

idp

idm

# MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

---

**ESTRUTURAÇÃO E SUSTENTAÇÃO DE CONSÓRCIOS  
INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE:** ELEMENTOS DE ANÁLISE E  
POTENCIALIDADES ASSOCIADAS

**HEBER GOMES NEIVA**

Brasília-DF, 2025

**HEBER GOMES NEIVA**

**ESTRUTURAÇÃO E SUSTENTAÇÃO DE CONSÓRCIOS  
INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: ELEMENTOS DE  
ANÁLISE E POTENCIALIDADES ASSOCIADAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Administração Pública, do Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

**Orientador**

Professor Doutor Alexander Cambraia Nascimento Vaz

Brasília-DF 2025

**HEBER GOMES NEIVA**

**ESTRUTURAÇÃO E SUSTENTAÇÃO DE CONSÓRCIOS  
INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: ELEMENTOS DE  
ANÁLISE E POTENCIALIDADES ASSOCIADAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Administração Pública, do Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Aprovado em 30 / 06 / 2025

**Banca Examinadora**

---

Prof. Dr. Alexander Cambraia Nascimento Vaz - Orientador

---

Prof. Dr. Felipe Lopes da Cruz

---

Prof. Dr. Emmanuel de Nazareth Brasil

Código de catalogação na publicação – CIP

N417e Neiva, Heber Gomes

Estruturação e sustentação de consórcios intermunicipais de saúde: elementos de análise e potencializadas associadas / Heber Gomes Neiva. — Brasília: Instituto Brasileiro Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, 2025.

104 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Alexander Cambraia Nascimento Vaz

Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública) — Instituto Brasileiro Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa – IDP, 2025.

1. Consórcios intermunicipais de Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Governança em saúde. 4. Desigualdade. 5. Controle Social. I. Título

CDD 351

Elaborada pela Biblioteca Ministro Moreira Alves

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todos aqueles que, de alguma forma, possam ser tocados pelos frutos desta pesquisa. Que ela coopere, ainda que de modo humilde e modesto, para a construção de uma sociedade mais equânime, onde a justiça social não seja apenas um ideal, mas uma experiência vivida.

## AGRADECIMENTOS

A excelência de uma jornada não está apenas no caminho trilhado, mas nas companhias que a enriquecem e nos saberes generosamente partilhados ao longo dela. O conhecimento, essa força que nos modifica, encurta distâncias e tem o poder de fazer evoluir uma sociedade inteira.

Nestas páginas, mais do que o meu esforço, desejo exaltar aqueles que foram esteio e inspiração. Foram eles que tornaram possível a chegada, com o sabor inconfundível do 'valeu a pena', os olhos úmidos de emoção e o coração transbordando gratidão.

A Deus, por me confiar a missão e por ser fortaleza em toda a caminhada, especialmente nos momentos de inevitável tristeza e temor.

À minha família, meu alicerce. Em especial à minha esposa e aos meus filhos, pela infinita compreensão, pelo incentivo constante e por serem a razão maior, acreditando em meu potencial mesmo quando eu hesitava.

Ao meu orientador, Professor Alexander Cambraia, e aos professores do IDP, que, muito além de mestres da formalidade acadêmica, foram faróis. Inspiraram-me por suas trajetórias e pela transmissão suave e generosa de seus conhecimentos, envolta em uma humildade que engrandece e ensina.

Dedico este trabalho a todos aqueles que, de alguma forma, possam ser tocados pelos frutos desta pesquisa. Que ela coopere, ainda que de modo humilde e modesto, para a construção de uma sociedade mais equânime, onde a justiça social não seja apenas um ideal, mas uma experiência vivida.

Se eu vi mais longe, foi por estar sobre ombros  
de gigantes.

*Isaac Newton*

## RESUMO

Esta dissertação investiga os elementos determinantes para a estruturação e sustentabilidade de consórcios intermunicipais de saúde (CIS) no Brasil, em um contexto de persistentes desigualdades regionais. O problema de pesquisa central questiona: Quais elementos ou condições estão associados à estruturação e sustentação de consórcios intermunicipais de saúde? Para responder a essa questão, adotou-se um estudo de caso único e aprofundado do Consórcio Intermunicipal de Saúde Entre os Vales do Mucuri e Jequitinhonha (CIS-EVMJ), um modelo longo em uma das regiões mais vulneráveis do país. A metodologia qualitativa, de natureza exploratório-descritiva, triangulou a análise de documentos (convênios, relatórios de 2020-2024) com entrevistas semiestruturadas com stakeholders estratégicos. Os achados foram validados por meio de uma análise comparativa com o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Penápolis (CIMPE-SP). Os resultados revelam que a sustentabilidade do CIS-EVMJ não reside em condições externas favoráveis, mas em uma robusta capacidade de governança interna, alicerçada em três pilares: 1) uma gestão técnica profissionalizada, que atua como "blindagem" contra ingerências político-partidárias; 2) uma gestão financeira estratégica, marcada pela inovação da criação de uma reserva própria para mitigar o risco freerider e garantir autonomia; e 3) uma alta capilaridade na oferta de serviços, que gera valor público e legitima o consórcio perante os municípios. Contudo, a pesquisa identifica, em ambos os consórcios estudados, uma mesma e crítica fragilidade: a lacuna estrutural do controle social, que limita a dimensão democrática da governança. Conclui-se que a sustentabilidade dos consórcios de sucesso depende de um equilíbrio entre eficiência gerencial e legitimidade política, mas que o modelo predominante no Brasil ainda precisa avançar na incorporação da participação social para se alinhar plenamente aos princípios do SUS.

**Palavras chave:** Consórcios Intermunicipais de Saúde; Sistema Único de Saúde (SUS); Governança em Saúde; Regionalização; Desigualdades em Saúde; Controle Social.

## ABSTRACT

This dissertation investigates the key elements associated with the structuring and sustainability of intermunicipal health consortia (CIS) in Brazil, within a context marked by persistent regional inequalities. The central research question posed is: What elements or conditions are associated with the structuring and sustainability of intermunicipal health consortia? To address this question, a single, in-depth case study was conducted on the Intermunicipal Health Consortium Between Mucuri and Jequitinhonha Valleys (CIS-EVMJ), a long-standing model operating in one of the most socioeconomically vulnerable regions of the country. The qualitative and exploratory-descriptive methodology triangulated documentary analysis (including agreements and reports from 2020 to 2024) with semi-structured interviews conducted with strategic stakeholders. The findings were validated through a comparative analysis with the Intermunicipal Health Consortium of the Penápolis Microregion (CIMPE-SP). The results reveal that the sustainability of CIS-EVMJ does not derive from favorable external conditions, but rather from a robust internal governance capacity, structured upon three core pillars: (1) professionalized technical management, which functions as a safeguard against political-partisan interference; (2) strategic financial management, characterized by the innovative creation of a self-managed reserve fund to mitigate freerider risks and ensure autonomy; and (3) high service delivery capillarity, which generates public value and strengthens the legitimacy of the consortium before member municipalities. However, the research identifies a shared and critical weakness in both consortia studied: the structural absence of social control mechanisms, which limits the democratic dimension of governance. It is concluded that the sustainability of successful consortia relies on a balance between managerial efficiency and political legitimacy, but the prevailing model in Brazil must further advance in incorporating social participation to fully align with the principles of the Unified Health System (SUS).

