



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE -  
UNESC**



**PRÓ-REITORIA ACADÊMICA  
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSCol  
MESTRADO PROFISSIONAL**

**LETÍCIA KLIMA FELIPE**

**A INCORPORAÇÃO DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO NOS  
PROCEDIMENTOS ELETIVOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NOS  
CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: A PERCEPÇÃO DOS  
GESTORES NA REGIÃO SUL DE SANTA CATARINA**

**CRICIÚMA**

**2020**



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE -  
UNESC**



**PRÓ-REITORIA ACADÊMICA  
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSCol  
MESTRADO PROFISSIONAL**

**LETÍCIA KLIMA FELIPE**

**A INCORPORAÇÃO DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO NOS  
PROCEDIMENTOS ELETIVOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NOS  
CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: A PERCEPÇÃO DOS  
GESTORES NA REGIÃO SUL DE SANTA CATARINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.  
Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lisiane Tuon Generoso Bitencourt

**CRICIÚMA**

**2020**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

F315i Felipe, Letícia Klima.

A incorporação das centrais de regulação nos procedimentos eletivos de média e alta complexidade nos consórcios intermunicipais de saúde : a percepção dos gestores na região sul de Santa Catarina / Letícia Klima Felipe. - 2020.

61 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2020.

Orientação: Lisiane Tuon Generoso Bitencourt.

1. Consórcios de saúde. 2. Regulação em saúde.  
3. Sistema Único de Saúde (Brasil). 4. Saúde coletiva. I. Título.

CDD. 22. ed. 362.1098164

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101  
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC

Pró-Reitoria Acadêmica

Diretoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - (Mestrado Profissional)

Recomendado pela CAPES – Homologado pelo CNE – Portaria N° 609. De 14.03.2019

### ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata da Defesa Pública de Dissertação da mestrandia **LÉTICIA KLIMA FELIPE**. No dia 17 (dezesete) do mês de março do ano de dois mil e vinte, às 08 horas, na Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC reuniram-se os membros da Banca Examinadora, composta pelas professoras: Profa. Dra. Lisiane Tuon Generoso Bitencourt (Orientadora), Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Meller (Membro/PPGSCol/UNESC) e Profa. Dra. Valdemira Santana Dagostin (Membro/Externo/UNESC), afim de arguirem a 63ª defesa de Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da mestrandia **LÉTICIA KLIMA FELIPE** subordinado ao título: “A INCORPORAÇÃO DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO NOS PROCEDIMENTOS ELETIVOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: A PERCEPÇÃO DOS GESTORES NA REGIÃO SUL DE SANTA CATARINA”. Aberta a sessão pelo Presidente da mesma, coube a mestrandia, sob a forma regulamentar, expor o tema de sua Defesa de Dissertação, findo o que, dentro do tempo estabelecido, foi questionada pelos membros da Banca Examinadora, procedendo, em seguida, às explicações que se faziam necessárias. O conceito final atribuído pela Banca Examinadora foi:

APROVADO (A) ( ) REPROVADO (A)

#### RECOMENDAÇÕES DA BANCA:

*Realizar os ajustes sugerido pela Banca*

#### BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Lisiane Tuon Generoso Bitencourt (Orientadora)

Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Meller (Membro/PPGSCol/UNESC)

Profa. Dra. Valdemira Santana Dagostin (Membro externo/UNESC)

#### MESTRANDA:

*Leticia Klima Felipe*

**LÉTICIA KLIMA FELIPE**

Criciúma, SC, 17 de março de 2020.

## RESUMO

Consórcios Intermunicipais de Saúde têm sido utilizados como modelo alternativo e inovador na superação de lacunas na assistência à saúde. Mantêm forte vínculo com a estratégia de regionalização de saúde no Brasil, sendo adequados ao processo de reforma administrativa do setor, buscando maior eficiência, racionalidade e qualidade na oferta de serviços à população. A regulação é um dos instrumentos de gestão que viabiliza o ordenamento da relação dos usuários com os prestadores de saúde. Desta forma o presente estudo teve como objetivo analisar a incorporação das centrais de regulação nos procedimentos eletivos de média e alta complexidade inseridos nos consórcios intermunicipais de saúde do Sul de Santa Catarina. Este estudo descreve a percepção dos gestores dos consórcios intermunicipais de saúde e dos gestores das comissões intergestores regional no processo de implantação e de implementação dos procedimentos eletivos nas centrais municipais de regulação, de forma a refletir sobre as potencialidades e desafios destes serviços. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem mista, realizado com os representantes legais dos municípios e dos consórcios intermunicipais de saúde, nos municípios que pertencem a macro região sul do estado de Santa Catarina. Após a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido ao indivíduo participante, na coleta dos dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas contendo perguntas para obter as informações necessárias para a realização da pesquisa. Santa Catarina foi o primeiro estado do país a implantar em todos os seus municípios o sistema de regulação para todos os procedimentos de média e alta complexidade, sendo referencia aos demais estados por excelência no trabalho executado em conjunto com o Ministério Público. Os resultados obtidos apontam uma percepção positiva dos gestores com a regulação e o auxílio que a mesma trouxe aos municípios em relação a continuidade na linha de cuidado e a garantia do acesso aos pacientes com critérios clínicos mais graves. Os gestores sentem-se mais seguros com o uso da regulação sabendo que estão amparados por leis. 66,7% dos gestores informam que os procedimentos que mais utilizam nos consórcios são os exames de média complexidade, 33,3% informam que mais usam nos consórcios são as consultas com especialistas. 66,7% dos gestores informam que conhecem as legislações vigentes sobre consórcios intermunicipais de saúde, 33,3% informam que desconhecem as legislações vigentes. Durante as suas falas podemos perceber a necessidade de capacitações para os gestores para melhorar a compreensão dos mesmos a respeito das legislações vigentes, e assim poder compreender melhor suas funções, organização, funcionamento e contribuição para os municípios.

**Palavras-chave:** Consórcios de Saúde; Regulação em Saúde; Sistema Único de Saúde, Saúde Coletiva.

## ABSTRACT

Intermunicipal Health Consortia have been used as an alternative and innovative model in overcoming health care gaps. They maintain a strong link with the health regionalization strategy in Brazil, being adequate to the sector's administrative reform process, seeking greater efficiency, rationality and quality in the provision of services to the population. Regulation is one of the management instruments that makes it possible to organize the relationship between users and health providers. In this way, the present study aimed to analyze the incorporation of the central regulation in the elective procedures of medium and high complexity inserted in the intermunicipal health consortia of the South of Santa Catarina. This study describes the perception of the managers of the inter-municipal health consortia and of the managers of the regional inter-management commissions in the process of implanting and implementing the elective procedures in the municipal regulation centers, in order to reflect on the potential and challenges of these services. This is a cross-sectional, exploratory study with a mixed approach, carried out with the legal representatives of the municipalities and the intermunicipal health consortia, in the municipalities that belong to the southern macro region of the state of Santa Catarina. After signing the informed consent form to the participating individual, in the data collection, semi-structured interviews containing questions were used to obtain the information necessary to carry out the research. Santa Catarina was the first state in the country to implement the regulation system for all medium and high complexity procedures in all its municipalities, with reference to the other states for excellence in the work carried out jointly with the Public Ministry. The results obtained point to a positive perception of the managers with the regulation and the assistance it brought to the municipalities in relation to the continuity in the line of care and the guarantee of access to patients with more severe clinical criteria. Managers feel more secure with the use of regulation knowing that they are supported by laws. 66.7% of managers report that the procedures they use most in consortia are medium complexity exams, 33.3% report that they use consultations with specialists most often in consortia. 66.7% of managers report that they know the current legislation on intermunicipal health consortia, 33.3% report that they are unaware of the current legislation. During their speeches, we can see the need for training for managers to improve their understanding of current legislation, and thus be able to better understand their functions, organization, functioning and contribution to municipalities.

**Keywords:** Health Consortia; Health Regulation; Unified Health System, Collective Health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AMESC	Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense
AMREC	Associação dos Municípios da Região Carbonífera
AMUREL	Associação dos Municípios da Região de Laguna
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIH	Central de Internação Hospitalar
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIS	Consórcios Intermunicipais de Saúde
CMC	Central de Marcação de Consultas
CNS	Cartão Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CR	Central de Regulação
CPF	Cadastro de Pessoas Físicas
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
PNRS	Política Nacional de Regulação em Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUR	Superintendência de Serviços Especializados e Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>08</b>
1.1 REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE .....	09
1.2 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE .....	11
1.3 REGULAÇÃO EM SAÚDE .....	13
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
<b>3 MÉTODOS.....</b>	<b>18</b>
<b>4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>252</b>
<b>5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>318</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>32</b>
<b>APÊNDICE(S) .....</b>	<b>36</b>
<b>APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE .....</b>	<b>37</b>
<b>APÊNDICE B –QUESTIONÁRIO COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAL.....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO (S).....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO A - CARTA DE ACEITE .....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXO C - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO AO CEP.....</b>	<b>58</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Tem havido interesse crescente pelas questões relacionadas à regulação, em especial no setor saúde. Tanto nos países desenvolvidos como nos emergentes a regulação em saúde é tema de debates para o enfrentamento dos principais desafios dos sistemas de saúde. Entretanto, o conceito de regulação em saúde tem sido empregado de maneira muito diversa, com variedade de significados, abordagens e finalidades, ora inter-relacionados, ora divergentes (OLIVEIRA, 2012).

A regulação em saúde vem tomando espaço por se configurar como uma importante ferramenta para transpor desafios que acometem o Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua criação (OLIVEIRA; ELIAS, 2012).

O consórcio público é uma tecnologia jurídico-institucional projetada para viabilizar a ação pública em rede que une e integra entes federativos autônomos na realização de atividades e projetos de interesse comum. Ele pode facilitar o planejamento local e regional em saúde; viabilizar o investimento financeiro integrado e contribuir para a superação de desafios locais no processo de implementação do SUS (BRASIL, 2014).

Para os municípios de pequeno porte, representa a possibilidade de oferecer à sua população um atendimento de maior amplitude e qualidade, ante a baixa capacidade operacional – estruturas administrativas insuficientes e ineficientes, ausência de recursos técnicos e humanos, precariedade de escala ou falta de escala (epidemiologia) (BRASIL, 2014).

