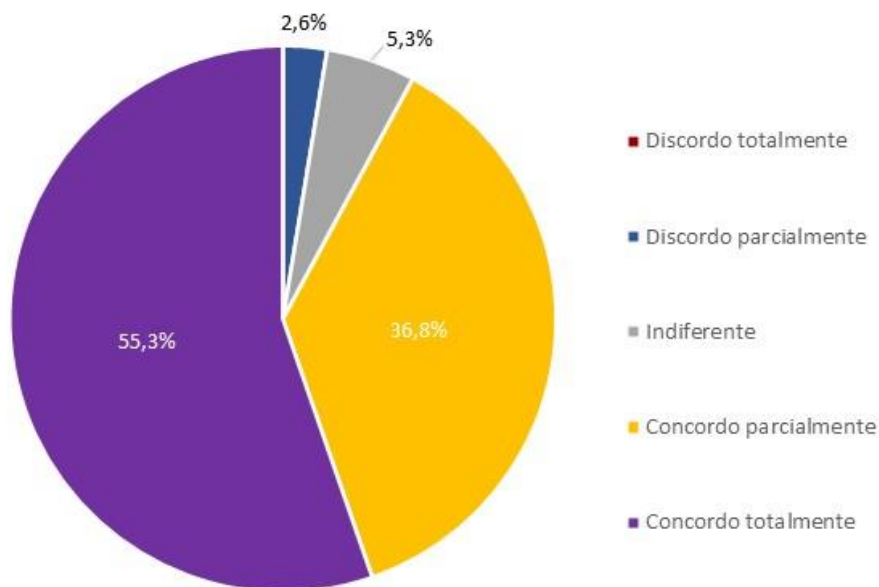
Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

Os resultados desta questão apontam uma percepção puramente positiva acerca da capacidade de implementar e expandir as políticas nacionais do SUS, sendo que nenhum consórcio respondeu “discordo totalmente” ou “discordo parcialmente” neste caso. Apenas um consórcio (2,6% da amostra) respondeu ser indiferente acerca da questão.

Um total de 37 consórcios (97,4%) esteve do lado positivo nesta pergunta, se distribuindo entre “concordo parcialmente” com 8 consórcios (21,1% da amostra) e “concordo totalmente” com 29 consórcios (76,3% da amostra). Novamente prevalece uma percepção muito positiva acerca da capacidade de que o consórcio proporcione evolução regional nos atendimentos.

A questão seguinte encerrou o tópico da *survey* acerca da efetividade da operação do consórcio público. Nesta pergunta, o objetivo foi identificar se através do consorciamento houve melhorias de nível técnico dos executores de políticas públicas não apenas os técnicos de planejamento e organização, mas também os envolvidos em atendimento (burocratas de nível de rua), no nível de interação com a população. Os resultados podem ser observados na Figura 28:

Figura 28 – "O consórcio proporcionou melhorias no nível técnico dos executores de políticas públicas, inclusive no nível de interação com a população":



Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

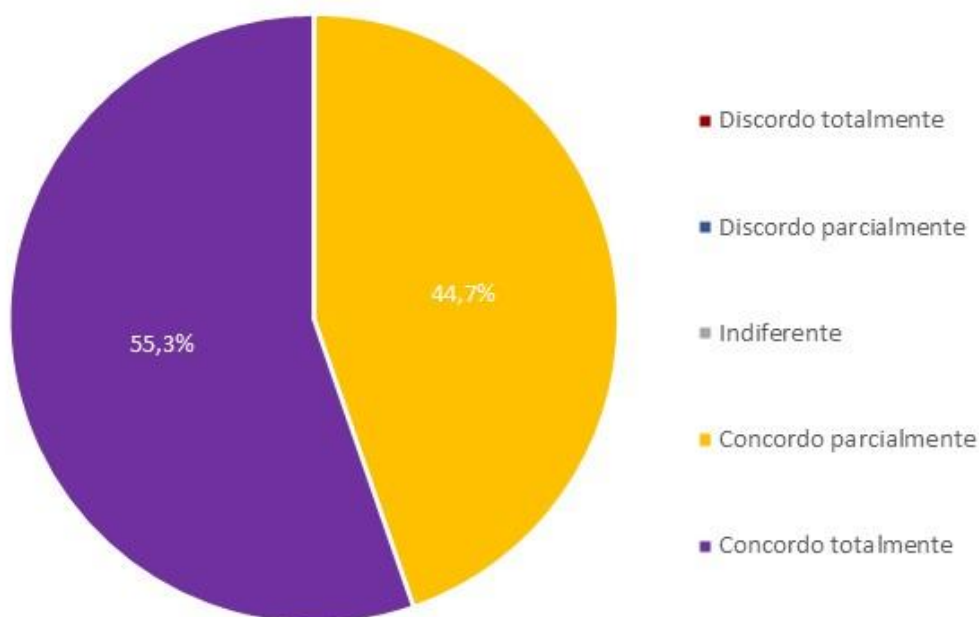
Os resultados dessa questão apontaram que apenas uma pequena parcela dos respondentes discorda ou é indiferente acerca da melhoria de nível técnico dos executores de políticas públicas que interagem diretamente com a população. Nenhum consórcio discorda totalmente da influência na melhoria do nível técnico dos executores. Apenas um consórcio alegou discordar parcialmente da influência na melhoria de nível técnico e dois consórcios (5,3%) foram indiferentes nesta questão.

No lado positivo, 35 consórcios (92,1% da amostra) alegaram que o consórcio teve influências na melhoria do nível técnico dos executores de políticas públicas, inclusive os que interagem com a população, sendo 14 consórcios (36,8%) concordando parcialmente e 21 consórcios (55,3%) concordando totalmente com essa influência na evolução.

4.2.4 Melhorias de Gestão, Decisão e Governança

Este tópico da *survey* teve como objetivo identificar a capacidade dos consórcios públicos ao proporcionar evoluções em termos de gestão, processo de decisão e governança, intencionalmente saindo de atributos relacionados à efetividade das políticas públicas, ganhos de escala e financeiros (que já são majoritariamente apontados na literatura precursora). Sendo assim, a primeira questão deste tópico da *survey* objetivou identificar se os consórcios proporcionaram melhorias no nível de gestão, processo de decisão e governança, de acordo com a Figura 29:

Figura 29 – O consórcio proporcionou melhorias no nível de gestão, processos de decisão e governança.



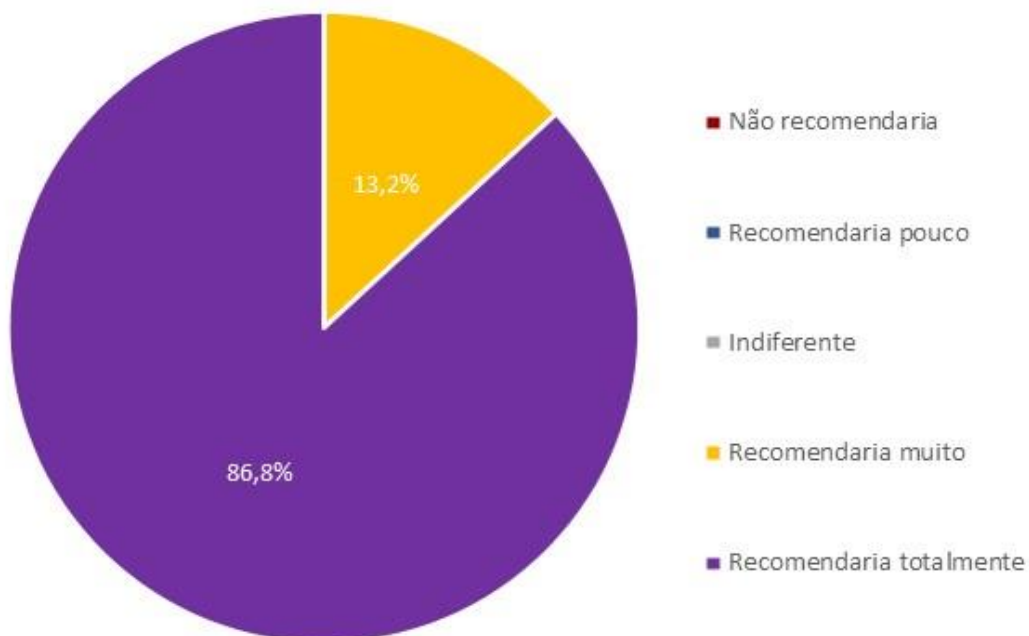
Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

Esta pergunta obteve puramente respostas no campo positivo. Nenhum consórcio alegou discordar totalmente, discordar parcialmente ou ser indiferente acerca desta questão. Foram obtidas 17 respostas (44,7% dos consórcios) alegando concordância parcial e 21 respostas (55,3% dos consórcios) alegando concordância total acerca desta afirmação. No total, 100% dos consórcios optaram por concordar parcialmente ou totalmente sobre o tema.

O resultado em si corrobora a literatura precursora que já confirmava a importância dos consórcios para a melhoria da gestão municipal, melhoria na cooperação e coordenação das políticas públicas no campo da saúde e na criação de condições institucionais de desenvolvimento (LUI; LIMA; BARBOSA DE AGUIAR, 2022), (BRESSER-PEREIRA, 2008).

Em busca de aprofundar o entendimento acerca da percepção do benefício gerado pelo consórcio, a questão seguinte da *survey* perguntou em quem medida o respondente recomendaria o consorciamento para outros gestores públicos, de acordo com a Figura 30:

Figura 30 – Em que medida recomendaria o consorciamento a outros gestores:



Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

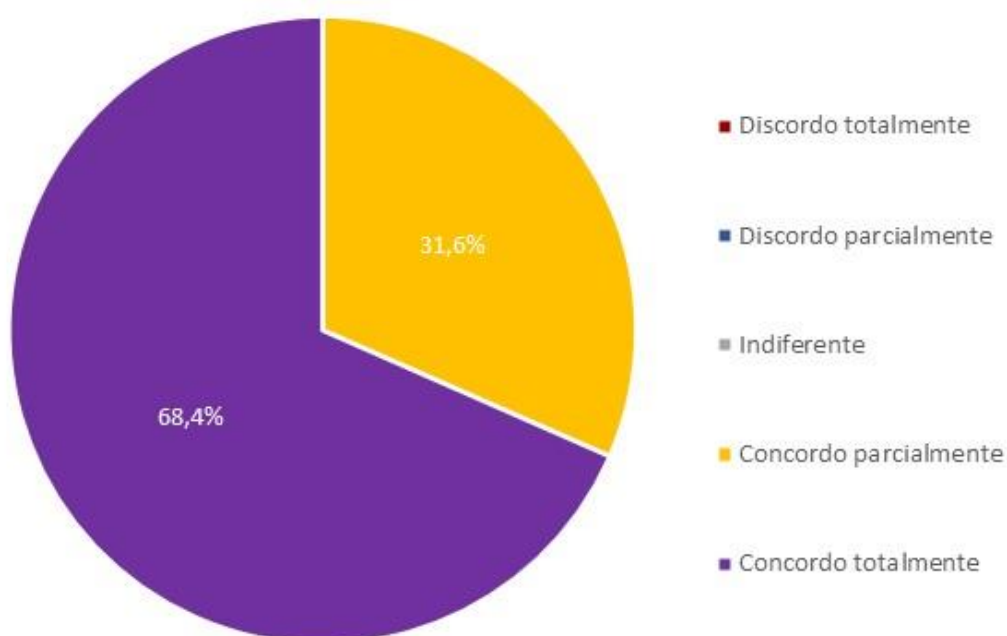
Esta questão foi capaz de confirmar que caso outro gestor perguntasse ao respondente acerca dos benefícios gerados pelo consorcio, potencialmente todos os respondentes recomendariam a adesão ou criação de um consórcio público como uma boa ferramenta regional de administração pública.

Novamente nenhum dos respondentes alegou que não recomendaria, recomendaria pouco ou seria indiferente acerca dessa questão. Sendo assim, 100% dos 38 consórcios respondentes alegaram que recomendariam muito ou recomendariam totalmente o consorciamento, dentre os quais cinco consórcios

(13,2%) recomendariam muito e 33 consórcios (86,8% da amostra) recomendariam totalmente a associação e cooperação.

Em busca de compreender a capacidade de convergência gerada pelo consórcio (no âmbito de reunir diferentes gestores de diferentes municípios e diferentes partidos), a questão seguinte indagou se os respondentes concordavam com esta afirmação, conforme Figura 31:

Figura 31 – O consórcio foi capaz de contribuir para construção de consenso entre os gestores municipais



Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

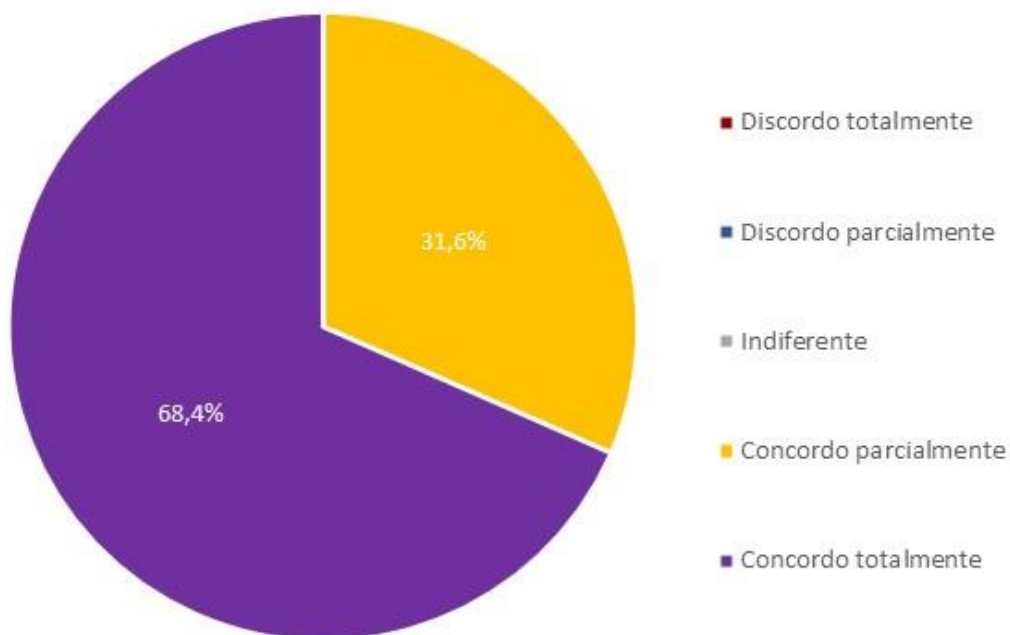
Esta questão confirmou mais um aspecto existente na literatura precursora, que afirma que os consórcios são capazes de funcionar como câmaras de discussão entre municípios, gerando convergência em uma determinada região, alinhando ações públicas, sobretudo acerca de temas que são capazes de afetar diversas cidades ao mesmo tempo (STRELEC; FONSECA, 2012).

Neste caso, novamente nenhum consórcio alegou discordar totalmente, discordar parcialmente ou ficar indiferente acerca desta afirmação. Dentre os respondentes, os 38 consórcios (100%) afirmaram concordar que o consórcio foi capaz de construir consenso entre gestores municipais, seja parcialmente com 12

respondentes (31,6% da amostra) ou totalmente com 26 respondentes (68,4% da amostra).

Em seguida, a *survey* propôs uma questão com objetivo de identificar se o consórcio foi capaz de aumentar o comprometimento dos gestores e tornar essa gestão mais participativa e contributiva, de acordo com a Figura 32:

Figura 32 – O consórcio aumentou o comprometimento dos gestores e tornou essa gestão mais participativa e contributiva



Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

As respostas foram totalmente alinhadas com o resultado obtido na questão anterior, sendo assim, nenhum consórcio alegou discordar totalmente, discordar parcialmente ou ser indiferente acerca da afirmação de que o consorciamento aumentou o comprometimento da gestão e a fez mais participativa.

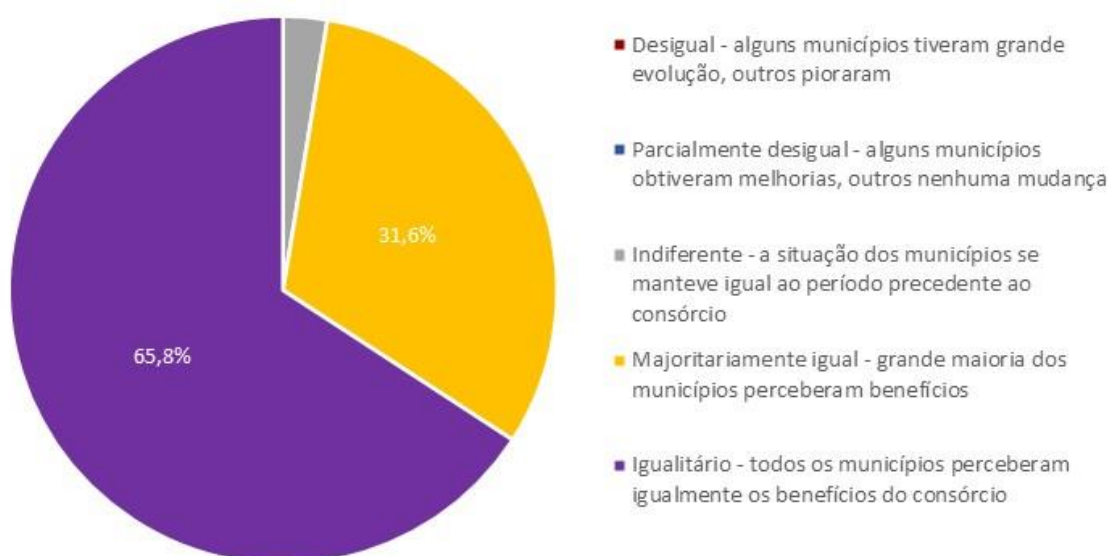
A totalidade dos 38 consórcios respondentes esteve novamente do lado positivo acerca dessa questão, sendo que 12 respondentes (31,6% da amostra) alegaram concordar parcialmente, enquanto 26 respondentes (68,4% da amostra) alegaram concordar totalmente com essa afirmação.

Dadas essas respostas, é possível afirmar que o consorciamento é um fator capaz de convergir os gestores em uma mesma direção, além de propor debates e

servir como uma boa câmara de discussão, na qual todos os gestores se interessem por colaborar com seu ponto de vista.

A pergunta seguinte da *survey* teve por objetivo identificar se os impactos causados pelo consórcio foram igualmente percebidos pelos municípios participantes, em busca de avaliar se há desigualdade nos resultados em nível municipal, de acordo com a Figura 33:

Figura 33 – Percepção acerca da distribuição dos benefícios gerados pelo consórcio



Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

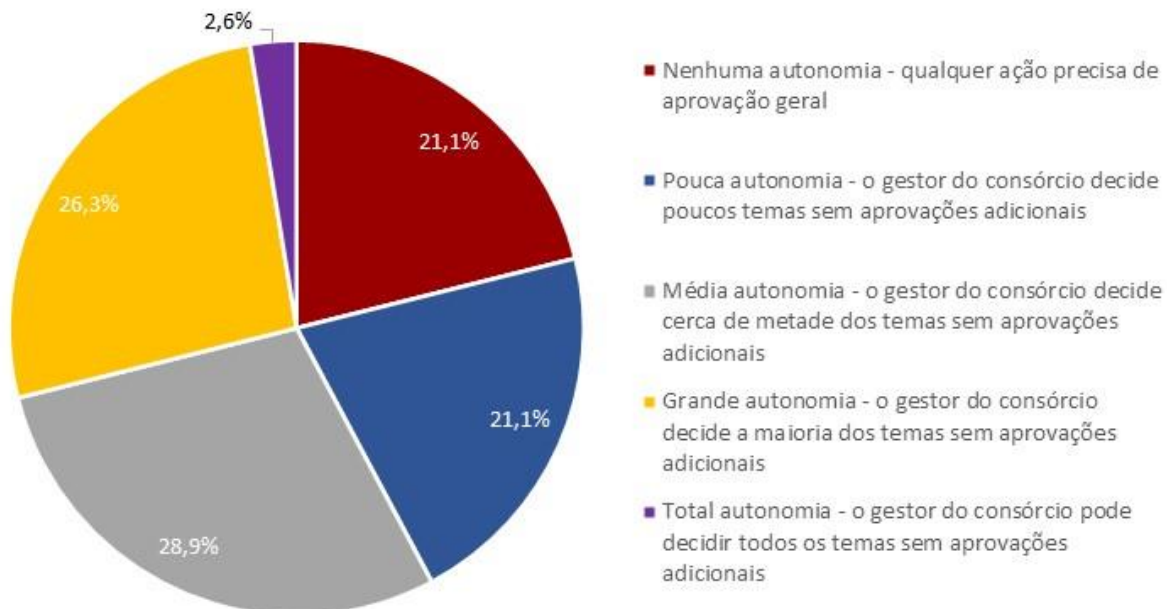
Conforme exposto acima, ampla maioria dos respondentes esteve do lado positivo com relação à distribuição dos resultados e benefícios gerados pelo consórcio entre os municípios integrantes. Nenhum dos 38 respondentes (0,0%) alegou que o consórcio deixou a situação desigual ou parcialmente desigual (o que significaria um agravamento na disparidade de condições entre os participantes).

Apenas um consórcio respondente (2,6% da amostra) alegou que a situação foi indiferente (nenhuma mudança na situação dos municípios após a existência do consórcio público de saúde). Um total de 12 consórcios (31,6%) alegou que houve geração de benefício percebida pela grande maioria dos municípios, enquanto 25 respondentes (65,8%) alegam que todos os municípios perceberam igualmente os benefícios gerados pelo consorciamento.

Esta questão apresentou um resultado predominantemente positivo e substancial para a compreensão da gestão intermunicipal proposta pelo consorciamento. Uma das principais preocupações na modalidade, desde seu arcabouço jurídico (protocolo de intenções, estatuto), é assegurar que os municípios menores e mais pobres não fiquem ainda mais defasados em relação aos municípios que possuem melhores condições, atendendo assim um dos principais objetivos da associação: reduzir diferenças em uma região.

A pergunta seguinte objetivou avaliar a autonomia dos gestores executivos do consórcio na condução das políticas e programas, de acordo com a Figura 34:

Figura 34 – Autonomia do gestor executivo sobre decisões no consórcio:



Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

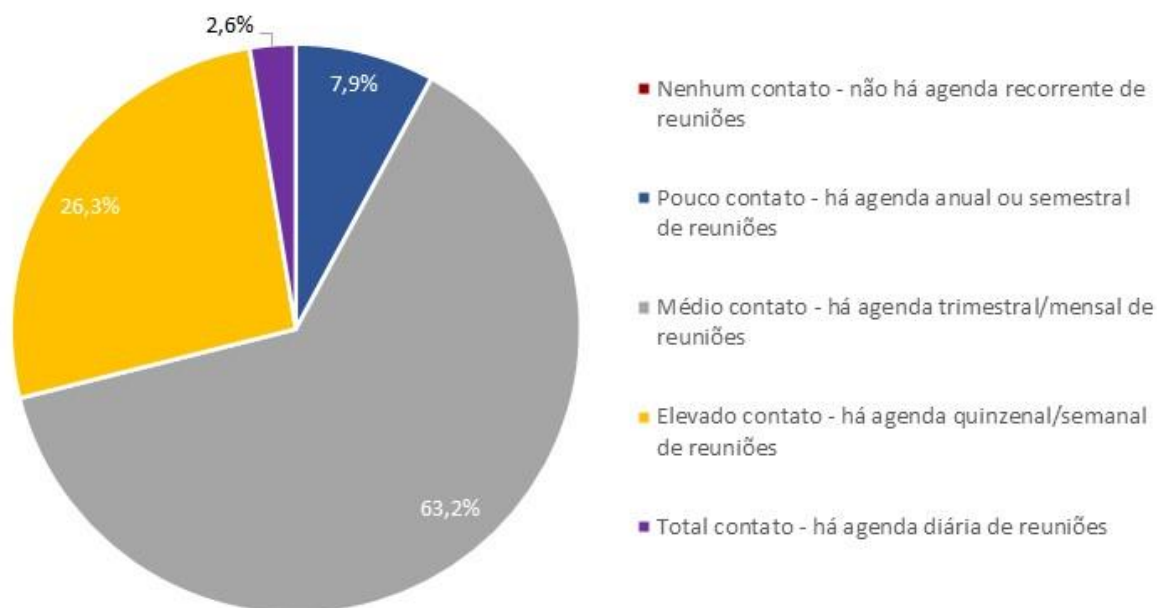
Essa questão pode ser interpretada de uma maneira dicotômica, e careceu de mais aprofundamento na fase qualitativa da pesquisa. Remover totalmente a autonomia do gestor executivo do consórcio, mediante a necessidade de aprovação geral para qualquer assunto, pode ser um sinal de que a busca pela governança foi a um ponto tão extremo que torna o andamento da operação do consórcio muito burocrático, lento e eventualmente impraticável. Esta foi a resposta de 8 consórcios (21,1% do total da amostra).

Ao passo que conceder quase total (26,3%) ou total autonomia (2,6%) ao gestor executivo vai ao outro extremo da régua, na qual a busca pela agilidade na operação

do consórcio coloca a governança participativa dos municípios em segundo plano, algo que também pode gerar riscos, uma vez que as ações do consórcio devem ser do interesse coletivo.