**Keywords:** Intermunicipal Health Consortia; Unified Health System (SUS); Health Governance; Regionalization; Health Inequalities; Social Accountability.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|           |                                                      |
|-----------|------------------------------------------------------|
| ALMT      | Assembleia Legislativa de Mato Grosso                |
| APLIC     | Sistema de Auditoria Pública Informatizada de Contas |
| BSB       | Metodologia Balanced Scorecard                       |
| Conex-e   | Sistema de Controle Externo Eletrônico (             |
| DASP      | Departamento de Administração do Serviço Público     |
| EC        | Emenda Constitucional                                |
| FIA       | Fundação Instituto de Administração                  |
| GEO-Obras | Sistema de Gerenciamento de Obras Públicas           |
| GESPÚBLIC | Programa Nacional de Gestão Pública e                |
| A         | Desburocratização                                    |
| GPE       | Gerenciamento de Planejamento Estratégico)           |

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### Figura 1

Evolução do número de convênios celebrados entre União e consórcios intermunicipais no Brasil, 1996-2016

37

### Figura 2

Municípios Consorciados x Não Consorciados

51

### Figura 3

MAPA Municípios Integrantes ao CIS-EVMJ

56

### Figura 4

O CIS-EVMJ e os seus Stakeholders

68

### Figura 5

MAPA – CIMPE – Municípios/Localização no Estado de SP

81

### Figura 6

MAPA – CIS-EVMJ – Municípios/Localização no Estado de MG

81

### Gráfico 1

Percentual de municípios que participam de consórcio público considerado por região

52

### Gráfico 2

População dos municípios consorciados ao CIS-EVMJ

59

### Gráfico 3

Municípios consorciados por IDH

60

### Gráfico 4

Procedimentos Realizados: 2020 e 2024

61

### Gráfico 5

Consultas e Exames no CEAE: agendamentos e comparecimentos em 2020 e 2024

62

### Gráfico 6

Consultas especializadas e exames agendados: comparecimentos e faltas

63

### Gráfico 7

Dispensas de medicamentos anuais pela UDM

64

### Gráfico 8

CIS-EVMJ – CTA - Pessoas Atendidas e Testes Realizados

65

### Gráfico 9

Total de Pessoas Atendidas em Exames e Consultas Especializadas por ano  
na Rede Contratualizada Através do CIS-EVMJ

.....67

## LISTA DE QUADROS

### Quadro 1

Atribuição de código/perfil do entrevistado

.....23

### Quadro 2

Consórcios intermunicipais de saúde, stakeholders e seus interesses

.....39

### Quadro 3

Quantidade de municípios que participam e não participam de consórcio público no período considerado por região e Estado

.....50

### Quadro 4

Porte dos municípios que integram consórcio público

.....51

### Quadro 5

Municípios/população

.....57

### Quadro 6

CIS-EVMJ – Municípios/IDH

.....57

### Quadro 7

CIS-EVMJ: Convênios e Ações

.....66

### Quadro 8

CIS-EVMJ e CIMPE: População/Extensão Territorial x Países

.....82

### Quadro 9

Comparação: CIS-EVMJ x CIMPE

.....82

# SUMÁRIO

## 1. INTRODUÇÃO ..... 18

## 2. METODOLOGIA ..... 21

### 2.1 DESENHO DA PESQUISA ..... 21

### 2.2 COLETA DE DADOS ..... 22

#### 2.2.1 ANÁLISE DOCUMENTAL ..... 22

#### 2.2.2 ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS ..... 23

### 2.3 ANÁLISE DE DADOS ..... 24

### 2.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA ..... 24

## 3. REFERENCIAL TEÓRICO ..... 26

### 3.1 CONCEITO DE SAÚDE E INDICADOR DE QUALIDADE DE VIDA ..... 26

### 3.2 GÊNESE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) ..... 28

#### 3.2.1 A SAÚDE COMO DIREITO ..... 28

#### 3.2.2 MOVIMENTOS POLÍTICOS INTERNACIONAIS E REDEMOCRATIZAÇÃO INFLUENCIANDO A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) ..... 29

#### 3.2.3 OS PRINCÍPIOS REVOLUCIONÁRIOS DO SUS E OS DESAFIOS DAS SUAS IMPLEMENTAÇÕES FRENTE ÀS DESIGUALDADES ESTRUTURAIS E AS INIQUIDADES ..... 31

#### 3.2.4 O PARADOXO DO SUS: ENTRE A GÊNESE DEMOCRÁTICA E A IMPLEMENTAÇÃO TOP-DOWN ..... 34

#### 3.2.5 OS LIMITES DO SUS E OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE COMO OPORTUNIDADE ..... 35

### 3.3 OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE ..... 37

#### 3.3.1 OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E SEUS STAKEHOLDERS ..... 38

#### 3.3.2 OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS: GOVERNANÇA E DESENVOLVIMENTO REGIONAL ..... 40

#### 3.3.3 A CAPILARIDADE DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: VIRTUDE ESSENCIAL PARA A EQUIDADE E COMBATE ÀS INIQUIDADES NO SUS ..... 41

#### 3.3.4 OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: LIMITAÇÕES E DESAFIOS ..... 43

##### 3.3.4.1 OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E AS COALIZÕES POLÍTICO-IDEOLÓGICAS REGIONAIS ..... 43

# SUMÁRIO

|                                                                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.3.4.2 OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E O COMPORTAMENTO FREERIDER: RISCOS, DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE SUPERAÇÃO..... | 46 |
| 3.3.4.3 A LACUNA DO CONTROLE SOCIAL NA GOVERNANÇA CONSORCIADA.....                                                           | 48 |
| 3.3.5 OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NA ATUALIDADE NO BRASIL .....                                                   | 49 |

## **4. ESTUDO DE CASO: O CIS-EVMJ COMO INSTRUMENTO DE EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE REGIONALIZADA.....55**