A universalidade é um dos princípios fundamentais do SUS, que determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer distinção, tenham direito ao acesso à saúde (CARVALHO, 2013).

No Brasil, onde o direito a um sistema público e universal de saúde está previsto na Constituição Federal, o debate conceitual acerca da cobertura universal em saúde tem sido intenso. Tem-se discutido também a necessidade de um novo marco, ou de uma nova meta para o SUS, considerando que o sistema já está amparado pelo arcabouço legal do direito à saúde e dos princípios do SUS, entre os quais está explícita a universalidade (CEBES, 2014).

Uma das diretrizes fundamentais do SUS é a descentralização de ações e serviços de saúde, conforme prevê a Lei n. 8.080/90. A gestão descentralizada do SUS tem desafiado os gestores das três esferas de governo, no sentido de configurar uma rede de ações e serviços de saúde capaz de garantir o acesso, a circulação e o acompanhamento dos

pacientes entre os diversos níveis de atenção, orientados por um sistema de referência e contrarreferência municipal e intermunicipal (CONASS, 2011b).

A universalidade é um dos princípios fundamentais do SUS, que determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer distinção, tenham direito ao acesso à saúde. O SUS representou uma conquista democrática: antes da implementação do sistema, o acesso aos serviços públicos de saúde era restrito às pessoas com vínculo formal de trabalho (CARVALHO, 2013).

O SUS sofre resistências de profissionais de saúde, cujos interesses não foram contemplados pelas políticas de gestão do trabalho e educação em saúde. Além da crítica sistemática e oposição da mídia, o SUS enfrenta grandes interesses econômicos e financeiros ligados a operadoras de planos de saúde, a empresas de publicidade e a indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares (PAIM, 2018).

## **1.1 REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE**

A descentralização do SUS, realizada ao longo das décadas de 1980 e 1990, transferiu para os entes subnacionais grande parte das funções de gestão e de implementação de políticas e programas. Na medida em que esse processo foi se desenvolvendo, o sucesso das estratégias nacionais de organização de redes de atenção, voltadas para reduzir a fragmentação das ações e serviços de saúde e promover a regionalização no SUS, passou a depender expressivamente dos contextos político-institucionais de cada unidade da federação (OUVERNEY; RIBEIRO; MOREIRA, 2017).

No Brasil, a regionalização ganhou destaque na agenda da política nacional de saúde na virada dos anos 2000. A constatação de iniquidades decorrentes da municipalização favoreceu argumentos em prol do fortalecimento dos governos estaduais e da organização regional da atenção à saúde, sendo as regiões de saúde instituídas como locus de planejamento e governança do Sistema Único de Saúde (SUS) (SANTOS, 2017).

Entretanto, a experiência brasileira, marcada por desigualdades territoriais e pela atuação autônoma e interdependente de distintas esferas de governo, dificulta o estabelecimento de uma única autoridade sanitária nas regiões de saúde. A regionalização é condicionada pela correlação de forças políticas, estrutura de oferta e incorporação de tecnologias de cuidado (MELLO, 2017), assim como pelos pactos estabelecidos por diferentes atores (governamentais e não governamentais; públicos e privados), que viabilizam o acesso aos serviços de maior densidade tecnológica (VIANA *et al.*, 2018).

Marcados por diferenças expressivas de capacidade de oferta, recursos financeiros, níveis de conflito político, capacidade institucional e de gestão, esses contextos podem influenciar a direção e o ritmo do processo estadual de tomada de decisões, podendo produzir respostas muito diversificadas às políticas propostas pela esfera federal para a organização de redes de atenção à saúde (OUVERNEY; RIBEIRO; MOREIRA, 2017).

O impacto dessa diversidade de contextos tem sido um fator fundamental no processo de implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), dispositivo jurídico-executivo introduzido no arcabouço normativo do SUS pelo Decreto 7.508/11 com o objetivo de delimitar com clareza as responsabilidades de cada ente da federação na integração de ações e serviços de saúde nas regiões de saúde. Em âmbito nacional, os debates relacionados à regulamentação e à implementação do COAP impulsionaram uma renovação da agenda política setorial em torno de temas importantes como regionalização, relações intergovernamentais, organização de redes de atenção à saúde, integralidade, financiamento, entre outros (OUVERNEY; RIBEIRO; MOREIRA, 2017).

A regionalização dos serviços de saúde tem ocupado o centro do debate da reorganização do SUS na última década, caminho bem representado no principal arcabouço normativo do período, com a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS, Pacto pela Saúde e, mais recentemente, Decreto 7.508 e seus contratos organizativos. Essa visão regional tem sido fortalecida pela crescente constatação dos limites de acesso e equidade em um sistema exclusivamente de base municipal (BRASIL, 1998).

Desde a criação do SUS, em 1988, pela Constituição Federal, o sistema de saúde foi orientado para um processo de descentralização das ações e serviços de saúde, do gestor federal e estadual para os municípios. Essa diretriz teve que ser aprimorada considerando as especificidades do país. Cerca de 75% dos municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes, o que apresenta restrições no que se refere à organização da oferta de ações e serviços com escala, qualidade e custos adequados. A necessidade de estabelecer a regionalização como estratégia de organização das Redes de Atenção à Saúde, a melhoria do acesso e a integralidade fez com que se avançasse no processo de conformação das regiões de saúde no país (CONASS, 2011a).

A regionalização é uma construção política permanente, que envolve a descentralização com a participação de todos os entes federados, num processo de pactuação e compartilhamento das responsabilidades de uma região de saúde, na lógica de território sanitário. Assim, enquanto região de saúde, é preciso consolidar a regionalização

não somente com base nas normas, mas mormente nas práticas, na abrangência das ações e dos serviços e na responsabilidade compartilhada (SHIMIZU *et al.*, 2017).

Tem-se verificado que os municípios, isoladamente, não conseguem prover todas as ações e serviços requeridos pela população para garantir a integralidade da atenção, seja pela insuficiência de recursos financeiros, humanos, logística e porte populacional, visto que cerca de 50% deles possuem população inferior a dez mil habitantes. Ademais, há algum tempo se reconhece que a municipalização, em parte, tem contribuído para fragmentação do sistema de atenção à saúde, que poderia ser superada pela regionalização (DOURADO, 2011). É nessa perspectiva, baseada, principalmente, na maior racionalidade no uso dos recursos, que o tema regionalização da saúde vem assumindo maior importância no debate do aprimoramento das políticas no âmbito do SUS (KUSCHNIR, 2010).

Contudo, observam-se características heterogêneas das regiões de saúde, que refletem as diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais para a prestação da atenção. Nesse contexto, os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS têm assumido a árdua tarefa de ajudar a gerir uma rede de serviços heterogênea e não integrada institucionalmente e com oferta insuficiente, sobretudo de serviços na média complexidade. São escassos os estudos que investigam a atuação dos COSEMS no processo de regionalização, mas são atores estratégicos na construção cotidiana desse processo junto aos municípios (SHIMIZU *et al.*, 2017).

Os conselhos de saúde também são percebidos como atores importantes para participar das tomadas de decisões no âmbito das regiões de saúde, contudo, é apontada a necessidade de chamá-los, de forma mais enfática, para essa arena, pois sua participação é bastante tímida no âmbito das regiões de saúde, visto que o foco principal ainda são os municípios ou o estado (SHIMIZU *et al.*, 2017).

## **1.2 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE**

O conceito dos consórcios intermunicipais é antigo: o primeiro foi implantado na região de Bauru, Estado de São Paulo, Brasil, em 1960, e estava voltado para a promoção social (BASTOS, 1998). Na área da saúde, os consórcios intermunicipais são mais recentes. O primeiro surgiu em 1986, também no Estado de São Paulo, na região de Penápolis (MENDES, 1996).

O Ministério da Saúde (MS) em 1998 apoiou a implantação de consórcios, avaliando a parceria entre os municípios como capaz de potencializar a atenção à saúde. Dentro desta lógica, os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) foram sendo implantados nos estados brasileiros. A sanção presidencial da *Lei n. 11.107* em 6 de abril de 2005, enfatizou a importância dos consórcios como mecanismo de governança regional, favorecendo novas soluções em gestão pública, normatizando de modo inédito no país a figura do governo regional. Com isso, muitos consórcios constituídos inicialmente como entes privados iniciaram medidas para sua conversão em entes públicos (BRASIL, 2005).

A previsão constitucional de que as políticas de saúde, no Brasil, devem se organizar em um sistema único de saúde, capaz de oferecer assistência integral à população, impôs aos entes federativos - dotados de autonomia político-administrativa e naturalmente desiguais entre si – o desafio de atuarem em rede, mediante um conjunto de ações e serviços de saúde interdependentes em especialidades, complexidades, conhecimentos e tecnologias (SANTOS, 2013).

Para garantir a configuração de rede integrada, regionalizada e hierarquizada, que se organiza de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, os entes federativos precisam adotar métodos e instrumentos de gestão intergovernamental que viabilizem o compartilhamento de decisões entre eles, o planejamento integrado e o financiamento tripartite (SANTOS, 2013).

O consórcio público é uma tecnologia jurídico-institucional projetada para viabilizar a ação pública em rede que une e integra entes federativos autônomos na realização de atividades e projetos de interesse comum. Ele pode facilitar o planejamento local e regional em saúde; viabilizar o investimento financeiro integrado e contribuir para a superação de desafios locais no processo de implementação do SUS (BRASIL, 2014).

A instituição de um consórcio público pode favorecer o planejamento intergovernamental; permitir a articulação das políticas públicas entre os entes federativos; minimizar a fragmentação e racionalizar os investimentos realizados pela União, estados e municípios, especialmente na implementação de projetos e atividades onde é impossível soluções estritamente municipais, como é o caso da saúde (BRASIL, 2014).

