

CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL E SUA PARTICIPAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

INTERMUNICIPAL PUBLIC CONSORTIUM AND ITS PARTICIPATION IN THE HEALTH CARE NETWORK

Marcus Vinicius da Silva Costa

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil
marcuscostaadm@gmail.com

Paulo Roberto Mendonça Silva

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil
paulorms14@hotmail.com

Mirela Castro Santos Camargos

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil
mirelacsc@gmail.com

RESUMO

Objetivo: identificar a percepção dos gestores municipais quanto à prestação de serviços dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Metodologia: pesquisa qualitativa, abrangendo todas as macrorregiões de saúde de Minas Gerais. Foram realizadas entrevistas individuais com roteiro semiestruturado por videoconferência, gravadas, ouvidas na totalidade, transcritas e submetidas à Análise de Conteúdo. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais. Resultado: Participaram do estudo 14 gestores, com idade de 28 a 63 anos, média de 40 anos, sendo 8 do sexo masculino e 6 do sexo feminino. A importância do consórcio para a integração da RAS foi reconhecida pelos participantes, tendo como principais pontos abordados a referência e a contrarreferência. Entretanto, mesmo reconhecendo o valor dos consórcios, muitas vezes esses serviços não são oferecidos da melhor maneira para os pacientes do SUS. Considerações Finais: Foi possível perceber que os consórcios de saúde vão além de uma prestação de consultas e exames da atenção especializada. Eles conseguem participar de vários pontos da Rede de Atenção à Saúde contribuindo para que assim o paciente consiga ter um serviço integral.

Palavras-chave: Consórcio Intermunicipal de Saúde. Sistema Único de Saúde. Integralidade em Saúde.

ABSTRACT)

Objective: To identify the perception of municipal managers regarding the provision of services by Intermunicipal Health Consortia. Methodology: Qualitative research, covering all health macro-regions of Minas Gerais. Individual interviews were conducted via videoconference using a semi-structured script, recorded, listened to in their entirety, transcribed, and subjected to content analysis. Approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Minas Gerais. Result: The study included 14 managers, aged 28 to 63 years, with an average age of 40 years; 8 were male and 6 were female. The importance of the consortium for the integration of the Health Care Network was recognized by the participants, with referral and counter-referral being the main points addressed. However, even recognizing the value of consortia, these services are often not offered in the best way to SUS patients. Final Considerations: It was possible to perceive that health consortia go beyond providing consultations and examinations in specialized care. They are able to participate in various points of the Health Care Network, contributing to ensuring that the patient receives comprehensive care.

Keywords: Intermunicipal Health Consortium. Unified Health System. Integrity in Health.

INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é considerada um modelo organizativo de conjuntos de serviços prestados na atenção primária, secundária e terciária pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, sendo contínua e integral para a população, coordenada pela atenção primária à saúde (APS), realizando intervenções de promoção à saúde, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas. O autor complementa que todos os pontos da rede são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente (Mendes, 2010).

A organização da RAS precisa ser cuidadosamente planejada e implementada, visando a efetividade, eficiência e qualidade dos serviços de saúde que serão prestados aos pacientes. Essa estruturação se baseia em princípios essenciais, como a busca por economia de escala, a garantia de recursos adequados e disponíveis, o foco na qualidade e acessibilidade dos cuidados, além da integração harmoniosa tanto horizontal quanto vertical entre os diferentes níveis de atenção. Além disso, é importante considerar os processos de delimitação de territórios sanitários e a definição clara dos níveis de atenção para assegurar um atendimento mais abrangente e eficaz à população (Mendes, 2010; Mendes *et al.*, 2019).

Uma das estratégias adotadas pelos municípios para viabilizar uma Rede de Atenção à Saúde mais completa foi a participação em Consórcios Intermunicipais de Saúde, respeitando as demandas de saúde, perfil epidemiológico, características geográficas e possibilidade de ofertas de serviços (Lima, 2000). Para Flexa e Barbastefano (2019) a participação dos municípios no consórcio tem como vantagem a estruturação da rede de acordo com a necessidade dos consorciados, otimizando os serviços prestados e referenciando os pacientes quando necessário.

A organização dos consórcios de saúde em áreas com poucos serviços é influenciada por desigualdades territoriais e pela complexa rede de relações, atores e escalas que estruturam o sistema de saúde na região (Carvalho, Silva e Nicoletto, 2025).

Os autores Flexa e Barbastefano (2019) completam que os consórcios são valiosos instrumentos para a implantação e manutenção das políticas públicas, auxiliando nos problemas que acontecem no território municipal. Carvalho, Silva e Nicoletto (2025) demonstram em seu trabalho que os consórcios trazem serviços de assistência à saúde que, se sozinhos, os municípios não conseguem contratar.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi identificar a percepção dos gestores municipais quanto à prestação de serviços dos Consórcios Intermunicipais de Saúde na Rede de Atenção à Saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa na qual foram entrevistados 14 gestores municipais de saúde de Minas Gerais abrangendo todas as macrorregiões de saúde do Estado. As entrevistas ocorreram entre os meses de março e setembro de 2023, após aprovação no comitê de ética.

Como critérios de inclusão, o município deveria estar associado a um consórcio público de saúde que não fosse o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e que a sede do consórcio pertencesse à Macrorregião de Saúde em que está localizado. A exclusão do SAMU se deu porque esses são custeados de forma tripartite (união, estado e municípios), tendo o cuidado para que a percepção do gestor não fosse influenciada pelas questões de financiamento do estado e da união.