Outro tema relevante no tópico de gestão, a frequência de contato entre nível executivo (prefeitos/secretário executivo) e membros técnicos/operacionais foi objeto da questão seguinte, de acordo com a Figura 35:

Figura 35 – Contato entre membros executivos e equipe técnica/operacional



Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

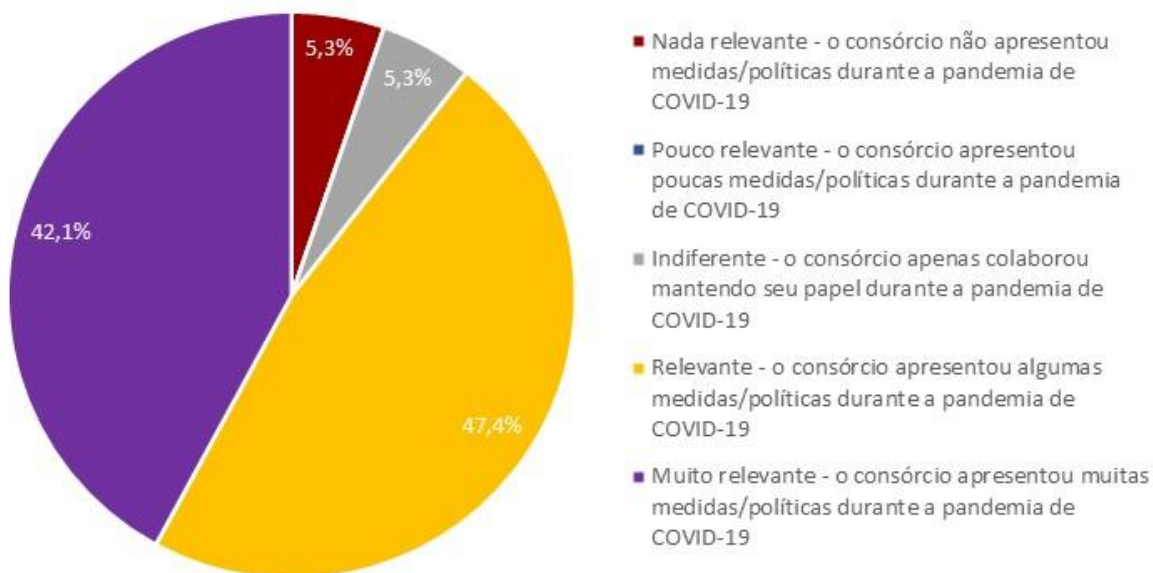
Os dados apresentados acima, revelam que predomina um nível “médio” de contato entre os membros do corpo executivo do consórcio e o time operacional/técnico que de fato executa as políticas públicas.

Nenhum dos 38 consórcios alegou inexistir contato recorrente entre os grupos executivo e técnico. Pouco contato, que significaria encontros anuais ou semestrais, foi a resposta de 3 consórcios (7,9% do total da amostra). A grande maioria, sendo 24 dos 38 consórcios (63,2%) alegou que as reuniões recorrentes existem de maneira trimestral ou mensal.

Um total de 10 consórcios (26,3%) alegou elevado contato entre os grupos executivo e técnico, o que significa, neste caso, reuniões quinzenais ou semanais recorrentes. Apenas um consórcio (2,6%) confirma a existência de uma agenda recorrente diária de conversas entre os executivos e a equipe técnica.

A última questão da *survey* quantitativa teve por objetivo identificar se os consórcios tiveram participação relevante no processo de superação da pandemia de COVID-19, conforme Figura 36:

Figura 36 – Relevância da participação do consórcio na pandemia de COVID-19



Fonte: elaborada pelo próprio autor (2023).

Esta questão revelou que apenas dois consórcios (5,3% da amostra) consideram que o consórcio não colaborou na pandemia ao não se envolver em nenhuma medida ou política pública que influenciasse diretamente na situação vivida naquele período. Nenhum consórcio considerou que o papel desempenhado foi pouco relevante. Outros dois consórcios (5,3%) consideraram que o consórcio foi indiferente e que apenas colaborou mantendo seu papel durante a pandemia de COVID-19.

O resultado, no entanto, pode ser considerado majoritariamente positivo, pois 18 consórcios (47,4%) consideraram que tiveram papel relevante ao longo da pandemia, apresentando algumas medidas e políticas públicas para auxiliar no momento crítico, enquanto 16 consórcios (42,1%) consideram sua participação como muito relevante, tendo apresentado muitas medidas e políticas públicas. Em suma, um total de 34 consórcios (89,5%) acredita que influenciou positivamente a ação regional durante a pandemia de COVID-19, sendo esta mais uma questão que pode trazer contribuições valiosas ao longo da interação nas entrevistas.

De uma maneira geral, a *survey* com suas 27 questões de caráter quantitativo/descritivo permitiu uma compreensão panorâmica da situação dos consórcios públicos de saúde nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Minas Gerais. Pode-se considerar este conteúdo e suas respostas como uma base para confirmar conceitos precursores já apontados na literatura, além de embasar e fomentar as questões a serem aplicadas na etapa qualitativa, parte dos métodos mistos.

4.3 Análise das Entrevistas – Etapa Qualitativa

Após a aplicação da *survey*, da qual foram obtidas respostas de 38 consórcios públicos, os resultados das questões descritivas foram tabulados em formato gráfico para facilitar uma leitura da distribuição dos consórcios mediante as alternativas e agrupamentos propostos.

Tendo por base este conteúdo, procedeu-se a etapa qualitativa da pesquisa, que precede o relatório integrativo que conecta os dados da etapa quantitativa e da etapa qualitativa. Nesta etapa qualitativa, como já descrito anteriormente, foram elencados dez gestores de consórcios públicos de saúde respondentes da *survey*, propondo que estes gestores respeitassem alguns critérios pré-definidos pelo pesquisador e seu orientador: primeiramente, os gestores deveriam possuir cargos de liderança no consórcio, como secretários ou coordenadores; em segundo lugar, estes gestores deveriam estar distribuídos de maneira a representar de forma igualitária o lócus de pesquisa determinado, sendo assim, dois gestores para cada um dos cinco estados participantes neste estudo.

As entrevistas semiestruturadas possuíam três grandes tópicos: a primeira etapa abordou o histórico do consórcio e detalhes de sua trajetória até o momento atual; a segunda etapa buscou compreender o momento atual do consórcio, suas capacidades, resultados, limitações e desafios; por fim, a terceira etapa focou em ouvir os gestores acerca de suas opiniões sobre o futuro do consorciamento no Brasil, sua visão em um horizonte de cinco anos e potenciais aprendizados que geram recomendações e conselhos aos futuros gestores de consórcios públicos.

4.3.1 O Histórico dos Consórcios Públicos de Saúde

Na primeira fase da entrevista, os gestores responderam perguntas diretamente conectadas à primeira fase da metodologia, ou seja, baseadas nos resultados iniciais da *survey*. Estas perguntas da entrevista eram relacionadas à formação do consórcio público de saúde, seu histórico e sua trajetória até o momento recente no qual a pesquisa ocorreu.

4.3.1.1 Sobre o Arcabouço Jurídico dos Consórcios de Saúde

Nesta pergunta foi exposto o resultado da *survey*, evidenciando que a maioria (68,4% dos consórcios) não se baseou em protocolos de intenções ou estatutos de consórcios predecessores. Com base nesta informação, foi perguntado aos entrevistados o que poderia ocasionar essa necessidade de que o consórcio tivesse um estatuto ou protocolo de intenções tão único, e como isso ocorreu no caso do consórcio do respondente.

As respostas dos gestores reforçaram que na maioria dos casos, de fato, os consórcios não conseguiram se basear em documentações de predecessores para estabelecer seu arcabouço, tendo que customizar seus contratos, estatutos e protocolos de intenções de acordo com os pedidos apresentados pelos prefeitos e secretários dos municípios participantes. Muitos gestores de consórcios antigos justificaram essa ocorrência através da época de fundação (quando poucos consórcios existiam para inspirar seu arcabouço), outros optaram por defender esta necessidade de especificidade por conta das demandas regionais:

Entrevistado 2 (CISPORTAL-MG): O consórcio foi criado em 1997 como saúde apenas, não era multifinalitário, e a princípio ia atender apenas 5 municípios, uma microrregião de saúde de Bocaiúva. Realmente foi algo novo para a região, não existiam consórcios próximos nessa época, então fomos pioneiros por aqui. Não havia uma experiência próxima para que pudéssemos copiar ou compartilhar algo.

Entrevistado 4 (CISPARANACENTRO-PR): Quando cheguei, o consórcio já estava criado, mas eu sei que o estatuto costuma ser único porque os gestores buscam geralmente formatar o consórcio de acordo com as expectativas e as necessidades de cada município da região onde estão. Nesta mesma região de saúde, tem outros dois consórcios de saúde operando. Cada região tem suas especificidades, não são todas iguais, então o normal seria fazer um levantamento das

principais necessidades e, em seguida, formar o estatuto e o protocolo de intenções do consórcio baseado nisso. O arcabouço puramente legal, como formato do documento mesmo ou rateios, tende a ser parecido, mas o conteúdo de um protocolo de intenções pode diferir muito sim.

Entrevistado 6 (CISGA-RS): Apesar de existir uma regra geral para criação dos consórcios públicos, o escopo tem que ser adequado de acordo com os interesses dos participantes, por isso acaba sendo customizado. Aqui próximo temos um consórcio só de saúde, então todos seus protocolos estão formatados apenas para saúde. Já o CISGA tem um protocolo multifinalitário com saúde sendo uma área, então teria que ser diferente. Mesmo multifinalitário, cada consórcio tem diferentes órgãos de regulação locais, em cada município, que tem suas exigências locais, tudo isso acaba causando diferentes formatos de arcabouço jurídico em diferentes regiões. "Control C e Control V" seria possível apenas para o arcabouço jurídico puro, mas quando entra na composição da gestão ou mesmo atividades do consórcio, fica impossível copiar conteúdo de outros.

De acordo com o contexto exposto pelos gestores, os consórcios no passado podem ter sido inovações em formato administrativo para suas regiões de saúde, sendo que com isso tiveram também que compor seu arcabouço jurídico para conseguir operar. Outro ponto que chama a atenção nas respostas, é o relato das especificidades dos municípios que compõem o consórcio, que podem diferir de municípios de regiões vizinhas ou outros estados, dificultando a replicação de um protocolo de intenções, por exemplo.

Soma-se às justificativas também a questão normativa, já que dependendo da natureza de operação do consórcio (unifinalitário ou multifinalitário), todo seu arcabouço jurídico e de intenções acaba sendo afetado para adequar-se à expectativa de atendimento. Relatos dos gestores também chamaram a atenção para as legislações e órgãos reguladores municipais, tendo por exemplo a saúde, estes órgãos municipais possuem autonomia para estabelecer determinadas regras locais que acabam tendo de ser refletidas nos documentos de fundação dos consórcios que vão atender aquela área. A complexidade existente nas normas de saúde brasileiras foi citada diretamente:

Entrevistado 9 (CIGABC-SP): Outro ponto a se considerar é que a finalidade com mais consórcios no país é a saúde, e a saúde pública é uma área extremamente específica, que tem um "caminhão" de normativas e resoluções, então eu creio que esse resultado (da pesquisa descritiva) teve impacto pelo fato de você (autor) estar cobrindo consórcios de saúde ou multifinalitários que atuem na saúde. É tanto conteúdo que uma pessoa pode passar a vida inteira estudando gestão pública de saúde no Brasil e nunca vai saber tudo.

Entrevistado 5 (CONSISA-RS): O consórcio nasceu como unifinalitário de saúde e depois se desenvolveu como multifinalitário, sempre de acordo com as demandas da região. Ainda hoje, 60% da operação do consórcio é saúde, mas ele está sempre mudando de acordo com o necessário e abrangendo novas áreas e normativas, por isso os protocolos de intenções tendem a ser específicos de cada consórcio.

Em outros casos, gestores alegaram que houve dificuldade inclusive para efetuar a formação do consórcio, em uma época na qual ainda não existia a Lei de Consórcios Públicos 11.107 de 2005, que trouxe mais detalhes acerca da operacionalização e escopo dessas instituições, trazendo a juristas regionais dificuldades sobre a identificação do consórcio como órgão público. Em outra situação, foi relatado que de fato o consórcio iniciou suas atividades como privado e posteriormente converteu-se a público, passando a estar submetido às auditorias do TCE como qualquer outra entidade municipal.

Entrevistado 10 (CONISCA-SP): A gente também não teve muitas referências para estar mencionando na nossa fundação, somos um dos primeiros consórcios públicos do estado de São Paulo (fundação em 2003). Temos consórcios próximos como o CISMETRO, mas ele só trabalha com terceirização de serviços, então tem protocolo de intenções diferente. Nós não tivemos base legal para seguir, inclusive no início existiu muita dúvida na região se o consórcio era público mesmo ou privado, mas é público, nós temos que passar por todas as auditorias de um órgão público.

Entrevistado 1 (CISLESTE-MG): O CISLESTE veio do privado para o público. Protocolo de intenções foi bem definido com acordos e reuniões entre os municípios, criado do zero. De certa forma, o consórcio já funcionava com aqueles objetivos, porém como consórcio privado anteriormente.

Em contrapartida aos relatos que se alinharam à maioria dos casos da *survey* (68,4%) com arcabouço jurídico criado do zero, as entrevistas também revelaram casos em que foi possível a referência a instrumentos jurídicos de consórcios predecessores:

Entrevistado 3 (CONIMS-PR): No PR a maioria dos consórcios conseguiu aproveitar o estatuto dos predecessores, pois existiu um grupo inicial de 25 consórcios que foram formados em uma mesma época, interagindo entre si, para cobrir as regiões de saúde. O CONIMS foi um desses primeiros, e conseguiu aproveitar o arcabouço jurídico de outros consórcios que se formaram na época.

Entrevistado 7 (CIAPS-SC): No caso do CIAPS, foi sim baseado em outros estatutos e protocolos de intenções de consórcios do AMVE (Associação dos Municípios do Vale Europeu). Existem outros

consórcios que também fazem parte da região como o CISAMVI, que já existe há 20 anos.

Entrevistado 8 (CISAMREC-SC): O nosso consórcio é um dos 14 de saúde aqui nessa região de Santa Catarina, e é o mais novo. O CISAMREC nasceu em 2009 e nesse caso pudemos copiar muita coisa dos demais consórcios através de conversas com os secretários de saúde, então não começou do zero, não.

Nestes casos apresentados em que foi possível utilizar conteúdo de outros consórcios no arcabouço jurídico, ficou evidente que esta situação é viabilizada através de um bom contato com os demais gestores da região, seja em uma criação sincronizada de múltiplos consórcios, como o caso do CONIMS-PR ou em casos nos quais o consórcio nasceu anos após os pioneiros daquela região, como foi para o CIAPS-SC e o CISAMREC-RS.

4.3.1.2 Sobre a Composição do Consórcio Público

Nesta pergunta da entrevista, foi apresentado aos gestores um enunciado embasado nos resultados da *survey* descritiva, demonstrando que mais de 90% dos consórcios respondentes tinham mais de cinco municípios, e mais de 60% tinham mais de dez municípios em sua formação. Foi perguntado então qual era a composição do consórcio público do entrevistado, porque a composição era daquela maneira e se o entrevistado entendia que todos os municípios eram beneficiados pela formação.

Novamente em linha com os resultados da *survey*, as respostas apresentaram uma grande quantidade de consórcios compostos por mais de cinco municípios, e os gestores expuseram concepções relevantes para este fenômeno:

Entrevistado 1 (CISLESTE-MG): O CISLESTE é um consórcio criado pensando na microrregião de saúde já preestabelecida pelo estado de MG, os municípios participantes derivam desta microrregião. Algumas microrregiões têm muitos municípios pequenos, outras têm poucos municípios maiores. O CISLESTE contou inicialmente com 11 municípios da sua microrregião de saúde, mas tem uma particularidade, devido aos bons resultados já reconhecidos no estado, outros 10 municípios de diferentes microrregiões locais decidiram participar também. A condição imposta pelo CISLESTE é que estes municípios adicionais também estejam no consórcio da sua microrregião de origem, mas eles podem participar de mais consórcios se isso beneficia eles.

Entrevistado 2 (CISPORTAL-MG): Hoje o consórcio tem 9 municípios (iniciou com os 5 da microrregião de saúde). Dentre esses 9, temos 3 ou 4 municípios que também integram outros consórcios, com o objetivo de melhorar a situação da sua população. Os benefícios percebidos são tantos que os municípios ficam muito satisfeitos com a sua participação no consórcio. Não há relato de reclamações de benefícios desbalanceados. Se não fosse bom para os municípios, não teríamos tantos casos de municípios participando de 2 ou 3 consórcios.

Entrevistado 3 (CONIMS-PR): Esse fenômeno ocorre, pois, quanto maior for a quantidade dos municípios, maior tende a ser a arrecadação também e a capacidade de contribuir e fortalecer o consórcio de saúde. No CONIMS, os municípios enxergam muito valor e tem consenso, pois o consórcio é visto como uma câmara de suporte, não como mais uma esfera tentando comandar os municípios. CONIMS tem 26 municípios e mais 5 pedindo para participar, muito em função das compras e contratações.

Entrevistado 4 (CISPARANACENTRO-PR): O verdadeiro motivo é o financeiro, quanto mais municípios entram, mais barato fica para operar o consórcio também. No caso do CISPARANACENTRO temos 7 municípios, nem todos são da mesma região de saúde, a gente tenta buscar mais municípios para colaborar mesmo no consórcio. Isso tende a ajudar inclusive a ofertar mais serviços.

Boa parte dos respondentes atribui o fenômeno da alta quantidade de municípios a fatores como: uma microrregião de saúde pré-existente, maior capacidade de combinação de recursos e viabilização de melhores compras ou ofertas de serviços através de um consórcio com abrangência maior. Há muitos relatos de consórcios que obtiveram ao longo do tempo uma trajetória de aumento de filiações (exemplo: CISLESTE e CONIMS), e outros gestores citaram também o fenômeno no qual um mesmo município participa de mais de um consórcio de uma mesma finalidade, como saúde (exemplo: CISPORTAL e CISPARANACENTRO).

Esta crescente quantidade de municípios nos consórcios, segundo os gestores, pode ser explicada pela reconhecida entrega de resultados que os consórcios têm trazido aos seus membros, que em diversas situações são municípios de pequeno porte, sem capacidade de ofertar todos os serviços e medicamentos necessários pelas diretrizes do SUS. No exemplo do CONSISA-RS, na sequência, o gestor relata uma grande quantidade de participantes (40 municípios), que somam apenas 350 mil habitantes, uma média de menos de oito mil habitantes por município, neste caso.

Entrevistado 5 (CONSISA-RS): Os consórcios de saúde nasceram para ser uma porta de entrada para as políticas do SUS, principalmente em cidades pequenas, que não conseguiam resolver seus problemas locais. Hoje temos 40 municípios associados, que

somam pouco mais de 350 mil habitantes, são municípios menores. Os municípios foram se unindo à medida que viam os resultados e a capacidade do consórcio de fazer as compras coletivas e contratar para a região. A percepção é muito boa, pois a quantidade de municípios sempre cresceu, e não se desligaram do consórcio, pois sabem o valor trazido.

Entrevistado 8 (CISAMREC-SC): O CISAMREC abrange 27 municípios, com 650 mil habitantes. Quanto mais municípios, o seu poder de compra se torna mais forte e é mais atrativo para os próprios municípios esse benefício. Também fica muito mais interessante para quem fornece, nós somos o único consórcio de saúde de Santa Catarina que tem o seu próprio centro de distribuição de insumos e medicamentos. Um consórcio com 3 ou 4 municípios jamais permitiria isso.

Entrevistado 6 (CISGA-RS): Começamos com 10 municípios, hoje temos 23 municípios e já existem mais 2 se filiando ao consórcio neste momento, vamos chegar em 25 em breve. A grande questão é que o consórcio começa com aqueles municípios interessados e ele se viabiliza institucionalmente, economicamente, financeiramente com aquele número mínimo de participantes. O consórcio ele é importante para todos, mas ainda mais importante para municípios pequenos, então ele não se sustenta se tiver poucos participantes desse porte, sobretudo em termos de estrutura e equipe.

Estes relatos se alinham em termos de colocar o tamanho do consórcio como um fator determinante de sua viabilidade e continuidade. O CISAMREC é atualmente o maior consórcio em funcionamento no estado de Santa Catarina e efetua compras públicas de grande porte para sua região, sendo que tais compras tomaram uma proporção tão significativa que as grandes indústrias farmacêuticas aceitam vender diretamente ao consórcio sem intermédio de distribuidores, que são comuns neste mercado. O relato obtido junto ao CISGA aponta que no seu caso o consórcio priorizou obter uma determinada quantidade de municípios para iniciar seu funcionamento, e em seguida, mediante seus resultados e reputação, outros municípios adentraram.

Também de maneira alinhada à *survey*, foram obtidos relatos de consórcios com poucos municípios participantes, e os gestores também foram capazes de relatar as motivações por trás de seus casos:

Entrevistado 7 (CIAPS-SC): Nós participamos de um colegiado que reúne todos os consórcios de Santa Catarina, se não me engano com mais de 50 consórcios. O CIAPS é um dos menores porque nasceu apenas para ofertar um CAPS (centro de atenção psicossocial) para municípios com menos de 20 mil habitantes. Qualquer município com mais de 20 mil habitantes já tem um CAPS próprio. Hoje só temos 3

municípios consorciados que não tinham condições de sustentar um CAPS.

Entrevistado 9 (CIGABC-SP): O consórcio tem hoje 7 municípios. Em linhas gerais, todos valorizam as ações do consórcio, principalmente na saúde. Por alguns motivos unilaterais de 2 municípios, temos hoje possíveis desfiliações (de São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul).

Entrevistado 10 (CONISCA-SP): O CONISCA tem 5 municípios, e sempre houve uma resistência em relação à ampliação, pois a oferta de serviços por parte do consórcio já estava limitada e não dava conta de atender mais gente, já que os atendimentos acontecem apenas na sede do consórcio. A meta do consórcio agora é conseguir ampliar para 10 municípios através de terceirização de serviços fora da sede do consórcio em si. Hoje conseguimos atingir uma oferta de serviços que cobre 150% da demanda dos municípios, o que significa espaço para expandir.

Os principais motivos capturados apontam que os consórcios podem ter um menor porte pela especificidade do escopo e protocolo de intenções para o qual foram criados (CIAPS-SC), que no caso tem apenas três municípios que não tinham capacidade de oferecer um centro de atenção psicossocial (CAPS), sendo esta uma diretriz muito importante do SUS que precisava de alguma maneira ser atendida na região. No caso do CIGABC a gestora revelou que o consórcio, por condições da própria região, possui uma quantidade menor de municípios, e que por motivos unilaterais de dois municípios, potencialmente desfiliações viriam a ocorrer. O CONISCA, que abrange o “circuito das águas”, também está vinculado a uma região de saúde, mas o motivo pelo qual possui uma quantidade menor de municípios foi sua limitação de capacidade de oferta de serviços, já que toda atividade do consórcio estava restrita apenas à sua sede. Contudo, há planos para expansão.

4.3.1.3 Sobre a Existência e Composição de Câmaras Técnicas

Esta questão apresentou um enunciado que demonstrava que 73,7% dos consórcios respondentes da *survey* afirmaram possuir uma câmara técnica de saúde em funcionamento, e 42% alegaram que estas câmaras eram compostas apenas por membros executivos (sem especialistas operacionais). Em seguida, aos gestores foi perguntado se seu consórcio possui uma câmara técnica e qual sua configuração de

funcionamento atualmente. Através dessa questão foi possível identificar as diferentes maneiras que os consórcios nomeiam este grupo e quais membros o compõem.

De forma unânime, todos os gestores afirmaram que os consórcios possuem câmaras técnicas ativas.

Nesta etapa qualitativa, de forma muito similar à *survey* descritiva, metade dos gestores apontaram que os consórcios onde atuam possuem profissionais especialistas e operacionais, enquanto outra metade alegou que as câmaras são compostas apenas por secretários e membros executivos dos municípios.

O primeiro grupo, apresentado abaixo, reuniu os gestores cujos consórcios possuem membros operacionais colaborando na câmara técnica:

Entrevistado 3 (CONIMS-PR): No CONIMS tem participação de especialistas, não apenas executivos. Há pessoas de formação médica e enfermagem dialogando acerca das propostas, compras e implementações de políticas.

Entrevistado 4 (CISPARANACENTRO-PR): A equipe do consórcio participa de uma câmara técnica da regional de saúde, que logicamente tem profissionais técnicos e operacionais, mas que não é uma câmara técnica exclusiva do consórcio, ela dá as informações dos municípios para que o consórcio possa tomar suas decisões.

Entrevistado 5 (CONSISA-RS): Nós temos uma câmara técnica com especialistas que cuidam de todos os cadastros do consórcio, de fornecedores, preços, contratações etc. É preciso ter especialistas e pessoal da operação pois o consórcio tem 40 municípios, não é possível deixar as decisões nas mãos dos membros executivos apenas. Nós normalmente visitamos os municípios para entender o que eles também estão fazendo individualmente.

Entrevistado 6 (CISGA-RS): Sim, existem câmaras setoriais, onde cada executivo dos municípios traz seus técnicos naquele assunto e ocorrem as discussões. Na saúde, geralmente os membros técnicos são farmacêuticos e enfermeiros. Temos outras câmaras, como de gestão pública, meio ambiente, turismo educação, etc. Essa troca de experiência e informação é muito importante, além de que em consórcios com tantos participantes é um espaço para proporcionar alinhamento.

Entrevistado 7 (CIAPS-SC): Temos uma câmara técnica de saúde mental. Há também uma profissional (psicóloga) do CIAPS que 1 vez por mês vai na AMVE (Associação dos Municípios do Vale Europeu) para participar de reuniões com especialistas de um número maior de municípios.

Os relatos acima expõem, no ponto de vista dos gestores, a importância de se incluir membros especialistas e operacionais nas câmaras técnicas, além de executivos como secretários de saúde. Há menções de equipes médicas e de

enfermagem que dialogam acerca de propostas e implementação das políticas públicas (CONIMS), necessidade de membros técnicos para avaliar as necessidades de compras (CONSISA) e o diálogo entre especialistas do consórcio como enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos para com os funcionários de municípios da região (CISPARANCENTRO, CISGA, CIAPS).