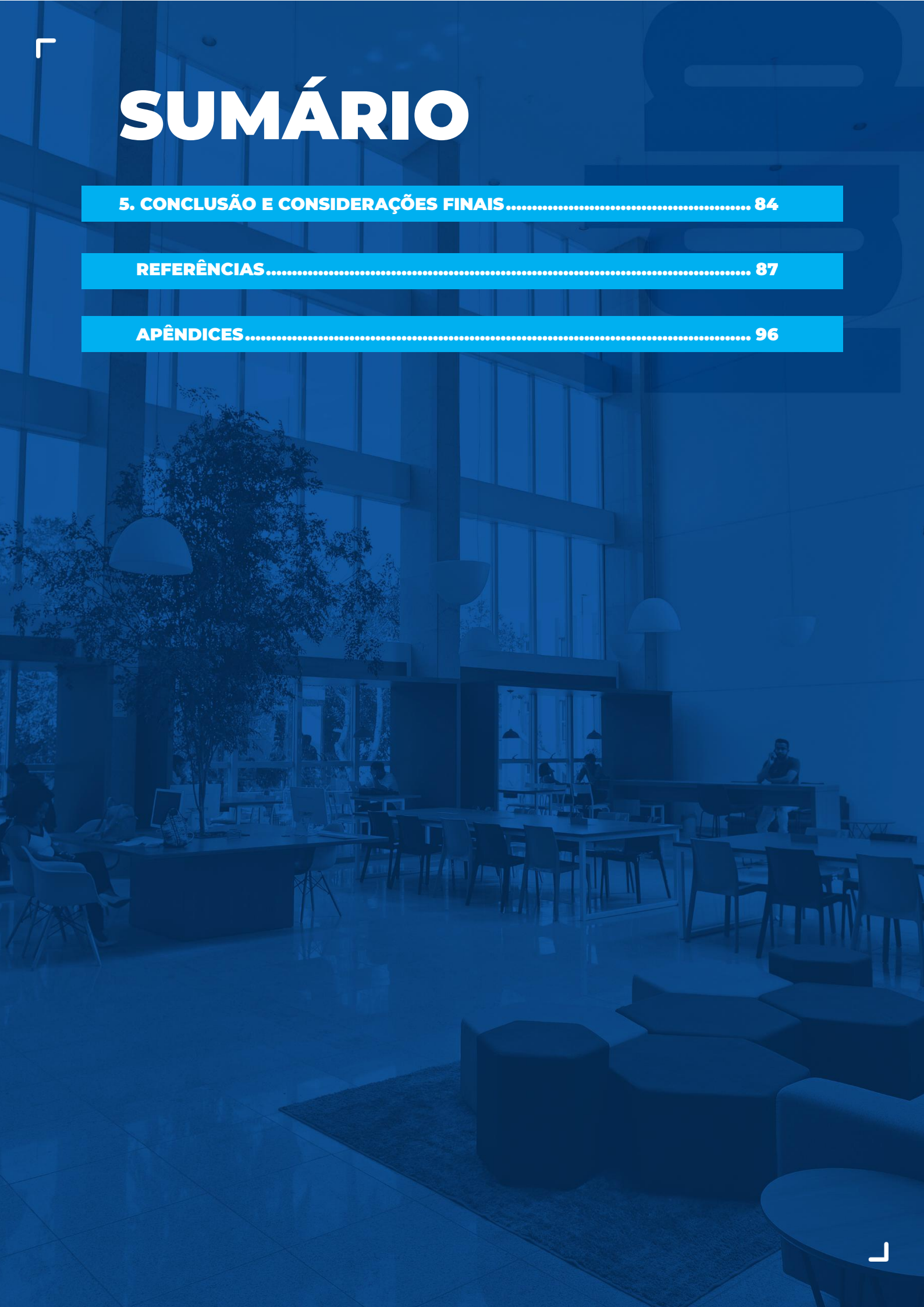
|                                                                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.1 CIS-EVMJ E O PERFIL DOS SEUS MUNICÍPIOS .....                                                         | 55 |
| 4.2 CIS-EVMJ: CONVÊNIOS E AÇÕES EM SAÚDE.....                                                             | 60 |
| 4.2.1 CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CEAE).....                                                | 61 |
| 4.2.2 SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPORTE EM SAÚDE (SETS) .....                                                | 61 |
| 4.2.3 SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM HIV/AIDS E CENTRO DE TESTAGEM E ACOLHIMENTO (SAE/CTA) ..... | 63 |
| 4.3 ELEMENTOS ASSOCIADOS À ESTRUTURAÇÃO E SUSTENTAÇÃO DO CIS-EVMJ .....                                   | 67 |
| 4.3.1 GOVERNANÇA COLABORATIVA COMO FATOR DE RESILIÊNCIA.....                                              | 68 |
| 4.3.2 GESTÃO FINANCEIRA ESTRATÉGICA E O RISCO FREERIDER .....                                             | 70 |
| 4.3.3 COALIZÕES POLÍTICAS REGIONAIS: GOVERNABILIDADE E INTERESSES LOCAIS .....                            | 71 |
| 4.3.4 POTENCIAL DE CAPILARIDADE EM BUSCA DA EQUIDADE.....                                                 | 73 |
| 4.3.5 A LACUNA DO CONTROLE SOCIAL: UM DESAFIO À GOVERNANÇA DEMOCRÁTICA.....                               | 75 |
| 4.4 ESPELHOS DA COOPERAÇÃO: ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS CONSÓRCIOS CIS-EVMJ E CIMPE.....                 | 77 |
| 4.4.1 INTRODUÇÃO: PARTICULARIDADES E RELEVÂNCIA DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS.....                       | 77 |
| 4.4.2 OS PILARES DA SUSTENTABILIDADE: GOVERNANÇA, VALOR PÚBLICO E INOVAÇÃO FINANCEIRA.....                | 78 |
| 4.4.3 A FRAGILIDADE COMUM: A LACUNA DO CONTROLE SOCIAL .....                                              | 80 |
| 4.4.4 SÍNTESE COMPARATIVA: LIÇÕES PARA A SUSTENTABILIDADE DA COOPERAÇÃO .....                             | 80 |

# SUMÁRIO

**5. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 84**

**REFERÊNCIAS..... 87**

**APÊNDICES..... 96**





## 1

**INTRODUÇÃO**

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasceu com a promulgação da Constituição Federal de 1988, representando uma profunda mudança nas políticas públicas do Brasil. Ao reconhecer direitos sociais fundamentais, com especial destaque para a saúde, o país passou a trilhar um novo caminho. Como consequência de intensa luta por justiça social, o desenho do SUS apostou na descentralização e na participação popular como seus pilares, determinando a universalidade, a integralidade e a equidade como seu horizonte.

Apesar das conquistas históricas, a promessa de uma saúde para todos enfrenta obstáculos significativos, que surgem de condições estruturais como as profundas desigualdades regionais e uma cultura de centralismo administrativo. A nova ordem jurídica, com responsabilidades compartilhadas entre União, estados e municípios, expôs as limitações de muitos municípios, especialmente os de pequeno porte, em ofertar serviços com a qualidade e a abrangência desejadas.

É como resposta a este impasse federativo que os consórcios intermunicipais de saúde (CIS) surgem e se consolidam como estratégias promissoras para viabilizar a regionalização, potencializando ganhos de escala, otimizando recursos e fortalecendo a governança do SUS. Contudo, sua sustentabilidade é constantemente desafiada por instabilidades políticas, limitações financeiras e pelo comportamento freerider ("município carona").

Diante deste cenário, a questão norteadora proposta nesta pesquisa é: Quais elementos e condições institucionais são determinantes para a estruturação e a sustentabilidade de consórcios intermunicipais de saúde?

O objetivo geral deste trabalho é investigar os elementos e condições que incidem sobre a estruturação e a sustentação dos consórcios intermunicipais de saúde. Para isso, defini-se os seguintes objetivos específicos:

- a) Analisar os fatores que contribuíram para a estruturação e sustentação do consórcio estudado;**
- b) Identificar e analisar as fragilidades institucionais e operacionais que impactam a sua sustentabilidade;**
- c) Compreender a importância do CIS na execução das políticas públicas de saúde na região;**
- d) Analisar criticamente o rol de serviços ofertados e a governança cooperativa no período de 2020 e 2024.**
- e) Validar e contextualizar os achados por meio de uma análise comparativa com outro consórcio longo de referência nacional.**

A justificativa para esta investigação reside na importância estratégica dos consórcios para a regionalização da saúde no Brasil. Ao tomar como estudo de caso o Consórcio Intermunicipal de Saúde Entre os Vales do Mucuri e Jequitinhonha (CIS-EVMJ), e colocá-lo em diálogo com o Consórcio Intermunicipal de saúde da Microrregião de Penapólis (CIMPE), busca-se compreender como experiências locais de cooperação podem produzir respostas efetivas frente às demandas da população, especialmente em contextos de grande adversidade.

Esta pesquisa busca contribuir para o debate sobre a governança cooperativa no SUS, esperando gerar evidências que possam subsidiar a tomada de decisão de gestores e a formulação de políticas públicas orientadas à promoção da equidade.

Para tanto, a dissertação foi estruturada em cinco capítulos. O capítulo subsequente detalha a metodologia. O terceiro capítulo constrói a base teórica do estudo. O quarto capítulo dedica-se à análise aprofundada do estudo de caso do CIS-EVMJ, detalhando seu contexto, suas ações e os elementos associados à sua dinâmica, culminando em uma seção de análise comparativa que dimensiona e valida as descobertas. Por fim, o quinto capítulo apresenta as considerações finais, que consolidam os resultados da pesquisa, reconhecem suas limitações e propõem direções para o futuro.