Os participantes que aceitaram participar do estudo deveriam ter mais de seis meses de experiência no cargo e informar na videoconferência que estavam cientes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, recebido por e-mail. Os critérios de exclusão dos participantes foram: ter se afastado do cargo ou ausentado no período de realização da pesquisa e ter ficado mais de seis meses sem responder pelo cargo de secretário municipal.

Foram realizadas entrevistas individuais com roteiro semiestruturado por videoconferência, gravadas, ouvidas na totalidade, transcritas e submetidas à Análise de Conteúdo. Essa abordagem possibilita a reinterpretar das mensagens e a obtenção de uma compreensão mais aprofundada de seus significados, indo além da leitura superficial. É uma metodologia e técnica de análise das comunicações, assim, realiza um tratamento da informação contida nas mensagens e possui como referência a produção de inferências para responder diversos tipos de problemas (Bardin, 2010; Minayo, 2013).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, por meio do CAAE: 64560822.9.0000.5149.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o Quadro 1, participaram do estudo 14 gestores, com idade de 28 a 63 anos, média de 40 anos, sendo 8 (57,14%) do sexo masculino e 6 (42,86%) do sexo feminino. Dos entrevistados, 1 (7,14%) tinha apenas como formação o ensino médio, 3 (21,43%) tinham ensino superior completo, 8 (57,14%) tinham especialização *lato sensu* e 2 (14,29%) tinham especialização *stricto sensu* (Mestrado). Em relação ao tempo no cargo de gestão, 3 participantes estavam no cargo há 1 ano (21,42%), 4 estavam há 2 anos (28,57%), 1 estava há 4 anos (7,14%), 4 estavam há 6 anos (28,57%), 1 estava há 7 anos (7,14%) e 1 estava há 8 anos (7,14%). A média de tempo no cargo foi de 3,85 anos.

Quadro 1 – Caracterização dos participantes do estudo

Código	Tempo no cargo (anos)	Sexo	Idade (anos)	Escolaridade
G1	02	Feminino	34	Ensino médio completo
G2	01	Feminino	28	Ensino superior completo
G3	02	Feminino	33	Ensino superior completo e especialização <i>lato sensu</i>
G4	01	Masculino	41	Ensino Superior Completo
G5	06	Masculino	47	Ensino Superior completo e mestrado
G6	01	Masculino	31	Ensino superior completo e especialização <i>lato sensu</i>
G7	04	Feminino	32	Ensino superior completo e especialização <i>lato sensu</i>
G8	07	Masculino	39	Ensino superior completo e especialização <i>lato sensu</i>
G9	02	Masculino	41	Ensino Superior completo e mestrado
G10	06	Masculino	38	Ensino superior completo e especialização <i>lato sensu</i>
G11	06	Masculino	41	Ensino superior completo e especialização <i>lato sensu</i>
G12	02	Masculino	55	Ensino superior completo e especialização <i>lato sensu</i>
G13	08	Feminino	42	Ensino superior completo
G14	06	Feminino	63	Ensino superior completo e especialização <i>lato sensu</i>

Fonte: Elaborado pelos autores.

Referência e Contrarreferência

Segundo Shortell *et al.* (1996) e a Organização Mundial da Saúde (2008), a RAS é a responsável pela gestão e oferta de serviços de saúde à população de forma contínua, de acordo com as necessidades de cada usuário ao longo do tempo por meio de vários níveis de atenção à saúde.

A RAS é como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, que ofertam uma atenção integral a determinada população, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e porta de entrada (Mendes, 2011).

Segundo Mendes et al. (2019), existem diversos fatores que contribuem para a existência da fragmentação do sistema de atenção à saúde, entre eles o fato de a ESF frequentemente carecer de estrutura necessária para coordenar adequadamente a interação com a unidade de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Essa fragmentação pode gerar falhas na coordenação do cuidado, o que resulta na prestação de serviços ineficientes e inefetivos. Adicionalmente, tanto os profissionais da ESF quanto os profissionais da atenção secundária muitas vezes operam de forma isolada, sem uma comunicação adequada entre eles.

As deficiências na coordenação dos cuidados ocorrem principalmente durante a passagem de uma unidade de saúde para outra, especialmente entre a ESF e a AAE, cuja relação é feita por centrais de regulação de maneira burocrática. Essas lacunas se manifestam por questões relacionadas à responsabilidade e à interrupção do fluxo de informações (Mendes et al., 2019).

Os resultados revelaram que muitas vezes não existe o contrarreferenciamento, que quando ocorre é devido ao profissional do consórcio estar atendendo dentro de alguma unidade de saúde do próprio município, às vezes o próprio gestor nem tem a informação se ocorre o contrarreferenciamento, isso acontece devido à falta de estrutura para coordenar a interação da ESF com a AAE.