Os municípios envolvidos estruturam sua rede de acordo com a sua capacidade e reduzem a sua capacidade ociosa, otimizando seus serviços e a referência de pacientes entre municípios. Na sua relação com o setor privado observam-se efeitos regulatórios importantes na formação de preços e na ampliação do poder de barganha dos governos locais. Os resultados políticos da cooperação favorecem a sustentabilidade de muitos

consórcios. Os consórcios de saúde disputam, na arena política, o protagonismo como solução organizacional e geram debates e disputas quando são apresentados para resolver problemas locais da política setorial (NEVES, 2006).

As diretrizes do processo de regionalização, com a NOAS, preenchem algumas lacunas existentes, mesmo para o caso dos consórcios. A explicitação de responsabilidades, em nível de governo, na garantia do acesso aos serviços pela população referenciada e a transparência dos recursos financeiros destinados a essa finalidade, facilitarão as relações entre municípios, por vezes conflituosas neste nível (NEVES, 2006).

### **1.3 REGULAÇÃO EM SAÚDE**

O termo regulação está associado aos atos de regulamentar, ordenar, sujeitar a regras e relacionado à satisfação do usuário quanto ao atendimento de suas necessidades. A regulação em saúde vem tomando espaço por se configurar como uma importante ferramenta para transpor desafios que acometem SUS desde a sua criação (OLIVEIRA; ELIAS, 2012). Está relacionada à função do Estado de ordenar a distribuição de recursos, bens e serviços de saúde, ou seja, está atrelada à superação de problemáticas tais como na oferta de serviços de saúde (OLIVEIRA; ELIAS, 2012; ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

No SUS, a regulação teve um olhar inicialmente mais direcionado para os mecanismos de controle e avaliação e, posteriormente, direcionado para os mecanismos assistenciais. Desde 2008, a Política Nacional de Regulação em Saúde (PNRS) traz como definição de Regulação da Atenção à Saúde a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a regulação do acesso à assistência, além do controle da oferta de serviços e ações de monitoramento, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS. É exercida por toda a rede de saúde e tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto (BATISTA, 2019).

A Regulação do Acesso à Assistência, derivada dessa, pode ser denominada regulação do acesso ou regulação assistencial aquela modalidade de regulação que tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos. Por fim, a PNRS normatizou a organização, instalação e modo de funcionamento do Complexo Regulador em seus três níveis (municipal, estadual e federal) (BATISTA, 2019).

Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde podem ser operados em módulos, como o módulo de regulação de internações hospitalares eletivas, o módulo de regulação de internações de urgência e emergência, o módulo de regulação de consultas e exames especializados, o módulo de cadastro dos estabelecimentos de saúde e outros. Para isso, tem de ter bem estabelecido um perfil de oferta de serviços, o que é feito por um cadastro dos serviços que constituem as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2015).

Nas RAS de base territorial, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde devem estar organizados em módulos integrados por territórios locais, microrregionais, macrorregionais, estaduais e, em algumas redes, interestaduais (MENDES, 2015).

A função de regulação é entendida como estratégia em estreita interface com o planejamento, o controle, a avaliação e com os diversos níveis de complexidade da assistência, buscando garantir a assistência integral aos usuários do SUS. A regulação é um dos instrumentos de gestão que viabiliza o ordenamento da relação dos usuários com os prestadores de saúde (MENDONÇA, 2006). Assim, os marcos conceituais da regulação em saúde delimitam claramente a regulação de acesso dos usuários aos serviços assistenciais, trazendo, também, a noção de complexos reguladores (SILVA, *et al.*, 2012).

A regulação assistencial é um ponto essencial na articulação das RAS. Por essa razão, os sistemas de atenção à saúde que se (des) organizam de forma fragmentada, impossibilitam uma regulação assistencial consequente. A função de regulação assistencial nas RAS é imputada a um centro de comunicação que por meio de uma inteligência regulatória ordena os fluxos e contrafluxos da assistência nos pontos de atenção à saúde, nos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, nos sistemas de assistência farmacêutica e nos sistemas logísticos (MENDES, 2015).

A regulação assistencial nas RAS tem como objetivo geral garantir a atenção no lugar certo, no tempo certo, com o custo certo e com a qualidade certa. Esse objetivo geral se desdobra nos seguintes objetivos específicos: qualificar a demanda por serviços de saúde, quantitativa e qualitativamente; qualificar a oferta de serviços de saúde, quantitativa e qualitativamente; e ajustar a capacidade de oferta à demanda pelos serviços de saúde. Portanto, a regulação assistencial deve se organizar nos dois polos da atenção à saúde, no polo da oferta e no polo da demanda por serviços de saúde. Somente quando isso ocorre, é possível chegar-se a uma regulação assistencial efetiva e eficiente. Além disso, há que se racionalizarem os sistemas logísticos (MENDES, 2015).

Esses conceitos buscam articular e integrar as ações de regulação, controle, avaliação e auditoria da produção de bens e serviços em saúde, visualizando-as, de fato, como ações mediatas, oportunas e facilitadoras das ações fins da atenção à saúde, no sentido de efetivação da universalidade e equidade do acesso, da resolubilidade e da integralidade do cuidado, ou seja, como ações que, de certa forma, ajudem a criar as condições para uma atenção à saúde pautada pelas demandas, necessidades e direitos de usuários cidadãos (SILVA, *et al.*, 2012).

A regulação assistencial pode ser entendida como um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles, requerendo o estabelecimento de estratégias com base científica, assim como do aporte de recursos humanos, materiais e financeiros para a adequação da oferta, instituindo, ampliando ou remanejando, conforme as necessidades de saúde da população. Portanto, diz respeito à gestão do processo de regulação do acesso (BRASIL, 2008).

Já a regulação do acesso é entendida como o estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime. Portanto, diz respeito aos mecanismos técnicos utilizados para garantir o acesso às ações e serviços de saúde, como por exemplo, os protocolos clínicos e os protocolos de regulação, bem como a definição das linhas de cuidado e dos fluxos assistenciais, orientando o melhor acesso do usuário, baseado em suas necessidades (BRASIL, 2008).

Refletindo-se na perspectiva do fortalecimento da capacidade gestora de Estados e municípios, na organização das redes de serviços de saúde e no planejamento das ações, verifica-se que a regulação em saúde, na maioria das vezes, não ocorre de forma eficaz ou contextualizada, levando ao não cumprimento das referências pactuadas e, conseqüentemente, aos obstáculos como as barreiras físicas e burocráticas do acesso da população às ações e serviços (SILVA, *et al.*, 2012).

Considerando a necessidade de estabelecer uma política nacional de regulação assistencial, foi indispensável desenvolver um sistema informatizado para apoiar as atividades dos complexos reguladores. Dessa forma, em 2001, a Secretaria de Assistência à Saúde, em parceria com o Datasus, desenvolveu o Sistema Nacional de Regulação - SISREG, que é um sistema de informação para apoiar os gestores na função de regulação do acesso (CONASS, 2011a).

O SISREG é um sistema de informações *on-line* disponibilizado pelo Datasus para o gerenciamento e operação das centrais de regulação. É um programa (software) que

funciona por meio de navegadores instalados em computadores conectados à Internet. O Sisreg é composto por dois módulos independentes: a Central de Marcação de Consultas (CMC) e a Central de Internação Hospitalar (CIH) (CONASS, 2011b).

Esse sistema, de utilização não obrigatória pelos estados e municípios, passou a ser implantado nas secretarias que o solicitassem, tendo sua manutenção assegurada pelo próprio Datasus. A Secretaria de Atenção à Saúde definiu o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) como instrumento de referência para disponibilização pública e gratuita e facultou a utilização de outros sistemas pelos diversos entes federados, desde que para isso não houvesse qualquer apoio financeiro do Ministério da Saúde (CONASS, 2011b).

#### **1.4 A IMPLANTAÇÃO DA REGULAÇÃO EM SANTA CATARINA**

A nova organização gerencial e administrativa da Política de Saúde do Estado de Santa Catarina é composta por 16 Regiões de Saúde, conforme Deliberação nº 348, de 30 de agosto de 2012, coincidentes com as atuais 16 Comissões Intergestores Regionais (CIR), aprovadas na Deliberação nº 457, 08 de novembro de 2012.

Entretanto preservou-se a estrutura das 09 Macrorregiões do PDR 2008, para proposta das 08 Centrais de Regulação (CRs) de Consultas e Exames e de Internações Hospitalares, considerando o agrupamento das Macrorregiões Norte e Nordeste, objetivando otimizar recursos humanos, financeiros e de infraestrutura.

O Plano de organização proposto foi apresentado e discutido em reuniões de trabalho, desde setembro de 2012, com áreas envolvidas das Superintendências de Serviços Especializados e Regulação (SUR) e de Planejamento e Gestão (SUG) da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC) bem como com apoio técnico do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina – COSEMS/SC.

E nos dias 29 e 30 de janeiro de 2013, foi discutido na íntegra em Oficina de Trabalho, com a participação da Coordenação Geral de Regulação e Avaliação – DRAC/SAS/MS, de representantes do COSEMS, do Complexo Regulador de Florianópolis e de diversas áreas da SES, que aprovaram a regionalização das Centrais de Regulação bem como o número e o escopo das CRs.

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 179ª reunião ordinária do dia 22 de agosto de 2013 delibera com as considerações a seguir a criação das Centrais de Regulação no Estado de Santa Catarina.

Considerando a Política Nacional de Regulação instituída pela Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, que prevê a operacionalização da regulação do acesso por meio de Centrais de Regulação, visando oferecer ao sistema uma capacidade de responder às demandas e às necessidades de saúde de seus usuários nas diversas etapas do processo assistencial de forma rápida, qualificada integral, universal e gratuita.

Considerando a necessidade de organizar a demanda e regular o acesso das solicitações de urgências, internações hospitalares, consultas especializadas e exames no Estado de Santa Catarina, criando instrumentos para organizar a oferta conforme necessidade, estabelecer competências, fluxos e responsabilidades, racionalizando a utilização dos recursos disponíveis e garantindo o acesso do cidadão a todos os níveis de atenção à Saúde. Considerando a necessidade obrigatória de regular consultas, exames especializados, internações hospitalares eletivas e de urgências, para garantir o incentivo financeiro das Redes de Atenção à Saúde.