Os demais consórcios, citados a seguir, possuem câmaras técnicas cuja composição se dá através de secretários de saúde da região, conforme as menções dos gestores expostas abaixo:

Entrevistado 2 (CISPORTAL-MG): Existe um conselho de secretaria executiva (CONSECEX) que une todos os secretários executivos de saúde dos municípios. Essa é a nossa câmara técnica. Lá a gente troca informações, ideias, e evita "tentativa e erro" com dinheiro público. Nessa câmara também mantemos um grupo de aplicativo onde podemos trocar mensagens instantâneas, qualquer dúvida que um município tenha, ele manda ali e os outros ajudam imediatamente. A ideia é que nenhum município evolua sozinho ou fique para trás.

Entrevistado 1 (CISLESTE-MG): No CISLESTE é chamado de "conselho técnico" e também tem como função dar mais transparência às ações tomadas pelo consórcio. Este conselho é formado por secretários de saúde dos municípios participantes. Este conselho dos secretários é mais ativo que os prefeitos, pois os secretários de saúde também têm poder decisório de provocar reuniões, verificar as finanças do consórcio, planejar serviços, quantidade, volume e gastos, além de propor as ações. Estes secretários sabem de fato qual especialidade precisa ser contratada (mais neurologista, menos dermatologista), pois eles têm informações dos atendimentos que acontecem na ponta.

Entrevistado 9 (CIGABC-SP) O consórcio funciona com grupos de trabalho para cada finalidade, que são compostos por membros designados pelos prefeitos. No caso da saúde, os membros do grupo de trabalho são os secretários municipais de saúde, e os suplentes são assessores ou diretores da área da saúde municipal. As principais discussões no Consórcio são mais estratégicas.

Entrevistado 8 (CISAMREC-SC): Todas as decisões do CISAMREC são deliberadas por secretários de saúde: procedimentos, compra de insumos, ações e serviços de saúde, etc. Esses secretários estão sempre com o suporte do seu pessoal técnico: farmacêuticos, enfermeiros, técnicos de saúde. Após essas decisões, nós levamos as pautas para aprovação da assembleia de prefeitos, aí o executivo se envolve antes de acontecer o investimento.

Entrevistado 10 (CONISCA-SP): Nós temos uma câmara técnica formada por secretários de saúde, estatutariamente eles têm um poder pequeno de aprovação, mas na prática (operação) eles têm muito poder de influência.

Mesmo sem a participação de membros operacionais, as câmaras técnicas acima são justificadas pelos gestores como excelentes grupos para discussão e alinhamento entre os municípios participantes, tendo assim um grande valor do ponto de vista de comunicação. Os secretários neste caso participam destas câmaras em posse de dados e métricas providas pelos municípios (CISLESTE, CISAMREC), tendo em pauta discussões de caráter mais estratégico (CIGABC), sendo que eventualmente não são decisores no processo (CONISCA), mas exercem uma função de influência sobre as decisões praticadas pelos prefeitos.

4.3.1.4 Sobre a Capacitação dos Colaboradores do Consórcio

A pergunta seguinte abordou o tema de capacitação dos membros do consórcio público. Primeiramente foi exposto aos entrevistados o resultado da *survey* evidenciando que 63,2% dos consórcios públicos respondentes não possuem programas de capacitação dos colaboradores (como escola de governo, incentivos para busca de formação em gestão pública etc). Em seguida, foi perguntado aos gestores se o consórcio onde atuam possui algum tipo de capacitação e qual a situação atual em termos de financiamento ou planejamento para isso.

Em um primeiro agrupamento, foram identificados consórcios cujos gestores entrevistados responderam diretamente que possuem algum plano de capacitação dos membros, conforme abaixo:

Entrevistado 2 (CISPORTAL-MG): Tem treinamentos sim, também acontecem com organização do grupo de secretários executivos, tanto na cidade quanto indo até outros consórcios na região. Qualquer consórcio da região que contrata cursos, sempre manda convites para os demais consórcios.

Entrevistado 9 (CIGABC-SP) Sim, os GT's (grupos de trabalho) costumam fazer levantamentos sobre temas críticos que surgem ao longo do tempo, como violência em escolas, surtos de doenças, e levam essas informações e dados para os colaboradores municipais.

Em um segundo agrupamento, foi possível identificar alguns consórcios que não possuem de fato um sistema interno de capacitação, mas buscaram alguma adaptação para contornar essa dificuldade e poder oferecer alguma espécie de treinamento para seus colaboradores. Neste agrupamento foram relatados problemas como as restrições financeiras e de orçamento no consórcio, que eventualmente tem

limitações até para sua atividade fim, não permitindo que os gestores possuam condições de investir na formação dos funcionários. Os comentários apresentam que através de resiliência e esforço, os gestores estão encontrando formas de endereçar este tema:

Entrevistado 5 (CONSISA-RS): Já se fez isso sim, mas não é uma prática muito constante. Geralmente vamos em treinamentos informados pelo tribunal de contas do estado, muitos sobre licitações, o próprio TCE trouxe para a região um treinamento recente sobre a nova lei de licitações. É muito difícil o consórcio ter recursos para fazer isso, pois tudo funciona em um sistema de rateio, então geralmente não existe “sobra de recursos” no consórcio para que o gestor possa contratar treinamentos para a equipe do consórcio em si. Tem consórcios em que o secretário tem dificuldade até para viajar para algum município e reembolsar o custo da viagem e sua diária em hotel, não é fácil.

Entrevistado 6 (CISGA-RS): O consórcio possui equipe dedicada, 5 concursados e 3 comissionados como auxiliares administrativos. Quando tem que fazer uma qualificação específica, buscamos geralmente os cursos ofertados pelo estado, nem sempre é possível ter recursos para fazer internamente.

Entrevistado 8 (CISAMREC-SC): Internamente não temos nenhum treinamento, o consórcio tem crescido e os funcionários têm feito capacitações e treinamentos mais sobre atualizações de legislações e diretrizes do SUS, oferecidos fora. Quando surge um assunto que nós não temos especialização para resolver, como criar um edital de material hospitalar específico, aí nós também chamamos funcionários dos municípios que tenham essa capacitação para nos ajudar naquela ocasião.

Entrevistado 3 (CONIMS-PR): No CONIMS existem treinamentos externos e estão principalmente focados nas diretrizes terapêuticas e atualizações divulgadas pelo SUS. Os consórcios geralmente não têm *funding* para esse tipo de iniciativa, geralmente 90% do *funding* de consórcios vem de municípios e apenas 10% do estado/federal.

Entrevistado 4 (CISPARANACENTRO-PR): Não, mas como estamos na mesma regional de outros 2 consórcios, nós costumamos participar de treinamentos que eles organizam. Nós não organizamos ainda treinamentos dentro do nosso próprio consórcio. Tem programas específicos de saúde do governo que são dados treinamentos no consórcio de Guarapuava, aqui na mesma região, em outros consórcios.

O terceiro e último agrupamento alinha as respostas dos demais gestores em uma triste constatação de não possuir treinamentos e capacitação para seus colaboradores e nenhum tipo de subterfúgio externo para endereçar o tema. Os gestores, por sua vez, tiveram a diligência de mencionar que esta é uma deficiência nos consórcios que administram, e que os treinamentos são importantes e deveriam

ser ofertados de alguma maneira, inclusive mencionam áreas que precisariam ser priorizadas em termos de capacitação:

Entrevistado 10 (CONISCA-SP): Essa é uma grande deficiência do consórcio, nós nunca tivemos um programa de capacitação. Há cerca de 45 dias atrás nós iniciamos contatos com empresas da região para começar a trabalhar formação em diversas áreas. Queremos focar na parte sanitária e limpeza clínica/hospitalar, biossegurança e em seguida enfermagem. Também estamos adquirindo capacitação para o pregoeiro e para a equipe financeira administrativa.

Entrevistado 1 (CISLESTE-MG): Não temos capacitação interna e é uma carência do CISLESTE, deveria ter. Infelizmente algumas coisas a gente não consegue dar conta no meio das outras demandas. Como a equipe é pequena, ao menos tentamos sempre envolver todos em reuniões e garantir que assim se desenvolvam. Todos podem dar opinião, elogiar, criticar serviços e alinhar as ideias da equipe. Agora capacitação de fato como treinamento não temos hoje não.

Entrevistado 7 (CIAPS-SC): Infelizmente desde a pandemia este tema ficou em segundo plano, mas o consórcio está trabalhando para a retomada dos treinamentos nesse instante. No segundo semestre esperamos treinar a equipe no tema de álcool e drogas, que é uma área que a própria equipe do consórcio pede para ser mais capacitada. Não há falta de recursos.

Através das respostas acima apresentadas, foi possível constatar uma diferença entre os consórcios em termos de capacidade de ofertar capacitação aos seus colaboradores. Contrastam situações nas quais os consórcios mais consolidados financeiramente e organizacionalmente possuem capacidades necessárias para ofertar treinamentos. Outros consórcios, por sua vez, conseguem ao menos contornar a falta de treinamentos internos endereçando o tema ao enviar seus membros para outras localidades em busca de melhor formação, seja nos municípios ou mesmo em outros consórcios na mesma região, que possuam melhor estrutura. Há ainda casos nos quais consórcios se deparam com a incapacidade total de endereçar o tema, enquanto estão envolvidos e ocupados em atividades primordiais de saúde pública, mas anseiam pelo momento em que capacitação de membros será uma realidade para eles.

4.3.1.5 Sobre a Percepção de Segurança Jurídica dos Membros

Em seguida, os entrevistados foram questionados sobre a percepção de segurança jurídica em sua gestão e da possível inadimplência por parte dos municípios junto ao consórcio público. Foi exposto um enunciado que trouxe um dado

da *survey* descritiva, no qual 68,4% dos consórcios consideraram extremamente importante a questão de segurança jurídica e adimplência para que os municípios entrassem e se mantivessem na associação. Em seguida, os gestores expuseram sua opinião acerca desta questão.

Um primeiro agrupamento de gestores esteve alinhado em sua resposta, apontando zero inadimplência e consideraram que não há riscos jurídicos ou de atrasos por conta da satisfação dos municípios com os resultados do consórcio.

Entrevistado 3 (CONIMS-PR): No meu ponto de vista, não há riscos jurídicos no consórcio ou qualquer insegurança, os pagamentos sempre estiveram em dia, zero inadimplência. Os municípios mantêm seus pagamentos em dia porque consideram o consórcio um ótimo suporte, e não querem ficar sem atendimento ou acesso aos seus benefícios.

Entrevistado 1 (CISLESTE-MG) Inadimplência zero. O ambiente de gestão pública do consórcio tende a ser seguro. Eu atribuo isso à satisfação dos municípios participantes. Também existe a necessidade de que eles estejam em dia para poder receber os serviços e produtos do consórcio. Se qualquer município atrasa 1 mês, os serviços automaticamente são suspensos para ele. Nunca foi necessário chegar ao nível jurídico de discussão.

O segundo agrupamento de gestores apontou zero inadimplência e atribuíram o sucesso do consórcio à organização, processos, mecanismos de rateio que impedem que os municípios estejam fora dos requerimentos.

Entrevistado 2 (CISPORTAL-MG): Sempre é feita uma previsão orçamentária no final de cada ano, e após isso é feito um rateio de despesas para os municípios. Nenhum tem atrasos atualmente. As cotas sempre estão pagas corretamente de acordo com esse rateio, cada município paga de acordo com esse planejamento de consumo. Com toda essa organização, não há riscos ou insegurança jurídica, pois os municípios podem escolher quanto consumir.

Entrevistado 4 (CISPARANACENTRO-PR): Não há problemas de inadimplência, nem inseguranças por parte dos municípios. Isso se deve, em boa parte, pela maneira que o consórcio funciona e a organização que temos.

Entrevistado 5 (CONSISA-RS): Aqui, graças a Deus não há nenhum problema de pagamento, temos um bom sistema de rateio. Esses critérios de rateio são sempre definidos no ano anterior à execução do orçamento, então funciona bem e não temos registro de falta de pagamento.

Entrevistado 6 (CISGA-RS): Não há problemas se você for capaz de ter regras e manter as regras. É importante não abrir exceção, isso mantém um ambiente seguro e todos os municípios participantes tendem a confiar.

Já o terceiro agrupamento de respostas nesta questão alinhou gestores que comentaram que os consórcios onde atuam já tiveram inadimplência, porém através de melhorias no controle e trabalho junto aos municípios, foram capazes de resolver o problema.

Entrevistado 10 (CONISCA-SP): O CONISCA já teve problemas de inadimplência muito grandes, mas hoje não há registros recentes de problemas com atrasos de obrigações. Há grande interesse de municípios na região em relação ao consórcio por conta dos bons serviços prestados, então não há insegurança por parte dos participantes nem de novos municípios sobre o consórcio.

Entrevistado 7 (CIAPS-SC): No começo, tinha-se muita dificuldade, porque os municípios costumavam a repassar os valores fora das datas acordadas, ou porque os rateios eram de valores muito baixos e mal conseguiam financiar o consórcio, ou até mesmo porque devido aos poucos atendimentos o estado de SC e a União não enviavam recursos já que o consórcio não atingia uma cota mínima de produtividade. Atualmente a situação é oposta, os municípios pagam em dia, os rateios têm um bom valor, existe produtividade suficiente para receber os recursos dos demais níveis federativos e há um valor expressivo na conta do consórcio.

Também foram obtidas respostas com teor único, que trazem um rico conteúdo acerca de outras possibilidades vividas dentro do consorciamento acerca dos rateios de despesas e controle jurídico. No primeiro caso, abaixo, o gestor apresentou um sistema inovador de gestão dos recursos que impede a inadimplência de qualquer município.

Entrevistado 8 (CISAMREC-SC): O CISAMREC tem uma particularidade que os mais de 300 consórcios de saúde do Brasil não têm: aqui os municípios entraram em um acordo de manter uma "conta" dentro do consórcio, onde eles depositam antecipadamente os recursos e com base nesse saldo eles vão comprando seus serviços/insumos. Nesse caso, o município é o dono desse saldo e nós do consórcio apenas alocamos esse recurso para onde os prefeitos pedem. Com isso, não há inadimplência. A mensalidade base em si tem o mesmo valor para qualquer município, independente do porte, outro ponto positivo.

O segundo relato, por sua vez, expôs uma dificuldade de alinhamento entre o consórcio e os membros do executivo dos municípios em termos do benefício trazido pela participação, não há inadimplência, mas tem percebido que alguns municípios estão unilateralmente insatisfeitos com o funcionamento do consórcio e estão de alguma maneira avaliando deixar a instituição. O impacto da saída de membros, por sua vez, é sentido pelo consórcio e afeta o andamento de iniciativas que envolvem

outros municípios participantes. Cabe ressaltar que o exemplo abaixo vem de um consórcio de grande porte, no qual as cidades participantes têm uma relevante arrecadação e são menos vulneráveis ao funcionamento da saúde pública sem apoio do consorciamento.

Entrevistado 9 (CIGABC-SP): Aqui não temos relatos de atrasos no pagamento ou problemas legais, mas temos mudanças de participantes. Ano passado, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul apresentaram um pleito pela saída do consórcio. A gente já teve no histórico a saída de Diadema seguida pelo retorno de Diadema, e sempre que a gente tem esse tipo de movimentação acaba acontecendo alguma desarticulação em negociações, em temas que vinham sendo tratados.

4.3.1.6 Sobre a Participação dos Consórcios em Ações na Pandemia

Nesta questão, os entrevistados foram perguntados sobre as ações do consórcio no qual atuam, e como ajudaram durante a pandemia de COVID-19. Foi apresentado aos gestores o resultado de uma das questões da *survey*, no qual apontava que 89,5% dos consórcios respondentes afirmaram que tiveram um papel relevante ou muito relevante na ajuda aos municípios durante a COVID-19.

No primeiro relato, o gestor em questão comentou que o consórcio no qual atua não teve um papel tão relevante nas ações durante a pandemia:

Entrevistado 2 (CISPORTAL-MG): Isso varia com o que cada consórcio realiza. Aqui prestamos transporte e alguns serviços de saúde, não tem compras. Acho que aqui ajudamos pouco pelo formato do consórcio, nós apenas podemos gastar o que foi previsto no ano anterior e fazemos apenas serviços, então não pudemos aumentar operação nem comprar insumos para ajudar municípios porque não é nosso escopo.

O grupo seguinte de gestores comenta que o consórcio teve um período de *lockdown*, mesmo assim consideram que empenhou papel importante ao aplicar seu escopo que já existia antes da pandemia:

Entrevistado 1 (CISLESTE-MG): Tivemos um papel significativo, o consórcio parou sua atividade administrativa apenas 15 dias na pandemia. Os serviços de urgência e emergência nunca pararam e suportaram os pacientes na pandemia. O consórcio também criou iniciativas para repassar valores para ajudar hospitais públicos da região, abrindo novos leitos, por exemplo. Nos envolvemos muito na busca de ajudar os municípios o máximo possível.

Entrevistado 4 (CISPARANACENTRO-PR): Tivemos que paralisar os atendimentos feitos pelos profissionais do próprio consórcio durante os 2 primeiros meses da pandemia, onde muita coisa fechou e não se tinha informação muito clara sobre como proceder. Os municípios seguiram operando. Quando voltamos (após esses 2 meses), os atendimentos ainda eram muito reduzidos, não são atendimentos de emergência então a população não marcava consultas se não precisasse. Em termos de compras, pudemos colaborar mais. Compramos máscaras para os profissionais de saúde, termômetros e jalecos neste período de pandemia. Os preços foram absurdos, pagamos durante a pandemia 200 reais em termômetros que hoje custam 10 reais a unidade, mesma coisa para as máscaras.

Entrevistado 6 (CISGA-RS): Nós tivemos que nos adaptar, primeiro todos trabalharam remoto, depois alternávamos quem vinha no escritório para não ter aglomeração, alguns, meio turno. A principal contribuição do CISGA no meio da pandemia foi aquisição de testes de COVID-19, um pregão conduzido 100% remoto, e estes testes foram repassados para municípios. Além disso, o restante das compras seguiu conforme necessário.

Entrevistado 7 (CIAPS-SC): Quando estourou a pandemia, conversei com prefeitos e o promotor local da COMARCA e fomos orientados para que a gente fechasse até que tivéssemos uma noção de como proceder naquela situação. Foram 20 dias com a unidade fechada, só atendendo pacientes via WhatsApp. Depois voltamos com as atividades (mas sem permitir grupos, apenas consultas individuais). Apenas recentemente pudemos retomar os grupos temáticos, onde as consultas e conversas são coletivas.

O grupo de gestores a seguir se alinhou em suas respostas ao alegar que os consórcios funcionaram normalmente sem *lockdown*, além disso contribuíram muito para os municípios da região.

Entrevistado 5 (CONSISA-RS): Tivemos muita dificuldade na COVID-19, precisamos comprar os kits de entubação, dificuldades para atender as demandas de todos os hospitais municipais, mas pudemos colaborar com as compras, sim.

Entrevistado 8 (CISAMREC-SC): Foi importante, o CISAMREC tem foco nas aquisições de insumos e medicamentos e foi fundamental para garantir o atendimento da demanda de hospitais municipais durante a pandemia de COVID-19.

Entrevistado 9 (CIGABC-SP): O Consórcio do ABC foi fundamental, principalmente nas primeiras orientações no início da pandemia, quando nenhum município sabia por onde começar suas ações ou o que era de fato aquela doença, enquanto isso muitos casos iam aparecendo e pessoas da saúde se contaminavam. Muitas das primeiras orientações e diretrizes vieram do Consórcio para os municípios. Fizemos muitas compras de insumos e equipamentos na pandemia de COVID-19, mas uma das grandes dificuldades que tivemos foi a adequação dos descritivos dos produtos. Um exemplo a ser dado foi compra de álcool, que é um insumo super básico, mas um

município usava um tipo de embalagem, outro preferia de outra embalagem, tudo isso afeta o descritivo do item. Tivemos que colocar todos os municípios em uma conversa e adequar isso, porque via de regra os municípios mais ricos tendem a montar seus descritivos pensando em produtos mais caros e de melhor qualidade e os municípios mais pobres colocam preço baixo como fator principal, então isso costuma causar divergências.

Entrevistado 10 (CONISCA-SP): O CONISCA teve um papel muito importante. As ações principais que ocorreram no CONISCA foram a aquisição de testes, alguns medicamentos necessários no tratamento de sintomas e fornecimento de mão de obra de enfermagem para os municípios. Também fornecemos alguns profissionais médicos, mas isso já era uma rotina mesmo antes da COVID.

Nesta questão também foram obtidos relatos diferenciados dos demais citados acima, sendo o primeiro deles um caso no qual o Consórcio foi além de seu escopo inicial e teve inovações no funcionamento em decorrência da pandemia de COVID-19, ao influenciar na geopolítica local para atrair investimentos e a abertura de uma usina de oxigênio.

Entrevistado 3 (CONIMS-PR): O CONIMS foi muito importante na pandemia, inclusive comprou cilindros de oxigênio que logicamente salvaram vidas nos municípios filiados. Logo no início da pandemia, vendo os problemas de demanda por oxigênio, o CONIMS inclusive colaborou em discussões para a existência de uma planta de cilindros de oxigênio próxima à região, capaz de garantir o atendimento dessa necessidade crítica. Também foram comprados anestésicos de entubação, kits de entubação, EPI's dos médicos e enfermeiros etc.

Outro relato único, porém relevante, mencionou o oportunismo e as adversidades impostas pelo mercado nacional de saúde ao longo da pandemia de COVID-19. Aqui a abordagem neoclássica da utilidade e oferta/demanda prevaleceu sobre os aspectos sociais e as instituições tardaram em reagir ou pouco puderam fazer para evitar abusos.

Entrevistado 6 (CISGA-RS): Enfrentamos a avalanche das vacinas. Todos queriam vender vacinas, ser atravessadores, pediam pagamento adiantado. Ao investigarmos, descobríamos que eram CNPJ's de negócios que nada tinham de relação com saúde. Nós analisamos isso com a federação de municípios do RS e como o plano de imunização nacional é uma responsabilidade federal, decidimos aguardar as etapas da ANVISA e do ministério da saúde e com isso evitar que no desespero por vacinas alguém caísse em uma fria. Uma coisa que ninguém escapou foi o oportunismo dos fornecedores. Itens que custavam 50 centavos passaram para 10 reais do dia pra noite, como as máscaras, e tivemos que comprar mesmo assim. Infelizmente nós não temos nenhuma notícia que alguém tenha sido punido por isso. Foi um assalto, ainda mais em cima da área pública, onde jamais deveriam agir dessa maneira.

4.3.2 O Momento Atual do Consorciamento no Brasil

Nesta segunda fase da entrevista, os gestores responderam perguntas que buscavam compreender a situação atual do consorciamento no país e suas opiniões acerca das contribuições que os consórcios são capazes de fazer atualmente, a existência de benefícios além dos resultados financeiros e buscou-se também captar aos olhos dos gestores quais são atualmente os pontos fracos que os consórcios apresentam, tendo como referência sua experiência.

4.3.2.1 Sobre a Capacidade de Melhorar Políticas Públicas de Saúde

Nesta questão, foi indagado aos gestores a sua opinião se os consórcios estão sendo capazes de trazer melhores resultados em políticas públicas de saúde e em caso afirmativo, quais seriam esses resultados. Neste caso, foi possível alocar as respostas em dois grandes grupos.

Os gestores abaixo focaram em aspectos administrativos, alinhamento, planejamento e comunicação regional. Também mencionaram a questão da dependência que os municípios pequenos têm pelo consórcio, sem o qual poderiam incorrer em graves faltas de atendimento à população.

Entrevistado 1 (CISLESTE-MG): 100% dos municípios participantes dependem das melhorias trazidas pelo consorciamento para se manterem como estão, talvez apenas 2 ou 3 dos 21 municípios participantes conseguiriam sobreviver um pouco porque são maiores, mas ainda assim sofrendo muito comparado com o que tem no consórcio.

Entrevistado 2 (CISPORTAL-MG): Sim, melhor planejamento, melhor comunicação entre os secretários de saúde.

Entrevistado 3 (CONIMS-PR): Sim, através do planejamento feito pelos especialistas, o consenso entre gestores, as economias nas compras públicas, a capacidade de reação e urgência durante a pandemia de COVID-19 foi um exemplo.

Entrevistado 4 (CISPARANACENTRO-PR): Sim, principalmente nas consultas especializadas que eram uma carência na região, especialistas em determinadas áreas para atender a população. Havia necessidade de reduzir filas de consultas, e o consórcio foi capaz de fazer isso. Além disso, o consórcio foi capaz de reagir em uma época muito importante, como a pandemia.

Entrevistado 10 (CONISCA-SP): Sim. Os consórcios são capazes de trazer serviços para regiões de saúde, como exames e consultas, por exemplo, que os municípios não conseguem ofertar se tentarem atuar individualmente.

Já o segundo agrupamento de gestores apresentado abaixo, mencionou as compras públicas como principais resultados, a importância das licitações, a capacidade de conectar pequenos municípios aos grandes fornecedores hospitalares e farmacêuticos, que por questões logísticas não se interessam por atender pequenos volumes.

Entrevistado 5 (CONSISA-RS): Sim, sobretudo em compras públicas, esses municípios menores não possuem capacidade de fazer licitações de volumes maiores, então o consórcio é capaz de solucionar isso e dar acesso para esses municípios. O CONSISA compra mais de 20 milhões de reais de medicamentos por ano para os municípios, é um volume grande para essa região. Tem também contratações de serviços que são fundamentais para o funcionamento da saúde municipal.

Entrevistado 6 (CISGA-RS): Além das compras públicas para a região, há a interação dos executivos e técnicos acerca dos temas que precisam ser resolvidos. As trocas de experiências também possibilitam soluções mais rápidas e seguras, se um secretário faz uma pergunta sobre uma situação, todos os demais se voluntariam para responder como tratar aquela situação, então muita experiência é compartilhada.