“Não, só se ele voltar, por exemplo, um encaminhamento para o tratamento mais avançado. Aí costuma vir com relatório.” (G1)

“[consórcio 1] Não, não volta, eu acho que não volta não, porque os pacientes trazem para a gente é quando precisa de algum exame específico, quando precisa de uma cirurgia, precisa de algo mais, tirando isso assim não tem muito retorno não.” (G2)

“O cardiologista, por si só, a gente não tem essa preocupação, que a gente tem o cardiologista aqui dentro do município. Isso é facilitado, mas pensando em outra especialidade, realmente eu vejo essa contrarreferência muito falha, eu vejo assim, a gente realmente, é deficitária essa contrarreferência aí para o médico do município, às vezes chega um exame, um laudo de um exame, mas nada além do que isso.” (G8)

Muitas vezes os pacientes precisam ser atendidos em diferentes níveis de atenção devido às tecnologias necessárias para cada atendimento, com isso é necessária uma articulação entre as unidades de saúde para conseguir garantir não apenas o princípio da integralidade do atendimento, mas também a continuidade do cuidado. Uma das estratégias utilizadas para assegurar que o processo aconteça da melhor forma é o referenciamento e contrarreferenciamento do paciente entre a atenção primária, secundária e terciária.

O referenciamento e contrarreferenciamento na área da saúde relacionam-se com o encaminhamento e acompanhamento de pacientes entre diferentes níveis de atenção à saúde, como uma maneira de assegurar o princípio da integralidade e uma melhor coordenação da assistência ao paciente. Assim, quando o diagnóstico ou o tratamento requerem recursos que estão além das capacidades do profissional ou unidade de saúde, este paciente deve ser encaminhado para um nível de atendimento mais especializado ou para outro profissional de saúde, processo denominado referenciamento (Mendes et al., 2012; 2019; Alves et al., 2015).

Já o contrarreferenciamento é o processo inverso, por onde o profissional ou unidade de saúde que recebeu o paciente referenciado fornece um feedback ao profissional ou unidade que fez o encaminhamento, incluindo informações sobre o diagnóstico, tratamento e toda a evolução do paciente, permitindo uma melhor comunicação e continuidade do cuidado entre os níveis de atenção (Mendes et al., 2012; 2019; Alves et al., 2015). A utilização do contrarreferenciamento, sem o conhecimento adequado de todo o processo, apresenta-se incompleta e frágil e pode não alcançar os objetivos propostos com a utilização dessa estratégia (Da Costa; Silva, 2021).

O referenciamento e contrarreferenciamento aprimoram a qualidade do atendimento em saúde. Contudo, há desafios decorrentes da ausência de serem corretos e efetivos, o que associados muitas vezes à falta de integração entre a APS e os demais níveis de atenção à saúde (Alves et al., 2015).

Mendes *et al.* (2019) corroboram que a ausência desses processos bem definidos, apoiados, por exemplo, em prontuários clínicos eletrônicos e planos de cuidados, contribui para esse cenário.

Os participantes da pesquisa informaram que nem sempre acontece o contrarreferenciamento para a equipe de Saúde da Família (ESF) responsável pelo paciente, principalmente quando os atendimentos são realizados por clínicas particulares credenciadas pelos consórcios. Nesses casos, os pacientes voltam sem nenhum relatório ou informação do que foi realizado na consulta.

Para que a RAS tenha uma organização efetiva é necessária uma abordagem abrangente, que considere aspectos além dos serviços de saúde, que são econômicos, estruturais e operacionais, garantindo uma prestação de serviços de saúde mais eficiente, acessível e de qualidade para a população (Mendes *et al.*, 2019).

Alguns gestores entrevistados mencionaram que o contrarreferenciamento pode variar por alguns motivos, não tendo um fluxo estabelecido. Além disso, em alguns casos, o contrarreferenciamento só ocorre efetivamente quando o atendimento prestado pelo consórcio se dá por um profissional no próprio município.

"Alguns médicos participam de uma rede e outros médicos é algo bem como se fosse uma consulta isolada, sabe? Então, assim, aí vai de prestador para prestador, médico a médico, tem médico que tem contrarreferência bacana para prestar atenção da família e tem outros médicos que estão ali atendendo, acabou e passou e foi para frente e acabou". (G6)

"Com relação aos atendimentos que nós conseguimos fazer em [município sede do consórcio] e aqui no município [...]. Então, pensando nesses tipos de atendimento, eu consigo ter uma contrarreferência direto com o prestador [...]. Agora, já com a [prestashop de serviço com sede no município polo da Macrorregião de Saúde], a gente tem muita dificuldade, porque na [prestashop de serviço com sede no município polo da Macrorregião de Saúde] a gente fala com os agendadores dos prestadores. Então, assim, com os serviços que é prestado dentro do município em [nome do município], a gente tem uma contrarreferência existente. Já na [prestashop de serviço com sede no município polo da Macrorregião de Saúde] já é algo mais difícil." (G7)

"Principalmente quando é um paciente que tem essas necessidades, eles fazem relatório, encaminham para a gente, então íços que são utilizados dos cons a gente tem sim, não é tanto quanto o CEA (Centro Estadual de Atenção Especializada) mas o [nome do consórcio] também tem esse serviço, tem essa transferência. As meninas, às vezes, lá do [nome do consórcio], ligam para a gente, se é um paciente que tem uma ocorrência, qualquer coisa, eles entram em contato com a gente sim." (G14)

Os gestores também abordaram que a falta do contrarreferenciamento é um ponto frágil dentro da lógica dos serviços utilizados pelos consórcios e que sentem a necessidade de melhorar a articulação entre a atenção secundária e a APS.