## 2

**METODOLOGIA**

Este capítulo apresenta o percurso metodológico adotado para responder à questão de pesquisa. Descreve-se aqui o desenho do estudo, os procedimentos de coleta e análise de dados, bem como os cuidados éticos da investigação.

**2.1 DESENHO DA PESQUISA**

Esta pesquisa classifica-se como um estudo de caso único, de abordagem qualitativa e natureza exploratória. A escolha justifica-se pela intencionalidade de compreender, e não de quantificar, os elementos e condições que sustentam o consórcio intermunicipal estudado. A abordagem qualitativa permite investigar os significados atribuídos pelos atores envolvidos aos processos institucionais e decisórios que moldam a governança em saúde (Severino, 2017).

Minayo (2007) observa que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse referencial sustenta a investigação do consorciamento como fenômeno social complexo, atravessado por diferentes racionalidades e lógicas institucionais. Para Bardin (1977), a análise qualitativa valoriza não apenas a frequência, mas a presença de certos elementos que, mesmo isolados, podem expressar conteúdos relevantes para inferência e compreensão.

O estudo de caso, conforme Yin (2015), é o método mais apropriado para o exame aprofundado de um fenômeno em seu contexto real. A seleção do Consórcio Intermunicipal de Saúde Entre os Vales do Mucuri e Jequitinhonha (CIS-EVMJ) decorre de sua longevidade, abrangência territorial e localização em uma região historicamente vulnerável, constituindo um caso exemplar para a análise de desafios e potencialidades do modelo consorciado.

A trajetória do pesquisador, com mais de duas décadas de experiência na gestão pública em saúde, confere um olhar crítico e fundamentado sobre o campo empírico, permitindo apreensão de nuances institucionais e políticas que dificilmente emergiriam apenas por meio de dados objetivos. Trata-se de uma familiaridade crítica que,

conforme Becker (2000), potencializa o entendimento analítico sem comprometer a isenção.

A natureza exploratória visa mapear e interpretar os fatores que explicam a estruturação e sustentação do consórcio analisado, em diálogo com teorias institucionais, da governança e da cooperação intergovernamental.

Para enriquecer a compreensão, o estudo incorporou um componente comparativo com o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Penápolis (CIMPE), referenciado na literatura como *benchmark* (Neves; Ribeiro, 2006). O uso do método comparado visa iluminar particularidades do CIS-EVMJ frente a um modelo consolidado com características organizacionais distintas.

## **2.2 COLETA DE DADOS**

Para alcançar os objetivos propostos, a coleta de dados foi realizada por meio da triangulação de fontes: análise documental e entrevistas semiestruturadas. A triangulação confere maior validade e confiabilidade aos achados, mitigando vieses e permitindo uma reconstrução mais fidedigna do contexto, um pré-requisito essencial para a Análise de Conteúdo (Moraes, 1999).

### **2.2.1 ANÁLISE DOCUMENTAL**

A análise documental teve como objetivo reconstruir a trajetória institucional e o funcionamento do CIS-EVMJ. Foram examinados documentos oficiais (Estatuto Social, atas de assembleias, convênios, relatórios de produção) do período de 2020 a 2024. A escolha desse recorte temporal decorre da mudança no sistema de informatização em 2020, que restringiu o acesso a registros anteriores.

Complementarmente, foram utilizados dados secundários do IBGE e PNUD, e para o consórcio comparativo (CIMPE), foram consultadas fontes públicas (site institucional, dados do IBGE, estudos acadêmicos) e calculadas distâncias geográficas por meio de Google Maps.

## 2.2.2 ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Foram realizadas entrevistas com informantes-chave, selecionados por amostragem intencional, considerando sua posição estratégica e conhecimento acumulado sobre o consórcio. Utilizou-se roteiro semiestruturado com eixos temáticos e perguntas norteadoras, conforme Richardson *et al.* (2012) e Kvale (2008), permitindo flexibilidade no aprofundamento das falas e no surgimento de novos temas.

Foram entrevistados ex-prefeitos, secretários(as) de saúde, funcionários do consórcio, membros do Ministério Público, superintendência estadual e representantes de conselhos municipais de saúde. As entrevistas foram gravadas com consentimento e transcritas integralmente. No caso do CIMPE, houve entrevista telefônica com seu secretário executivo.

| Quadro 1 – Atribuição de código/perfil do entrevistado |                                                                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Código atribuído                                       | Perfil do Entrevistado/Relação com o CIS-EVMJ                      |
| PM-01                                                  | Ex-prefeito de município consorciado                               |
| SM-01                                                  | Secretário(a) municipal de Saúde de município consorciado          |
| SM-02                                                  | Secretário(a) municipal de Saúde de município consorciado          |
| FE-01                                                  | Funcionário(a) do quadro administrativo do CIS-EVMJ                |
| MP-01                                                  | Promotor de Justiça da Saúde Regional                              |
| SE-01                                                  | Superintendente Estadual de Saúde na Região                        |
| SS-01                                                  | Secretário Estadual de Saúde - MG                                  |
| CS-01                                                  | Presidente do Conselho Municipal de saúde de município consorciado |
| CS-02                                                  | Presidente do Conselho Municipal de saúde de município consorciado |
| CS-03                                                  | Membro do Conselho Municipal de saúde de município consorciado     |
| SE-02                                                  | Secretário Executivo do CIMPE                                      |

Fonte: elaborado pelo autor (2025).

## 2.3 ANÁLISE DE DADOS

O material coletado (transcrições e documentos) foi submetido à análise de conteúdo, seguindo as fases propostas por Bardin (2016):

- 1. Pré-análise: Fase de organização e leitura flutuante do material para uma primeira impregnação do conteúdo.**
- 2. Exploração do material: Processo de codificação e categorização, no qual o material foi decomposto em unidades de registro (temas) e agrupado em categorias temáticas emergentes.**
- 3. Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: As categorias foram analisadas e interpretadas, buscando articular os achados empíricos com o referencial teórico. Nesta fase, as inferências foram direcionadas para responder diretamente às questões norteadoras e aos objetivos específicos desta dissertação, permitindo a consolidação e a construção das conclusões.**

## 2.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A presente pesquisa seguiu rigorosamente os preceitos éticos que regulamentam a investigação com seres humanos. Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi garantido o direito incondicional à confidencialidade e ao anonimato, sendo os nomes dos entrevistados substituídos por códigos alfanuméricos em todos os documentos e produtos decorrentes do estudo.



## 3

**REFERENCIAL TEÓRICO**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde os simples atendimentos para avaliação da pressão arterial, por meio da atenção primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país, sem discriminação.

Independentemente do seu modelo, um sistema de saúde nacional sempre enfrentará desafios na implementação de políticas públicas que atendam a toda a população. O conceito de sistema de saúde é vasto. Paim (2012, *apud* Teixeira; Ornelas, 2018, p. 187) o define como: "O conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações. [...] As agências são organizações públicas ou privadas, governamentais ou não, que têm como finalidade promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde dos indivíduos e das comunidades."

A complexidade do sistema de saúde brasileiro é acentuada por suas dimensões territoriais continentais e pelas distintas divisões geopolíticas entre regiões e estados. Fatores como características climáticas e de relevo (por exemplo: extremos de temperatura e escassez hídrica que afetam as populações locais), o amplo perfil de miscigenação, a desigualdade econômica, a diversidade cultural e as desigualdades centralizadoras e excludentes nas estruturas de saúde historicamente estabelecidas, contribuem para esse cenário desafiador.