Após essa deliberação e a implantação das Centrais de Regulação Macrorregionais, foram organizando os fluxos de atendimentos e encaminhamentos aos serviços especializados e posteriormente implantado as Centrais de Regulação em cada Município do estado.

Seguindo instruções da Câmara Técnica de Gestão da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que ocorreu no dia 07/02/2013, foram readequados o texto e as tabelas da versão preliminar do Plano, conforme encaminhamentos registrados em Ata, sendo aprovado no dia 21/02/2013, conforme Deliberação nº 40/CIB/2013, com a exclusão de dois Capítulos, Custeio e Impacto financeiro, que foram discutidos em inúmeras reuniões, junto a gestores estaduais e municipais, derivando em nova estrutura organizacional, conforme Deliberação nº 370/CIB/13 de 22/08/13.

É importante destacar que, por meio desta Deliberação definiram-se as seguintes pactuações: a) alterado o escopo estabelecido para organização das Centrais de Regulação Macrorregionais nos Capítulos 3 e 6 do Plano Estadual de Organização das Centrais de Regulação; b) estabelecida a organização de **08 Centrais de Regulação Macrorregionais de Internações Hospitalares e de Urgências**, *sob gestão estadual, operacionalizadas no mesmo espaço físico*, e **08 Centrais de Regulação Macrorregionais de Consultas e Exames**, *sob gestão municipal*; e c) definida a criação de uma Comissão para discutir e elaborar proposta de operacionalização das Centrais de Regulação Macrorregionais.

Outro avanço se refere à força tarefa do Governo para lançamento da **Medida Provisória nº 190, de 28/08/2013**, viabilizando a criação das Centrais de Regulação de Internações Hospitalares e de Consultas e Exames no Estado de Santa Catarina e concedendo recurso financeiro, de aproximadamente R\$ 3,7 milhões à Secretaria de Estado da Saúde, destinado ao custeio mensal destas Centrais de Regulação. E, ainda a **Medida Provisória nº 191, de 28/08/2013**, garantindo incentivo financeiro aos Municípios do Estado, correspondente a R\$ 0,30 mês por habitante, para realização de consultas e exames de média e alta complexidade relativos às especialidades definidas como linhas de cuidados prioritárias.

Estas Medidas provisórias tramitaram na Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina como Projeto de Conversão em Lei e no dia 22/10/13 foram expedidas através do Of. n.494/13, pela Coordenadoria de Expediente, ao Governador do Estado para a Sanção.

O processo de implantação/implementação das Centrais de Regulação no Estado de Santa Catarina está em movimento e a previsão do seu funcionamento pleno, se dará após a operacionalização das Centrais de Regulação Macrorregionais.

Nas Macrorregiões do Nordeste e Planalto Norte, foi estruturada na 23ª Gerência Regional de Saúde de Joinville, a primeira Central de Regulação Macrorregional de Internações Hospitalares, iniciando as atividades no dia 03/06/13, com a regulação de leitos de UTI e de cuidados prolongados qualificados no Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências. E, a partir de 01/09/13, em funcionamento 24 horas, regulando **100% das internações hospitalares**, inclusive com o cadastro no SISREG das faixas numéricas de AIH's, a partir da cota dos 7%, de toda Macrorregião.

Também está previsto, a partir de 01/11/13, o funcionamento da Central de Regulação de Internações Hospitalares da Macrorregião da Grande Florianópolis, sendo que já foram capacitados 99 usuários da região no módulo hospitalar do sistema SISREG e realizadas visitas técnicas nas Unidades Hospitalares para conscientização e divulgação das ações regulatórias, por meio de palestras e entrega de folders.

A implantação das Centrais de Regulação de Internações Hospitalares vem sendo priorizadas nestas Macrorregiões, para garantir o incentivo de financiamento e custeio provenientes do Ministério da Saúde, por meio da aprovação dos Planos de Ação da Rede de Atenção às Urgências, conforme Portarias MS nº 2.011 de 14/09/12 e nº 2.541 de 08/11/12.

Santa Catarina foi então o primeiro estado do país a implantar em todos os seus municípios o sistema de regulação para todos os procedimentos de média e alta complexidade, sendo referenciada aos demais estados por excelência no trabalho executado em conjunto com o Ministério Público.

Com a publicização das filas de espera os gestores tanto municipais quanto estaduais puderam perceber a real necessidade vinda dos municípios visualizando as filas de espera reais de cada local. Sendo assim os recursos direcionados aos municípios atendem a real necessidade da saúde da população. E a população tem acesso a situação das solicitações.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a incorporação das centrais de regulação nos procedimentos eletivos de média e alta complexidade inseridos nos consórcios intermunicipais de saúde do Sul de Santa Catarina.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil dos profissionais que estão na gestão das Comissões Intergestores Municipais e dos Consórcios intermunicipais de Saúde.
- Identificar a percepção dos gestores a respeito das políticas instituídas pelos consórcios e centrais de regulação na região macro sul em Santa Catarina.
- Descrever a forma de registro da produção dos procedimentos eletivos de média e alta complexidade nos consórcios intermunicipais de saúde.

### 3 MÉTODOS

#### 3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem mista.

Na pesquisa descritiva realiza-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador. São exemplos de pesquisa descritiva as pesquisas mercadológicas e de opinião. A finalidade da pesquisa descritiva é observar, registrar e analisar os fenômenos ou sistemas técnicos, sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos (BARROS; LEHFELD, 2007).

Nesse tipo de pesquisa não pode haver interferência do pesquisador, que deverá apenas descobrir a frequência com que o fenômeno acontece ou como se estrutura e funciona um sistema, método, processo ou realidade operacional. O processo descritivo visa à identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo. Esse tipo de pesquisa pode ser entendida como um estudo de caso onde, após a coleta de dados, é realizada uma análise das relações entre as variáveis para uma posterior determinação do efeitos resultantes em uma empresa, sistema de produção ou produto (PEROVANO, 2014).

As abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e seguimentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos. Este tipo de método tem um fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referente a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo de estudo. Por isso, é também utilizado para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias (MINAYO, 2008).

### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado na região macro Sul de Santa Catarina, incluindo as regiões da AMESC, AMREC e AMUREL.

#### 1.1 POPULAÇÃO EM ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram os representantes legais de cada consórcio intermunicipal de saúde e gestores municipais representantes da Comissão Intergestores Regional – CIR das regiões de saúde estudada, totalizando 6 participantes na pesquisa.

##### 1.1.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no presente estudo os representantes legais de cada consórcio intermunicipal de saúde e gestores municipais representantes da Comissão Intergestores Regional – CIR.

##### 1.1.2 Critérios de Exclusão

Não fizeram parte da pesquisa participantes que estavam afastados de suas funções durante a coleta de dados, por motivos de doenças, licenças ou férias. Excluiu-se o nível de formação como critério de seleção dos participantes.

#### 1.2 COLETA DE DADOS

##### 1.2.1 Procedimentos e logística

A coleta de dados foi realizada por entrevistador capacitado no local de trabalho dos gestores, utilizando uma entrevista semiestruturada. O conteúdo das entrevistas foi gravado em aparelho de áudio, para garantir que não ocorresse a perda de conteúdo das respostas dos gestores. Posteriormente foi analisado com base nas etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação.

### 1.2.2 Instrumento(s) para coleta dos dados

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

Os participantes das entrevistas foram identificados como S1 a S3 e C1 a C3, de acordo com a ordem de realização das entrevistas. Esses indivíduos são informantes-chaves, porque estavam diretamente ligados à tomada de decisão em saúde na região sul de Santa Catarina no período da coleta de dados e implantação das centrais municipais de regulação em todo o estado.

### 1.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após a realização das entrevistas, as informações qualitativas coletadas e posteriormente transcritas foram analisadas por meio do método de condensação de significados (KVALE, 1996). Mediante proposta da análise de conteúdo, foram selecionadas as unidades naturais de análise, por exemplo, trechos das entrevistas relacionados à pergunta da pesquisa que fossem comuns nas falas. Após isso, foram extraídos os temas centrais que se sobressaíram das unidades de análise. Essa tarefa é importante pelo fato de determinar o tópico central das perguntas realizadas na pesquisa por meio das respostas comuns. O conteúdo das entrevistas traz o conjunto de temas centrais dos depoimentos, que contêm unidades de análise com características semelhantes. Esse procedimento permite expressar certa opinião ou posicionamento sobre um tema, considerando os aspectos sociais e culturais (ALCÂNTARA; VESCE, 2009).

A análise de dados quantitativos foi realizada com a dupla digitação dos dados quantitativos no programa Microsoft Excel versão 2010. Para realizar as análises foi utilizado o programa SPSS versão 23.0.

### 1.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC com número de

submissão 051836/2019 e autorização do local onde foi realizada a pesquisa mediante apresentação do projeto e Carta de Aceite, tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos pacientes e a utilização dos dados somente para esta pesquisa científica. Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar da pesquisa, autorizando sua realização por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### 1.5 RISCOS E BENEFÍCIOS

Os benefícios desta pesquisa tanto para a população quanto para os gestores são as sugestões de melhorias no setor de saúde para toda a região.

Os riscos da pesquisa são mínimos, mas pode acontecer a perda da confidencialidade dos dados, no entanto, este risco será amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgados os dados pessoais do participante.



realizaram mestrado em saúde.

Ao serem questionados sobre as características dos consórcios intermunicipais de saúde os representantes das Comissões Intergestores Regional – CIR, todos os representantes informam o uso do consórcio em todos os municípios de sua região, confirmam também a importância do uso do consórcio para a gestão em saúde, que o consórcio auxilia na redução das filas e que poderia ser melhor aproveitado.

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

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

*S3: “A gestão do consórcio precisa correr mais atrás de prestador”.*

66,7% dos gestores informam que os procedimentos que mais utilizam nos consórcios são os exames de média complexidade, 33,3% informam que o que mais usam nos consórcios são as consultas com especialistas. 66,7% dos gestores informam que conhecem as legislações vigentes sobre consórcios intermunicipais de saúde.