"Poucas vezes, não tem esse fluxo muito bem definido [...]. Se o município cobra do consórcio e há um estudo de um fluxo dessa contrarreferência, acredito eu que ela melhoria consideravelmente. Mas também não há, ainda, na nossa região, nenhum envolvimento do consórcio com o planejamento da atenção primária, ou planejamento dos municípios sedes não. Então, não há um planejamento com relação a que tipo de serviço, a que tipo de coisa o consórcio vai adquirir, não, porque vai depender muito da demanda corrente." (G11)

A criação de novos fluxos de encaminhamento é a saída que os municípios consorciados assumem diante da realidade vivenciada pela população para melhorar essa articulação. Contudo, não há diretrizes baseadas em evidências que estabeleçam as circunstâncias nas quais os pacientes são referenciados aos especialistas. Em grande parte dos casos, não há realização de avaliação de risco pela ESF para definir quem realmente se beneficia com a AAE (Mendes *et al.*, 2019).

O uso de tecnologias é uma das possibilidades que os gestores utilizam para melhorar o contrarreferenciamento, como o prontuário eletrônico do paciente utilizado em todos os pontos da RAS.

“Na verdade, eu entendo como um desafio, por se tratar não do consórcio, mas a gente conseguir com que os prestadores, esse é um desafio inclusive dos consórcios, inclusive nas pactuações da Programação Pactuada Integrada que a gente referencia os pacientes para outros municípios, a gente ainda tem uma dificuldade muito grande de ter esse referenciamento, essa contrarreferência [...]. Com o avanço da tecnologia agora pode ser que a gente consiga caminhar para algo nesse sentido, se a gente conseguir caminhar para um prontuário eletrônico que possa ser unificado, alguma coisa, ou que pelo menos possa ter formulários de encaminhamento via online, eu acho que algumas coisas nesse sentido. Mas no impresso, é um desafio muito grande ainda”. (G10)

“Muito pouco, praticamente inexistente, é um dos gargalos que a gente tem, a gente precisa ter sistemas hoje que conversem.” (G12)

Segundo Mendes et al. (2019) precisa ser realizada a verificação do prontuário clínico eletrônico que será utilizado pelo município, uma das verificações é referente à integração das informações dos usuários entre a unidade de AAE e a APS e se há campos para os profissionais registrarem a evolução do atendimento de forma que ocorra uma articulação efetiva entre esses dois níveis de atenção. Um dos pontos que precisam ser observados no prontuário eletrônico são os campos de referenciamento e contrarreferenciamento, sob forma de planos de cuidados.

É preciso pensar sobre os motivos pelos quais os profissionais e serviços não aproveitam adequadamente o importante mecanismo de articulação proporcionado pelo referenciamento e contrarreferenciamento de pacientes. Frequentemente, essa falta de utilização está ligada à desorganização do serviço de saúde, resultando na negligência do processo de encaminhamento e retorno dos usuários. Isso levanta questões sobre o nível de orientação dos profissionais envolvidos na assistência, tanto em relação às suas funções quanto à importância desse processo para efetivar os princípios do SUS (Veloso et al., 2022).

As dificuldades do referenciamento e contrarreferenciamento não acontecem só no SUS, mas também no Sistema Único de Assistência Social que segundo os autores Souza e Bronzo (2020), os gestores consideram que arranjos utilizados pelo município onde foi realizada a pesquisa não têm sido suficientes para dar resposta às demandas à população que utiliza o serviço.

A integralidade, um dos princípios doutrinários do SUS e a continuidade da qualidade do cuidado podem ser alcançados com o efetivo funcionamento da referência e contrarreferência, garantindo um trabalho em conjunto dos diferentes níveis de atenção e resultando em uma melhora na assistência de saúde para os pacientes (Veloso et al., 2022; Alves et al., 2015). Oliveira, Silva e Souza (2021) corroboram que com a utilização de um sistema de referência e contrarreferência é possível visualizar quais serviços os usuários estão utilizando no seu tratamento e com isso possibilitando a continuidade no cuidado oferecido pelo sistema de saúde.

Alguns gestores expõem nas entrevistas que o contrarreferenciamento no seu município está funcionando adequadamente, quando os serviços dos consórcios são utilizados. O que ocorre devido a uma melhor articulação com os prestadores de serviço e a presença atuante da ESF ou em função de o município ser pequeno com apenas uma ESF.

“A gente controla isso muito bem, essa referência, contrarreferência tem uma ligação muito de perto, até porque eu tenho uma equipe de saúde da família na atenção primária, então assim é tudo muito fácil controlar. [...] Tem muita facilidade nesse sentido todo, entendeu? De dominar essa referência, contrarreferência, os fluxos da atenção secundária dentro do consórcio, se está atendendo o que precisa, o que não precisa, como é que está isso aí.” (G5)

“Então na maioria das vezes sempre acontece, sabe, a gente faz esse contrarreferenciamento em comum, tanto a gente direciona como eles direcionam qual que é a próxima conduta a ser realizada. Então sempre tem isso. Geralmente, as clínicas, os serviços sempre têm esse direcionamento entre nós, entre o município e a prestação de serviço.” (G4)

Apesar da necessidade de um considerável investimento financeiro para realizar o referenciamento e contrarreferenciamento, quando esses processos são conduzidos de maneira adequada, há uma melhoria significativa na oferta de tratamentos mais eficazes e seguros à população. Além disso, verifica-se uma maior eficiência no uso dos recursos destinados à promoção e prevenção da saúde.