**3.1 CONCEITO DE SAÚDE E INDICADOR DE QUALIDADE DE VIDA**

O conceito de saúde passou por profundas transformações ao longo da história, acompanhando as mudanças sociais, econômicas e culturais. A busca por entender o corpo humano e suas manifestações diante de variáveis internas e externas, levou a uma modificação da ideia tradicional que apenas definia saúde como a ausência de doenças. A noção evoluiu para uma compreensão mais ampla, que hoje a

reconhece como resultado de múltiplos determinantes e como uma condição fundamental para a cidadania (Czeresnia, 2009).

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas (Scliar, 2007).

Um marco dessa nova fase foi a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, que trouxe o tema para o centro do debate sobre o desenvolvimento humano. Em sua constituição, a OMS formulou a definição clássica de que saúde é "o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade" (Scliar, 2007, p. 37). Apesar de seu mérito em ampliar o debate e questionar as visões puramente biológicas, essa definição foi criticada por seu ideal utópico.

Na prática, porém, essa visão ampliada nem sempre se converteu em políticas eficazes. A partir dos anos 1950, a exportação de modelos de saúde verticalizados para países em desenvolvimento, inclusive na América Latina, gerou ineficiência e insatisfação. O problema central desses modelos era a desconsideração de um princípio fundamental: a equidade. A ideia de tratar desiguais de forma desigual para alcançar justiça, como discute Aristóteles (2009), ajuda a entender por que a aplicação de um mesmo modelo em nações com realidades e capacidades tão distintas produziu resultados frustrantes.

A compreensão do estado de saúde de uma população tem sido buscada por meio de diversas métricas ao longo do tempo. É natural correlacionar como a saúde era entendida com a forma como era percebida por meio de indicadores. Assim como os conceitos de saúde mudaram, influenciando políticas públicas globalmente, também mudou a maneira de se perceber o estado de saúde de uma sociedade.

Nesse contexto, a busca por indicadores que permitisse a compreensão das complexidades do desenvolvimento social e suas interconexões com a saúde, trazendo luz a percepção de iniquidades e subsidiando o planejamento de intervenções eficazes, procurou produzir métricas que uniformizasse os parâmetros.

Dentre os indicadores mais utilizados na literatura e nas políticas públicas, destaca-se o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o

Desenvolvimento (PNUD) no início da década de 1990, surgiu como uma alternativa a indicadores puramente econômicos, como o PIB.

O IDH foca nas capacidades e oportunidades das pessoas (PNUD Brasil, [s.d.]). Ele é composto por três dimensões fundamentais: Longevidade, Educação e Renda, todas com impacto e interligação direta com a saúde, e pretende ser uma medida geral e sintética que, embora amplie a perspectiva sobre o desenvolvimento humano, não abrange nem esgota todos os seus aspectos” (PNUD, 2024).

No Brasil, o IDH é uma ferramenta poderosa para expor as profundas desigualdades do país. Embora o índice nacional seja considerado médio, ele esconde realidades opostas. Municípios de grandes capitais podem ter um IDH comparável ao de países europeus, enquanto localidades no semiárido ou nos Vales do Mucuri e Jequitinhonha, em Minas Gerais, apresentam índices muito inferiores. Essa desigualdade reflete diretamente as iniquidades estruturais no acesso à saúde, educação e renda, evidenciando o impacto dos determinantes sociais e a relevância de pesquisas focadas nessas localidades vulneráveis.

## **3.2 GÊNESE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) está diretamente vinculada ao processo de redemocratização do país e à formulação da nova Constituição Federal. Seu surgimento resultou de um amplo movimento social e institucional, que visava reorganizar o modelo de atenção à saúde no Brasil com base em novos princípios e diretrizes. Nesse contexto, é fundamental compreender como a saúde passou a ser reconhecida como um direito de cidadania e como esse reconhecimento foi incorporado ao ordenamento jurídico nacional.

### **3.2.1 A SAÚDE COMO DIREITO**

A promulgação da Constituição de 1988 representou a ruptura com o modelo autoritário anterior e a afirmação de um novo pacto social baseado na cidadania. No campo da saúde, o texto constitucional instituiu um paradigma inédito: o reconhecimento da saúde como direito universal e inalienável, acessível a todos os brasileiros, independentemente de sua condição socioeconômica. O artigo 196 sintetiza esse novo horizonte:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Esse princípio, aliado às Leis Orgânicas da Saúde (Leis nºs 8.080/1990 e 8.142/1990), deu base legal à criação de um novo modelo de saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS), que está fundado em princípios e diretrizes doutrinários fundamentais: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação social. Rompendo com o vínculo previdenciário, instituiu a descentralização federativa e institucionalizou a participação social como elemento estruturante da gestão pública.

Os princípios doutrinários do SUS representam uma mudança paradigmática em relação ao modelo anterior:

- 1. Universalidade: implica o direito de todos os cidadãos ao acesso irrestrito às ações e serviços de saúde.**
- 2. Integralidade: refere-se à organização das ações e serviços, oferecendo atenção em todos os níveis de complexidade — da promoção à reabilitação.**
- 3. Equidade: assume que o tratamento deve ser diferenciado conforme as desigualdades de partida, buscando reduzir iniquidades e promover justiça social.**
- 4. Descentralização: promove a redistribuição do poder e das responsabilidades, de forma articulada e integrada, entre as três esferas de governo: municipal, estadual e federal.**
- 5. Hierarquização: estabelece a forma de acesso aos serviços da rede, de acordo com a complexidade de cada caso.**
- 6. Participação social: indica que, por meio dos conselhos e conferências de saúde, o Poder Público e a sociedade civil atuam conjuntamente na formulação, no controle e na avaliação da política de saúde em todas as esferas de governo.**

### **3.2.2 MOVIMENTOS POLÍTICOS INTERNACIONAIS E REDEMOCRATIZAÇÃO INFLUENCIANDO A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil não é apenas um produto de transformações políticas internas; ela reflete

também um movimento internacional mais amplo. A partir da segunda metade do século XX, esse movimento começou a conceber a saúde como um direito humano fundamental, promovendo modelos de atenção mais justos e participativos. Anteriormente, a saúde era predominantemente entendida sob um modelo curativo, focado na intervenção sobre as doenças já manifestas. Mas, com a nova definição dada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde passou a ser compreendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. Essa mudança trouxe a ideia de que é importante investir em ações preventivas e na promoção da saúde, que passaram a fazer parte da agenda internacional.

Entre os marcos internacionais mais influentes nesse novo paradigma, destaca-se a Declaração de Alma-Ata, que propôs a atenção primária à saúde como estratégia central para alcançar a “saúde para todos”.

Em setembro de 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela OMS e pela Unicef na cidade de Alma-Ata (atual Almaty, no Cazaquistão), reuniu representantes de 134 países, e tornou-a decisiva, ao afirmar que a saúde é um direito humano fundamental e passou a postular que a atenção primária à saúde fosse a chave para a conquista da saúde universal. Seus princípios ressoaram profundamente nos debates sobre saúde pública em diversos países, incluindo o Brasil, sendo essenciais para moldar a visão de um sistema de saúde acessível e equitativo.

No cenário interno brasileiro, a criação do SUS é indissociável do contexto de redemocratização e de uma grave crise econômica. A alta inflação e a explosão do endividamento externo contribuíram para aprofundar a instabilidade econômica e política nos anos 1980 (Junior, 2016, p. 199). É nesse ambiente de instabilidade social e política que emergem os movimentos em busca de direitos e cidadania.