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

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

*S3: “Estatuto da instituição e que ele é um consórcio público privado”.*

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

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

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

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

Quando questionados sobre as características da Regulação em saúde os indivíduos representantes das Comissões Intergestores Regional – CIR observa-se que todos os representantes reconhecem a regulação como importante ferramenta de gestão, como afirmam nas falas a seguir:

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

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

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

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

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

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

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

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

Já ao serem questionados sobre a eficiência destas legislações vigentes sobre regulação em saúde que conheciam e utilizavam no dia a dia os mesmos referiram:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*C3: Podem contribuir com políticas coordenadas para toda a região.*

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

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

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

*C3: “Não conheço as leis”.*

Quando questionados sobre os procedimentos que os municípios mais utilizam pela percepção dos gestores dos consórcios intermunicipais de saúde, 66,7% informam que são os exames de média complexidade e 33,3% informam que são as consultas com especialistas.

As características da Regulação em saúde sob a percepção dos indivíduos

representantes dos representantes dos Consórcios Intermunicipais de Saúde - CIS observa-se que todos os representantes reconhecem a regulação como importante ferramenta de gestão.

*C1: “A regulação contribuiu muito o acesso do paciente aos serviços de saúde”.*  
*C2: “Eu acredito que sim, para acabar com o jeitinho que tinha antigamente. Eu acho certo obedecer à fila”.*  
*C3: “Organiza e prioriza as demandas”.*

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

*C1: “Conheço a legislação estadual”.*  
*C2: “Quem lida diretamente com isso ai é a secretaria de saúde, elas que organizam a fila e que dão sequencia”.*  
*C3: “Regulação estadual”.*

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

*C1: “São muito eficientes”.*  
*C2: “A gente ainda não tem um resultado concreto do que tá acontecendo é muito recente ainda.”*  
*C3: “Tem funcionado na medida do possível”.*

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

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

Os dados sobre transparência, série histórica e produção ambulatorial dos municípios sob a percepção dos representantes dos Consórcios Intermunicipais de Saúde -

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

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

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

*C3: “Estamos implementando”.*

## 5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A incorporação de consórcios no âmbito municipal possibilita o aumento da oferta de serviços de maior densidade tecnológica que exijam escala pouco compatível com cada município isoladamente. Os gestores em saúde dos municípios têm maior possibilidade de discutir e atuar sobre os problemas de saúde regionais com maior liberdade para decidir alternativas em conjunto (GERIGK; PESSALI, 2014).

No contexto de restrições orçamentárias na gestão pública e necessidade de ampliação da eficiência do uso dos recursos públicos, associado à complexidade de gestão do SUS em um sistema federalista e com políticas explícitas de descentralização e regionalização, surgem os consórcios públicos enquanto solução organizacional para suprir as necessidades de coordenação e integração entre os entes federativos. Os benefícios dos consórcios são o ganho de escala na prestação de serviços públicos, a racionalidade de processos e de despesas, a realização de projetos conjuntos considerados inviáveis de forma isolada, além do fortalecimento político de regiões até então com pouca representatividade estadual (BALDISSERA, 2015).

Mas para que isso devidamente aconteça, primeiramente percebemos a importância de organizar os consórcios intermunicipais de saúde em conjunto com as secretarias municipais de saúde, partindo das necessidades dos municípios os consórcios conseguiriam dar um suporte adequado. Muitas vezes os municípios tem dificuldades para encontrar prestadores para determinado procedimento e saturação em prestadores de outros procedimentos que não usam com tanta frequência. Essa mudança nas prioridades de prestadores levaria a um consenso com as necessidades dos secretários de saúde e usuários da região de saúde.

As políticas de saúde, por suas características complexas, apresentam aos governantes desafios de operacionalização que muitas vezes perpassam as barreiras geográficas dos municípios. Os consórcios têm autonomia para construir parcerias, planejamento regional e promover a cooperação intergovernamental, superando os limites políticos e administrativos dos municípios, o que é imprescindível para uma abordagem integrativa na saúde (MORAIS; CHAVES, 2016).

Há ganhos evidentes com a adoção dos consórcios intermunicipais de saúde, em especial para os pequenos e médios municípios, e que os governos estaduais podem se apresentar como fortes indutores dessa estratégia. No entanto, um desafio para a efetiva

implementação dos consórcios está na governança dessas organizações, dada a variedade de atores envolvidos nesse processo decisório (FLEXA, 2020).

Os consórcios do Estado do Paraná comprovam que sua formação foi fundamental para a melhoria do acesso a serviços especializados e para a ampliação da cobertura de atendimento (KEINERT; MENEGUZZO, 2006). No caso dos municípios que fazem parte do Consórcios de Saúde da Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí, a aquisição de medicamentos conjunta possibilitou a redução dos custos, garantindo maior oferta de medicamentos e diminuição do desabastecimento do componente da Assistência Farmacêutica Básica, verificada através da redução na média de dias por medicamento em falta e o número de itens em falta (AMARAL, 2011).

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde em Santa Catarina, assim como nos demais estados do país, começaram a ser implantados nos anos 90 e até os dias de hoje evoluíram muito em sua participação e colaboração na gestão da saúde nos municípios. Percebemos nas falas de todos os gestores do estudo que os Consórcios poderiam ser melhor aproveitados e assim como no estudo realizado no Paraná os gestores percebem a melhoria no acesso e atendimento dos pacientes com os Consórcios. Durante as suas falas podemos perceber a necessidade de capacitações para os gestores para melhorar a compreensão dos mesmos a respeito das legislações vigentes sobre os consórcios intermunicipais de saúde, e assim poder compreender melhor suas funções, organização, funcionamento e contribuição para os municípios.

Destaca-se como evidências dos estudos sobre a regionalização no SUS: baixa qualificação e rotatividade dos gestores da saúde, fraca cultura de planejamento dos governos, premência dos interesses político-partidários e clientelistas nas instâncias decisórias e frágil capacidade de liderança das Secretarias Estaduais de Saúde. Contudo, os autores sugerem lacunas na identificação de fatores que contribuem para o sucesso de experiências estaduais e regionais, e que explicam variações desse processo, mesmo em cenários adversos (MELLO *et al.* 2017).

Entretanto, apesar dos benefícios, existem ainda desafios para efetivar a regionalização, tais como as dificuldades para integrar e coordenar as ações e serviços, em diferentes espaços geográficos, com distintas gestões, para atender as necessidades de saúde e demandas da população na escala, qualidade e custos adequados (CONASS, 2011a). Além disso, essa diretriz também implica na fragmentação na prestação de serviços e redução do poder de barganha nos processos de aquisição de materiais e serviços (FLEXA, 2020).

Percebe-se nas falas acima a dúvida dos gestores quanto à eficiência das legislações e a falta de avaliação e monitorização dos setores deliberativos, estadual e governo federal, quanto a eficiência das legislações vigentes sobre regulação em saúde e a necessidade de capacitações aos profissionais de saúde sobre o tema. Há também a necessidade de melhorar a organização das centrais de regulação e consórcios e fiscalização contínua do governo estadual para que os municípios consigam fornecer à população a garantia do acesso aos serviços de saúde, assegurados por leis eficientes.

Com as falas podemos perceber a necessidade dos gestores terem um suporte maior do governo estadual e das regiões de saúde quanto a educação permanente sobre os temas centrais desta pesquisa, visando melhor atendimento a região e a população.

Acreditamos que os processos regulatórios precisam e devem ser pautados sob a égide constitucional que garante não só o direito à saúde, mas o direito à vida. Isto “nos dá oportunidade de sairmos do lugar ordenador, normativo e cartorial para um outro, novo, que nos aproxima da dor, da espera, do cuidado”. Assim, a regulação passa a ser, de fato, centrada no usuário e nas suas reais necessidades (BATISTA, 2019).

Ainda nesta perspectiva, sugerimos que o arcabouço jurídico que pauta a regulação deva estar em contínua integração com as demais políticas de saúde. Tal ação, apesar de caráter simples, pode contribuir sobremaneira para a organização de processos mais integrados, agregando assim, mais qualidade ao processo do cuidar (BATISTA, 2019).

Com as falas referentes a produção ambulatorial dos procedimentos realizados via consórcio pelos municípios podemos identificar a necessidade vinda tanto dos consórcios intermunicipais de saúde quanto dos gestores municipais, de apoio vindos da gestão estadual para a elaboração de protocolos que auxiliem os municípios com a implantação da produção para os municípios solicitantes nos consórcios intermunicipais de saúde e que tais produções não fiquem registradas apenas nas séries históricas dos municípios cedentes dos consórcios como acontecem nos dias atuais na grande parte dos municípios.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Os resultados obtidos apontam uma percepção positiva dos gestores com a regulação e o auxílio que a mesma trouxe aos municípios em relação a continuidade na linha de cuidado e a garantia do acesso aos pacientes com critérios clínicos mais graves. Percebeu-se também os desafios que os municípios encontraram para inserirem suas filas de espera nas centrais de regulação devido a prática que era seguida anteriormente. Os gestores sentem-se mais seguros com o uso da regulação sabendo que estão amparados por leis, porém ainda necessitam melhorias na eficiência e fiscalização das legislações vigentes, vindas do governo estadual e governo federal. Nota-se também a necessidade do município em receberem capacitações e educação continuada sobre tais legislações e gestão.

O estudo teve como limitações a percepção dos gestores dos consórcios intermunicipais de saúde em relação às comissões intergestores regional, sendo assim sugere-se a continuidade nos estudos nesta área tendo em vista seu numero reduzido. E a dificuldade em encontrar material sobre o tema que tenha sido publicado recentemente. O estudo teve como pontos positivos a comprovação das hipóteses levantadas no início da pesquisa. Portanto, é fundamental realizar mais estudos sobre os consórcios intermunicipais de saúde e regulação em saúde em demais regiões de saúde do estado e país que permitam avaliar a existência de viés entre outros gestores entrevistados devido a outras realidades enfrentadas por outros municípios.