Nas entrevistas, foi possível perceber que, apesar de o consórcio ser a união de vários municípios, nem todos estabelecem uma boa articulação com as Unidades de Saúde da Família (USF) e nem desempenham com eficiência seu papel na RAS. Portanto, não basta focar nos consórcios e suas atividades; alguns municípios precisam melhorar sua estrutura interna e fortalecer a parceria com o CIS para garantir o funcionamento adequado da RAS, especialmente quando se utilizam serviços de saúde em outros municípios.

Transporte Sanitário Eletivo

Nas entrevistas, outro ponto abordado pelos gestores acerca do fortalecimento da RAS foi relacionado ao Transporte Sanitário Eletivo (TSE), que deve ser considerado como um recurso estratégico e crucial na mediação do acesso à atenção especializada. A inclusão do TSE aponta melhorias concretas ao acesso da rede de atenção especializada na perspectiva da RAS, entre elas um fluxo mais adequado para os pacientes entre os diversos níveis de atenção (Almeida; Silva; Bousquat, 2022; Busato; Riba, 2022).

Os consórcios públicos, podem oferecer vários serviços para os municípios consorciados, entre eles o TSE para os pacientes, o que pode ser considerado uma estratégia interessante e fundamental para o atendimento. Contudo, o serviço pode ser realizado pelo consórcio ou pelo próprio município para sua população.

Alguns participantes mencionaram que utilizam o Transporte Sanitário Especializado oferecido pelo consórcio municipal e o consideram uma ferramenta útil para o deslocamento de pacientes para os municípios onde serão realizados os atendimentos. No entanto, gestores que reconhecem a importância desse serviço para o município apontam algumas falhas, como a ausência de seguro para os veículos.

“É bacana, eles têm um sistema de agendamento, o ônibus não pode viajar só com o motorista, ele tem que ter um agente de viagem, todo mundo tem que estar cadastrado antes de sair a viagem, então até um dia antes tem que estar todo mundo cadastrado, com nome, CPF e tudo mais, mas a única coisa que eu acho falho, e foi até algo que aconteceu, foi que o consórcio do ônibus é que ele não tem seguro para perda total, porque ele fala que é muito caro, e teve um acidente de ônibus, e perdeu, perdeu, assim, bateu, teve perda total e nem comprou-se um outro ônibus, porque ele não tinha esse seguro para perda total, mas tirando isso, é bacana o serviço.” (G6)

“Utilizo sim, e é um serviço bom, porque o consórcio te fornece, no nosso caso, o ônibus, para transporte dos pacientes, nós estamos com um ônibus novo, que a frota foi toda renovada, então nós estamos com ônibus novos. E a vantagem que eu acho muito grande desse serviço do consórcio, é porque a manutenção desses veículos é feita pelo consórcio, e são muito bem-feitas, tem a manutenção preventiva e a manutenção corretiva.” (G14)

Nas entrevistas alguns gestores justificaram o porquê preferem que o serviço de TSE seja realizado pela gestão municipal vis-à-vis o serviço oferecido pelo consórcio.

“Não, não utilizo [...]. Foi meio que imposto para a gente ter um ônibus junto com o município vizinho, então a gente pegava o paciente aqui, passava no outro município, pegavam os pacientes de lá e depois faziam o inverso. E aí começou com a situação de a gente entrava com o motorista e eles entraram com o atendente do ônibus, mas aí começou a ter muita discordância, falta de vaga, muita confusão, a gente optou quando a gente conseguiu uma emenda parlamentar de comprar um ônibus de 20 poucos lugares, de ter o nosso próprio ônibus.” (G5)

“Não utilizo mais, porque o transporte que eles têm é limitado, a quantidade de pacientes, e meu município precisa de mais, bem maior, hoje eu não utilizo.” (G13)

"A gente não utiliza do consórcio, porque como a gente está aqui a 20 quilômetros, basicamente, do consórcio, 23 quilômetros, é muito perto, o município pensou em fazer o transporte separado. Quando era SETS, quando era o transporte de mais de um município, isso, às vezes, causava um impacto muito grande para a gente, aqui, às vezes, nos moradores da comunidade rural e era assim, você tinha que esperar os pacientes do seu município e de outro município terminar para retornar ao município, aquelas pessoas que são nas comunidades rurais, demorava ainda mais para chegar em suas comunidades, isso faz caso, e a gente preferiu fazer só o município mesmo, e tem dado muito certo, sabe, a gente entendeu melhor fazer dessa maneira, mas aí, a gente faz o lançamento dos pacientes todos, para a gente pleitear o recurso do transporte SUS [...]. A gente faz aqui o atendimento por turno. Tem o pessoal, o volume maior, que vai pela manhã, e sai às seis horas, seis e meia, e volta às onze horas, e tem no período da tarde, que sai meia-de-meia, quatro e meia, já está retornando para o município, já também e funciona muito bem." (G8)

A partir da fala de um gestor, observa-se que é possível perceber que a utilização do TSE por meio do consórcio muitas vezes pode ser por questões políticas, mesmo sendo prejuízo para o município. Segundo ele, mesmo tendo comprovado para o prefeito que se trata de um prejuízo em comparação à alocação de veículos para realizar o transporte, o prefeito optou por usar o serviço do consórcio.