O Brasil vivenciou um intenso movimento popular pela democracia no início da década de 1980, culminando no Movimento Diretas Já, que reivindicava eleições diretas para presidente e o fim da ditadura militar. Apesar de as eleições diretas para presidente terem ocorrido apenas em 1989, a conquista das eleições democráticas para governador, em 1982, e o fim da Ditadura Militar, em 1985, tiveram um forte impacto em um evento considerado um marco na saúde pública

brasileira: a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, em Brasília.

Rosário et al. (2020) destacam que a organização da VIII CNS ocorreu em um contexto político de transição democrática, sendo resultado das propostas e lutas do Movimento da Reforma Sanitária. Essa Conferência simbolizou o processo de construção de uma plataforma e de estratégias para a democratização da saúde no país, inaugurando a participação da sociedade civil nas deliberações sobre a política de saúde.

A partir dessa mobilização, a ampla participação popular foi decisiva para consolidar as bases conceituais do novo modelo: descentralização, integralidade, equidade e participação social. Esse processo viria a culminar na inserção da saúde como direito social na Constituição Federal de 1988, um marco fundador do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios e diretrizes serão detalhados na próxima seção.

### **3.2.3 OS PRINCÍPIOS REVOLUCIONÁRIOS DO SUS E OS DESAFIOS DAS SUAS IMPLEMENTAÇÕES FRENTE ÀS DESIGUALDADES ESTRUTURAIS E AS INIQUIDADES**

A Revolução Francesa trouxe para o cenário político ocidental o princípio da igualdade de todos perante a lei, acabando com privilégios hereditários e estabelecendo a ideia de que o direito é universal. Baseada no pensamento iluminista, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789) afirmava que “os homens nascem e permanecem livres e iguais em direitos”. No entanto, essa igualdade formal não se estendia automaticamente às condições reais de vida: mulheres, pobres, colonizados e não proprietários continuaram fora da cidadania plena. Assim, desde seu início, a ideia moderna de igualdade conviveu com barreiras concretas, mostrando que uma igualdade apenas no papel não era suficiente.

No campo das políticas públicas, a noção de equidade surge como resposta às limitações da igualdade formal. Enquanto esta pressupõe o tratamento idêntico para todos, a equidade reconhece as desigualdades de partida entre os indivíduos e propõe o tratamento diferenciado como forma de alcançar justiça social de fato. Em outras palavras, a equidade consiste em dar mais a quem mais precisa, de forma proporcional às suas necessidades. Trata-se, portanto, de uma

evolução ética e política da ideia de igualdade, ancorada no reconhecimento das diversidades sociais.

A semelhança entre o ideal da Revolução Francesa e o projeto do SUS esbarra, entretanto, em desafios estruturais. Tal como a igualdade jurídica proclamada em 1789 não se traduziu de imediato em igualdade real, o princípio da equidade no SUS enfrenta a resistência das desigualdades históricas do Brasil

A efetivação dos princípios do SUS no Brasil tem sido marcada por contradições. As desigualdades regionais, o financiamento insuficiente, a fragmentação do cuidado, as desigualdades estruturais entre os municípios e regiões brasileiras, interesses de segmentos políticos e do setor privado ainda comprometem a consolidação de um sistema de saúde verdadeiramente equitativo e centrado na atenção primária.

As iniquidades em saúde no Brasil estão enraizadas em um processo histórico de exclusão social, iniciado com a colonização e perpetuado por séculos de escravidão, concentração fundiária, urbanização desigual e ausência de políticas de distribuição de renda. O acesso à saúde, historicamente, foi limitado a grupos privilegiados, enquanto populações vulneráveis (negros, pobres, moradores de áreas rurais) permaneceram à margem dos sistemas institucionais de cuidado. Essas desigualdades estruturais não são meras contingências: elas definem as condições de vida e saúde da população, condicionando os resultados das políticas públicas na atualidade.

Almeida-Filho (2020) salienta que, apesar da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) há mais de trinta anos, ainda persistem no Brasil profundas iniquidades em saúde. Estas estão concentradas principalmente na qualidade diferencial dos recursos socialmente destinados à promoção da saúde. Ele aponta que os avanços recentes no contexto sanitário brasileiro permitiram que sujeitos de classes e grupos sociais desfavorecidos, geralmente residentes em áreas remotas e antes excluídos, conseguissem cada vez mais acesso ao SUS, sobretudo no nível de atenção primária à saúde, mediante ações de saúde inovadoras.

No entanto, aqueles com maiores necessidades e vulnerabilidades continuam enfrentando dificuldades que os colocam à margem do sistema, que por sua vez, disponibiliza maiores acessos e efetivação para setores sociais já beneficiados com melhores condições

de vida e pela cobertura de planos privados de saúde, o que caracteriza um processo de iniquidade ininterrupta.

Apesar de o SUS ter como diretriz a universalidade do acesso, a sua aplicação na prática é muito afetada pela distribuição desigual de recursos e infraestrutura em saúde. Em regiões mais pobres e afastadas dos centros urbanos, a precariedade dos serviços públicos, a escassez de profissionais, a ausência de equipamentos e a dificuldade de transporte resultam em barreiras concretas à assistência.

A equidade, enquanto princípio organizador das políticas de saúde, exige que os recursos sejam distribuídos de acordo com as necessidades de cada lugar. No entanto, o subfinanciamento e a lógica fiscal centralizada impedem uma atuação efetivamente redistributiva.

Mesmo reconhecendo os avanços e conquistas robustas, especialmente na idealização e sustentabilidade do SUS, as políticas públicas de saúde, para além da oferta de serviços, deveriam dialogar com os determinantes sociais da saúde: moradia, educação, saneamento básico, trabalho e segurança alimentar. Porém, a fragmentação das políticas públicas no Brasil e a ausência de uma coordenação intersetorial robusta resultam em ações pontuais, desarticuladas e ineficientes.

O processo político polarizado vivenciado no país nos últimos tempos é, sem dúvida, um fator que estimula políticas públicas frágeis ou ineficazes, e falham em modificar as raízes estruturantes das iniquidades históricas. A saúde, isoladamente, não consegue reverter padrões históricos de vulnerabilidade social. Pelo contrário, as vulnerabilidades sociais impactam e potencializam as iniquidades, fazendo com que uma parcela significativa da população permaneça em um estágio de déficit de qualidade de vida, expresso especialmente nos indicadores de saúde.

Para Contijo et al. (2024), em um ambiente que exclui e invisibiliza, a atenção à saúde se torna extremamente desafiadora, e sem uma articulação estrutural entre os vários níveis de governo, os programas falham em atacar as causas profundas das iniquidades em saúde.

### **3.2.4 O PARADOXO DO SUS: ENTRE A GÊNESE DEMOCRÁTICA E A IMPLEMENTAÇÃO TOP-DOWN**

A narrativa sobre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) é, merecidamente, celebrada como um dos capítulos mais admiráveis da história social brasileira. Como já destacado, o SUS não foi uma concessão estatal, mas uma conquista forjada no calor do Movimento da Reforma Sanitária e consolidada pela ampla participação popular na VIII Conferência Nacional de Saúde. Essa origem, que brotou "de baixo para cima" (bottom-up), infundiu no sistema seus princípios mais caros: a participação e o controle social como pilares da gestão.

Contudo, é fundamental lançar um olhar crítico sobre a fase subsequente: a da implementação. Aqui reside um paradoxo central. A mesma Constituição que consagrou a participação popular também estabeleceu um modelo de saúde universal e integral, a ser implementado de forma homogênea em todo o território nacional. Essa universalização, embora revolucionária, traduziu-se, na prática, em uma política de caráter predominantemente top-down, concebida no topo do sistema e distribuída aos entes federados com diretrizes que subdimensionaram as realidades locais. Como aponta Arretche (2012), o federalismo brasileiro é caracterizado por uma forte capacidade de indução de políticas pela União, que define agendas e modelos que os governos subnacionais precisam seguir, muitas vezes sem a devida correspondência com as capacidades locais.