## REFERÊNCIAS

- AMARAL, S. M. S.; BLATT, C, R. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 1-3, 2011. Disponível em: [HTTPS://2196.pdf](https://2196.pdf). Acesso em: 27 fev. 2020.
- ALBUQUERQUE, M. S. V. *et al.* Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 223-36, 2013.
- ALCÂNTARA, A. M.; VESCE, G. E. P. As representações sociais no discurso do sujeito coletivo no âmbito da pesquisa qualitativa. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 8., 2008, Curitiba. **Anais...** Curitiba: PUCPR, 2009. p. 2208- 2220. Disponível em: . Acesso em: 6 fev. 2019.
- BALDISSERA DS. **Consórcios Públicos Intermunicipais no Brasil: Panorama após os 10 anos da Lei 11.107/2005** [dissertação]. Rio de Janeiro: FGV; 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de A. Rego e A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2006.
- BARROS, Aidil Jesus Paes de; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. Fundamentos de metodologia: um guia para a iniciação científica. São Paulo: McGraw-Hill, 2007. 132 p.
- BASTOS FA, Misoczky M. **Avançando na implantação do SUS: consórcios intermunicipais de saúde**. Porto Alegre: Editora Dacasa; 1998.
- BATISTA, Sandro Rodrigues *et al* . O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2043-2052, Jun. 2019 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000602043&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602043&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 Nov. 2019.
- BRASIL Secretaria de Políticas de Saúde e de Avaliação, Ministério da Saúde. **O consórcio e a gestão municipal em saúde**. 2. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde e de Avaliação, Ministério da Saúde; 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Consórcios Públicos Intermunicipais, no âmbito do SUS Aspectos Básicos**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/25/11.Consorcios-Publicos-Intermunicipais-set2016.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2020.
- CARVALHO G. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, o 1-22, 2013. Disponível em: 02.pdf. Acesso em: 26 fev. 2020.

Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES). **Nota pública sobre cobertura universal em saúde**, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/08/nota-consulta-publica-cobertura-universal-da-saude-da-omsopas-no-brasil>. Acesso em: 27 fev. 2020.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Regulação em Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2007. p. 1-74.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Regulação em Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2011a.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS; 2011b.

DOURADO, Elias. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011

DUARTE, Ligia Schiavon *et al.* Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 472-485, June 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000200472&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200472&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 26 fev 2020.

FERRAES AMB, Cordoní Júnior L. Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 475-486, 2007. Disponível em:.

FLEXA, Raquel Gonçalves Coimbra; BARBASTEFANO, Rafael Garcia. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 325-338, Jan. 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000100325&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100325&lng=en&nrm=iso). Acesso em :11 fev. 2020.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila

FORTIER, C. C. **Contribuições da Central Estadual de Regulação do SUS - CRESUS no acesso aos serviços públicos de saúde no Estado do Ceará**. Monografia (Especialização em Economia e Gestão em Saúde Pública) - Universidade Federal do Estado do Ceará, Fortaleza, 2006.

GERIGK, H.; PESSALI, H. F. A promoção da cooperação nos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Paraná. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 6, p. 1525-1543, 2014.

Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MCS Minayo, organizadora. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes; 2002. p. 67-80.

KEINERT, T. M.; MENEGUZZO, M. R. T. C. **Inovação e cooperação intergovernamental: microrregionalização, consórcios, parcerias e terceirização no setor saúde**. São Paulo: Annablume; 2006.

KEMPER, Elisandréa Sguario *et al.* Cobertura universal em saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, p. e1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.1>. Acesso em: 26 fev. 2020.

KUSCHNIR R, Chorny A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

KVALE, S. **Interviews: an introduction to qualitative research interviewing**. Thousand Oaks: Sage, 1996.

LEAL, Eliane Maria Medeiros *et al.* Razões para a expansão de consórcios intermunicipais de saúde em Pernambuco: percepção dos gestores estaduais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 128-142. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180956>. Acesso em: 26 fev. 2020.

MELLO GA, Pereira APCM, Uchimura LYT, Iozzi FL, Demarzo MMP, Vianna ALA. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 22, 4, p. 1291-1310, 2017.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 1996.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.

MENDES EV. **A construção social da atenção primária à saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 2015.

MENDONÇA, C. S; REIS, A. T; MORAES, J.C. (Org.). **A política de regulação do Brasil**. Brasília, DF: Opas, 2006. 116p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11.ed São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.4

MORAIS, V. S.; CHAVES, A. P. L. Percepção dos gestores municipais de saúde relacionada à saúde ambiental: consórcio intermunicipal de saúde Cerrado Tocantins Araguaia. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 349-360, 2016.

MOZZATO, Anelise Rebelato; GRZYBOVSKI, Denize. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, 2011. Disponível em: [a10v15n4.pdf](#). Acesso em: 26 fev. 2020.

NEVES, Luiz Antônio; RIBEIRO, José Mendes. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.10, p. 2207-2217, 2006. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2006.v22n10/2207-2217/pt/#ModalArticles>. Acesso em: 26 fev. 2020.

OCKE-REIS, Carlos Octávio. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2035-2042, June 2018

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000602035&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602035&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 29 Nov. 2018.

OLIVEIRA, Robson Rocha de; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, n. 3, p. 571-576, June 2012 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000300020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300020&lng=en&nrm=iso).; Acesso em: 05 Mar. 2019. .

OUVERNEY, Assis Mafort; RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v.22, n. 4, p. 1193-1207, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.03002017>. Acesso em: 29 Jan. 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Acesso em: 29 nov. 2018.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Trad. de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1281-1289, 2017.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Rede Interfederativa de Saúde. In: DA SILVA, Silvio Fernandes (Org.). **Redes de Atenção à Saúde: Desafios da Regionalização no SUS**. Campinas (SP): Saberes Editora, 2013, p.35-74.

SHIMIZU, Helena Eri et al. O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1131-1140, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28232016>. Acesso em: 27 fev. 2020.

SILVA, Maria Verônica Sales da et al . Avaliação do Acesso em Saúde na 2ª Microrregião de Saúde, CE. **Saúde e Sociedade**, São Paulo , v. 21, supl. 1, p. 107-116, Maio 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000500009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 ago. 2018. .

TEIXEIRA, L.; MACDOWELL, M. C.; BUGARIN, M. **Incentivos em consórcios intermunicipais de saúde: uma abordagem de teoria dos contratos**. Brasília: UNB; 2002.

VIANA, A. L. A. et al. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018.

**APÊNDICE(S)**

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL  
CATARINENSE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO,  
PESQUISA E EXTENSÃO  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
SAÚDE COLETIVA**



**MESTRADO PROFISSIONAL**

**ÁREA CONCENTRAÇÃO:  
GESTÃO DO CUIDADO E EDUCAÇÃO EM  
SAÚDE**

A entrevista será utilizada com a finalidade de desenvolver o projeto de pesquisa de Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, intitulada: **“Procedimentos de média e alta complexidade, a relação entre os consórcios intermunicipais de saúde e as centrais de regulação”**. Eu, Letícia Klima Felipe (mestranda), juntamente com a Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lisiane Tuon Bitencourt, voltamos a reiterar nosso agradecimento, pela sua disponibilidade de contribuir, para que este trabalho seja desenvolvido e que juntos, somemos forças na verdadeira efetivação do SUS.

Nº  
Entrevista: \_\_\_\_\_

**Questionário Consórcio Intermunicipal de Saúde**

	<b>CODIFICAÇÃO</b> (Preenchido pelo entrevistador)
<b>BLOCO A – INFORMAÇÕES PESSOAIS</b>	
A1. Qual sua idade?__ __ anos.	A1. _____
A2. Sexo:  (0) Masculino. (1) Feminino.	A2. _____

<p><b>A3.</b> Pertence a qual município?</p> <p>R: _____</p>	<p><b>A3.</b> _____</p>
<p><b>A4.</b> A qual região de saúde o consórcio que você trabalha pertence?</p> <p>(1) AMESC      (2) AMREC      (3) AMUREL</p>	<p><b>A4.</b> _____</p>
<p><b>A5.</b> Grau de Instrução:</p> <p>(0) Ensino Fundamental Completo.  (1) Ensino Fundamental Incompleto.  (2) Ensino Médio Completo.  (3) Ensino Médio Incompleto.  (4) Graduação Incompleta.  (5) Graduação Completa (especifique a área)  _____</p> <p>(6) Mestrado Incompleto.  (7) Mestrado Completo (especifique a área)  _____</p> <p>(8) Doutorado Completo.  (9) Doutorado Incompleto (especifique a área)  _____</p> <p>(10) Outro (especifique)  _____</p>	<p><b>A5.</b> _____</p>
<p><b>A6.</b> Tempo no cargo em que está?</p> <p>R: _____ (em meses).</p>	<p><b>A6.</b> _____</p>
<p><b>A7.</b> Já foi gestor público anteriormente?</p> <p>(0) Sim, na área da saúde.  (1) Sim, mas em outra área.  (2) Não, nunca fui gestor (<i>Atenção: respondeu não, vá para a questão A10</i>)</p>	<p><b>A7.</b> _____</p>
<p><b>A8.</b> A experiência anterior de gestor exerceu:</p> <p>(0) No município atual.  (1) Em outro município.  (2) Governo estadual.  (3) Governo federal.</p>	<p><b>A8.</b> _____</p>

<p><b>A8.1</b></p> <p>Em qual função?</p> <p>_____</p>	
<p><b>A9.</b> Quanto tempo de experiência anterior teve na função de gestor público?</p> <p>R: _____ (em meses).</p> <p><i>Atenção: (Respondeu as questões A8 e A9/ vá para a pergunta A11)</i></p>	<p><b>A9.</b>_____</p>
<p><b>A10.</b> Quando soube que ia assumir esta função, buscou orientações:</p> <p>(0) Sim. (1) Não.</p> <p>A10.1. Onde?</p> <p>(0) Formação na área da saúde. (1) Especialização na área da saúde. (2) Cursos de curta duração. (3) Outros _____</p>	<p><b>A10.</b>_____</p>
<b>BLOCO B – CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE</b>	
<p><b>B1.</b> Na sua região de saúde todos os município utilizam o Consórcio Intermunicipal de Saúde?</p> <p>(0) Sim. (1) Não.</p>	<p><b>B1.</b>_____</p>
<p><b>B2.</b> Você conhece as políticas instituídas/ vigentes sobre os consórcios intermunicipais de saúde?</p> <p>(0) Sim. (1) Não.</p> <p>Se sim, Quais?</p> <p>_____</p> <p>_____.</p>	<p><b>B2.</b>_____</p>