"Então, eu, inúmeras vezes, já solicitei para o prefeito que, do ponto de vista da gestão, eu já teria saído antes [...]. O consórcio nunca teve um plano de ação, pensando na renovação da frota, foi o que eu falei anteriormente, sempre se colocou a culpa no estado, e nunca se organizou [...]. Então, hoje, um presidente do consórcio é um gestor da cidade de [nome da cidade que o presidente do consórcio é prefeito], e no processo de boa relação entre os prefeitos, o nosso prefeito fica um pouco receoso de tirar o serviço, porque acaba que você deixa de fortalecer o consórcio. E ao mesmo tempo, não se é cobrado efetivamente aquilo que o consórcio deveria entregar. Então, pela questão política, que não nos deixa cobrar do consórcio aquilo que ele deveria entregar, e pela questão prática mesmo de veículos defasados, que você não percebe a possibilidade." (G9).

Para Melo et al. (2017) o transporte eletivo vai além de apenas um mero meio de locomoção; trata-se de um dispositivo estratégico que promove a equidade de acesso, apoiando a realização da integralidade do cuidado em sistemas de saúde bem-organizados. Respeitando os princípios da integralidade, equidade e da regionalização do SUS. No estudo desenvolvido por Almeida, Silva e Bousquat (2022), os autores consideraram que o serviço realizado pelo consórcio de saúde na Bahia havia reduzido a intervenção política no serviço prestado, que é estratégico para o paciente na atenção especializada.

Quando o paciente necessita de atendimento ambulatorial em outro município é necessário que o serviço TSE seja prestado à população. Devido a isso, foi abordado nas entrevistas como o gestor avaliaria a prestação desse serviço sem o consórcio.

"Na verdade, dar conta a gente dá, porque nós ficamos, antes de adquirir esses ônibus, que foi adquirido no final do ano passado, a gente fazia a gestão desse serviço no município mesmo. Mas a vinda do consórcio ajuda, porque a gente dedica nossa equipe para outras áreas, e deixa essa área específica para a gestão do consórcio, na questão de manutenção de ônibus, essas questões específicas do transporte. Então isso acaba ajudando a gente, não que a gente não conseguira fazer se não tivesse, mas vem para agregar, vem para somar, para ajudar". (G10)

"Eu acho que seria muita dificuldade, eu acho que é muito importante a especialização, hoje a logística deles, sempre tem as licitações prontinhas para a aquisição de pneus, de peças de manutenção, é muito especializado isso [...]. Então, hoje, eu acredito que para nós seria muito difícil, nós iríamos passar por muita dificuldade se a gente tivesse que voltar a gerenciar esses ônibus." (G12).

O transporte eletivo não só favorece o acesso dos pacientes aos serviços especializados, como também reforça a coordenação entre diversos pontos da rede de saúde. Este aspecto é crucial em contextos em que a disponibilidade de recursos assistenciais, principalmente médicos, cuja disponibilidade varia conforme a complexidade dos cuidados exigidos. Ao possibilitar que os pacientes se desloquem de forma organizada e eficiente entre diferentes níveis de atenção, o transporte eletivo ajuda a assegurar que cada indivíduo receba os cuidados adequados para suas necessidades específicas.

O acesso aos serviços de saúde especializados que são realizados em outros municípios está diretamente condicionado à disponibilidade de um sistema de transporte eficaz, que possibilite o deslocamento adequado e pontual dos pacientes para os locais onde esses serviços são oferecidos, especialmente em municípios pequenos onde a oferta de serviços de média complexidade ocorre em outras localidades.

O sistema de transporte tem um papel crucial e transversal na RAS, possibilitando os fluxos e contrafluxos necessários. Em países de baixa e média renda, considera-se que a disponibilidade de meios de transporte é tão essencial quanto a oferta dos serviços de saúde (Almeida; Silva; Bousquat, 2022).

Integralidade e Coordenação da Rede

A integralidade surge também nas falas dos entrevistados como uma abordagem importante para o fortalecimento da RAS, princípio este abrangente, que leva em conta toda a população e suas necessidades de saúde. O alcance deste princípio envolve a integração de diversas ações (prevenção, promoção, recuperação e reabilitação) e de todos os pontos de atenção. A integralidade deve garantir que todas as dimensões do ser humano sejam consideradas de forma ampla e coordenada, o que resulta em uma assistência abrangente e com eficiência.

A integralidade na prestação dos serviços de saúde é a entrega de um conjunto de atividades que atendam às necessidades da população, o dever de ofertar serviços em diferentes pontos de atenção, o que depende de fluxos e contrafluxos de informações dos usuários, permitindo ao sistema de saúde conseguir uma visão ampliada da saúde do paciente (Mendes, 2011; Oliveira; Silva; Souza, 2021).

A existência da rede é pré-requisito para a existência da integralidade, utilizando como estratégias, por exemplo, o referenciamento e contrarreferenciamento para melhorar a articulação dos serviços de saúde e das equipes (Merhy; Cecílio, 2003; Oliveira; Silva; Souza, 2021).

Por meio das falas transcritas a seguir, percebe-se a construção da articulação para a realização do princípio da integralidade ao paciente com os serviços prestados pelos consórcios.