Nesse ponto, a ausência de uma análise ex ante mais aprofundada parece ter sido um fator crítico. No ciclo das políticas públicas, as avaliações ex ante consistem no levantamento de necessidades e em estudos de factibilidade que orientam a formulação de uma política, buscando prever seus possíveis resultados e desafios antes mesmo de sua implementação (Baptista; Rezende, 2011). Sem esse diagnóstico prévio, que permitiria ajustar o desenho da intervenção (Secchi, 2013), o SUS partiu de premissas genéricas, sem medir o que seria necessário e viável em territórios tão distintos e fragilizados.

As "outras variáveis" ignoradas por esse modelo eram cruciais: a imensa diversidade de capacidades institucionais e financeiras dos municípios; a cultura de centralismo administrativo; a infraestrutura de saúde historicamente concentrada; e as condições de extrema vulnerabilidade de certas regiões. Para um pequeno município dos

Vales do Mucuri e Jequitinhonha, com IDH baixo e isolamento geográfico, a descentralização representava um desafio quase intransponível. A política top-down do SUS, portanto, entregou a todos as mesmas responsabilidades constitucionais, mas sem considerar que partiam de pontos drasticamente distintos. Foi como entregar um "cheque em branco" de atribuições, sem verificar se os municípios teriam recursos e estrutura para preenchê-lo.

Essa abordagem, embora bem-intencionada, acabou por aprofundar desigualdades, gerando frustração em gestores e na população. Essa dinâmica reflete os desafios da coordenação federativa no Brasil, onde a descentralização de encargos nem sempre vem acompanhada da devida alocação de recursos, gerando o que Abrucio (2005) classifica como um federalismo não cooperativo. É precisamente nesse vácuo, entre a responsabilidade atribuída e a capacidade real de execução, que a lógica da cooperação regional se torna uma condição de sobrevivência para o sistema.

A regionalização, e com ela os consórcios intermunicipais, surge, então, não como uma diretriz planejada, mas como uma resposta pragmática e orgânica, construída "de baixo para cima" pelos gestores locais para corrigir as lacunas da implementação top-down. Nesse sentido, os consórcios "contribuem para evitar a fragmentação dos sistemas locais de saúde", fortalecendo a integração e otimizando investimentos em territórios com carências históricas (Lima; Viana, 2011, p. 197).

Portanto, entender o SUS exige reconhecer que, embora seu espírito seja participativo, sua execução normativa foi centralizadora, impondo um modelo de difícil assimilação para os mais vulneráveis. Os consórcios, tema central desta dissertação, são a expressão máxima desse movimento de ajuste: o esforço dos municípios para, em bloco, construir regionalmente a capacidade que não lhes foi dada individualmente, buscando, enfim, tornar o ideal do SUS uma experiência vivida em todo o Brasil.

### **3.2.5 OS LIMITES DO SUS E OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE COMO OPORTUNIDADE**

Apesar dos avanços e princípios robustos estabelecidos na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a complexidade da realidade brasileira impõe desafios significativos à sua plena efetivação. Isso exige

a busca por mecanismos complementares para superar suas limitações. A gestão de problemas sociais, e em especial os desafios na área da saúde de uma população, frequentemente se manifesta como “wicked problems” (problemas intermináveis).

Rittel e Webber (1973, apud Rosa, 2021, p. 52), descreve um wicked problem como uma preocupação social intrinsecamente difícil de explicar e, conseqüentemente, de resolver. Diferentemente dos problemas estruturados, cuja dinâmica é compreensível e permite soluções padronizadas, os wicked problems são intrinsecamente complicados, interconectados e resistem a soluções simples.

Nesse contexto de complexidade, torna-se igualmente essencial analisar as políticas públicas em seus diversos estágios: criação, agenda, implementação e resultados. Vários autores desenvolveram modelos para analisar e entender o processo de criação e desenvolvimento de políticas públicas. Conforme Teixeira; Ornelas (2018, p. 181), “uma política pública pode ser compreendida a partir de uma série de atividades políticas”, o que fundamenta a ideia de policy cycle ou ciclo de políticas públicas.

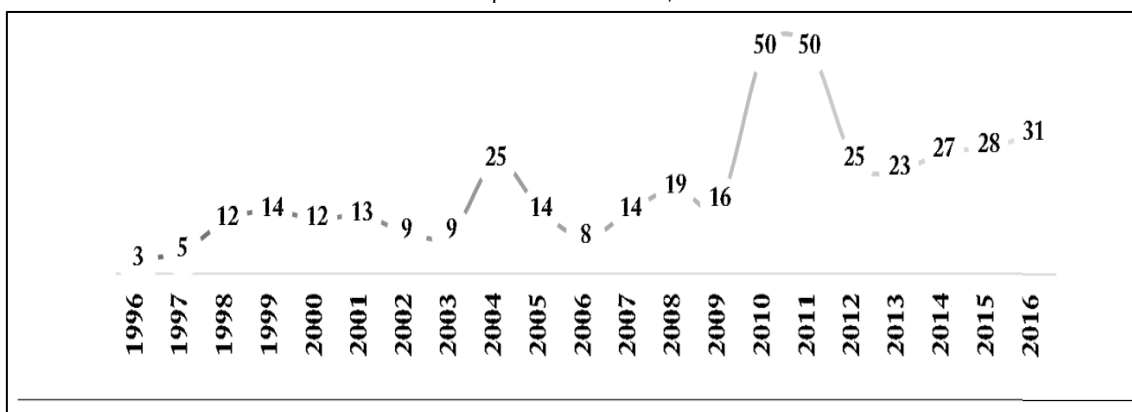
No que tange especificamente à elaboração e implementação de políticas de saúde no Brasil, a análise de seu ciclo revela as dificuldades enfrentadas pelos municípios, especialmente aqueles com menor capacidade fiscal e administrativa. Cenário este, limitante do SUS, que os consórcios intermunicipais de saúde se apresentam como uma estratégia promissora. Essas formas de cooperação visam otimizar recursos, promover ganhos de escala e ampliar a capacidade resolutiva da assistência à saúde, principalmente para municípios pequenos e com vulnerabilidades.

Neves e Ribeiro (2006) citam o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região de Penápolis (CISA) como um exemplo exitoso de consórcio intermunicipal de saúde no Brasil. A manutenção de seu funcionamento regular por décadas serviu de benchmark para outras experiências, mantendo-se ativo e ampliando sua oferta de serviços. A forte continuidade político-administrativa associada a efetiva capacidade de atender às demandas dos municípios integrantes contribuíram para a consolidação e manutenção deste consórcio de longínqua data.

Os consórcios públicos têm ganhado espaço e ampliado sua atuação na execução de políticas públicas, sendo disciplinados pela Lei

Federal n.º 11.107, de 6 de abril de 2005 (Brasil, 2005), e regulamentados pelo Decreto Federal n.º 6.017, de 17 de janeiro de 2007 (Brasil, 2007), conforme destaca Márcia (2019, p. 48). A importância cada vez maior desses consórcios na implementação e execução de políticas públicas de saúde, por meio de convênios celebrados com a União, é ilustrada pela Figura 1.

**Figura 1** – Evolução do número de convênios celebrados entre União e consórcios intermunicipais no Brasil, 1996-2016



Fonte: Elaborado a partir do Portal da Transparência da União, 2017 (Lui et al., 2019, p. 5.068).