Entrevistado 7 (CIAPS-SC) Sim, além do atendimento psicossocial que é fundamental para a população, o CIAPS faz compras de medicamentos de tratamento psiquiátrico via dispensa de licitação. Quando são necessárias licitações e pregões, aí pedimos ajuda do CISAMVI, que é um consórcio maior da região.

Entrevistado 8 (CISAMREC-SC): Sim, foi capaz de dar acesso aos municípios muito pequenos, conectando eles a fornecedores grandes que não se interessam por pequenas compras, além disso traz atendimento e serviços médicos, procedimentos, odontologia.

Entrevistado 9 (CIGABC-SP): Sim, através de melhor alinhamento entre funcionários da saúde dos municípios, principalmente os técnicos, possibilitando compras uniformes de itens, execuções de ações e serviços de saúde. O que os técnicos discutem, após algumas semanas, de fato é visto na prática.

4.3.2.2 Sobre a Capacidade de Influenciar Políticas Públicas dos Municípios

Nesta questão, foi perguntado se na opinião dos gestores, os consórcios estão de fato influenciando as políticas públicas de saúde dos municípios participantes na medida esperada, e em caso positivo, como se dá essa influência no caso dos consórcios onde atuam, com base em sua experiência.

Um primeiro grupo de gestores focou no benefício da conexão em nível operacional, melhoria de processos, dinamismo das ações.

Entrevistado 1 (CISLESTE-MG): Traz celeridade nas ações, os processos funcionam rapidamente com a equipe do consórcio, além de trazer economias e facilidades para os municípios contratarem o que precisam e atender os pacientes de acordo com o necessário.

Entrevistado 4 (CISPARANACENTRO-PR): Sim, o consórcio é capaz de reunir um bom grupo técnico e organizar não só compras, mas também contratações de profissionais especialistas na saúde.

Entrevistado 6 (CISGA-RS): Com certeza, pelo exemplo do CISGA estão influenciando através da conexão entre as equipes dos municípios e as compras coletivas que suportam toda a região de saúde.

O segundo grupo de gestores focou no benefício da conexão em nível operacional, melhoria de processos e dinamismo das ações do consórcio na região onde atua.

Entrevistado 1 (CISLESTE-MG): Traz celeridade nas ações, os processos funcionam rapidamente com a equipe do consórcio, além de trazer economias e facilidades para os municípios contratarem o que precisam e atender os pacientes de acordo com o necessário.

Entrevistado 4 (CISPARANACENTRO-PR): Sim, o consórcio é capaz de reunir um bom grupo técnico e organizar não só compras, mas também contratações de profissionais especialistas na saúde.

Entrevistado 6 (CISGA-RS): Com certeza, pelo exemplo do CISGA estão influenciando através da conexão entre as equipes dos municípios e as compras coletivas que suportam toda a região de saúde.

O terceiro grupo traz relatos focando no alinhamento entre gestores municipais de nível executivo, secretários e área de planejamento.

Entrevistado 10 (CONISCA-SP): Sim, os 5 municípios participantes estão alinhados nas políticas públicas de saúde graças ao consórcio,

sobretudo os secretários de saúde que tomam a frente nas discussões e propõem os próximos passos.

Entrevistado 2 (CISPORTAL-MG): Estão colaborando para que os municípios estejam alinhados sobre as ações na saúde pública, evitando disparidades. Isso é um fato, pois mais e mais municípios estão entrando em consórcios, inclusive fora de sua microrregião.

Entrevistado 3 (CONIMS-PR): Sim, através de sua integração entre membros do executivo, compras públicas, gestão dos recursos e planejamento.

O quarto grupo de relatos aborda a importância do consórcio como única via aos municípios para endereçar algumas iniciativas na saúde, sendo que sem sua existência haveria uma alta probabilidade de que a população não fosse atendida nos tópicos mencionados.

Entrevistado 7 (CIAPS-SC): Sim, e em alguns casos os consórcios são a única alternativa de determinadas políticas públicas para alguns municípios, no caso do atendimento psicossocial, esses municípios que nós atendemos jamais teriam se não fizessem um consórcio como o CIAPS, pois são muito pequenos.

Entrevistado 5 (CONSISA-RS) Muito, como falei são muitos municípios com poucos habitantes, não teria como contratar nesse nível, como comprar nesse nível. Sem isso, as ações de saúde dos municípios não iam ser possíveis.

Entrevistado 8 (CISAMREC-SC): Sendo capazes de reunir muitos municípios e realizar volumes de compra muito altos, capazes de manter um centro de distribuição e até mesmo ter volumes que viabilizam aquisição diretamente dos grandes laboratórios (indústrias farmacêuticas). Pequenos volumes não permitiriam eliminar os distribuidores.

O último relato apresentado citou a importância do consórcio para alinhamento das cidades, que neste caso são grandes cidades conurbadas e de notória relevância ao PIB nacional, sendo já respeitadas em nível legislativo estadual e federal. Cabe ressaltar que o CIGABC é um caso atípico de consórcio, sendo o maior consórcio brasileiro de saúde em termos de população atendida e receita dos municípios, de acordo com dados da CNM (Confederação Nacional de Municípios).

Entrevistado 9 (CIGABC-SP): O Consórcio é capaz de integrar pontos nos quais as cidades têm mesmos objetivos ou interesses em comum, isso traz melhor investimento dos recursos, capacidade de reação em situações de emergência como foi a COVID, melhorias nos serviços também. Cabe ressaltar que o Consórcio do ABC soma mais de 3 milhões de habitantes, é o 4o PIB do país, então tem muito peso, não apenas na câmara estadual, mas também em discussões federais.

4.3.2.3 Sobre Benefícios Além das Contratações Públicas

Esta pergunta levou em conta o fato de que boa parte da literatura precursora acerca de exemplos positivos de resultados dos consórcios está relacionada às compras públicas e melhoria na gestão dos recursos financeiros. Além disso, o fator mais citado na *survey* como motivação para criar o consórcio foi “busca por resultados e redução de custos em contratações. Tendo por base este relevante histórico de publicações e a pesquisa descritiva, foi perguntado aos gestores quais outros benefícios (além de economia de recursos e contratações) um consórcio pode trazer para sua região.

O primeiro grupo de gestores focou na operação e equipes técnicas como benefícios existentes, além da compra e contratação.

Entrevistado 3 (CONIMS-PR): Apesar de os maiores resultados do CONIMS serem visíveis nas compras, no que foi feito na pandemia, também há uma grande contribuição do consórcio na formação de um grupo técnico regional mais forte que os municípios individualmente.

Entrevistado 4 (CISPARANACENTRO-PR): Contratações de profissionais médicos especializados para reduzir filas na saúde, atender a população no nível de consultas com especialistas.

Entrevistado 5 (CONSISA-RS): Capacidade de alinhar uma quantidade muito grande de municípios, envolver gestores e equipes técnicas de saúde, planejar ações de forma conjunta. Tudo isso precede as compras em si e são benefícios do consórcio.

Entrevistado 7 (CIAPS-SC): Capacidade de ofertar serviços fundamentais como acompanhamento psicológico para populações pequenas que não tinham acesso aos especialistas, é uma parte fundamental do SUS que não é uma compra pública ou contratação, porém é muito importante.

O segundo grupo de gestores focou no planejamento e no executivo como benefícios existentes, além da compra e contratação.

Entrevistado 6 (CISGA-RS): Alinhamento entre os membros do executivo, contribuições dos especialistas e técnicos, troca de experiências entre os especialistas, construção conjunta das políticas públicas. Todos esses pontos também são melhorias, além das compras e contratações com economia de recurso.

Entrevistado 2 (CISPORTAL-MG): O CISPORTAL não faz compras, é um exemplo de consórcio que faz outras coisas. Planejamento,

gestão, alinhamento entre gestores para que possam pensar na saúde pública de maneira coletiva entre vários municípios.

Entrevistado 1 (CISLESTE-MG): Melhorias de gestão, alinhamento dos municípios da microrregião e municípios vizinhos que quiseram participar do consórcio. Aumento da capacidade de reação e velocidade nas tomadas de decisão.

O terceiro grupo de gestores focou no fato de o consórcio ser capaz de trazer como benefícios, ações na saúde que seriam impossíveis aos municípios individualmente. Soma-se a isso o fato de o consórcio ser uma ferramenta capaz de reduzir drásticas diferenças entre municípios ricos e pobres de uma região ao longo do tempo, melhorando os seus indicadores de saúde.

Entrevistado 8 (CISAMREC-SC): O consórcio também é capaz de trazer serviços que a população não tinha, como um bom atendimento odontológico. Também traz um melhor controle de qualidade sobre os serviços de saúde prestados na região dentro dos próprios municípios.

Entrevistado 9 (CIGABC-SP): Boas práticas, treinamentos, alinhamento das equipes técnicas dos municípios para cumprirem as diretrizes do SUS, tirarem dúvidas. O Consórcio serve como uma câmara para discussão técnica e também executiva. O consórcio foi capaz de reduzir diferenças grandes entre os municípios da região do ABC, os "patinhos feios" melhoraram muito em alguns temas na saúde, a ponto de hoje superarem os municípios mais ricos em alguns indicadores.

Entrevistado 10 (CONISCA-SP): Além de compras e contratações, o Consórcio é o local onde ocorrem as conversas entre os municípios da região e onde os pacientes da região vêm em busca de atendimentos que os municípios não conseguem oferecer ainda, então o consórcio tem uma importância grande, além de redução de custos em compras. O consórcio gera oferta de algo que até então não existia.

4.3.2.4 Sobre Pontos Fracos e Oportunidades de Melhoria

Esta abriu um importante espaço para que os gestores relatassem livremente quais são os principais pontos fracos do consórcio no momento, as deficiências percebidas nos consórcios onde atuam e quais seriam possibilidades de melhorias a serem implementadas, levando em conta esses problemas.

O primeiro grupo de gestores citou restrições orçamentárias e falta de recursos como principais problemas atuais dos consórcios.

Entrevistado 1 (CISLESTE-MG): Faltam recursos financeiros, os municípios já têm suas dificuldades e recursos insuficientes para fazer suas ações de saúde pública, com isso eles vêm até o consórcio, que poderia ter mais recursos do estado e da União para ajudar esses municípios necessitados. Além disso, o Consórcio traz mais economia do que o município por fazer contratações maiores, então se o estado e a União destinassem mais recursos ao consórcio, provavelmente traria maior economicidade à operação da saúde na região. Infelizmente, hoje 99% dos recursos do consórcio são oriundos dos próprios municípios.

Entrevistado 3 (CONIMS-PR) Escassez de recursos, não depender apenas de repasses de prefeituras. Precisa ter maior quantidade de recursos estaduais e federais, eventualmente colaborações locais do setor privado seriam boas. O consórcio é visto dentro da câmara estadual, por alguns deputados, como um quarto poder, o que não é verdade. Por isso existe ainda essa rivalidade como se o consórcio quisesse disputar poder com os demais entes federativos, quando na verdade só quer ajudar os municípios.

Entrevistado 2 (CISPORTAL-MG): Principalmente otimizar os investimentos e alinhar os prefeitos e secretários de saúde de uma localidade para atingir os objetivos que precisam. Os consórcios são o melhor destino para os recursos estaduais, pois eles administram as finalidades para as quais os recursos vão de fato ser utilizados, já em nível municipal, isso não é garantido. A desigualdade entre os municípios também precisa ser reduzida.

O segundo grupo de gestores citou problemas com o envolvimento de iniciativas políticas sobre cargos ou áreas técnicas do consórcio de saúde.

Entrevistado 4 (CISPARANACENTRO-PR): Há ainda problemas políticos, envolvimento de pensamento político dentro do consórcio. Ainda há exemplos de discussões em que "cada prefeito puxa as discussões para o seu lado", visando apenas resolver problemas específicos do seu município, ao invés de ouvir um pouco mais os problemas que são coletivos. Reduzir impactos causados pela troca constante de liderança dentro do consórcio ou no município. Hoje, se trocam um secretário de saúde, tudo tem que ser rediscutido, explicado, precisamos contar com a aprovação daquela nova pessoa, que eventualmente demora um certo tempo para compreender como funciona o consórcio e o interesse coletivo.

Entrevistado 9 (CIGABC-SP) A complexidade da saúde mudou muito nesses 30 anos de SUS, e culturalmente a gestão também mudou, a gente vê pessoas querendo trabalhar sozinhas em um cenário de complexidade que exige trabalho em conjunto e parcerias.

Entrevistado 8 (CISAMREC-SC): Precisa eliminar a interferência política, que não é um problema exclusivo de Santa Catarina, é de todo Brasil. O consórcio precisa ser gerido por uma equipe que tenha conhecimento técnico e conhecimento de gestão. Indicações de cargo por motivo político fazem o consórcio perder a essência.

Entrevistado 7 (CIAPS-SC): É muito difícil quando não há consenso ou alguma mudança em nível municipal por política ocorre. Essas mudanças podem trazer pessoas que têm entendimento muito diferente da anterior sobre o consórcio. A questão política, quem está no mandato, quem é o secretário, isso não deveria influenciar o funcionamento de um consórcio técnico, mas eventualmente acaba influenciando e isso não é positivo. Eu mesmo como secretário fui escolhido não por qualidade política, mas sim porque eu sou uma pessoa com formação técnica na área que o consórcio cobre.

O terceiro grupo relatou problemas de troca de gestão do consórcio, troca de secretários dos municípios, que afetam diretamente temas que estavam em andamento e precisam ser rediscutidos.

Entrevistado 9 (CIGABC-SP): Um outro problema grave do consórcio é que nós trocamos de gestão todo ano, o mandato do secretário executivo é de 1 ano, é muito pouco, precisaria que fosse no mínimo uns 3 ou 4 anos, para então permitir planejar/implementar o que foi planejado. Isso (troca anual de secretários) recai nos diretores, que não conseguem ter continuidade no trabalho e com isso já chegamos a ter 3 trocas de diretores de uma mesma área em apenas 1 ano.

Entrevistado 5 (CONSISA-RS): Ainda se carece de valorização maior dos entes estaduais/federais para com os consórcios. A Lei 11.107 da forma que foi criada ainda deixa os consórcios um pouco afastados de determinadas fontes de recurso. Com muitos municípios participando, fica difícil manter o bom funcionamento do consórcio se há trocas frequentes de secretários de saúde no meio de um mandato, pois aí precisamos iniciar uma conversa com um profissional novo, do zero.

Entrevistado 6 (CISGA-RS): Ser capaz de cumprir aquilo que propôs, construir acordos com prefeitos e atingir aquelas expectativas. O grande ponto fraco hoje é justamente o *timing* entre o município entrar no consórcio e conseguir ajustar sua estrutura e colaboradores para garantir que as engrenagens estejam rodando juntas, então precisa evoluir nessa adaptação de municípios novos que entram no consórcio, para que se ajustem mais rápido, não apenas pelo impacto que causa no consórcio, mas para o município também poder aproveitar ao máximo sua experiência dentro do consórcio.

Entrevistado 8 (CISAMREC-SC): Infelizmente tem municípios que mudam secretário de saúde de ano em ano, não é mais a realidade da nossa região, mas isso costuma atrapalhar muito na gestão do consórcio. Outro problema é que tem muita gente atuando na administração do município consorciado que não tem conhecimento sobre o funcionamento ou a legislação de um consórcio. Nós não estamos aqui para concorrer com os municípios, nós estamos para ajudar os municípios.

Em algumas respostas (CISAMREC, CONIMS) é mencionada a dificuldade de compreensão do papel do consórcio por parte de prefeitos e até mesmo membros do

legislativo estadual, que de alguma maneira veem o consórcio como uma tentativa de nível federativo rivalizando com os municípios, sendo que esta não é a realidade proposta por este arranjo.

4.3.3 O Futuro do Consorciamento no Brasil

Nesta terceira e última fase da entrevista, os gestores foram submetidos a perguntas que buscavam compor uma visão de futuro do consorciamento no Brasil, sendo de fato este agrupamento de questões algo que a tese buscou trazer como ineditismo, a fim de apontar possíveis direções para os consórcios no futuro próximo. Através da valiosa experiência dos referidos gestores envolvidos nesta etapa da metodologia, foi possível captar sua perspectiva acerca do papel que os consórcios deverão exercer na saúde no Brasil, os principais pontos fortes que os consórcios deverão apresentar neste futuro, qual seria o modelo de consórcio ideal e, acima de tudo, quais seriam as recomendações que estes gestores dariam aos futuros gestores de consórcios públicos, visando uma transferência de sua experiência, alertando sobre riscos e reduzindo erros já cometidos no passado.

4.3.3.1 Sobre o Futuro Papel do Consórcio em Políticas Públicas de Saúde

O objetivo desta pergunta foi capturar a opinião e a expectativa dos entrevistados acerca do futuro papel a ser desempenhado pelos consórcios em termos de políticas públicas de saúde. As respostas, nestes casos, puderam ser divididas claramente em dois grandes grupos.

O primeiro agrupamento de respostas se alinha no fato de que estes gestores acreditam que os consórcios terão papel importante no futuro, e reforçaram que tais consórcios são e serão a única solução possível para muitos municípios em termos de políticas públicas de saúde.

Entrevistado 2 (CISPORTAL): Sim, os consórcios são fundamentais em termos de planejamento e conectam a região, eles também podem estar alinhados com uma microrregião de saúde e garantir que os municípios ali estejam conectados. Municípios pequenos precisam muito dos consórcios, esses municípios vão estar sempre ali existindo. Os consórcios são capazes de reduzir diferenças sempre.

Entrevistado 10 (CONISCA-SP): Sim, os consórcios têm condições de expandir sua oferta de especialidades, de exames, de compras para áreas que ainda não conseguem cobrir hoje.

Entrevistado 4 (CISPARANACENTRO-PR): Sim, há espaço. A vantagem de um consórcio é poder contratar médicos especializados e outros profissionais ou produtos que municípios individualmente não conseguiriam de jeito nenhum.

Entrevistado 5 (CONSISA-RS): Sim, tudo depende dessa continuação do bom entendimento entre os gestores, são muitos municípios envolvidos, mas os consórcios são fundamentais para fazer o SUS chegar na ponta. Sem os consórcios, os municípios pequenos não vão ter condições de contratar nesse nível.

Entrevistado 6 (CISGA-RS): Sim, os consórcios são capazes de atender municípios muito menores, trazer alinhamento de gestores e, acima de tudo, economizar nas compras públicas que os especialistas organizam.

Entrevistado 7 (CIAPS-SC): Sim, o consórcio é necessário senão muitas ações esperadas do SUS não vão ser executadas nos municípios. Como o exemplo do CIAPS:-, sem o consórcio, o município ficaria sem assistência psicossocial, que é fundamental para a saúde pública.

No segundo agrupamento de respostas, os gestores apontaram que o sucesso dos consórcios está condicionado ao apoio dos estados e do nível federal, sendo que alguns comentam a existência de dificuldades para que o consórcio seja entendido corretamente nesses níveis e receba a devida atenção.

Entrevistado 5 (CONSISA-RS): Claro que também falta um pouco mais de atenção estadual e federal. Algo precisa ser feito para mudar essa percepção estadual, de algumas pessoas da área da saúde estadual, de que o consórcio é uma "perda de controle", sendo que na verdade a ideia do consórcio é garantir a aproximação do estado em relação aos municípios menores, sempre seguindo a Lei de Consórcios.

Entrevistado 3 (CONIMS-PR) Sim, já desempenham um papel importante e com o devido suporte do estado e da federação poderão ser ainda mais importantes para executar as políticas públicas de saúde onde devem acontecer, nos municípios e para a população final. O consórcio pode ajudar os municípios e a região a adaptarem as estratégias de alto nível de planejamento para a realidade local.

Entrevistado 8 (CISAMREC-SC): Sim, vão ser capazes de ajudar os municípios menores a terem contato com grandes fornecedores que tentam se afastar de pequenos editais e pequenas demandas. Os consórcios colaboram para garantir atendimento dos municípios e evitar faltas de insumos e medicamentos para os tratamentos. Os consórcios também acabam servindo para cobrir temas em que o SUS em nível federal ou estadual não tem conseguido cumprir com seu dever. Se os consórcios forem vistos pelos estados como um bom

parceiro, podem colaborar muito para o atingimento de metas de saúde dos estados.

Entrevistado 9 (CIGABC-SP): Sim, os consórcios têm a capacidade de unir esforços em prol de mesmos objetivos que os municípios precisam alcançar, alinhar uma região, reduzir diferenças. Ainda é preciso que o legislativo estadual compreenda um pouco melhor a importância dos consórcios.

Entrevistado 1 (CISLESTE-MG): Sim, os consórcios proporcionam maior economia do que ação individual municipal, mas carecem de mais recursos do estado e da União para poderem ter maior capacidade de reação. Muitos municípios da região não sobreviveriam sem o consórcio, não conseguiriam manter o nível básico de atendimento que tem hoje. Se os consórcios tiverem um olhar diferenciado do estado e da União, vão contribuir muito na evolução da qualidade da saúde pública.

4.3.3.2 Sobre os Futuros Pontos Fortes do Consorciamento

O objetivo desta pergunta foi capturar a opinião e a expectativa dos entrevistados acerca de quais serão os futuros pontos fortes apresentados pelos consórcios públicos envolvidos na saúde pública. Novamente dois grandes grupos de respostas ficaram claros nesta questão.

O primeiro agrupamento de respostas focou diretamente no aspecto de alinhamento e relacionamento da liderança regional, capacidade de construir alianças e planejamento conjunto.

Entrevistado 1 (CISLESTE-MG): Ter mais recursos e poder buscar mais alternativas para ajudar os municípios, ser capaz de direcionar a saúde numa microrregião e atender os objetivos do SUS, gerar alinhamento entre os gestores dessa microrregião de saúde.

Entrevistado 2 (CISPORTAL-MG): Alinhar os gestores de uma região, otimizar os recursos.

Entrevistado 3 (CONIMS-PR): Capacidade de integrar municípios e suportar a região, sendo visto como um grande parceiro dos líderes regionais.

Entrevistado 5 (CONSISA-RS): Capacidade de reunir interesses da região, de fazer compras mais econômicas e de alinhar os gestores da região. Além disso, continuar viabilizando acesso aos medicamentos e profissionais de saúde para os municípios pequenos.

Entrevistado 6 (CISGA-RS): Atender demandas locais com total alinhamento entre os municípios, trazer melhorias de atendimento e otimização do recurso investido, principalmente.

Entrevistado 9 (CIGABC-SP): Juntar atores diferentes, pessoas que não se conhecem, e quando o consórcio consegue reunir esses pontos de vista técnicos, da sociedade civil, saem discussões riquíssimas. Com a maior complexidade da saúde pública é fundamental reunir todos esses agentes. Isso traz ganhos para todo mundo, melhora uso de recursos, pois todos esses municípios estão tentando fazer as mesmas coisas e eventualmente não estão se falando. É importante que os cargos sejam menos rotativos, e que a gestão e cargos de comando fiquem por bem mais de um ano.

O segundo agrupamento de respostas foca em aspectos de atendimento das demandas da região, oferta de serviços, medicamentos e insumos.

Entrevistado 7 (CIAPS-SC): O que funciona melhor no consórcio é mesmo a capacidade de reduzir muito as despesas, quando elas são compartilhadas entre municípios. Além disso, a capacidade de ofertar serviços em nível coletivo que os municípios não conseguem ofertar sozinhos.

Entrevistado 8 (CISAMREC-SC): Capacidade de trazer economia aos municípios pequenos e até mesmo viabilizar compras que eles não teriam individualmente. Efetuar aquisições através de licitações que também não são viáveis para volumes pequenos de municípios. Os fornecedores grandes não querem ter contato com pequenos municípios, há um custo muito grande logístico para fazer pequenas entregas em municípios distantes.

Entrevistado 4 (CISPARANACENTRO-PR): Crescer, agregar mais municípios, ser capaz de ofertar bons serviços e reduzir filas de consultas na saúde, além de efetuar compras públicas de grande volume para ajudar os municípios.

Entrevistado 10 (CONISCA-SP): Ter a capacidade de atuar em cada município participante, expandir sua operação para fora de sua sede, trazer mais especialidades médicas e exames que ainda não são ofertados na sua região.

4.3.3.3 Sobre o Consórcio Ideal perante o Consórcio Atual

Nesta pergunta o objetivo foi capturar a opinião e a expectativa dos entrevistados acerca do que seria um consórcio ideal existente no futuro, quais seriam suas características de funcionamento, gestão e resultados; como este consórcio hipotético ideal difere ou se assemelha com o que é percebido atualmente nos consórcios de saúde.

Predominaram novamente respostas em dois grandes grupos. Primeiramente, são expostas abaixo as respostas que estiveram relacionadas à necessidade de resolução do problema de financiamento das iniciativas do consórcio, inclusive a atual falta de suporte dos níveis estadual e federal (União), remetendo novamente à

necessidade pura de colaboração entre municípios para sustentar a saúde pública de uma região.

Entrevistado 1 (CISLESTE-MG): É necessário deixar de ter esse financiamento puramente dos municípios que já possuem dificuldades de recursos para todas as suas ações.

Entrevistado 2 (CISPORTAL-MG): Os consórcios deveriam ter maior apoio estadual, receber os recursos do estado e colaborar na administração pública, ainda mais quando existem muitos municípios pequenos em uma região.

Entrevistado 3 (CONIMS-PR): O consórcio ideal deveria ser um consórcio com a parceria dos municípios e acima de tudo com a capacidade de financiamento necessária para sua operação. Em um futuro não muito distante, esperamos que esse problema de financiamento das iniciativas do consórcio seja resolvido.

Entrevistado 4 (CISPARANACENTRO-PR): Ter bom financiamento, ser capaz de resolver os problemas que identificou no passado, reduzir filas de atendimento, fazer compras que economizem para os municípios.

Entrevistado 10 (CONISCA-SP): O consórcio não deveria ter limitações em sua oferta de serviços, atualmente isso ocorre por questões de recursos, demorou para conseguir expandir oferta de atendimento.