“De certa forma, ele nos auxilia nesse princípio do SUS, porque alguns serviços que sem ele a gente não conseguiria ofertar, a partir do momento que a gente tem o apoio do consórcio, a gente consegue ofertar, acabando impactando na garantia da integralidade.” (G9)

“Sem o consórcio a gente jamais conseguia acesso a muitos procedimentos que hoje nós temos visto aquilo que nós falamos lá no começo da entrevista, a quantidade ínfima de procedimentos via Programação Pactuada Integrada, o valor da tabela não é atrativo para os prestadores quererem prestar serviço para os municípios, e os consórcio nos ajuda tanto na quantidade quanto na complementação de valores quando é necessário. Então, sem o consórcio, eu acho que estariam muito aquém do que estamos hoje, muito deficiente, já é deficiente, seria quase impossível conseguir essa integralidade que nós conseguimos hoje.” (G11)

“Hoje eu considero como a gente falou na entrevista inteira que [consórcio] faz parte da minha rede, sem ele eu não conseguiria atender a minha demanda.” (G3)

“Integralidade então funciona muito bem, igual eu te falei, pode ser um privilégio nosso por ter uma equipe só, mas a gente tem muita essa situação, do marcador, do agente de saúde com o médico, com retorno, com o que aconteceu na atenção secundária, qual foi a resposta dele e isso é bem integrado.” (G5)

“Eu vou te falar que sem o consórcio, essa integralidade, que já é prejudicada hoje com o consórcio, ela seria muito pior, ele me ajuda.” (G12)

No estudo de Mendes *et al.* (2019) considera-se que a integralidade na saúde ocorre na entrega completa e diversificada de serviços pela equipe de saúde, visando atender todas as necessidades da população sob sua responsabilidade. Isso inclui não apenas a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento, o cuidado, a reabilitação e os cuidados paliativos, mas também a coordenação eficaz da assistência em todos os pontos da RAS.

Diferentemente do que ocorre em Minas Gerais, onde os consórcios de saúde são considerados horizontais — formados apenas por municípios — o estado da Bahia implantou consórcios verticais, compostos pelo governo estadual e pelos municípios, uma vez que a cooperação horizontal não era suficiente para atender às demandas da atenção especializada.

No estudo realizado na Bahia por Almeida, Silva e Bousquat (2022), o consórcio de saúde é utilizado para ampliar a oferta dos serviços especializados, sem garantir a corresponsabilização dos serviços na Rede de Atenção à Saúde, não alcançando o princípio da integralidade e nem a garantida da continuação dos cuidados. Biscarde *et al.* (2024) corroboram que os consórcios no estado conseguiram ampliar o acesso à atenção especializada para os pacientes.

No contexto dos desafios que se referem à gestão do trabalho, os gestores identificaram dificuldades significativas relacionadas aos contratos de emprego e à estrutura salarial adotada pelo município, principalmente nos de pequeno porte devido ao baixo teto salarial baixo (Magnago e Pierantoni, 2015). Esses temas discutidos pelos autores também foram investigados no presente estudo, como pode ser exemplificado na seguinte fala.

“Sim, essa aí era outra questão, nenhum dos nossos médicos moram aqui no município, todos vêm de fora. Então se você não tiver um salário atrativo melhor que o da região não vem.” (G2)

Segundo a gestora, a terceirização do profissional ajuda na substituição mais rápida quando necessário, não deixando o estabelecimento de saúde sem profissional. Além disso, com a terceirização, o valor gasto com o salário não entra na folha de pagamento do município, ajudando o mesmo a obedecer ao limite previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal.

“O bom dos plantões de a gente terceirizar é pelo fato que se alguém faltar e se alguém pegar um atestado, eu não preciso ficar correndo atrás como é terceirizado eu passo para a [nome da empresa que terceiriza profissionais], e a [nome da empresa que terceiriza profissionais] se organiza e encaminha outro para mim. Agora a atenção primária estava difícil por questão de salário [...]. Ela [nome da empresa que terceiriza profissionais] a gente tem até outros profissionais mesmo, alguns enfermeiros, a gente vai mudar o pessoal da limpeza, a vantagem é que ele sai da folha de pagamento.” (G2)

Em regiões do estado da Bahia, apenas os consórcios conseguem realizar a contratação de serviços de média e alta complexidade no setor privado, os autores complementam que isso gera desafios, como por exemplo o fortalecimento do setor privado e a terceirização dos serviços de saúde, além de distanciar a atenção integral dos serviços para os usuários e a integralidade entre os serviços da RAS (Biscarde *et al.*, 2024).

Uma integração mais abrangente da RAS é conseguida com o bom desempenho dos consórcios de saúde, que não somente aumentam a quantidade de leitos, como também, facilitam o acesso a serviços de baixa, média e alta complexidade. Ademais, os consórcios possuem o potencial para fortalecer os sistemas de regulação regional, melhorando a alocação de recursos e garantindo um acesso mais eficaz dos pacientes aos serviços de saúde adequados e necessários. Portanto, os consórcios podem ser considerados uma estratégia logística indispensável para a melhoria da qualidade e da acessibilidade dos cuidados de saúde em Ámbitos regionais.