<p><b>B3.</b> Você acredita que as políticas instituídas/ vigentes sobre os consórcios intermunicipais de saúde são eficientes?</p> <p>(0) Sim. (1) Não.</p> <p>Se não, justifique: _____ _____ _____ _____.</p>	<p><b>B3.</b>_____</p>
<p><b>B4.</b> Quais procedimentos os município mais usam através do consórcio intermunicipal de saúde que você administra?</p> <p>(0) Consultas com especialistas. (1) Exames de média complexidade. (2) Exames de alta complexidade. (3) Procedimentos cirúrgicos. (4) Outros: _____</p>	<p><b>B4.</b>_____</p>
<p><b>B5.</b> Você percebe a contribuição dos consórcios intermunicipais de saúde para a melhoria em saúde?</p> <p>(0) Sim. (1) Não.</p>	<p><b>B5.</b>_____</p>
<p><b>B6.</b> Você acha que os consórcios intermunicipais de saúde contribuem para a redução das filas de Espera dos municípios?</p> <p>(0) Sim. (1) Não.</p> <p>Se não, por quê?</p> <p>(0) É burocrático. (1) Não funciona corretamente.</p>	<p><b>B6.</b>_____</p>

<p>(2) Por que não é ágil.  (3) Por que depende de muito investimento de recurso próprio municipal.  (4) Outros:  _____</p>	
<p><b>B7.</b> A oferta de vagas oferecidas pelo Consórcio em procedimentos de média e alta complexidade suprem as necessidades/demanda dos municípios?</p> <p>(0) Sim.  (1) Não.  (2) Suprem em partes.</p> <p>Se não suprem ou suprem em partes, justifique:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____.</p>	<p><b>B7.</b>_____</p>
<p><b>B8.</b> Você acha que os consórcios intermunicipais de saúde poderiam ser mais bem aproveitados?</p> <p>(0) Sim.  (1) Não.</p> <p>Justifique:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____.</p>	<p><b>B8.</b>_____</p>
<b>BLOCO C- REGULAÇÃO EM SAÚDE</b>	
<p><b>C1.</b> Você vê a regulação como uma ferramenta de gestão tanto para os municípios para os consórcios?</p> <p>(0) Sim.  (1) Não.</p> <p>Se sim, de que forma?</p> <p>_____</p>	<p><b>C1.</b>_____</p>

<p>_____</p>	
<p><b>C2. Quais tipos de regulação você conhece?</b></p> <p>(0) Regulação do Acesso.  (1) Regulação Assistencial.  (2) Outras:  _____.</p>	
<p><b>C3. Você conhece as políticas instituídas/ vigentes a respeito de Regulação em saúde?</b></p> <p>(0) Sim  (1) Não</p> <p>Se sim, Quais?  _____  _____  _____.</p>	<p><b>C3.</b> _____</p>
<p><b>C4. Você acredita que as políticas instituídas/ vigentes sobre Regulação em Saúde são eficientes?</b></p> <p>(0) Sim  (1) Não</p> <p>Justifique?  _____  _____  _____.</p>	<p><b>C4.</b> _____</p>
<p><b>C5. Os municípios que utilizam o consórcio estão com os procedimentos de média complexidade inseridos nas Centrais de Regulação?</b></p> <p>(0) Sim  (1) Não</p>	<p><b>C5.</b> _____</p>
<p><b>C6. Você percebeu alguma diferença no uso do consórcio após os municípios inseridos nas filas de espera nas Centrais de Regulação?</b></p> <p>(0) Sim  (1) Não</p>	<p><b>C6.</b> _____</p>

Se sim, qual?	
<p><b>C7.</b> Em relação à organização da assistência à saúde, você percebe a continuidade na linha de cuidado no acesso dos pacientes?</p> <p>(0) Sim (1) Não</p> <p><b>C7.1:</b> Se sim, de que forma?</p> <p>(0) Garantindo o acesso ao paciente. (1) Diminuindo o tempo espera dos pacientes em filas. (2) Priorizando os pacientes com critérios clínicos mais graves. (3) Fazendo com que os pacientes esperem mais tempo nas filas de espera. (4) Outras, descrever: _____.</p>	<b>C7.</b> _____
<b>BLOCO D - TRANSPARÊNCIA</b>	
<p><b>D1.</b> Existem meios de divulgação da transparência implantados no consórcio?</p> <p>(0) Sim. (1) Sim, mas não são eficientes na totalidade; (2) Não.</p>	<b>D1.</b> _____
<p><b>D2.</b> Você acredita que o sistema utilizado para a transparência conforme solicitado pela Resolução nº 17.066/17 que Dispõe sobre a publicação, na internet, da lista de espera dos pacientes que aguardam por consultas (discriminadas por especialidade), exames e intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos estabelecimentos da rede pública de saúde do Estado de Santa Catarina são eficientes?</p> <p>(0) Sim (1) Não</p>	<b>D2.</b> _____
<p><b>D3.</b> Você percebe problemas em colocar os procedimentos na regulação?</p> <p>(0) Sim (1) Não</p> <p><b>D3.1:</b> Se sim, de que forma poderíamos resolver?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<b>D3.</b> _____

<b>BLOCO E- PRESTAÇÃO DE CONTAS E PRODUÇÃO MUNICIPAL</b>	
<p><b>E1.</b> Os procedimentos de média e alta complexidade ficam registrados na série histórica dos municípios solicitantes das consultas/ procedimentos?</p> <p>(0) Sim (1) Não</p> <p>Se não, o município já está analisando a implementação?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<b>E1.</b> _____
<p><b>E2.</b> A produção ambulatorial das consultas / procedimentos executados por prestadores consórcios intermunicipais de saúde são processadas pelos municípios solicitantes?</p> <p>(0) Sim (1) Não</p>	<b>E2.</b> _____
<b>Muito Obrigado, sua contribuição foi muito importante!</b>	

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO AMREC



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL  
CATARINENSE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO,  
PESQUISA E EXTENSÃO  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
SAÚDE COLETIVA



MESTRADO PROFISSIONAL

ÁREA CONCENTRAÇÃO:  
GESTÃO DO CUIDADO E EDUCAÇÃO EM  
SAÚDE

A entrevista será utilizada com a finalidade de desenvolver o projeto de pesquisa de Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, intitulada: **“Procedimentos de média e alta complexidade, a relação entre os consórcios intermunicipais de saúde e as centrais de regulação”**. Eu, Letícia Klima Felipe (mestranda), juntamente com a Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lisiane Tuon Bitencourt, voltamos a reiterar nosso agradecimento, pela sua disponibilidade de contribuir, para que este trabalho seja desenvolvido e que juntos, somemos forças na verdadeira efetivação do SUS.

Nº Entrevista:

Questionário Comissão de Intergestores Regional (CIR) - AMREC

	CODIFICAÇÃO (Preenchido entrevistado)
<b>BLOCO A – INFORMAÇÕES PESSOAIS</b>	
A1. Qual sua idade?	A1. _____
A2. Sexo:  (1) Masculino. (1) Feminino.	A2. _____
A3. Pertence a qual município?	A3. _____

R: _____.	
<p><b>A4.</b> A qual Comissão de Intergestores Regional (CIR) você pertence:</p> <p>(1) AMESC      (2) AMREC      (3) AMUREL</p>	<p><b>A4.</b> _____</p>
<p><b>A5.</b> Grau de Instrução:</p> <p>(11) Ensino Fundamental Completo.  (12) Ensino Fundamental Incompleto.  (13) Ensino Médio Completo.  (14) Ensino Médio Incompleto.  (15) Graduação Incompleta.  (16) Graduação Completa (especifique a área).  (17) Mestrado Incompleto.  (18) Mestrado Completo (especifique a área)  (19) Doutorado Completo.  (20) Doutorado Incompleto (especifique a área)  (21) Outro (especifique)</p>	<p><b>A5.</b> _____</p>
<p><b>A6.</b> Tempo no cargo de gestor na saúde? Em qual esfera?</p> <p>R: _____.</p>	<p><b>A6.</b> _____</p>
<p><b>A7.</b> Já foi gestor público anteriormente?</p> <p>(0) Sim, na área da saúde.  (1) Sim, mas em outra área.  (2) Não, nunca fui gestor (<i>Atenção: respondeu não, vá para a questão A10</i>)</p>	<p><b>A7.</b> _____</p>
<p><b>A8.</b> A experiência anterior de gestor exerceu:</p> <p>(0) No município atual.  (1) Em outro município.  (2) Governo estadual.  (3) Governo federal.</p> <p><b>A8.1</b></p> <p>Em qual função?</p> <p>_____</p>	<p><b>A8.</b> _____</p>

<p><b>A9.</b> Quanto tempo de experiência anterior teve na função de gestor público?</p> <p>R: _____ (em meses).</p> <p><i>Atenção: (Respondeu as questões A8 e A9/ vá para a pergunta A11)</i></p>	<p><b>A9.</b> _____</p>
<p><b>A10.</b> Quando soube que ia assumir esta função, buscou orientações:</p> <p>(0) Sim. (1) Não.</p> <p>A10.1. Onde?</p> <p>(4) Formação na área da saúde. (5) Especialização na área da saúde. (6) Cursos de curta duração. (7) Outros _____</p>	<p><b>A10.</b> _____</p> <p><b>A10.1:</b> _____</p>
<b>BLOCO B – CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE</b>	
<p><b>B1.</b> O seu município e os municípios de sua região utilizam o Consórcio Intermunicipal de Saúde?</p> <p>(0) Sim. (1) Não.</p>	<p><b>B1.</b> _____</p>
<p><b>B2.</b> Você conhece as políticas instituídas/ vigentes sobre os consórcios intermunicipais de saúde?</p> <p>(0) Sim. (1) Não.</p> <p>Se sim, Quais? _____.</p>	<p><b>B2.</b> _____</p>
<p><b>B3.</b> Você acredita que as políticas instituídas/ vigentes sobre os consórcios intermunicipais de saúde são eficientes?</p> <p>(0) Sim. (1) Não.</p> <p>Se não, justifique: _____</p>	<p><b>B3.</b> _____</p>