Entrevistado 1 (CISLESTE-MG): O consórcio deveria ser capaz de reduzir ineficiências dos municípios, otimizar os gastos na região com compras para atender todos os municípios. O consórcio deveria ser a prioridade para gestão dos recursos em uma região, pois é capaz de economizar e atender mais pessoas.

O segundo grande grupo de respostas destacou a necessidade de solucionar problemas políticos, influência política sobre áreas técnicas e divergências de interesses capazes de afetar o bom funcionamento coletivo do consórcio.

Entrevistado 4 (CISPARANACENTRO-PR): Um consórcio funcionando bem também deveria deixar divergências políticas em segundo plano e não permitir que influencie o trabalho coletivo.

Entrevistado 5 (CONSISA-RS): O consórcio precisa ter envolvimento de todos os atores, ouvir as equipes municipais, saber o que estão planejando e fazendo. Quanto maior o consórcio, maior a variedade de interesses, então é necessário ter todos próximos.

Entrevistado 7 (CIAPS-SC): O consórcio deveria funcionar focado na sua função técnica, de atender a população, economizar recursos nas contratações e compras, trazer alternativas de saúde que o município não consegue bancar sozinho, tudo isso sem sofrer influência política que atrapalhe a execução técnica.

Entrevistado 8 (CISAMREC-SC): Ser capaz de trazer resultados financeiros, efetuar compras, editais, licitações e ter um centro de

distribuição capaz de atender os municípios da região onde atua. Esse consórcio ideal tem que evitar interferências políticas no seu quadro técnico e de gestão, ou mesmo nas decisões que são tomadas.

Entrevistado 9 (CIGABC-SP): Ser capaz de reduzir diferenças entre os municípios, aplicar as diretrizes do SUS, garantir bom atendimento à população, compras públicas mais econômicas e alinhadas entre os municípios. Também precisa exercer influência em outras esferas do governo, mostrar sua importância, mas acima de tudo tentar minimizar problemas políticos, não deixar eles influenciarem na operação do consórcio.

O depoimento de um dos gestores trouxe um ponto de vista que se destacou dos demais, apontando o consórcio como uma ferramenta capaz de conectar as boas práticas e expectativas globais com a realidade do local onde está inserido, além de, neste caso, realizar *benchmark* em nível internacional.

Entrevistado 6 (CISGA-RS): Os consórcios são capazes de atuar globalmente focado no local. Permite resolver a demanda local levando em conta os impactos regionais, então a gente não fica restrito ao nosso mundo, o CISGA chega a ter relação com boas práticas internacionais, falamos até com administradores públicos de outros países.

4.3.3.4 Recomendações aos Futuros Gestores de Consórcio

Esta última questão buscou trazer uma colaboração inédita do ponto de vista da tese, ao abrir espaço para que os gestores públicos, todos com relevante experiência em suas funções no consórcio (acima de 5 anos), pudessem compartilhar suas recomendações e dicas para um futuro gestor de consórcio público, o qual hipoteticamente não teria ainda qualquer experiência na gestão de um consórcio. Foram obtidos relatos muito ricos que estão baseados na vivência destes gestores e que, de alguma maneira, através destes comentários, visaram poupar os futuros gestores de possíveis erros já vistos no passado.

Em um primeiro agrupamento de respostas, foi citado o alinhamento com os municípios, capacidade de escutar as demandas apresentadas pelos participantes, sendo que a certeza de que todos os participantes conheçam a ferramenta consórcio e seu funcionamento pode evitar problemas e questionamentos futuros.

Entrevistado 2 (CISPORTAL-MG): Converse muito com os municípios e também com outros consórcios da sua região ou do estado em si.

Entrevistado 4 (CISPARANACENTRO-PR): Planeje, estude a região e suas necessidades e trabalhe sempre em cima disso. Se o gestor não focar nisso, a tendência é que não dê certo, todos os participantes

precisam entrar no consórcio conhecendo a situação e sabendo o que querem.

Entrevistado 3 (CONIMS-PR): Pense como vai funcionar o financiamento da operação do consórcio, as obrigações dos municípios, tenha toda essa organização contratual bem definida. Mapeie muito bem a região onde o consórcio vai atuar, estude a região, avalie as métricas de saúde e as políticas públicas dos municípios antes de fazer a criação de um consórcio na região.

Entrevistado 5 (CONSISA-RS): Minha percepção é muito positiva acerca de formar o consórcio, muito pela experiência que eu tenho. O consórcio vai permitir que você reduza gastos em níveis municipais não apenas pelas compras, mas também eventualmente ter equipes menores no município, pois "a ferramenta" consórcio poderá atender várias demandas dos municípios de uma maneira coletiva. Garantir que todos os municípios estão bem envolvidos, sobretudo se for um consórcio com uma quantidade muito elevada de municípios, pois fica mais difícil alinhar os interesses.

Entrevistado 9 (CIGABC-SP): Fazer com que os municípios sejam participativos, tenham alguma representação dentro do consórcio de alguma maneira, seja com alguns funcionários operacionais cedidos que possam acompanhar os acontecimentos ou mesmo a gestão. Isso vai fazer com que os municípios compreendam o que acontece no consórcio e deem a devida importância para o trabalho do consórcio.

O segundo agrupamento de respostas focou nas capacidades institucionais dos consórcios, sobretudo em termos de recursos humanos, conhecimento técnico e boa execução das políticas públicas.

Entrevistado 1 (CISLESTE-MG): Todo trabalho feito com muita seriedade e que tenha um propósito bem definido e comunicado, tem muitas chances de dar certo. É necessário formatar e estabelecer o consórcio de uma maneira capaz de atender os anseios dos municípios, pesquisar muito antes de saber qual linha que ele vai adotar (planejamento, contratações, compras), se vai ser multifinalitário ou focar apenas em uma área. Se essas premissas forem atendidas, ao colocar o consórcio para operar, muito provavelmente vai gerar economia nas contratações, os municípios vão perceber e agradecer e com isso vai ter sucesso garantido.

Entrevistado 6 (CISGA-RS): É muito importante envolver as equipes dos municípios na discussão, não pode ser só uma discussão "de cima pra baixo", tem que realmente ouvir os especialistas dos municípios. Quer fazer um consórcio de compra compartilhada? Então tem que ouvir as equipes de licitações dos municípios. Isso vai possibilitar estreitar as relações e mostrar que cada um vem somar ao outro.

Entrevistado 8 (CISAMREC-SC): A sugestão que eu dou para o gestor futuro, baseado na experiência do CISAMREC, que cresceu muito nos últimos 10 anos, chegando a 70 milhões de reais de compras, é ter uma boa equipe. A equipe precisa ser técnica, dedicada, comprometida e sem indicação política. Com essa equipe bem

formada, o consórcio com certeza vai crescer, ter eficiência e reconhecimento. Através dessa equipe, o CISAMREC é o hoje o consórcio número 1 e referência no estado de Santa Catarina. O líder do processo de criação do consórcio precisa de alguma maneira condicionar a existência do consórcio a ele, ser gerido por uma equipe qualificada e sem interferência política, isso vai garantir o sucesso.

Entrevistado 7 (CIAPS-SC): Tem que ter uma ótima estrutura, não apenas física, mas também de pessoal.

Através do relato abaixo, ficou claro que para o gestor em questão, uma estratégia “*bottom-up*” de construção de políticas públicas regionais tende a funcionar melhor, levando em conta relatos dos executores, burocratas em nível de rua que de fato interagem com a população.

Entrevistado 6 (CISGA-RS): As equipes dos municípios têm muito mais experiência, muito mais conhecimento que os membros do executivo, e com isso você constrói sua política pública de baixo para cima, que é o correto. Você começa a construir uma casa pelo alicerce, não pelo telhado.

Os demais relatos apresentados abaixo trouxeram contribuições individuais diferentes, com cada gestor apresentando pontos de atenção pertinentes ao seu consórcio em particular.

O primeiro relato deste grupo heterogêneo, apresentado na sequência, comenta sobre a necessidade de aprender sobre o consorciamento antes e ao longo da jornada nessa gestão, sendo capaz de observar casos de sucesso de outros consórcios para poder então referenciar a situação em sua região e sobretudo evitar “tentativa e erro” com recursos públicos, evitando que essa aprendizagem incorra em ineficiências.

Entrevistado 2 (CISPORTAL-MG): Tenha humildade. Não sabe, pergunte. Ouça os demais consórcios, veja os bons exemplos, parabenize eles e tenha os melhores consórcios como um objetivo para aquele que você administra. Não se sinta melhor que os demais consórcios, nem acima dos municípios, tenha todos perto e com boa comunicação. Através desses contatos, você também evita cometer erros que já ocorreram no passado, você não aprende “tentativa e erro”, porque com recurso público não tem espaço pra fazer esse tipo de experiência.

O segundo relato deste grupo traz à luz as dificuldades inerentes à burocracia que controla os consórcios públicos, ressaltando que os mesmos estão submetidos às obrigações e auditorias do TCE, muito similares ao que municípios experimentam. Contudo, os consórcios possuem estruturas enxutas de pessoal quando comparados

às prefeituras, fazendo com que essas obrigações se tornem ainda mais morosas, chegando a sobrecarregar colaboradores do consórcio.

Entrevistado 7 (CIAPS-SC): Saiba que hoje em dia a lista de obrigações exigidas de um consórcio é imensa, como de qualquer ente público federativo que é auditado pelo TCE ou TCU. Pense 10 vezes antes de abrir um consórcio, pois vai ser necessário ter uma "mini prefeitura" dentro do consórcio para cumprir essas obrigações de tribunal de contas. Se for abrir o consórcio para levar toda essa parte burocrática e operacional "nas coxas", vai sofrer muito, eu recomendo demais o consórcio como solução, mas contanto que exista a estrutura administrativa necessária para fazer rodar e não só a parte técnica de execução.

Entrevistado 10 (CONISCA-SP): Primeiro consiga um jurídico que tenha alguma experiência em consórcios, essa foi uma das nossas maiores dificuldades. Precisa estar claro para o gestor como fazer as documentações de contratação de pessoal, de credenciamento de fornecedores, tudo com base nas exigências que incidem sobre o consórcio. Não fique restrito a oferecer serviços em sua sede, inicie com planos de expandir serviços para os seus municípios, senão o consórcio tende a morrer.

Este relato, por sua vez, focou em uma questão do CIGABC que também foi apontada por demais gestores ao longo das conversas em meio à entrevista. Mandatos curtos de gestores do consórcio ou trocas frequentes de membros do executivo dos municípios tendem a causar rupturas no funcionamento de determinadas ações do consórcio. Além disso, seria importante que os consórcios observassem os planos plurianuais dos membros, para garantir um funcionamento orientado ao longo prazo.

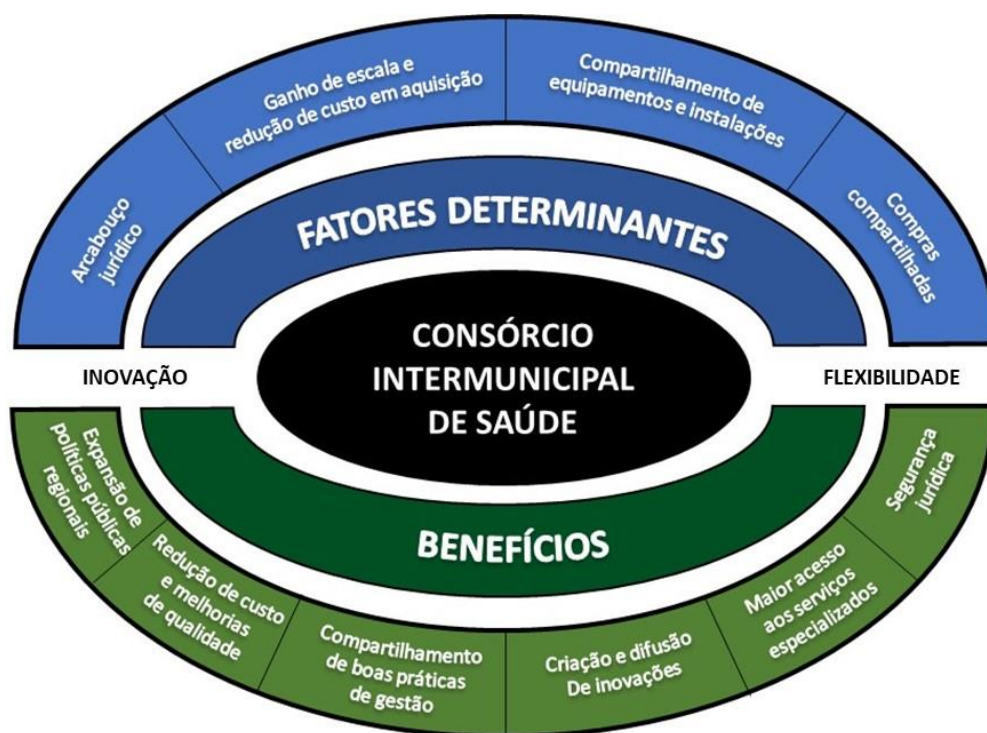
Entrevistado 9 (CIGABC-SP): Não permita que os mandatos da gestão tenham apenas um ano, pois isso afeta o resto da diretoria e até os funcionários de carreira, mesmo existindo um planejamento de longo prazo estratégico. Observe os planos plurianuais dos municípios e do estado para ser capaz de cruzar as demandas e pleitos desses planos com as ações do consórcio, isso vai trazer mais valor.

Com estes relatos, encerrou-se a etapa das entrevistas com os gestores (segunda etapa dos métodos mistos), concluindo, assim, o conteúdo de pesquisa de campo desta tese.

4.4 Modelo sobre os Consórcios Municipais de Saúde

Frente aos dados coletados e discutidos junto à teoria, esta tese apresenta um modelo de fatores determinantes, para a constituição dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. O modelo está expresso na Figura 37, abaixo.

Figura 37. Modelo de fatores determinantes para o estabelecimento de Consórcio Intermunicipal de Saúde



Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2023).

O modelo acima apresenta, de uma forma consolidada, os fatores determinantes para a formação do arranjo intermunicipal, além dos benefícios aos municípios, propiciados por sua existência. De acordo com os resultados obtidos na análise sistemática, na pesquisa descritiva (etapa quantitativa) e nas entrevistas semiestruturadas (etapa qualitativa) todos os fatores acima apresentados orbitam o consórcio público, sendo fundamentais para sua criação, existência e efetividade ao longo do tempo.

5 Considerações Finais

Neste capítulo são sumarizadas as contribuições obtidas nesta tese, em relação aos objetivos propostos, ao arcabouço acadêmico precedente e à luz das teorias consideradas para embasar a pesquisa, cabendo ressaltar que a presente tese contou com uma análise sistemática atualizada sobre o tema do consorciamento público. Também são expostos os resultados alcançados pelo emprego de métodos mistos, além do ineditismo inerente ao levantamento de elementos analíticos derivados diretamente da *survey* e das entrevistas realizadas, junto a uma série de gestores dos consórcios públicos participantes do estudo. Por fim, são apresentadas as limitações desta tese, bem como indicadas pesquisas futuras acerca do consorciamento público.

Visando responder à pergunta de pesquisa acerca dos fatores determinantes da formação, continuidade e sucesso dos consórcios, foi composto o Quadro 6, com o registro de cada objetivo (geral e específicos), e dos resultados correspondentes, associados à revisão sistemática da literatura acadêmica precedente, à *survey* e às entrevistas semiestruturadas, junto aos gestores de consórcios públicos de saúde.

Esta tese teve por objetivo geral identificar, analisar e compreender os fatores determinantes para a constituição e efetividade dos consórcios intermunicipais de saúde. A configuração dos objetivos específicos para além deste objetivo geral buscou contemplar um aspecto inédito, ao propor a compreensão do ciclo de existência do consórcio, desde sua criação e formação, passando pelos pontos vitais de sucesso, que determinam sua continuidade, e os desafios enfrentados na atualidade.

Estes fatores determinantes para a constituição e efetividade dos consórcios públicos de saúde, são principalmente compostos por um arcabouço jurídico adequado para todos os participantes, favorecem a obtenção de resultados através de ganhos de escala e inovações no modelo de gestão, expansão de políticas públicas, além de proporcionar alinhamento do poder executivo regional e das equipes técnicas de saúde.

Outro ponto destacado na busca de compreensão desse ciclo de existência, foi a inovação e a flexibilidade permitida pelo modelo dos consórcios, gerando contribuição direta dos gestores deste arranjo institucional. Este ponto endereça o último objetivo específico desta tese, que visava a construção de um quadro

estruturado, apresentando os resultados da pesquisa e expectativas futuras, colaborando também com o futuro da gestão regional:

Quadro 6: Objetivos específicos e resultados verificados:

Tipo de Objetivo	Descrição	Literatura	Resultados
Específico 1	Efetuar uma análise sistemática da literatura precursora sobre consórcios públicos, para fundamentar a tese.	FLEXA; BARBASTEFANO, 2020)	Análise realizada, contando com 76 publicações acerca do tema de consorciamento público, majoritariamente em revistas nível A do Qualis- CAPES
Específico 2	Identificar quais são os principais fatores determinantes para a formação de um consórcio público na área da saúde	(FLEXA, 2018) (MELLO et al., 2017) (FERNANDES, 2017)	- Redução de custos/ganhos de escala - Arcabouço jurídico seguro - Capacidade de alinhamento da gestão executiva regional
Específico 3	Identificar os principais fatores inerentes à maximização do uso dos recursos públicos através do consorciamento na saúde que asseguram a efetividade da operação do consórcio.	(FILIPPIM; MOREIRA; CETOLIN, 2018a) (COSTA; CASTANHAR, 2003) (ABRUCIO; FILIPPIM; DIEGUEZ, 2013)	- Diagnósticos e exames compartilhados entre municípios - Compras de medicamentos e insumos hospitalares compartilhados - Equipamentos compartilhados - Instalações compartilhadas
Específico 4	Identificar, se e como os consórcios públicos intermunicipais foram capazes de trazer melhorias de gestão, para além dos conhecidos benefícios diretos financeiros.	(DO AMARAL; BLATT, 2011) (MACHADO; ANDRADE, 2014)	- Capacidade de alinhamento entre gestores executivos da região - Formação de um grupo técnico forte - Aumento do acesso aos serviços especializados (médicos e diagnósticos) - Melhorias de planejamento
Específico 5	Identificar os principais desafios de consórcios intermunicipais de saúde tanto no âmbito individual do ente participante quanto no âmbito coletivo do arranjo.	(LUI; LIMA; BARBOSA DE AGUIAR, 2022) (SHIMIZU et al., 2021) (CARVALHO et al., 2017)	- Restrição nos recursos financeiros - Falta de suporte estadual e da União - Influência política sobre o funcionamento técnico do consórcio - Trocas frequentes de secretários de saúde municipais ou mandatos curtos do gestor do consórcio
Específico 6	Elaborar um quadro estruturado com parâmetros administrativos e culturais dos consórcios públicos baseado nos resultados obtidos após a pesquisa, a fim de colaborar com o futuro da gestão regional.	(HOFSTEDE, 2011) (LANGDON; WIK, 2010) (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012)	- Necessidade de planejar e alinhar gestores - Conhecer a região onde o consórcio atua - Empoderar os municípios - Valorizar os colaboradores - Construir políticas públicas "bottom-up" - Resiliência, redução da distância entre os poderes da região, coletividade, orientação ao longo prazo

Fonte: elaborado pelo autor (2023).

De acordo com o Quadro 6, esta tese trouxe colaborações inéditas de gestores experientes de consórcios, que através das entrevistas relataram aspectos fundamentais para uma boa gestão dos consórcios públicos, como: o alinhamento de gestores, o profundo conhecimento da região do consórcio, o empoderamento dos municípios e a valorização de colaboradores. O ambiente de recursos escassos

fomenta a inovação e a resiliência necessárias para garantir a execução das políticas públicas de saúde, que é viável dada a flexibilidade do modelo de gestão. Gestores apontaram a necessidade de se construir tais políticas públicas em uma formatação “*bottom-up*”, dando mais valor aos burocratas de nível de rua e técnicos.

Esta tese também contou com uma revisão sistemática da produção acadêmica acerca do tema de consórcios públicos de saúde. O tema de consorciamento público possui uma ampla literatura composta por publicações que datam desde a existência dos primeiros consórcios, muito antes da Lei 11.107/2005, que veio reger o seu funcionamento.

Dada esta complexidade, para a composição do capítulo de fundamentação teórica, optou-se por efetuar uma análise sistemática da literatura. Esta revisão sistemática da produção acadêmica acerca de Consórcios Públicos no Brasil proporcionou identificar como o conceito de arranjo institucional inovador vem sendo analisado ao longo do tempo.

Para tanto, foram consultadas as bases de dados Scielo, Periódicos Capes (Web of Science, Spell, Scopus) e Google Acadêmico, usando os descritores “consórcios públicos” e “consórcios intermunicipais”. A maioria dos artigos foi publicada em revistas classificadas nos estratos Qualis Capes de A1 a A4. De acordo com este levantamento, a abordagem metodológica mais frequente nos trabalhos sobre o tema foi a Qualitativa, seguida por Métodos Mistos, predominando os trabalhos de foco analítico documental, bibliográfico e estudos de caso. No mesmo sentido, a presente tese adotou a aplicação de Métodos Mistos com ênfase em seu caráter Qualitativo, por sua vez embasada em uma etapa descritiva, originada pelos resultados de uma *survey*.

Os resultados desta seleção de trabalhos na análise sistemática, relataram o alcance dos consórcios como instituição pluripartidária, propiciando ganhos de escala e compartilhamento de custos e investimentos públicos. Além disso, a inovação na gestão possibilita o acesso de uma população regional a políticas e programas formulados por meio de um consenso, entre diferentes governos locais.

Em contrapartida, a literatura precursora revelou o desafio existente por trás do associativismo a longo prazo, da superação de entraves políticos e acima de tudo, a falta de padronização na constituição dos consórcios, dificultando sua replicabilidade e tornando complexo seu arcabouço jurídico. Em contrapartida, cabe ressaltar que a flexibilidade dos consórcios também tem aspectos positivos, permitindo que eles

melhor se adaptem à realidade de sua região. Todas essas nuances foram fundamentais para a composição da *survey*, primeira etapa metodológica da pesquisa.

De uma maneira geral, pode-se constatar que os resultados obtidos na presente tese confirmam conceitos anteriormente apresentados nas publicações precursoras analisadas.

No que tange à formação dos consórcios, os resultados da tese confirmaram a literatura precursora, ao identificar características demográficas, econômicas e fiscais que fomentaram a formação dos consórcios, seu arcabouço jurídico e sua constituição. A presente tese constatou que os instrumentos celebrados pelos consórcios são muito heterogêneos, sendo difícil encontrar um padrão, principalmente no que se refere ao protocolo de intenções, que traz ambições inerentes a uma localidade específica. A maioria dos consórcios surge com o objetivo de cobrir um tema específico e, em seguida, se expande, e a segurança jurídica foi um importante fator apontado por municípios para aceitar a participação em consórcio, sendo uma pedra angular para sua criação e o ingresso de membros (LUI; SCHABBACH; NORA, 2020; ABRUCIO; FILIPPIM; DIEGUEZ, 2013; STRELEC; FONSECA, 2012).

Sobre a sustentação e a efetividade dos consórcios, a revisão sistemática da literatura, cruzada com os achados da presente tese, permitiu confirmar que há influência dos consórcios na redução dos gastos públicos, bem como confirmar que consórcios municipais de saúde obtêm melhores resultados em aquisições e licitações. Também foi possível compreender a melhor acessibilidade às políticas públicas após a formação do consórcio e entender o contraste existente entre pequenos municípios consorciados e aqueles não consorciados.

Neste âmbito, a literatura precursora apontou gastos inferiores por parte da maioria dos municípios após a implementação dos consórcios públicos, os consórcios possibilitaram a superação de barreiras de volume e de tecnologia para licitações mais eficientes e com menores preços, houve ampliação do acesso da população aos serviços especializados de saúde e municípios apresentaram menores custos e maior cobertura de atendimento após a participação em consórcios, além de inovações no modelo de gestão com municípios, que propiciaram melhor governança e envolvimento técnico e executivo (BROIETTI *et al.*, 2020; FILIPPIM; MOREIRA; CETOLIN, 2018; MULLER; GRECO, 2010 THESING *et al.*, 2018).

Por fim, no âmbito dos desafios apontados por gestores, os resultados da tese confirmaram também a literatura ao identificar (i) a falta de comprometimento de

administradores públicos para tornar a gestão do consórcio mais participativa e contributiva, (ii) a inexistência de um modelo único que facilite o início de implementação do consórcio e (iii) o consórcio '*per se*' não é necessariamente capaz de resolver todas as carências técnicas devido aos entraves e influências de conflitos políticos (LEITE; KARINA; PRIMO, 2012; ROTTA; FRANQUI, 2019; VENTURA; SUQUISAQUI, 2020).

Já no campo teórico, foram elencados conceitos que são capazes de colaborar na explicação do ecossistema de saúde brasileiro.

No âmbito da economia neoclássica, com uma visão panorâmica do funcionamento de um mercado de saúde baseado em oferta, demanda, necessidades e utilidade, os agentes tomam suas decisões individuais em busca do atendimento de seus anseios para, com isso, obter a satisfação.

Em um ecossistema de saúde submetido apenas à ação dos agentes individuais, há uma predominância de que os serviços de saúde fluam naturalmente para os mais ricos, aqueles capazes de financiar o atendimento, que quanto mais especializado e mais inovador, também será mais custoso. Esta é uma constatação que está fundamentada em um ecossistema de trocas, funcionando de maneira livre, e cujo resultado coletivo está à mercê da soma das ações individuais (BRANCACCIO; GALLEGATI; GIAMMETTI, 2022).