A importância do consórcio para a integração da RAS foi reconhecida pelos participantes, tendo como principais pontos abordados a referência e a contrarreferência, o TSE e a Integralidade. Entretanto, mesmo reconhecendo o valor dos consórcios, muitas vezes esses serviços não são oferecidos da melhor maneira para os pacientes do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, foi possível perceber que os consórcios de saúde vão além de uma prestação de serviços de consultas e exames da atenção especializada. Eles também oferecem serviços como o TSE, gestão de serviços de saúde que pertencem a programas do Estado como o Centro Estadual de Atenção Especializada, aquisição de medicamentos e de materiais médicos hospitalares. Com esse catálogo de serviços prestados pelos consórcios, eles conseguem participar de vários pontos da Rede de Atenção à Saúde para que assim o paciente tenha acesso a serviço integral, independentemente do nível da atenção ele irá estar.

Em relação à integralidade em si, como princípio doutrinário do SUS, pressupõe que o paciente terá toda a assistência à saúde de acordo com suas necessidades e vulnerabilidades. Este estudo mostrou que os consórcios são um caminho para trazer para a prática assistencial e gerencial esse princípio, já que graças a eles, os municípios conseguem ter acesso a consultas especializadas e procedimentos específicos, que sem eles não teriam. Os consórcios devem ser usados como mecanismos para alcançar o maior nível de integralidade na assistência à saúde, sendo essencial que os gestores tenham habilidades e competências para articular pactuações com novos consórcios.

Contudo, percebe-se que há ainda grandes gargalos a serem resolvidos, principalmente, quando se trata de abordagens que instrumentalizam e dão formato ao fluxo entre as RAS e sua ligação com os consórcios, como por exemplo, os sistemas de referência e contrarreferência. Pelas falas dos entrevistados, este sistema ainda é incipiente para que se consiga alcançar a integralidade na assistência a esses pacientes, necessitando de que sejam criadas alternativas, como, o prontuário eletrônico, para que os profissionais da APS possam acessar todo o percurso do paciente na RAS e oferecer uma assistência qualidade.

Novos estudos são necessários para compreender este cenário tão complexo, marcado por questões gerenciais que vão além de simples acordos entre municípios, mas que envolve também questões econômicas, políticas e relacionais. Esta pesquisa abre espaço para discussões sobre o tema e desperta interesse nos gestores da saúde que visam aprimorar suas práticas e fortalecer o arcabouço teórico/prático sobre as RAS e próprio Sistema Único de Saúde.

FINANCIAMENTO

Este estudo não recebeu financiamento. Foi produto do mestrado profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F.; SILVA, K. S.; BOUSQUAT, A. Atenção especializada e transporte sanitário na perspectiva de integração às Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 4025-4038, out. 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022710.07432022>
- ALVES, M. L. F. et al. Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais–Brasil. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 25, n. 4, p. 469-475, nov. 2015. <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1859>
- BARDIN L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BISCARDE, D. G. S. et al. Implantação de consórcios públicos de saúde e policlínicas regionais na Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 9, p. e07052023, 2024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024299.07052023>
- BUSATO, I. M. S.; RIBAS, R. M. Análise da legislação de transporte sanitário de pacientes no município de Curitiba. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.16, n. 24, p. 65-78, ago. 2022. <https://www.revistasuninter.com/revistasaudade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/1291>
- CARVALHO, B. G.; SILVA, J. F. M.; NICOLETTO, S. C. S. Atuação de consórcios de saúde no sistema público de saúde brasileiro: arranjos, papéis e desafios. **Saúde em Debate**, v. 49, p. e9515, 2025. <https://doi.org/10.1590/2358-289820251449515P>
- COSTA, J. M.; SILVA, K. L. Contrarreferenciamento farmacoterapêutico: experiências vivenciadas por profissionais de saúde em um hospital de ensino. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 11, 2021. <https://doi.org/10.19175/recom.v11i0.3942>

- FLEXA, R. G. C.; BARBASTEFANO, R. G. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 325-338, jan. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.24262019>
- LIMA, A. P. G. Os Consórcios intermunicipais de saúde e o sistema único de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p. 985-996, out./dez. 2000. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000400017>
- MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 9-17, jan./mar. 2015. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040194>
- MELO, M. B. et al. Transporte eletivo e direito à saúde na perspectiva do usuário: um dispositivo de gestão. **Revista INTERFACE**, Natal, v. 14, n. 2, p. 38-57, dez. 2017. <https://ojs.ccsa.ufrn.br/index.php/interface/article/view/765>
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, p. 2297-2305, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-8123201000500005>
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2011.
- MENDES, E. V. et al. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília,DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019.
- MENDES, E. V et al. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 2. ed. Brasília, DF: OPAS, 2012.
- MERHY, E. E.; CECÍLIO, L.C.O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: UNICAMP, 2003.
- MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013
- OLIVEIRA, C. C. R. B.; SILVA, E. A. L.; SOUZA, M. K. B. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 1-22, jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310105>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial da saúde 2008**: cuidados de saúde primária: agora mais que nunca. Genebra: OMS, 2008.
- SHORTELL, S. M. et al. **Remaking health care in America: building organized delivery systems**. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.
- SOUZA, S. P.; BRONZO, C. Os desafios da gestão territorial na proteção básica em uma metrópole. **Serviço Social & Sociedade**, p. 54-73, 2020. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.201>
- VELOSO, R. C. S. G. et al. Referenciamento e contrareferenciamento à Atenção Primária de à Saúde de idosos com osteoporose. **Saúde, Santa Maria**, v. 48, n. 1, p.1-15, fev. 2022. <https://doi.org/10.5902/2236583469401>