<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____.</p>	
<p><b>B4.</b> Quais procedimentos o seu município mais usa através do consórcio intermunicipal de saúde?</p> <p>(5) Consultas com especialistas.  (6) Exames de média complexidade.  (7) Exames de alta complexidade.  (8) Procedimentos cirúrgicos.  (9) Outros:_____.</p>	<p><b>B4.</b> _____</p>
<p><b>B5.</b> Você percebe a contribuição dos consórcios intermunicipais de saúde para a melhoria em saúde?</p> <p>(0) Sim.  (1) Não.</p>	<p><b>B5.</b> _____</p>
<p><b>B6.</b> Você acha que os consórcios intermunicipais de saúde contribuem para a redução das filas de espera dos municípios?</p> <p>(0) Sim.  (1) Não.</p> <p>Se não, por quê?</p> <p>(5) É burocrático.  (6) Não funciona corretamente.  (7) Por que não é ágil.  (8) Por que depende de muito investimento de recurso próprio municipal.  (9) Outros: _____.</p> <p>_____.</p>	<p><b>B6.</b> _____</p>
<p><b>B7.</b> A oferta de vagas oferecidas pelo Consórcio em procedimentos de média e alta complexidade suprem as necessidades/demanda dos municípios?</p>	

<p>(0) Sim. (1) Não. (2) Suprem em partes.</p> <p>Se não suprem ou suprem em partes, justifique:</p> <p>_____</p>	<p><b>B7.</b> _____</p>
<p><b>B8.</b> Você acha que os consórcios intermunicipais de saúde poderiam ser melhor aproveitados?</p> <p>(0) Sim. (1) Não.</p> <p>Justifique:</p> <p>_____</p> <p>—</p>	<p><b>B8.</b> _____</p>
<b>BLOCO C- REGULAÇÃO EM SAÚDE</b>	
<p><b>C1.</b> Você vê a regulação como uma ferramenta de gestão?</p> <p>(0) Sim. (1) Não.</p> <p>Se sim, de que forma?</p>	<p><b>C1.</b> _____</p>
<p><b>C2.</b> Quais tipos de regulação você conhece?</p> <p>(3) Regulação do Acesso. (4) Regulação Assistencial. (5) Outras:</p> <p>_____</p> <p>—</p>	<p><b>C2.</b> _____</p>
<p><b>C3.</b> Você conhece as políticas instituídas/ vigentes a respeito de Regulação em saúde?</p> <p>(0) Sim. (1) Não.</p> <p>Se sim, Quais?</p>	<p><b>C3.</b> _____</p>
<p><b>C4.</b> Você acredita que as políticas instituídas/ vigentes sobre Regulação em Saúde</p>	

<p>são eficientes?</p> <p>(0) Sim. (1) Não.</p> <p>Justifique?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>C4.</b> ____</p>
<p><b>C5.</b> No seu município todos os procedimentos de média e alta complexidade estão inseridos nas Centrais de Regulação?</p> <p>(0) Sim. (1) Não.</p>	<p><b>C5.</b> ____</p>
<p><b>C6.</b> Você teve alguma dificuldade como gestor em inserir as filas de espera nas Ce de Regulação?</p> <p>(0) Sim. (1) Não.</p>	<p><b>C6.</b> ____</p>
<p><b>C7.</b> Em relação à organização da assistência à saúde, você percebe a continuidade na linha de cuidado no acesso dos pacientes?</p> <p>(0) Sim. (1) Não.</p> <p><b>C7.1:</b> Se sim, de que forma?</p> <p>(5) Garantindo o acesso ao paciente. (6) Diminuindo o tempo espera dos pacientes em filas. (7) Priorizando os pacientes com critérios clínicos mais graves. (8) Fazendo com que os pacientes esperem mais tempo nas filas de espera. (9) Outras, descrever:</p> <p>_____.</p>	<p><b>C7.</b> ____</p>
<b>BLOCO D - TRANSPARÊNCIA</b>	
<p><b>D1.</b> Existem meios de divulgação da transparência implantados?</p> <p>(3) Sim. (4) Sim, mas não são eficientes na totalidade; (5) Não.</p>	<p><b>D1.</b> ____</p>

<p><b>D2.</b> Você acredita que o sistema utilizado para a transparência conforme solicitado 17.066/17 que Dispõe sobre a publicação, na internet, da lista de espera dos pacientes que aguardam por consultas (discriminadas por especialidade), exames e intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos estabelecimentos da rede pública de saúde do Estado de Santa Catarina são eficientes?</p> <p>(0) Sim. (1) Não.</p>	<p><b>D2.</b> ____</p>
<p><b>D3.</b> Você percebe problemas em colocar os procedimentos na regulação?</p> <p>(0) Sim. (1) Não.</p> <p><b>D3.1:</b> Se sim, de que forma poderíamos resolver?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>D3.</b> ____</p>
<b>BLOCO E- PRESTAÇÃO DE CONTAS E PRODUÇÃO MUNICIPAL</b>	
<p><b>E1.</b> Os procedimentos de média e alta complexidade ficam registrados na série histórica dos municípios solicitantes das consultas/ procedimentos?</p> <p>(0) Sim. (1) Não.</p> <p>Se não, o município já está analisando a implementação?</p>	<p><b>E1.</b> ____</p>
<p><b>E2.</b> A produção ambulatorial das consultas / procedimentos executados por prestadores dos consórcios intermunicipais de saúde são processadas pelos municípios solicitantes?</p> <p>(0) Sim. (1) Não.</p>	<p><b>E2.</b> ____</p>
<b>Muito Obrigado, sua contribuição foi muito importante!</b>	

**ANEXO (S)**

**ANEXO A - CARTA DE ACEITE**

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E  
EXTENSÃO**

**UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE  
COLETIVA**



**MESTRADO PROFISSIONAL**



**ÁREA CONCENTRAÇÃO:  
GESTÃO DO CUIDADO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

---

**CARTA DE ACEITE**

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em responder o questionário da Instituição (Consórcio Intermunicipal de Saúde da AMREC - CISAMREC), localizado na rua: Avenida Santos Dumont, nº855, Milanese, Criciúma - SC CEP: 88803-200, para o desenvolvimento da Pesquisa intitulada “**A INCORPORAÇÃO DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO NOS PROCEDIMENTOS ELETIVOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: A PERCEPÇÃO DOS GESTORES NA REGIÃO SUL DE SANTA CATARINA**” sob a responsabilidade do Prof. Responsável Lisiane Tuon Generoso Bittencourt e Pesquisador Letícia Klima Felipe do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.

---

Roque Salvan  
Diretor Administrativo CISAMREC

## ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E  
EXTENSÃO  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE  
COLETIVA



MESTRADO PROFISSIONAL

ÁREA CONCENTRAÇÃO:  
GESTÃO DO CUIDADO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**Título da Pesquisa:** “A incorporação das centrais de regulação nos procedimentos eletivos de média e alta complexidade nos consórcios intermunicipais de saúde: a percepção dos gestores na região sul de Santa Catarina”.

**Objetivo:** Analisar a incorporação dos procedimentos de média e alta complexidade inseridos nos consórcios intermunicipais de saúde nas centrais municipais de regulação do Sul de Santa Catarina.

**Período da coleta de dados:** 22/07/2019 a 22/08/2019

**Tempo estimado para cada coleta:** 45 minutos.

**Local da coleta:** A pesquisa será realizada nos locais de trabalho de cada representante legal das instituições propostas para a pesquisa.

**Pesquisador/Orientador:** Lisiane Tuon Bittencourt

**Telefone:** 99985-1739

**Pesquisador/Acadêmico:** Letícia Klima Felipe

**Telefone:** 996287467

Do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional).

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui

orientado (a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

<b>DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA</b>
<p>Após a assinatura do TCLE, o gestor participante responderá um questionário contendo as informações necessárias para a realização da pesquisa Para a coleta dos dados, será utilizado questionário contendo perguntas para obter as informações necessárias para a realização da pesquisa, ou seja, questões demográficas e socioeconômicas, referentes ao acesso e fluxo de encaminhamento e percepção dos indivíduos em relação à qualidade dos atendimentos prestados.</p>
<b>RISCOS</b>
<p>A perda da confiabilidade dos dados se caracterizará como o único risco em participar dessa pesquisa, porém este risco será amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgados os dados dos participantes da pesquisa.</p>
<b>BENEFÍCIOS</b>
<p>Os benefícios da pesquisa serão a melhoria do processo de incorporação dos procedimentos eletivos de média e alta complexidade inseridos nos consórcios de saúde nas centrais municipais de</p>

regulação do Sul de Santa Catarina.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) Letícia Klima Felipe pelo telefone (48) 9 9628 7467 e/ou pelo e-mail leticia\_klima95@hotmail.com.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

<b>ASSINATURAS</b>	
<b>Voluntário(a)/Participante</b>	<b>Pesquisador(a) Responsável</b>
<b>Assinatura</b>	<b>Assinatura</b>
<b>Nome:</b> _____	<b>Nome:</b> _____
<b>CPF:</b> _____._____._____ - ____	<b>CPF:</b> _____._____._____ - ____

Criciúma (SC), ..... de ..... de 2019.

**ANEXO C - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO AO CEP**

UNIVERSIDADE DO EXTREMO  
SUL CATARINENSE - UNESC

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PROCEDIMENTOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, A RELAÇÃO ENTRE AS CENTRAIS DE REGULAÇÃO E OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NA REGIÃO SUL DE SANTA CATARINA.

**Pesquisador:** Lisiane Tuon Generoso Bitencourt

**Versão:** 3

**CAAE:** 13320919.8.0000.0119

**Instituição Proponente:** Universidade do Extremo Sul Catarinense

**DADOS DO COMPROVANTE**

**Número do Comprovante:** 051836/2019

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Informamos que o projeto PROCEDIMENTOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, A RELAÇÃO ENTRE AS CENTRAIS DE REGULAÇÃO E OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NA REGIÃO SUL DE SANTA CATARINA, que tem como pesquisador responsável Lisiane Tuon Generoso Bitencourt, foi recebido para análise ética no CEP Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC em 08/05/2019 às 11:47.