Contudo, o ecossistema acima descrito tende a vitimar uma significativa parcela da população, sobretudo em um país com amplas diferenças de realidade e desigualdades sociais, seja por questões econômicas, gênero, raça ou agrupamento social no qual os indivíduos estão inseridos. Sendo assim, o bem-estar de uma sociedade não será atendido em um cenário puramente transacional e individualista, sendo que a capacidade de consumo não pode ditar o ritmo que a saúde coletiva evolui, sobretudo definir quais pessoas podem sobreviver ou sucumbir a uma enfermidade (SIRIWARDHANE, 2021).

Apesar de as grandes economias mundiais serem baseadas em empreendedorismo e inovações que partem de ações privadas, urge ao Estado e às instituições públicas garantir o bem-estar coletivo, acolhendo assim a parcela da população que não possui condições de financiar sua atenção básica, seus diagnósticos, seus tratamentos e sua longevidade. As instituições são responsáveis por, de alguma maneira, balancear este mercado e, através da arrecadação pública, investir estes recursos na composição de um sistema de saúde público e universal.

No âmbito conceitual do neoinstitucionalismo, os consórcios desempenham um papel fundamental dentro das políticas públicas de saúde do SUS. Os consórcios são capazes de promover a integração e a cooperação regional, unindo municípios e reduzindo custos, e também expandindo o atendimento especializado onde pequenos entes federativos jamais poderiam ofertar tecnologias mais complexas.

Dada a necessidade de que o institucionalismo ocorra dentro de um mercado majoritariamente guiado pelos preços, oferta e demanda, surge a Nova Economia Institucional - NEI. A NEI propõe, então, que dentro deste mercado, no qual agentes precificam seus produtos e serviços de maneira que outros agentes consumam essa oferta, às instituições cabe monitorar, identificar e ajudar a parcela da população que está defasada em aspectos sociais. Levando em conta o ecossistema de saúde brasileiro, o SUS existe para todos, mas há uma parcela do mercado de saúde que atua totalmente dentro do âmbito privado. Temos exemplos de hospitais “6 estrelas” em São Paulo, enquanto determinados consórcios lutam por mais recursos para atender municípios de extrema pobreza, muitas vezes sem o suporte necessário por parte do governo estadual ou da União. Sendo assim, e não havendo autoajuste no ecossistema baseado apenas em ações individuais e privadas, as instituições devem equalizar o acesso dos cidadãos a direitos constitucionais, neste caso, o direito à saúde (CHUE, 2007).

Por fim, em meio aos grandes desafios que os consórcios de saúde e demais instituições do SUS enfrentam, surge na gestão e nos executores de políticas públicas, a capacidade dinâmica de superar os desafios e barreiras impostos pela ausência do “recurso ótimo”. Levando em conta as dimensões culturais, os consórcios se apresentam como uma ferramenta para reduzir a distância entre poderes, aumentar a coletividade das ações públicas de saúde, reduzir riscos e, acima de tudo, mudar a orientação do planejamento para um longo prazo que seja capaz de se sobrepor às influências de mandatários políticos (ROCHA *et al.*, 2014; HOFSTEDE, 2011).

No campo metodológico, a tese contou com a aplicação de métodos-mistos (por meio de procedimentos quantitativos e qualitativos), sendo empregado o uso de uma *survey* descritiva para atender a primeira etapa da investigação, e entrevistas semiestruturadas para atender a segunda etapa.

O lócus da pesquisa foi estabelecido intencionalmente, como o eixo composto pelos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Minas

Gerais. Neste eixo, a média de habitantes dos municípios, que compõem os consórcios resulta em cerca de 200 mil habitantes. Estes são, segundo o Observatório de Consórcios da CNM, os estados no Brasil com maior número de consórcios públicos de saúde.

A *survey* inicial contou com a participação de 38 consórcios, que mediante uma amostra de respondentes, compuseram um grupo que possibilitasse significância estatística para a pesquisa, com uma margem de erro de 10% e 85% de confiança, o que para um levantamento descritivo demonstrou-se suficiente. Através destes dados primários obtidos nesta coleta por formulários Google, foi possível estabelecer métricas para determinados temas acerca dos consórcios públicos de saúde, compreendendo as características e situações predominantes em cada um dos aspectos levantados.

Já a etapa qualitativa foi composta pelas entrevistas semiestruturadas e contou com 10 gestores de consórcios públicos, todos com relevante experiência na gestão do arranjo intermunicipal (variando de 5 a 20 anos de atuação na liderança dos consórcios). As questões aplicadas nesta etapa se originaram da análise sistemática da literatura que fundamentou o capítulo dois da tese, mas também da própria *survey*, que precedeu as conversas com os gestores.

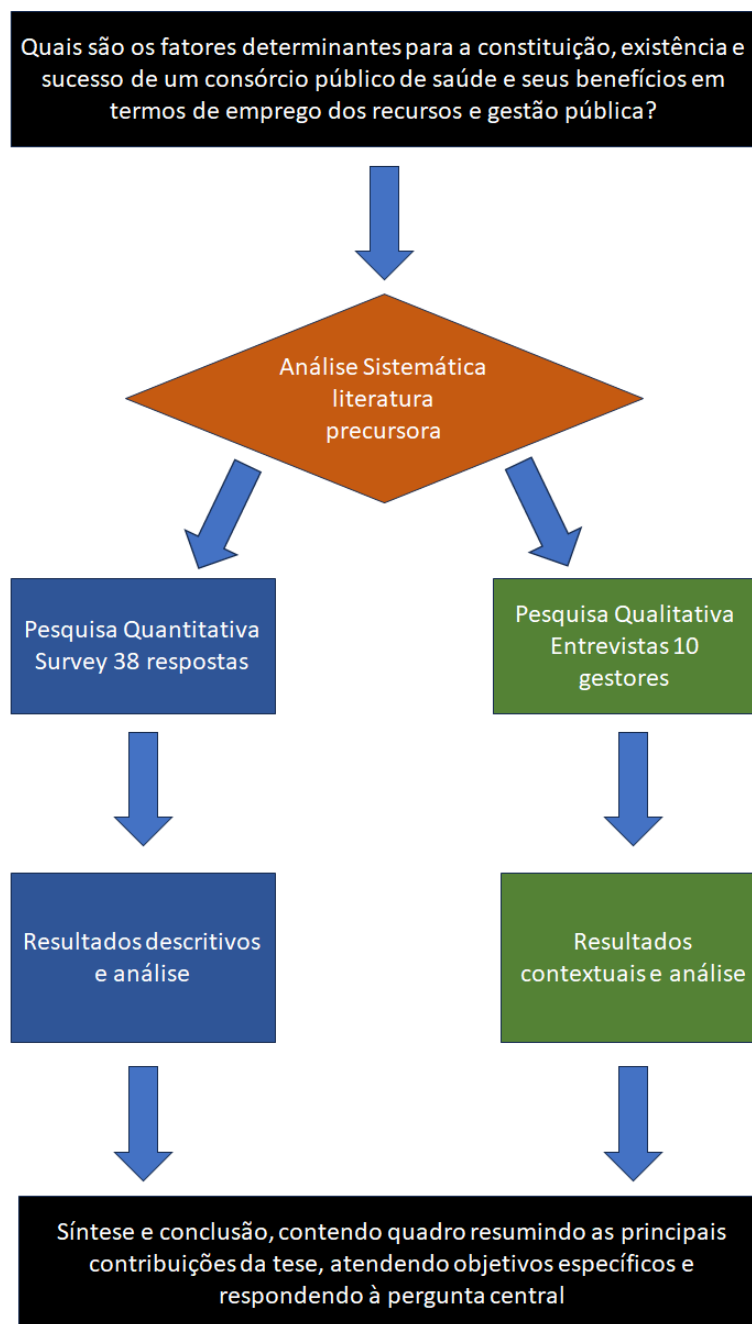
Em linhas gerais, o recurso aos métodos mistos se mostrou plenamente adequado aos objetivos do estudo, ao trazer conteúdos inéditos para os resultados, sobretudo considerando as nuances e detalhes dos consórcios, vividos pelos gestores entrevistados. Estes relatos complementaram diretamente a etapa inicial descritiva, ao trazer explicações para resultados encontrados e apresentar pontos de vista sobre a situação atual e futura dos consórcios, partindo de pessoas que de fato vivem há anos a experiência e os desafios de promover a cooperação, alinhamento e gestão de recursos de diferentes municípios de uma região.

Através da entrega de resultados para todos os objetivos específicos, buscou-se consolidar a compreensão sobre o ciclo de existência dos consórcios públicos de saúde no Brasil, recorrendo à literatura, documentos e gestores envolvidos com essas organizações, sistematizando-se um conjunto de recomendações que ficam à disposição para a maior qualidade da gestão e governança dos arranjos intermunicipais de uma forma geral. O presente estudo pode assim vir a beneficiar tanto os consórcios já existentes quanto novos consórcios em formação: para o primeiro grupo, tende a servir como um *benchmark* ao qual podem se comparar e

avaliar se há pontos de melhora ou pontos onde já se sobressaem; ao segundo grupo, o conteúdo tende a servir como uma ferramenta para evitar o custoso caminho da aprendizagem por tentativas e erros.

Tendo como base as contribuições e as considerações acima mencionadas, é possível compreender o fluxo do trabalho na figura 38 abaixo, desde a pergunta de pesquisa até esta conclusão:

Figura 38. Fluxo de trabalho da tese:



Fonte: elaborado pelo autor (2023).

Já em termos de limitações desta produção, o primeiro ponto a ser mencionado é inerente ao lócus de pesquisa, composto intencionalmente por estados da região Sul e Sudeste, que possuem uma elevada concentração de consórcios e habitantes atendidos. Cabe às pesquisas futuras compreenderem a situação dos consórcios públicos de saúde, em outras regiões do Brasil (Nordeste/Norte/Centro-Oeste).

O segundo ponto de limitação da tese está no fato de que as pesquisas foram aplicadas sobre consórcios unifinalitários ou multifinalitários, atuando no campo da saúde pública. Pesquisas vindouras podem abordar metodologia similar acerca de consórcios de outras áreas temáticas da administração pública, como educação, gestão ambiental, desenvolvimento, cultura, segurança pública, turismo, entre outras.

Uma sugestão para futuras pesquisas é capturar também o ponto de vista de executivos do primeiro escalão de municípios participantes de um consórcio (prefeitos, secretários municipais) ao invés dos gestores do consórcio, já que esta abordagem tende a trazer um ponto de vista do “usuário” mais direto dos serviços prestados pelo consórcio, o executivo municipal, podendo inclusive buscar métricas de satisfação.

As entrevistas com os gestores também apontaram dificuldades de interações com os governos estaduais e a União, o que poderia também viabilizar uma pesquisa trazendo os pontos de vista de gestores que atuam em secretarias estaduais ou ministérios acerca dos consórcios públicos em suas áreas de atuação.

Também é válido mencionar que em boa parte da elaboração desta tese, incluindo período grave da pandemia, a saúde pública brasileira sofreu um desaparecimento técnico significativo em nível sistêmico, partindo da esfera federal e o próprio ministério da saúde. Este ministério esteve exposto às influências mandatárias que, por sua vez, cercearam os limites do progresso do SUS, o único sistema de saúde público no mundo a cobrir mais de 200 milhões de vidas.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando Luiz; FILIPPIM, Eliane Salete; DIEGUEZ, Rodrigo Chaloub. Inovação na cooperação intermunicipal no Brasil: A experiência da Federação Catarinense de Municípios (Fecam) na construção de consórcios públicos. **Revista de Administração Pública**, [s. l.], v. 47, n. 6, p. 1543–1568, 2013.
- ABRUCIO, Fernando Luiz; GRIN, José Eduardo. Inovação no associativismo territorial no Brasil: os Arranjos de Desenvolvimento da Educação. **Revista do Desenvolvimento Regional**, [s. l.], v. 22, n. 3, p. 39–64, 2017.
- ABRUCIO, Luiz; SANO, Hironobu; SYDOW, Cristina. **Regiões metropolitanas no Brasil: um paradoxo de desafios e oportunidades**. [S. l.]: Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2010.
- ADEOYE-OLATUNDE, Omolola A.; OLENIK, Nicole L. Research and scholarly methods: Semi-structured interviews. **JACCP Journal of the American College of Clinical Pharmacy**, [s. l.], v. 4, n. 10, p. 1358–1367, 2021.
- AFTAB, Wafa; SIDDIQUI, Fahad Javaid; TASIC, Hana, PERVEEN, Shagufta; SIDDIQI, Sameen; BHUTTA, Zulfiqar Ahmed. Implementation of health and health-related sustainable development goals: Progress, challenges and opportunities-a systematic literature review. **BMJ Global Health**, [s. l.], v. 5, n. 8, p. 1–10, 2020.
- ALCÂNTARA, Valderí de Castro; PEREIRA, José Roberto; SILVA, Érica Aline Ferreira. Gestão Social e Governança Pública: aproximações e (de)limitações teórico-conceituais. **Revista de Ciências da Administração**, [s. l.], p. 11–29, 2015.
- ALVES, Rodrigo; SILVA, Neliton Marques; ANDRADE, Marcos Vinícius Barros; SANTOS PEREIRA, Henrique. A (in) viabilidade dos Consórcios Públicos Intermunicipais para Gestão de Resíduos Sólidos no Amazonas, Brasil. **Research Society and Development**, [s. l.], v. 9, n. 11, p. 1–23, 2020.
- AMORIM, Maria Salete Souza de; REOLON, Rodrigo. Gestão Governamental E Políticas Públicas Locais. **Revista Debates**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 126–140, 2009.
- ARAUJO, João Marcos Batista Gomes de; MAIA, Adryele Gomes; DOS SANTOS MOURA, Francely, DUARTE, Micael Pyerre Martins; DANTAS, Maiara Bezerra; OLIVEIRA, Deyse Janiele Bernardo; NÓBREGA, José Cândido da Silva; OLIVEIRA, José Djalisson Santos. O direito à saúde e o papel do Sistema Único de Saúde em tempos de pandemia no Brasil. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 11, p. e566101118005, 2021.
- ARAUJO, Marcelo; SANCHEZ, Oscar Adolfo. A corrupção e os controles internos do estado. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, [s. l.], n. 65, p. 137–173, 2005.

ASSIS, Ana Marlúcia O; BARRETO, Maurício L.; SANTOS, Nedja Silva; OLIVEIRA, Lucivalda Pereira Magalhães; SANTOS, Sandra Maria Chaves; PINHEIRO, Sandra Maria Conceição. Desigualdade, pobreza e condições de saúde e nutrição na infância no Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 23, n. 10, p. 2337–2350, 2007.

ATTRIDGE, C. J.; PREKER, Alexander S. Improving access to medicines in developing countries: application of new institutional economics to the analysis of manufacturing and distribution issues (English). **Health, Nutrition and Population (HNP)**, [s. l.], n. 3, p. 1–54, 2015.

AUGUSTO, Cleiclele Albuquerque; SOUZA, José Paulo; CARIO, Silvio Antonio Ferraz. Nova Economia Institucional: Vertentes Complementares. **Revista Ibero-Americana de Estratégia**, [s. l.], v. 13, n. 01, p. 93–108, 2014.

BAKER, Sarah Elsie; EDWARDS, Rosalind. How many qualitative interviews is enough ?. **National Centre for Research Methods Review Paper**, [s. l.], p. 1–42, 2012. Disponível em: <http://eprints.ncrm.ac.uk/2273/>.

BARBOSA, Pedro Ribeiro; GADELHA, Carlos Augusto Grabois. O papel dos hospitais na dinâmica de inovação em saúde. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 46, n. suppl 1, p. 68–75, 2012.

BAŠKARADA, Saša; KORONIOS, Andy. A philosophical discussion of qualitative, quantitative, and mixed methods research in social science. **Qualitative Research Journal**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 2–21, 2018.

BERGUE, Sandro. Cultura e Mudança Organizacional. **Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC**, [s. l.], 2010.

BLACK, Nick. “Liberating the NHS” — Another Attempt to Implement Market Forces in English Health Care. **New England Journal of Medicine**, [s. l.], v. 363, n. 12, p. 1103–1105, 2010.

BOLZAN, Luís Carlos; BRANDÃO, L. C. D. S.; GUIMARÃES, L. D. A. A.; ANDRADE, V. N. S. Ouvidoria Ativa: a inovação das pesquisas de satisfação na ouvidoria-geral do SUS. In: Congresso CONSAD de Gestão Pública, 5, 2012, Brasília. **Anais ...**, Brasília: Centro de Convenções, [s. l.], v. 1, n. 1, 2012.

BOUSQUAT, Aylene; AKERMAN, Marco; MENDES, Aquilas; LOUVISON, Marília; FRAZÃO, Paulo; NARVAI, Paulo Capel. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. **Revista USP**, [s. l.], n. 128, p. 13–26, 2021.

BPS. **Consulta Banco de Preços da Saúde**. [S. l.], 2022. Disponível em: <http://bps.saude.gov.br/visao/consultaPublica/index.jsf>.

BRAGA, José Luiz. Para começar um projeto de pesquisa. **Comunicação & Educação**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 288, 2005.

BRANCACCIO, Emiliano; GALLEGATI, Mauro; GIAMMETTI, Raffaele. Neoclassical influences in agent-based literature: A systematic review. **Journal of Economic Surveys**, [s. l.], v. 36, n. 2, p. 350–385, 2022.

BREDA, Giorgio. Serviço Público de Saúde e a Prestação Através dos Consórcios Públicos Interfederativos. **UniBrasil, Curitiba**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 243–252, 2019.

BRESCIANI, Luís Paulo. Tradição e transição: o caso do Consórcio Intermunicipal Grande ABC. **Cadernos Adenauer**, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 161–178, 2011.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Documento O modelo estrutural de gerência pública*. **Revista de Administração Pública**, [s. l.], v. 42, n. 2, p. 391–410, 2008.

BRITO, Alexsandro Sousa. Uma proposta metodológica para análise política e institucional de consórcios públicos como espaços de gestão compartilhada de políticas. **Revista do Serviço Público**, [s. l.], v. 69, n. 3, p. 631–654, 2018.

BROIETTI, Cleber; SOUZA, João Antônio Salvador; FLACH, Leonardo; SILVA, Gilberto Crispim; FERREIRA, Celma Duque. O impacto dos consórcios públicos no gasto ambiental nos municípios do sul do Brasil. **Ambiente & Sociedade**, [s. l.], v. 23, p. 0–2, 2020.

BRONSTEIN, Laura R.; KOVACS, Pamela J. Writing a Mixed Methods Report in Social Work Research. **Research on Social Work Practice**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 354–360, 2013.

BURNARD, Philip. Writing a qualitative research report. **Accident and emergency nursing**, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 176–181, 2004.

BUSE, Kent; HAWKES, Sarah. Health in the sustainable development goals: Ready for a paradigm shift?. **Globalization and Health**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 1–8, 2015.

CALDAS, Eduardo de Lima; CHERUBINE, Marcela Belic. **Condições de sustentabilidade dos consórcios intermunicipais**. [S. l.: s. n.], 2013.

CAMPOS, Arthur Zalan; FRANCO, Marco Paulo. Os efeitos da regulação de preços da CMED sobre as compras públicas de Medicamentos em Minas Gerais. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS**, [s. l.], v. 6, n. 3, p. 253–264, 2016. Disponível em: [10.5585/rgss.v6i3.334%0D](https://doi.org/10.5585/rgss.v6i3.334%0D).

CAMPOS, Francisco Eduardo de; MACHADO, Maria Helena; GIRARDI, Sábado Nicolau. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate**, [s. l.], v. 44, n. maio, p. 13–24, 2009.

CAMPOS, Patrícia Toledo de. Comentários À Lei Nº. 12.846/2013 – Lei Anticorrupção. **Revista Digital de Direito Administrativo**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 160–185, 2014.

CARDOSO, Vanessa; TREVISAN, Ivana; CICOLELLA, Dayane de Aguiar; WATERKEMPER, Roberta. Systematic review of mixed methods: Method of research for the incorporation of evidence in nursing. **Texto e Contexto Enfermagem**, [s. l.], v. 28, p. 1–12, 2019.

CARNUT, Leonardo; NARVAI, Paulo Capel. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. **Saude e Sociedade**, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 290–305, 2016.

CARVALHO, Paloma Aparecida; LAUNDOS, Carla Albina Soares; JULIANO, Juliana Ventura Souza; CASULARI, Luiz Augusto; GOTTEMS, Leila Bernarda Donato. Avaliação da cultura de segurança em um hospital público no Distrito Federal, Brasil. **Health Services Assessment**, [s. l.], v. 72, n. Suppl 1, p. 263–269, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0716>.

CAVALCANTE, Pedro. Descentralização de políticas públicas sob a ótica neoinstitucional: uma revisão de literatura. **Revista de Administração Pública**, [s. l.], v. 45, n. 6, p. 1781–1804, 2011.

CHAVES, Gabriela Costa; DE CASTRO, Claudia Garcia Serpa Osorio; OLIVEIRA, Maria Auxiliadora. Public procurement of hepatitis C medicines in Brazil from 2005 to 2015. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 8, p. 2527–2538, 2017.

CHEN, Yanfang. Study on the Risk Evaluation of Government Purchasing Public Service Based on Matter Element Extension Model. **Open Journal of Social Sciences**, [s. l.], v. 06, n. 02, p. 127–143, 2018.

CHUE, Pholeng. Incentives to dual practice new institutional economic analysis of Canada's mixed public-private health sector. [s. l.], p. 44, 2007.

CKAGNAZAROFF, Beck. A relação entre gestão de política pública e governança
Resumo Keywords Introdução. [s. l.], p. 345–360, 2017.

CNM. **Observatório dos Consórcios Brasileiros**. [S. l.], 2023. Disponível em: <https://consorcios.cnm.org.br/>.

COASE, Ronald H. The Nature of the Firm. **Economica**, [s. l.], v. 4, n. 16, p. 386, 1937.

COELHO, Claudio Carneiro Bezerra Pinto. Compliance in the Public Administration: a Necessity. **Revista de Direito da Faculdade Guanambi** [s. l.], v. 3, n. 1, p. 75–95, 2016.

CORDEIRO, Hésio. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 343–362, 2004.

COSTA DE ARAUJO, Paula Mara; JESUS, Renata Gomes de. Processo licitatório tipo menor preço e eficiência em compras públicas: um estudo de caso. **Revista Principia - Divulgação Científica e Tecnológica do IFPB**, [s. l.], v. 1, n. 41, p. 24, 2018.

COSTA, Ana Maria; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 44, n. 125, p. 289–296, 2020.

COSTA, Frederico Lustosa; CASTANHAR, José Cezar. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Rev. adm. pública**, [s. l.], v. 37, n. 22, p. 969–992, 2003.

CRANK, John P. Institutional theory of police: a review of the state of the art. **Policing: An International Journal of Police Strategies & Management**, [s. l.], v. 26, n. 2, p. 186–207, 2003.

CUNHA, Rosani Evangelista da. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa. **Revista do Serviço Público**, [s. l.], v. 55, n. 3, p. 5–36, 2014.

DA SILVA, Marlon Lima; TOURINHO, Helena Lúcia Zagury. Território, territorialidade e fronteira: O problema dos limites municipais e seus desdobramentos em Belém/PA. **Urbe**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 96–109, 2017.

DAI, Jianhui; MENHAS, Rashid. Sustainable development goals, sports and physical activity: The localization of health-related sustainable development goals through sports in China: A narrative review. **Risk Management and Healthcare Policy**, [s. l.], v. 13, p. 1419–1430, 2020.

DALE, Roger. Specifying globalization effects on national policy: A focus on the mechanisms. **Journal of Education Policy**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 1–17, 1999.

DANIEL VASCONCELOS MOTA, Palloma DE; FERREIRA ARAÚJO, Tatiana DE. Problemas Na Formulação De Políticas Públicas: Uma Revisão Sistemática De Políticas Brasileiras: Uma Revisão Sistemática De Políticas Brasileiras. **IX Encontro Brasileiro de Administração Pública**, [s. l.], p. 1–16, 2022.

DARSIE, Camilo; HILLESHEIM, Betina; WEBER, Douglas Luís. O discurso de controle de doenças da Organização Mundial da Saúde e a produção de espacialidades nacionais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 25, p. 1–14, 2021.

DE CARVALHO, Andre Luis Bonifácio; DE JESUS, Washington Luiz Abreu; SENRA, Isabel Maria Vilas Boas. Regionalization in the SUS: Implementation process, challenges and perspectives in the critical view of system managers. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 1155–1164, 2017.

DE FREITAS, Fabiana Ramos Martin; SATO, Helena Keico; ARANDA; Clélia Maria Sarmiento de Souza; ARANTES, Benedito Antonio Figueiredo; PACHECO, Maria Aparecida; WALDMAN, Eliseu Alves. Adverse events following diphtheria, pertussis and tetanus vaccinations and factors associated with severity. **Revista de Saude Publica**, [s. l.], v. 41, n. 6, p. 1032–1041, 2007.

DE FREITAS, Rony Klay Viana; DACORSO, Antonio Luiz Rocha. Inovação aberta na gestão pública: Análise do plano de ação Brasileiro para a Open Government Partnership. **Revista de Administracao Publica**, [s. l.], v. 48, n. 4, p. 869–888, 2014.

DE OLIVEIRA, Clara Brando; FONTES, Joaquim Rubens. Problemas de agência no setor público: o papel dos intermediadores da relação entre poder central e unidades executoras. **Revista de Administracao Publica**, [s. l.], v. 51, n. 4, p. 596–615, 2016.

DIEGUEZ, Rodrigo Chaloub. Consórcios intermunicipais em foco: Debate conceitual e construção de quadro metodológico para análise política e institucional. **Cadernos do Desenvolvimento**, [s. l.], v. 6, n. 9, p. 291–319, 2011. Disponível em: <http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/231/213>.

DO AMARAL, Silvâni Maria Sehnem; BLATT, Carine Raquel. Municipal consortia for medicine procurement: impact on the stock-out and budget. **Revista de saude publica**, [s. l.], v. 45, n. 3, p. 799–801, 2011.

DOIN, Tatiana Aparecida Ferreira; LOPES, Laerson Moraes Silva; AFONSO, Adelzira Souza; RIGO, Ariádne Scalfoni. Consórcios Intermunicipais para o Desenvolvimento: Determinantes da Cooperação entre os Municípios Baianos. **Administração Pública e Gestão Social**, [s. l.], v. 12, 2019.

DOS SANTOS, Nelson Rodrigues. 30 years of SUS: The beginning, the pathway and the target. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 1729–1736, 2018.

DOYLE, Louise; BRADY, Anne Marie; BYRNE, Gobnait. An overview of mixed methods research – revisited. **Journal of Research in Nursing**, [s. l.], v. 21, n. 8, p. 623–635, 2016.

DRACHLER, Maria de Lourdes; CÔRTEZ, Soraya M. Vargas, DE CASTRO, Jacine Dorneles; LEITE, José Carlos de Carvalho. Methodological approach to select indicators of health inequalities to define priorities for social policies in Brazil. **Ciência & Saúde ...**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 461–470, 2003.

DRANOVE, David; WHITE, William D. Agency and the organization of health care delivery. **Inquiry**, [s. l.], v. 24, n. 4, p. 405–415, 1987.

DRISKO, James W. Writing Up Qualitative Research. **The Journal of Contemporary Social Services**, [s. l.], v. 86, n. 4, p. 589–593, 2005.

- DRUCKMAN, Daniel; DONOHUE, William. Innovations in Social Science Methodologies: An Overview. **American Behavioral Scientist**, [s. l.], v. 64, n. 1, p. 3–18, 2020.
- EPPEL, Elizabeth Anne; RHODES, Mary Lee. Complexity theory and public management: a 'becoming' field. **Public Management Review**, [s. l.], v. 20, n. 7, p. 949–959, 2018.
- FARIAS, Talden. Consórcios públicos, federalismo cooperativo e intermunicipalidade. **A&C – R. de Dir. Administrativo & Constitucional**, [s. l.], v. 17, n. 70, p. 1–278, 2017.
- FERNANDES, Andre Lezan; RASOTO, Vanessa Ishikawa. Estudo sobre a viabilidade econômica e impactos urbanos no uso de lâmpadas LED (diodo emissor de luz) na iluminação pública da cidade de Curitiba. **Revista da FAE**, Curitiba, [s. l.], v. 20, n. jul./dez., p. 21–33, 2017.
- FERNANDES, Fernando Manuel Bessa. Regionalization in the Brazilian healthcare system, SUS: A critical review. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 1311–1320, 2017.
- FERRARI, Rogério; FRANÇA, Flávia Maria de; MAGALHÃES, Josiane. Avaliação da síndrome de burnout em profissionais de saúde: uma Revisão integrativa da literatura Evaluation of the syndrome of burnout in health professionals : An integrative review of the literature Evaluación del burnout en profesionales de la salud. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, [s. l.], v. 3, p. 1150–1165, 2012.
- FERREIRA, Tomas Julio. Fomento À Integridade: O Compliance Como Exigência Nas Contratações Públicas. **Revista Direito em Debate**, [s. l.], v. 28, n. 52, p. 267–283, 2019.
- FIANI, RONALDO. Estado e economia no institucionalismo de Douglass North. **Brazilian Journal of Political Economy**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 324–339, 2003.
- FILIPPIM, Eliane Salete; ABRUCIO, Fernando Luiz. Asociacionismo de base territorial: La alternativa de los consorcios públicos en Brasil. **Reforma y Democracia**, [s. l.], v. 2016, n. 64, p. 79–116, 2016.
- FILIPPIM, Eliane Salete; MOREIRA, Evandro Antunes; CETOLIN, Sirlei Favero. Consórcios Públicos e Desenvolvimento: o caso do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste de Santa Catarina. **Redes**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 165, 2018a.
- FILIPPIM, Eliane Salete; MOREIRA, Evandro Antunes; CETOLIN, Sirlei Favero. Consórcios Públicos e Desenvolvimento: o caso do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste de Santa Catarina. **Redes**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 165, 2018b.
- FISHER, Murray J.; MARSHALL, Andrea P. Understanding descriptive statistics. **Australian Critical Care**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 93–97, 2009.

FLEURY, S. Resenhas book reviews democracia e inovação na gestão local da saúde. **Centro Brasileiro de Estudos Fiocruz**, [s. l.], v. 31, n. 5, p. 1116–1117, 2015.

FLEXA, Raquel Gonçalves Coimbra; BARBASTEFANO, Rafael Garcia. Public health consortia: A literature review. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 1, p. 325–338, 2020.

FLEXA, Raquel. Decision making process in health systems: A literature review. **Saude e Sociedade**, [s. l.], v. 27, n. 3, p. 729–739, 2018.

FONSECA, Carlos Eduardo Guilarducci; EMMENDOERFER, Magnus Luiz; VALADARES, Josiel Lopes. A agenda de pesquisa da burocracia de nível de rua no contexto da pandemia: Uma revisão integrativa. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, [s. l.], v. 28, p. e85447–e85447, 2023.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho; RIBEIRO, Helena. Saúde Global em tempos de globalização. **Saude e Sociedade**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 366–375, 2014.

FUKUYAMA, Francis. Against identity politics: The new tribalism and the crisis of democracy. **Foreign Affairs**, [s. l.], v. 97, n. 5, p. 90–114, 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A Saúde no Brasil em 2030 - Diretrizes para prospecção estratégica do SUS**. [S. l.: s. n.], 2012. *E-book*. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/a-saude-no-brasil-em-2030/#.YyX3P3bMK3A>.

GALVIN, Ray. How many interviews are enough? Do qualitative interviews in building energy consumption research produce reliable knowledge?. **Journal of Building Engineering**, [s. l.], v. 1, p. 2–12, 2015.

GIL, Antonio Carlos. **Técnicas de Pesquisa Social**. Atlased. São Paulo: Atlas, 2008-. ISSN 01041169.v. 14 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/KhvFsGT6xf5yxKXTqQ5PkRN/abstract/?lang=pt>.

GLOGOW, E. Community participation and sharing in control of public health services. **Hlth Serv.Rep.**, [s. l.], v. 88, n. 5, p. 442–448, 1973.

GOEL, Rajeev K.; MAZHAR, Ummad., NELSON, Michael A.; RAM, Rati. Different forms of decentralization and their impact on government performance: Micro-level evidence from 113 countries. **Economic Modelling**, [s. l.], v. 62, n. December, p. 171–183, 2017.

GONCALVES, Agatha Christie; SIMÕES, Marcelo. percepções acerca do compliance na administração pública. **Revista Jurídica UNIFAGOC** [s. l.], v. 5, n.1, p. 37-54, 2020.

GOODLAND, Robert; LEDEC, George. Neoclassical economics and principles of sustainable development. **Ecological Modelling**, [s. l.], v. 38, n. 1–2, p. 19–46, 1987.

GUARNIERI, Patricia; GOMES, Ricardo Corrêa. Can public procurement be strategic? A future agenda proposition. **Journal of Public Procurement**, [s. l.], v. 19, n. 4, p. 295–321, 2019.

GUIMARÃES, Reinaldo. Pesquisa em saúde no Brasil: contexto e desafios. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 40, n. spe, p. 3–10, 2006.

GUIZARDI, Francini Lupe; CUNHA, Maria Luiza S. Contribuições do Movimento Institucionalista para o estudo de políticas públicas de saúde . **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**, [s. l.], p. 200–218, 2011.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Meta-avaliação da gestão em saúde: Desafios para uma nova saúde pública. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 832–834, 2012.

HODGSON, Geoffrey M. Evolutionary and Institutional Economics as the New Mainstream?. **Evolutionary and Institutional Economics Review**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 7–25, 2007.

HÖFLER, Michael; VENZ, John; TRAUTMANN, Sebastian; MILLER, Robert. Writing a discussion section: How to integrate substantive and statistical expertise. **BMC Medical Research Methodology**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 1–9, 2018.

HOFSTEDE, Geert. Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Models in Context. **Online Readings in Psychology and Culture**, [s. l.], v. 2, p. 1–26, 2011.

HONE, Thomas; MACINKO, James; MILLETT, Christopher. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals?. **The Lancet**, [s. l.], v. 392, n. 10156, p. 1461–1472, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Mortalidade Infantil no Brasil em 2020**. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 25 maio 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Relatório IBGE Geográfico**. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html>. Acesso em: 25 maio 2023.

JAJJA, Muhammad Shakeel Sadiq; ASIF, Muhammad; MONTABON, Frank; CHATHA, Kamran Ali. Buyer-supplier relationships and organizational values in supplier social compliance. **Journal of Cleaner Production**, [s. l.], v. 214, p. 331–344, 2019.

JAKOB, Michael; LAMB, William F.; STECKEL, Jan Cristoph; FLACHSLAND, Cristian; EDENHOFER, Ottamar. Understanding different perspectives on economic growth and climate policy. **Wiley Interdisciplinary Reviews: Climate Change**, [s. l.], v. 11, n. 6, p. 1–17, 2020.

JAMES, Wesley L. All rural places are not created equal: Revisiting the rural mortality penalty in the United States. **American Journal of Public Health**, [s. l.], v. 104, n. 11, p. 2122–2129, 2014.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento^ipt; Systematic review about the concept of access to health services: planning contributions^ien. **Ciênc.saúde coletiva**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 161–170, 2010.

JOHNSON, P. FRASER. The Pattern of Evolution in Public Sector Purchasing Consortia. **International Journal of Logistics Research and Applications**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 57–73, 1999.

JORGE, Henrique Jorge Javi de Sousa; FREITAS, Danielle Montenegro Melo. Desafios Para a Gestão Da Cadeia De Suprimentos Na Rede De Saúde Do Ceará. **Ix Congresso Consad De Gestão Pública**, [s. l.], 2016.

JULIANO, Maria Cristina Carvalho; YUNES, Maria Angela Mattar. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente & Sociedade**, [s. l.], v. 17, n. 3, p. 135–154, 2014.

JULIÃO, Karine Sousa; OLIVIERI, Cecília. Intergovernmental cooperation in health policy: The experience with vertical public consortia in Ceará State, Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, [s. l.], v. 36, n. 3, p. 1–12, 2020.

JÚNIOR, Aylton Paulus; JÚNIOR, Luiz Cordoní. Políticas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 13–19, 2006.

KHADZHYPADIEVA, Svitlana; HRECHKO, Tetiana; SAVKOV, Anatolii. Behavioral insights in public policy: Ukrainian case. **Public Policy and Administration**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 85–99, 2019.

KICKBUSCH, Ilona. The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. **American Journal of Public Health**, [s. l.], v. 96, n. 3, p. 383–388, 2003.

KISSLER, Leo; HEIDEMANN, Francisco G. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? **Revista de Administração Pública**, [s. l.], v. 40, n. 3, p. 479–499, 2006.

KJOSAVIK, Darley Jose. Methodological individualism and rational choice in neoclassical economics: A review of institutionalist critique. **Forum for Development Studies**, [s. l.], v. 30, n. 2, p. 205–245, 2003.

KOHL, Sebastian; SCHOENFELDER, Jan, FÜGENER, Andreas; BRUNNER, Jens O. The use of Data Envelopment Analysis (DEA) in healthcare with a focus on hospitals. **Health Care Management Science**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 245–286, 2019.

KRUK, Margaret E.; GAGE, Anna D.; ARSENAULT, Catherine; JORDAN, Keely; LESLIE, Hannah H. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. **The Lancet Global Health**, [s. l.], v. 6, n. 11, p. e1196–e1252, 2018.

KUNRATH SILVA, Marcelo; ROCHA, Ana Georgina. Mediação nas Instituições Participativas: Articuladores Territoriais e Participação na Política de Desenvolvimento Territorial. **Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares**, [s. l.], v. 17, n. 1, 2015.

LABONTÉ, Ronald; MOHINDRA, Katia; SCHRECKER, Ted. The growing impact of globalization for health and public health practice. **Annual Review of Public Health**, [s. l.], v. 32, p. 263–283, 2011.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlated [s. n.], 2003-.

LANGDON, Esther; WIJK, Flavio. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 173–181, 2010.

LARA, Mariana; SILVA FERNANDES, Clemente Maia; PENTEADO, Valéria Pavão; COSTA SERRA, Mônica. Direito à saúde e judicialização no acesso a tratamentos de média e alta complexidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS). **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. e16010313091, 2021.

LEHENY, David; LIU, Sida. The politics of crime, punishment, and social order in East Asia. **Annual Review of Law and Social Science**, [s. l.], v. 6, p. 239–258, 2010.

LEITE, Duarte N.; SILVA, Sandra T.; AFONSO, Oscar. Institutions, economics and the development quest. **Journal of Economic Surveys**, [s. l.], v. 28, n. 3, p. 491–515, 2014.

LEITE, Marcos Esdras; KARINA, Núbia; PRIMO, Miranda. Os consórcios públicos intermunicipais do norte de minas no enfrentamento dos desafios da gestão municipal. In: CONGRESSO EM DESENVOLVIMENTO SOCIAL. 5, 2016 Montes Claros. **Anais ... Montes Claros : UNIMONTES** p. 5–17, 2012.

LEMOS, Rayla Amaral. Conferências Nacionais de Saúde e a construção do Sistema Único de Saúde – SUS: uma revisão. **Revista de APS**, [s. l.], v. 21, n. 4, p. 635–645, 2020.

LISBÔA, Raquel; CAETANO, Rosângela. Avaliação de Tecnologias em Saúde na saúde suplementar brasileira: revisão de escopo e análise documental. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 44, n. 127, p. 1255–1276, 2020.

LOPES, Aline Cristine Souza; FERREIRA, Aline Dayrell; SANTOS, Luana Caroline dos. Atendimento nutricional na atenção primária à saúde: proposição de protocolos. **Nutrição em Pauta**, [s. l.], v. 18, n. 101, p. 40–44, 2010.

LOPES, Luciane Cruz; SILVEIRA, Miriam Sanches do Nascimento; CAMARGO, Iara Alves; BARBERATO-FILHO, Silvio; DEL FIOLE, Fernando de Sá; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Biological drugs for the treatment of psoriasis in a public health system. **Revista de Saude Publica**, [s. l.], v. 48, n. 4, p. 651–661, 2014.

LUCHESE, Patrícia T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 439–448, 2003.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; SCHAEFER, Márcia Inês; NICOLETTI, André Selayaran. Associativismo e repertórios de ação político-institucional. **Opinio Publica**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 361–396, 2017.

LUI, Lizandro; LIMA, Luciana; BARBOSA DE AGUIAR, Rafael. Avanços E Desafios Na Cooperação Interfederativa. **Novos estudos CEBRAP**, [s. l.], v. 41, n. 1, p. 145–162, 2022.

LUI, Lizandro; SCHABBACH, Letícia Maria; NORA, Carlise Rigon Dalla. Health regionalization and federative cooperation in Brazil: The role of inter-municipal consortium. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 12, p. 5065–5074, 2020.

LUI, Lizandro; SCHABBACH, Letícia Maria. Cooperação intergovernamental e consórcios públicos: uma análise da celebração de convênios. **Ciências Sociais Unisinos**, [s. l.], v. 56, n. 1, p. 13–25, 2020.

MACEDO, Fernando César de; PEQUENO, Rosângela Dos Santos Alves. O Contexto do Federalismo Brasileiro: possibilidades de cooperação intergovernamental via consórcios públicos. **Redes**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 915–939, 2020.

MACHADO, José Angelo; ANDRADE, Marta Leone Costa. Cooperação intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribuição de custos e benefícios. **Revista de Administracao Publica**, [s. l.], v. 48, n. 3, p. 695–720, 2014.

MACHLINE, Claude. Cadeia de Valor na Saúde Compras na Área da Saúde. **Debates GVsaúde**, [s. l.], n. 3, p. 4–6, 2007.

MACY, Katharine V. Information creates relative bargaining power in vendor negotiations. **Bottom Line**, [s. l.], v. 31, n. 2, p. 137–149, 2018.

MARRONI, Carlos Henrique; FRANZESE, Cibele; PANOSSO, Alceu. Consórcios públicos intermunicipais: caminho para descentralização e redução de desigualdades nas políticas públicas? **Enfoque: Reflexão Contábil**, [s. l.], v. 40, n. 1, p. 17–29, 2020.

MARTINSUO, Miia; LEHTONEN, Päivi. Program and its initiation in practice: Development program initiation in a public consortium. **International Journal of Project Management**, [s. l.], v. 25, n. 4, p. 337–345, 2007.

MCCUE, Cliff; PRIER, Eric. Using agency theory to model cooperative public purchasing. **Journal of Public Procurement**, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 1–5, 2008.

MCMICHAEL, Anthony. The urban environment and health in a world of increasing globalization: issues for developing countries. **Bulletin of the World Health Organization**, [s. l.], v. 78, n. 1, p. 10, 2000.

MELATI, Claudia; JANISSEK-MUNIZ, Raquel. A cultura organizacional como impulsionadora dos processos de inteligência na gestão pública. **RACE - Revista de Administração, Contabilidade e Economia**, [s. l.], p. 131–156, 2017.

MELLO, Guilherme Arantes; PEREIRA, Ana Paula Chancharulo de Moraes; UCHIMURA, Liza Yurie Teruya; IOZZI, Fabíola Lana; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. A systematic review of the process of regionalization of Brazil's unified health system, SUS. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 1291–1310, 2017.

MENDES, José Dínio Vaz; BITTAR, Olímpio J. Nogueira v. Com 25 anos de duração, o Sistema Único de Saúde - SUS - enfrenta problemas no financiamento e na qualidade dos serviços produzidos. Seus desafios envolvem mudanças nas necessidades de saúde (transições demográfica e epidemiológica) e na tecnologia médica. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. ISSN (impresso) 1517-8242 (eletrônico) 1984-4840**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 35–39, 2014.

MENDONÇA, Fernanda Freitas; ANDRADE, Silvia Karla Azevedo Vieira. Consórcio Público de Saúde como arranjo para relação federativa e o processo de regionalização. **Redes**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 206, 2018.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 43, n. spe5, p. 58–70, 2019.

MERAMVELIOTAKIS, Giorgos. Surveying the Methodological and Analytical Foundations of the New Institutional Economics: A Critical Comparison with Neoclassical and (Old) Institutional Economics. **Economic and Business Review**, [s. l.], v. 22, n. 3, p. 345–362, 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; FREIRE, Neyson Pinheiro. The pandemic exacerbates health inequalities. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 25, n. 9, p. 3555–3556, 2020.

MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli lola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do sistema único de saúde na atenção primária: Um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 8, p. 2071–2085, 2012.

MOREIRA, Marcelo Rasga; KASTRUP, Érica; RIBEIRO, José Mendes; CARVALHO, Antônio Ivo; BRAGA, Analice Pinto. O Brasil rumo a 2030? Percepções de especialistas brasileiros(as) em saúde sobre o potencial de o País cumprir os ODS Brazil heading to 2030. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 43, n. spe7, p. 22–35, 2019.

MOREIRA, Marcia Athayde; GABRIELE, Alexandra; DIAS, Santos. Controle Interno Como Instrumento De Gestão Pública. **Revista de Informação Contábil**, [s. l.], v. 11, n. 4, p. 39–53, 2017.

MOTA, Daniel Marques; FERNANDES, Maria Eneida Porto; COELHO, Helena Lutescia Luna. Farmacoeconomia: Um instrumento de eficiência para a política de medicamentos do Brasil. **Acta Farmaceutica Bonaerense**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 177–186, 2003.

MOYNIHAN, Donald P. Does Public Service Motivation Lead to Budget Maximization? Evidence from an Experiment. **International Public Management Journal**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 179–196, 2013.

MULLER, Erildo Vicente; GRECO, Marisabel. Avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do consórcio intermunicipal de saúde do noroeste do Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 925–930, 2010.

NOTO, Konosuke; KOJO, Takao; INNAMI, Ichiro. Does scale of public hospitals affect bargaining power? Evidence from Japan. **International Journal of Health Policy and Management**, [s. l.], v. 6, n. 12, p. 695–700, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15171/ijhpm.2017.29>.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO OCDE. **OCDE Health Statistics 2022**. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>. Acesso em 25 de maio 2023.

ÖZVEREN, Y. Eyüp. An institutionalist alternative to neoclassical economics?.

Review, [s. l.], v. 21, n. 4, p. 469–530, 1998.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia, ALMEIDA, Célia, BAHIA, Ligia; MACINKO, James. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. **The Lancet**, [s. l.], v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011. Disponível em:

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8).

PAULA, Ana Paula Paes de. Cooperação e inovação na gestão pública: o caso da saúde. **Revista de Administração de Empresas**, [s. l.], v. 47, n. 2, p. 124–125, 2007.

PEPE, Vera Lúcia Edais; FIGUEIREDO, Tatiana de Aragão; SIMAS, Luciana; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; VENTURA, Míriam. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 15, n. 5, p. 2405–2414, 2010.

PETERS, Kath; HALCOMB, Elizabeth. Interviews in qualitative research. **Nurse Researcher**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 6–7, 2015.

PICCOLO, Ronald F.; JUDGE, Timothy A.; TAKAHASHI, Koji, WATANABE, Naotaka; LOCKE, Edwin A. A. Core self-evaluations in Japan: Relative effects on job satisfaction, life satisfaction, and happiness. **Journal of Organizational Behavior**, [s. l.], v. 26, n. 8, p. 965–984, 2005.

PIERANTONI, Celia Regina; VIANNA, Ana Luiza. Avaliação de processo na implementação de políticas públicas: a Implantação do Sistema de Informação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde (SIG-RHS) no contexto das reformas setoriais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 59–92, 2003.

PINHO, Micaela Moreira. Racionamento dos cuidados de saúde: Problemática inerente. **Cadernos de Saude Publica**, [s. l.], v. 24, n. 3, p. 690–695, 2008.

PINTO, Vicente de Paulo Teixeira; TEIXEIRA, Alrieta Henrique; SANTOS, Paulo Roberto; ARAÚJO, Maria Walderez Andrade; MOREIRA, Mário Áureo Gomes; SARAIVA, Sérgio Ricardo Moura. Avaliação da acessibilidade ao Centro de Especialidades Odontológicas de abrangência macrorregional de Sobral, Ceará, Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 19, n. 7, p. 2235–2244, 2014.

PORTULHAK, Henrique; DIAS RAFFAELLI, Susana Cipriano; EDUARDO SCARPIN, Jorge. A Eficiência da Aplicação de Recursos Voltada à Saúde Pública nos Municípios Brasileiros Resource Efficiency in Public Health in Brazilian Municipalities. **Revista Contabilidade, Gestão e Governança**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 21–39, 2018.

REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O que será do Brasil e do SUS? **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 119–124, 2018.

RESENDE, Tamiris Cristhina; Souza, Washington José; Emmendoerfer, Magnus Luiz; Ferreira, Marco Aurélio Marques. Policy Evaluation: Systematic Review about a pay-for-performance Programme in Public Health in Brazil. **Revista de Ciências da Administração**, [s. l.], v. 23, n. 59, p. 63–77, 2021.

REZENDE, Amaury José; SLOMSKI, Valmor; CORRAR, Luiz João. A gestão pública municipal e a eficiência dos gastos públicos: uma investigação empírica entre as políticas públicas e o índice de desenvolvimento humano. **Revista Universo Contábil**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 1–8, 2005.

RIBEIRO, José Mendes; INGLEZ-DIAS, Aline. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 16, n. 12, p. 4623–4634, 2011.

ROCHA ARAUJO, Victor Bruno; DE MÉLO NETTO, Antonio Pedro. a Teoria Da Regulação Aplicada a Cmed: Um Paralelo Entre O Controle De Preços Sobre a Indústria Farmacêutica E As Análises De Anthony Ogus. **Revista de Direito, Economia e Desenvolvimento Sustentável**, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 115, 2018.

ROCHA, Camila. “Imposto é Roubo!” A Formação de um Contrapúblico Ultraliberal e os Protestos Pró- Impeachment de Dilma Rousseff. **Dados**, [s. l.], v. 62, n. 3, p. 1–42, 2019.

ROCHA, Carlos Vasconcelos. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná. **Cadernos Metrôpole**, [s. l.], v. 18, n. 36, p. 377–399, 2016.

ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi; MARZIALE, Maria Helena Palucci; CARVALHO, Michele Cristina; CARDEAL ID, Samira de Fátima; CAMPOS, Monica Chiodi Toscano. The organizational culture of a Brazilian public hospital. **Revista da Escola de Enfermagem**, [s. l.], v. 48, n. 2, p. 308–314, 2014.

ROSENBERG, Gerson; OHAYON, Pierre; BATISTA, Fábio Ferreira. Gestão do conhecimento em organizações públicas de saúde no Brasil: diagnóstico de práticas. **Revista do Serviço Público**, [s. l.], v. 59, n. 1, p. 43–60, 2014.

ROTTA, Edeimar; FRANQUI, Luis Henrique Teixeira. Saneamento básico na região das Missões: realidade e desafios na implantação de políticas públicas que promovam o desenvolvimento. **Redes**, [s. l.], v. 24, n. 3, p. 313–333, 2019.

ROYSTON, Geoff; PAKENHAM-WALSH, Neil; ZIELINSKI, Chris. Universal access to essential health information: Accelerating progress towards universal health coverage and other SDG health targets. **BMJ Global Health**, [s. l.], v. 5, n. 5, p. 1–8, 2020.

SÁ, Ronice Franco; MOYSES, Simone. O processo avaliativo em promoção de saúde como estratégia de empoderamento e desenvolvimento de capacidades. **Boletim Técnico do Senac**, [s. l.], v. 35, n. 2, p. 28–35, 2009.

SAITO, Silvia Midori; NOGUEIRA, Fernando Rocha; LONDE, Luciana de Resende; MARCHEZINI, Victor; CANIL, Kátia; ROSA, Fabiana de Carvalho. Strengthening ties: Inter-municipal cooperation for disaster risk reduction. **Urbe**, [s. l.], v. 13, p. 1–15, 2021.

SANDELOWSKI, Margarete; VOILS, Corrine I.; LEEMAN, Jennifer; CRANDELL, Jamie L. Mapping the Mixed Methods-Mixed Research Synthesis Terrain. **Journal of Mixed Methods Research**, [s. l.], v. 6, n. 4, p. 317–331, 2012.

SANO, Hironobu; ABRUCIO, Fernando Luiz. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, [s. l.], v. 48, n. 3, p. 64–80, 2008.

SANTANA, Lourival Cosmala; ROCHA, Zelinete Pereira da Silva; FIGUEIREDO, Entrevistado 4 Amaral. Vantagens E Desvantagens Do Pregão Eletrônico: Uma Revisão Integrativa. **Revista Destaques Acadêmicos**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 22–37, 2021.

SANTANA, Vanessa Gabrielle Diniz; SANTOS NETO, Pedro Miguel dos. Modelos de gestão pública da Secretaria de Saúde de Pernambuco: implicações na gestão do trabalho. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 41, n. 112, p. 122–132, 2017.

SANTOS, Alethele Oliveira; DELDUQUE, Maria Celia; ALVES, Sandra Mara Campos. The three branches of government and financing of the Brazilian unified national health system: 2015 in review. **Cadernos de Saude Publica**, [s. l.], v. 32, n. 1, p. 2015–2017, 2016.

SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS Brazil: The health region as a way forward. **Saude e Sociedade**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 438–446, 2015.

SÃO PAULO. (1891) **Constituição Política do Estado de São Paulo de 1891**. Disponível em <<http://www.al.sp.gov.br/leis/constituicoes/constituicoes-antteriores/constituicao-estadual-1891/>>. Acesso em 20 out. 2022.

SCACCABAROZZI, Luciana; DEL REY, Cintia; KIM, Hellen; MURTA AMARAL, Laura; ARINELLI FERNANDES, Roberta; ASANO, Elio; GENOV, Isabel. Análise de custo por resposta dos medicamentos biológicos no tratamento da psoríase moderada a grave sob as perspectivas dos sistemas de saúde público e privado, no Brasil. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 155–163, 2016.

SEGAL, U. A. Globalization, migration, and ethnicity. **Public Health**, [s. l.], v. 172, p. 135–142, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.04.011>.

SHANAFELT, Tait D.; SCHEIN, Edgar; MINOR, Lloyd B., TROCKEL, Mickey; SCHEIN, Peter; KIRCH, Darrell. Healing the Professional Culture of Medicine. **Mayo Clinic Proceedings**, [s. l.], v. 94, n. 8, p. 1556–1566, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.03.026>.

SHIMIZU, Helena Eri; CARVALHO, André Luis Bonifácio; BRÊTAS JÚNIOR, Nilo; CAPUCCI, Raquel Rodrigues. Regional health planning in brazil from the perspective of health managers: Advances and challenges. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 26, p. 3385–3396, 2021.

SILVA, Ambrozina de Abreu Pereira; FERREIRA, Marco Aurélio Marques; BRAGA, Marcelo José; ABRANTES, Luiz Antônio. Eficiência na Alocação de Recursos Públicos Destinados à Educação, Saúde e Habitação em Municípios Mineiros. **Contabilidade, Gestão e Governança**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 96–114, 2012.

SILVA, Fabio José Antonio; VEIGA, Daiane de Oliveira Campos; MELO SILVA, Tiago; SILVA, Itaécio Felipe; COSTA, Michel. Doenças crônicas não transmissíveis como um problema de saúde pública: uma revisão sistemática. **Conjecturas**, [s. l.], v. 22, n. 16, p. 864–873, 2022.

SILVA, Luiz Anacleto; SODER, Rafael; SIGNOR, Eduarda; OLIVEIRA, Isabel; PETRY, Leticia; DE MARCO, Vera. Desafios na Gestão Pública de Saúde: Realidade dos Municípios de Pequeno Porte. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde ISSN:1982-4785**, [s. l.], v. 05, p. 2479–2495, 2014.

SILVEIRA, Rosí Cristina Espindola. Consórcios Públicos: uma alternativa viável para a gestão regionalizada de resíduos sólidos urbanos. **Redes. Revista do Desenvolvimento Regional**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 205–224, 2008.

SIMÃO, Nathalia Machado; DALMO, Francisco César; NEBRA, Silvia Azucena; MELLO SANT'ANA, Paulo Henrique. A Política Nacional de Resíduos Sólidos e a Estratégia de Formação de Consórcios Públicos Intermunicipais. **Revista de Políticas Públicas**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 891, 2018.

SIRIWARDHANE, Dinesha. Do Labour Migrants Bring Well-Being to the Households? Revisit the Pathway from Neoclassical to Pluralism. **South Asian Journal of Social Studies and Economics**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 44–58, 2021.

SOUZA, Diego de Oliveira. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento. **Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 1–6, 2020.

SOUZA, Renilson Rehem. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 451–455, 2001.

SPICER, Michael. Public administration, the history of ideas, and the reinventing government movement. **Public Administration Review**, [s. l.], v. 64, n. 3, p. 353–362, 2004.

SPINK, Peter. Inovação na perspectiva dos inovadores: a experiência do Programa Gestão Pública e Cidadania. **Cadernos EBAPE.BR**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 01–13, 2003.

SPITHOVEN, Antoon. Similarities and Dissimilarities between Original Institutional Economics and New Institutional Economics. **Journal of Economic Issues**, [s. l.], v. 53, n. 2, p. 440–447, 2019.

STEIBER, Annika; ALANGE, Sverker. The Silicon Valley Model. **ATZelegtronik worldwide**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 3–3, 2016.

STRELEC, Thamara; FONSECA, Francisco. Alcances e Limites da Lei dos Consórcios Públicos-um balanço da experiência consorciativa no estado de São Paulo. **Cadernos Adenauer**, [s. l.], v. 4, p. 145–140, 2012.

STURMER, Robinson Alexander; DECHECHI, Eduardo Cesar; GARCIA, Elias. Mapeamento de riscos em aquisições da UNILA / Mapping risks in UNILA acquisitions. **Brazilian Journal of Development**, [s. l.], v. 7, n. 10, p. 99828–99848, 2021.

SUNIL, Thankam S.; RAJARAM, Sach; ZOTTARELLI, Lisa K. Do individual and program factors matter in the utilization of maternal care services in rural India? A theoretical approach. **Social Science and Medicine**, [s. l.], v. 62, n. 8, p. 1943–1957, 2006.

SWEETMAN, David; BADIEE, Manijeh; CRESWELL, John W. Use of the transformative framework in mixed methods studies. **Qualitative Inquiry**, [s. l.], v. 16, n. 6, p. 441–454, 2010.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Reforms and organization of the British National Health System: lessons to the Brazilian National Health System. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 7–17, 2007.

THESING, Nelson José; ALLEBRANDT, Sérgio Luis; NUSKE, Mauro Alberto; GESSI, Nedisson Luis. Organização Intermunicipal: estudo de caso do Consórcio Público de Saúde na Região Fronteira Noroeste do Rio Grande do Sul. **Redes**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 188, 2018a.

THESING, Nelson José; ALLEBRANDT, Sérgio Luis; NUSKE, Mauro Alberto; GESSI, Nedisson Luis. Organização Intermunicipal: estudo de caso do Consórcio Público de Saúde na Região Fronteira Noroeste do Rio Grande do Sul. **Redes**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 188, 2018b.

THUNBERG, Sara; ARNELL, Linda. Pioneering the use of technologies in qualitative research—A research review of the use of digital interviews. **International Journal of Social Research Methodology**, [s. l.], v. 25, n. 6, p. 757–768, 2022.

TOMÉ, Ivan; BRESCIANI, Luis Paulo; BORGES, Richardson; OLIVEIRA, Alessandro. Articulação territorial para as políticas de saúde: Uma revisão sistemática da literatura I. **EIGEDIN 2020**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 1–15, 2020.

TRIVELATO, Patrícia Valeriano; SOARES, Michelle Barbosa; ROCHA, Wagner; PAULA, Priscila Fraiz; VALE GOMES, Mariane Carolina; FARIA, Evandro Rodrigues. Avaliação da eficiência na alocação dos recursos econômicos financeiros no âmbito hospitalar. **Rahis**, [s. l.], v. 12, n. 4, 2015.

VAN PROOIJEN, Jan Willem; SPADARO, Giuliana; WANG, Haiyan. Suspicion of institutions: How distrust and conspiracy theories deteriorate social relationships. **Current Opinion in Psychology**, [s. l.], v. 43, p. 65–69, 2022.

VANGERRE, Carlos *et al.* Consórcio de gestão integrada de resíduos sólidos vale do jaguaribe: possibilidades e limitações. [s. l.], p. 1–9, 2020.

VENTURA, Katia Sakihama; SUQUISAQUI, Ana Beatriz Valim. Aplicação de ferramentas SWOT e 5W2H para análise de consórcios intermunicipais de resíduos sólidos urbanos. **Ambiente Construído**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 333–349, 2020.

VERMELHO, Sônia Cristina; FIGUEIREDO, Gustavo. A percepção de secretários municipais de saúde sobre a gestão do trabalho e da educação na rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saude e Sociedade**, [s. l.], v. 26, n. 2, p. 382–396, 2017.

VIACAVA, Francisco; PORTO, Silvia Marta; CARVALHO, Carolina de Campos; BELLIDO, Jaime Gregório. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). **Ciencia & saude coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 7, p. 2745–2760, 2019.

VOLLSET, Stein Emil; GOREN, Emily; YUAN, Chum Wey, CAO, Jackie; SMITH, Amanda E.; HSIAO, Thomas; MURRAY, Christopher. Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study. **The Lancet**, [s. l.], v. 396, n. 10258, p. 1285–1306, 2020. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30677-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30677-2).

WHO. **Essential public health functions, health systems and health security**. [S. l.: s. n.], 2018. *E-book*. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514088%0Ahttp://apps.who.int/bookorders>.

WHO. **Physicians per 1000 Habitants**. [S. l.], 2019. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS>. Acesso em: 17 fev. 2023.

WILLMOTT, Hugh. Why Institutional Theory Cannot Be Critical. **Journal of Management Inquiry**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 105–111, 2015.

APÊNDICES

Apêndice A – Formulário da *survey* descritiva, primeira etapa da metodologia de métodos mistos (quanti e quali):

1- No ato de fundação do consórcio, como se deu a formalização?

- Os fundadores do consórcio se embasaram em protocolo de intenções/estatutos de outros consórcios existentes
- Os fundadores do consórcio criaram seu próprio protocolo de intenções/estatutos de acordo com as especificidades dos municípios

2 - Assinale a alternativa que corresponda à quantidade de municípios participantes do consórcio:

- 1 a 5 municípios
- 6 a 10 municípios
- 11 a 15 municípios
- 16 a 20 municípios
- 21 ou mais municípios

3 - O consórcio surgiu com o objetivo de ser:

- Unifinalitário - destinado apenas à SAÚDE
- Multifinalitário - destinado a outras áreas de gestão pública além da SAÚDE (ex. Educação, Resíduos, Transporte, etc)

Caso o consórcio seja multifinalitário, por favor especifique aqui quais são as demais áreas de atuação:

4- O consórcio possui câmaras técnicas ou grupos de trabalho específicos para a área de saúde?

- Sim
- Não

5 - Como se dá a composição das câmaras técnicas ou grupos de trabalho relacionados à saúde?

- A composição se dá principalmente por secretários e membros executivos da gestão municipal.
- A composição se dá principalmente por especialistas no assunto e membros técnicos dos quadros dos municípios.
- A composição se dá por uma combinação entre membros técnicos (especialistas) e membros executivos (secretários, prefeitos, etc).
- Não há câmara técnica ou grupo de trabalho específico.

6 - Como o consórcio lida com a questão da capacitação (sistema de gestão de capacitação) de seus membros?

- O consórcio possui programa de capacitação (por exemplo: escolas de governo, incentivos para busca de formação em gestão pública, etc)
- O consórcio não possui um programa específico para incentivar/promover capacitação de seus membros.

Esta seção da pesquisa contará com questões de escala Likert.

Considere que sua resposta refletirá a intensidade de sua opinião sobre um assunto ou tema abordado nas questões.

7 - Em que medida a segurança jurídica/estatutária (execução do orçamento e pagamento das exigências) é um fator considerado pelos entes participantes para se filiar ou se manter no consórcio?

- Nada importante - nenhum município considerou este fator ao se unir ao consórcio
- Pouco importante - alguns municípios consideraram este fator ao se unir ao consórcio
- Razoavelmente importante - aproximadamente metade dos municípios considerou este fator ao se unir ao consórcio
- Muito importante - maioria dos municípios considerou este fator ao se unir ao consórcio
- Extremamente importante - todos os municípios consideraram este fator ao se unir ao consórcio

8 - Assinale em que medida os fatores abaixo foram importantes para a criação do consórcio:

Fator	Nada importante	Pouco importante	Média importância	Muito importante	Totalmente importante
Questões demográficas da população como emprego, renda, escolaridade					
Questões territoriais da localidade como zona urbana, rural, periferia, distância ou proximidade centros populosos					
Capacidade de articulação e alinhamento entre os gestores públicos					
Forte institucionalidade jurídica e estatuto/regimento do consórcio, trazendo segurança aos municípios participantes					
Busca por reduções de custos e ganhos de escala nas atividades assumidas pelo consórcio					
Demanda por parte da sociedade					
Apoio do legislativo municipal para a entrada no consórcio					

9 - Como se deu o planejamento da estrutura administrativa e técnica (quadro de pessoal) do consórcio?

- Nenhum planejamento ou previsão
- Previsão de quadro próprio
- Previsão de cessão de servidores
- Previsão de quadro misto

10 - Quais são as características de atuação do consórcio (podendo ser +1 alternativa)

- Equipamentos compartilhados entre municípios
- Equipes compartilhadas entre municípios
- Compras públicas compartilhadas entre municípios
- Campanhas de comunicação e vacinação unindo municípios
- Instalações compartilhadas entre municípios
- Diagnósticos e exames com custos compartilhadas entre municípios
- Planejamento e articulação da política de saúde regional dos municípios
- Outros (especifique):

11 - Em que medida o consórcio obteve resultados em termos de ganhos de efetividade sobre as políticas públicas de SAÚDE?

(considerando ganho de efetividade como elevação da qualidade da entrega de políticas públicas)

- Nenhum ganho de efetividade - não houve melhoria nas políticas públicas de saúde, que fosse capaz de se tornar regular e estável
- Pouco ganho de efetividade - houve pouca melhoria nas políticas públicas de saúde, que fosse capaz de se tornar regular e estável
- Médio ganho de efetividade - houve média melhoria nas políticas públicas de saúde, que fosse capaz de se tornar regular e estável
- Muito ganho de efetividade - houve muita melhoria nas políticas públicas de saúde, que fosse capaz de se tornar regular e estável
- Extrema melhoria - houve extrema melhoria nas políticas públicas de saúde, que fosse capaz de se tornar regular e estável

12 - Em que medida o consórcio influenciou planejamento das políticas públicas de SAÚDE na região?

- Não houve mudança na cobertura populacional e na extensão de acesso às políticas de saúde
- Pouca extensão/aumento de cobertura - uma pequena nova parcela da população passou a ter acesso às políticas de saúde
- Média extensão/aumento de cobertura - uma intermediária nova parcela da população passou a ter acesso às políticas de saúde
- Alta extensão/aumento de cobertura - uma grande nova parcela da população passou a ter acesso às políticas de saúde
- Extrema extensão/aumento de cobertura - a maioria da população não possuía acesso às políticas de saúde e passou a ter após o consórcio

13 - Quais políticas públicas fazem parte do objetivo do consórcio (assinale todas as opções que se aplicam)

- Atenção básica
- Média complexidade
- Fornecimento de medicamentos e insumos
- Atendimento de urgência e emergência
- Transporte de pacientes
- Vacinação
- Exames e diagnósticos

14 - Em que medida o consórcio possibilitou a extensão de cobertura das políticas públicas assinaladas anteriormente?

- Não houve mudança na cobertura populacional e na extensão de acesso às políticas de saúde
- Pouca extensão/aumento de cobertura - uma pequena nova parcela da população passou a ter acesso às políticas de saúde
- Média extensão/aumento de cobertura - uma intermediária nova parcela da população passou a ter acesso às políticas de saúde
- Alta extensão/aumento de cobertura - uma grande nova parcela da população passou a ter acesso às políticas de saúde
- Extrema extensão/aumento de cobertura - a maioria da população não possuía acesso às políticas de saúde e passou a ter após o consórcio

15 - Quais modalidades de contratações e compras compartilhadas o consórcio efetua (assinale todas as que se aplicam)?

- Não há contratações no consórcio
- Medicamentos e insumos
- Serviços, diagnósticos, exames
- Equipamentos
- Profissionais
- Unidades de atendimento e ou centros de serviço compartilhados (UBS, hospitais)
- Outros (especifique):

16 - Em que medida o consórcio influenciou as licitações e aquisições de produtos e serviços de SAUDE na região?

- Não houve mudança no processo de licitações e aquisições
- Poucas mudanças ocorreram no processo de licitações e aquisições
- Médio nível de mudanças ocorreu no processo de licitações e aquisições
- Muitas mudanças ocorreram no processo de licitações e aquisições
- Total mudança ocorreu no processo de licitações e aquisições

17 - Assinale "Sim" ou "Não" de acordo com a realidade do consórcio:

Afirmção:	Sim	Não
O consórcio evoluiu ao longo do tempo aumentando a capacitação de servidores		
O consórcio possui uma equipe própria de compras		
O consórcio reúne servidores de municípios participantes		
O consórcio participou de ações municipais durante a COVID		

18 - "O consórcio foi capaz de colaborar com a implementação e maior extensão de políticas de saúde que são objetivos nacionais do SUS."

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

19 - "O consórcio proporcionou melhorias no nível técnico dos executores de políticas públicas, inclusive no nível de interação com a população."

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

20 - "O consórcio proporcionou melhorias no nível de gestão, processo de decisão e governança."

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

21 - Em que medida você recomendaria o consorciamento para outros gestores públicos de regiões similares?

- Não recomendaria
- Recomendaria pouco
- Indiferente
- Recomendaria muito
- Recomendaria totalmente

22 - "O consórcio foi capaz de contribuir para a construção de consenso entre os gestores dos municípios."

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

23 - "O consórcio aumentou o comprometimento dos gestores e tornou essa gestão mais participativa e contributiva."

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

24 - Em que medida você acredita que os municípios participantes foram igualmente beneficiados pelo consórcio?

- Desigual - enquanto municípios tiveram grande evolução e melhoria no atendimento à população, outros não obtiveram melhorias ou inclusive pioraram.
- Parcialmente desigual - alguns municípios obtiveram melhorias, outros não apresentaram mudanças
- Indiferente - a situação se manteve igual ao período precedente ao consórcio
- Majoritariamente igual - o benefício gerado pelo consórcio foi percebido pela maioria dos participantes
- Iguatário - todos os municípios perceberam igualmente o benefício gerado pelo consórcio.

25 - Qual grau de autonomia do nível executivo do consórcio na condução das ações, políticas e programas do consórcio?

- Nenhuma autonomia - qualquer ação precisa de aprovação geral, o gestor do consórcio não pode decidir nada individualmente
- Pouca autonomia - o gestor do consórcio pode decidir individualmente em poucas situações
- Média autonomia - o gestor do consórcio decide cerca de metade dos temas sem necessidade de aprovações adicionais
- Grande autonomia - o gestor do consórcio decide a maioria dos temas sem aprovações adicionais
- Total autonomia - o gestor do consórcio decide todos os temas sem aprovações adicionais

26 - Qual a frequência de contato entre o centro político (assembleia de prefeitos, presidente consórcio) e a equipe técnica de execução?

- Nenhum contato - não há uma agenda de contatos entre o nível executivo e técnico
- Pouco contato - há reuniões anuais/semestrais em que o nível executivo e técnico se encontram para alinhar temas
- Médio contato - há reuniões trimestrais/mensais em que o nível executivo e técnico se encontram para alinhar temas
- Elevado contato - há reuniões quinzenais/semanais em que o nível executivo e técnico se encontram para alinhar temas
- Total contato - há reuniões diárias em que o nível executivo e técnico se encontram para alinhar temas

27 - Em que medida o consórcio foi relevante no processo de superação da pandemia de COVID-19?

- Nada relevante - acredito que o consórcio ficou aquém e não apresentou medidas/políticas que impactassem/beneficiassem a população durante a pandemia
- Pouco relevante - acredito que o consórcio ficou aquém e apresentou poucas medidas de baixo impacto para a população durante a pandemia
- Indiferente - acredito que o consórcio manteve seu papel ao longo da pandemia sem nenhuma mudança
- Relevante - o consórcio apresentou algumas medidas e políticas médio impacto para a população durante a pandemia
- Muito relevante - o consórcio apresentou muitas medidas de alto impacto para a população durante a pandemia

Apêndice B – Roteiro das entrevistas realizadas junto aos gestores de consórcios públicos com atuação na saúde:

Histórico dos Consórcios

1) Segundo nossa pesquisa, a maioria (68% dos consórcios de saúde) não se baseou em protocolos de intenções ou estatutos de outros consórcios predecessores.

- Na sua opinião, quais motivos podem ocasionar essa necessidade de um consórcio ter um estatuto tão único?
- No caso do seu consórcio, ele se enquadra nessa maioria (sim/não)? Por que?

2) Ampla maioria dos consórcios (90%) possui mais de 5 municípios participantes. 45% tem inclusive mais de 20 municípios no estatuto.

- Na sua opinião, por qual motivo os consórcios de saúde tendem a aglomerar esse grande contingente de municípios?
- É possível trazer valor e benefícios de maneira igualitária/proporcional com tantos membros?
- Qual a situação do seu consórcio? Quantos municípios tem? Por qual motivo tem essa configuração?
- No caso do seu consórcio como está o tema de consenso dos participantes? E a percepção de benefícios e efetividade do consórcio?

3) Apesar de ampla maioria dos consórcios possuir câmaras técnicas (77%), uma boa parte (38%) tem apenas secretários/executivos em sua composição.

- Na sua opinião, as câmaras técnicas deveriam ter mais executivos ou especialistas?

4) Maioria dos consórcios não possui um sistema interno de gestão/capacitação dos membros (63%).

- Na sua opinião, é necessário que os consórcios invistam no treinamento de seu quadro? Baseado em sua experiência, os consórcios possuem recursos/funding para isso?

5) Maioria dos consórcios considera extremamente importante a questão jurídica e a segurança do pagamento das exigências de cada município (61%).

- Você considera o ambiente de gestão pública inseguro ou inseguro?
- Você considera que há necessidade de manter fortes ferramentas jurídicas e contratos nas interações intermunicipais para manter as finanças em dia?

6) Maioria dos consórcios de saúde considera que desempenhou papel relevante durante a pandemia (90%).

- Qual sua opinião acerca do papel desempenhado pelo consórcio no qual atua, durante a pandemia de COVID-19?

Momento Atual dos Consórcios

7) Você acredita que os consórcios (inclusive o seu) estão sendo capazes de trazer melhores resultados em políticas públicas de saúde?

Quais seriam esses resultados?

8) Na sua opinião, os consórcios estão de fato influenciando as políticas públicas de saúde dos municípios participantes na medida esperada?

Se sim, como?

9) O fator mais citado para motivar criação de consórcios foi "busca por resultados/redução de custos em contratações/aquisições"

Quais outros benefícios você acredita que um consórcio pode trazer hoje para sua região, além de melhorar o investimento do recurso público?

10) Quais são os principais pontos fracos/de oportunidade de melhoria que você acredita que os consórcios de saúde deverão solucionar?

O Futuro do Consorciamento no Brasil

11) Você acredita que os consórcios vão desempenhar um papel mais importante no futuro do Brasil em termos de políticas públicas de saúde?

12) Quais são os principais pontos fortes que os consórcios de saúde deverão apresentar no futuro?

13) Como deveria ser/funcionar um consórcio público de saúde, na sua opinião?

Qual a diferença desse consórcio ideal em relação ao que existe hoje?

(características ruins que deveriam perder, e características boas que deveriam alcançar)

14) Se você pudesse dar uma recomendação a um gestor que está liderando a formação de um novo consórcio de saúde, qual seria essa recomendação?

Apêndice C – Gestores entrevistados na pesquisa qualitativa:

#	Consórcio	Código	Gestor	Posição	Estado
1	CISLESTE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Mata Leste	Entrevistado 1	Rene Leite Magalhães	Secretário	MG
2	CISPORTAL - Consórcio Intermunicipal Multifinalitário Portal do Norte	Entrevistado 2	Eudes Geraldo Dias	Secretário	MG
3	CONIMS - Consórcio Intermunicipal de Saúde de Pato Branco	Entrevistado 3	Ivete Lorenzi	Secretária	PR
4	CISPARANACENTRO - Consórcio Intermunicipal de Saúde Paraná Centro	Entrevistado 4	Fernanda Harmuch	Secretária	PR
5	CONSISA - Consórcio Intermunicipal de Serviços do Vale do Taquari	Entrevistado 5	Nilton Silva Rolante	Coordenador	RS
6	CISGA - Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento da Serra Gaúcha	Entrevistado 6	Rudimar Caberlon	Secretário	RS
7	CIAPS - Consórcio Intermunicipal de Atenção Psicossocial	Entrevistado 7	Leonardo Fronza	Coordenador	SC
8	CISAMREC - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Carbonífera	Entrevistado 8	Roque Salvan	Secretário	SC
9	CIGABC - Consórcio Intermunicipal do Grande ABC	Entrevistado 9	Juliana Cavasini	Coordenadora	SP
10	CONISCA - Consórcio Intermunicipal de Saúde do Circuito das Águas	Entrevistado 10	João Henrique Oliveira	Secretário	SP