A Figura 1 ilustra um crescimento substancial no número de convênios celebrados entre a União e os consórcios intermunicipais, especialmente a partir de meados dos anos 2000. Esse aumento sinaliza não apenas o reconhecimento federal da importância desses arranjos, mas também a crescente capacidade e capilaridade dos consórcios em absorver e executar recursos para as políticas de saúde no nível regional e local.

Essa tendência reforça a premissa de que os consórcios se tornaram ferramentas essenciais para enfrentar os limites operacionais e financeiros do SUS nos municípios, atuando como verdadeiras oportunidades para aprimorar a gestão e a oferta de serviços. Os desafios e elementos de sustentação desses consórcios serão aprofundados nas seções seguintes, com base na análise do estudo de caso do CIS-EVMJ.

### 3.3 OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE

Os consórcios intermunicipais de saúde vêm se consolidando como alternativa de cooperação entre municípios diante dos desafios de gestão e oferta de serviços no SUS. Para compreender seu

funcionamento, é importante considerar os atores que compõem essas estruturas e os papéis que desempenham.

### **3.3.1 OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E SEUS STAKEHOLDERS**

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) operam em um ambiente federativo complexo, com múltiplos atores que possuem interesses e percepções distintas. Saber articular os diferentes interesses desses atores, ou *stakeholders*, é essencial para garantir a sustentabilidade e a efetividade dessas estruturas intermunicipais. O objetivo final é sempre gerar bons resultados, ampliando o acesso e a qualidade dos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O conceito de *stakeholder* os define como “qualquer grupo ou indivíduo que pode afetar ou ser afetado pela realização dos objetivos de uma organização” (Freeman, 1984). Gomes *et al.* (2020, *apud* Bryson, 1988) descrevem *stakeholders* como “parte interessada, e é definida como qualquer pessoa, grupo ou organização que possa reivindicar a atenção, os recursos ou a produção de uma organização, ou é afetada por essa produção”.

O conjunto dos interessados (*stakeholders*) de um projeto engloba todas as pessoas que, de alguma forma, podem influir no sucesso dele. [...] Cada projeto tem seu grupo de *stakeholders* próprio. A questão crítica é identificar todos os que podem influir (Barbi, 2014).

Embora seja um termo muito utilizado no mundo empresarial corporativo para se referir a “partes interessadas”, sua aplicação no setor público tem se mostrado extremamente pertinente, sobretudo em organizações intergovernamentais como os CIS, que envolvem múltiplos níveis de governo e a sociedade civil.

Para que possamos ter os propósitos dos CIS definidos e entender como eles podem ser efetivados, devemos, então, conhecer os *stakeholders* envolvidos nestas instituições:

**Quadro 2 – Consórcios intermunicipais de saúde, stakeholders e seus interesses**

| Stakeholders                                                             | Interesses principais                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gestores municipais (prefeitos e secretários de saúde)                   | Cumprir responsabilidades legais; reduzir custos; ampliar e melhorar os serviços de saúde; obter ganhos políticos                                 |
| Órgãos estaduais e federais de saúde                                     | Cumprir responsabilidades legais; implementar políticas nacionais e estaduais; ampliar o acesso regional; gerenciar crises sanitárias.            |
| Órgãos de controle (Tribunais de Contas, Ministério Público, Judiciário) | Fiscalizar a legalidade, eficiência e transparência na aplicação de recursos públicos.                                                            |
| Prestadores de serviços e fornecedores                                   | Ampliar clientes e mercados; aumentar lucros; garantir estabilidade contratual.                                                                   |
| Profissionais de saúde e Funcionários dos CIS                            | Buscar estabilidade de trabalho, melhores condições de salários; oportunidades de capacitação.                                                    |
| Diretoria política e técnica do CIS                                      | Garantir a sustentabilidade do consórcio e a boa gestão institucional; ganhos políticos regionais.                                                |
| Usuários do SUS                                                          | Acessar serviços de qualidade, de forma contínua, segura e humanizada; agilidade da resolução de suas demandas; acesso a serviços especializados. |

Fonte: elaborado pelo autor (2025).

Pressupõe-se que a articulação de uma organização com esta relevância exige a mediação constante de interesses e a construção de pactos cooperativos entre os atores envolvidos. Como observa Lotta (2015), a implementação de políticas públicas em estruturas intergovernamentais depende de arranjos cooperativos estáveis e do reconhecimento da interdependência entre os entes.

Contudo, a atuação desses atores (*stakeholders*) em um sistema formalizado por lei vai além da definição do simples cumprimento de responsabilidades. Exige-se um alinhamento em torno de um propósito maior: a efetivação de políticas públicas que gerem valor e justiça social. No campo da saúde, essa dinâmica é particularmente nítida, pois os interesses de cada ator se manifestam de acordo com seu papel, seja como gestor público, prestador de serviço ou usuário do sistema. É nesse complexo jogo de interesses que reside o principal desafio dos consórcios intermunicipais: a necessidade de alinhar perspectivas múltiplas e, por vezes, conflitantes, sem perder de vista o

objetivo primordial de produzir valor público e desenvolvimento regional sustentável.

### **3.3.2 OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS: GOVERNANÇA E DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

Os consórcios intermunicipais de saúde podem ser vistos como uma aplicação prática de ações de cooperação entre entes que extrapolam os objetivos estritamente da saúde. Abordar as ações conjuntas no enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos municípios, especialmente os pequenos e distantes, significa, ao mesmo tempo, identificar e avaliar os resultados que refletem o desenvolvimento regional no âmbito do território abrangido pelos municípios que compõem esses consórcios.

O desenvolvimento regional pode ser observado como um reflexo da melhoria e ampliação dos serviços de saúde ofertados à população e seus impactos na qualidade de vida das pessoas, tornando-as mais aptas para o trabalho, menos vulneráveis a patologias e à falta de assistência que podem impactar o absenteísmo, aumentar o custo de produção e diminuir a renda.

Xavier *et al.* (2013) descrevem que o desenvolvimento regional passou a ser compreendido não apenas atrelado ao crescimento econômico, mas também a fatores sociais, culturais, ambientais e políticos, acompanhado da melhoria na qualidade de vida. Tais observações podem ser salientadas por meio de análises que possibilitem a inclusão das alterações na composição da sociedade e na alocação de recursos pelos diferentes setores da economia, de forma a melhorar os indicadores de bem-estar econômico e social (pobreza, desemprego, desigualdade, condições de saúde, alimentação, educação e moradia).

A gestão de instituições públicas, especialmente aquelas que envolvem a cooperação entre diferentes atores, impõe uma necessidade constante de inovação em busca de melhores resultados e sustentabilidade. O desafio se intensifica em arranjos como os consórcios intermunicipais, onde interesses políticos ou de grupos específicos podem interferir na condução das políticas e comprometer sua efetividade.

Nesse cenário, e principalmente quando se trata da gestão de recursos públicos em entidades recém-regulamentadas, a adoção de novos modelos se torna crucial. Inspirados em preceitos da Nova Gestão Pública, conceitos como governança e *accountability* (prestação de contas) deixam de ser teóricos e passam a ser ferramentas essenciais na rotina administrativa. Os consórcios de saúde, como importantes instrumentos de gestão e execução de políticas do SUS, enquadram-se plenamente nessa realidade, assumindo a mesma responsabilidade de um ente federado na correta aplicação dos recursos.

Portanto, a aplicação de mecanismos de governança no setor público busca um duplo objetivo: por um lado, limitar a discricionariedade dos agentes políticos por meio de regras claras e supervisão; por outro, fortalecer o foco na avaliação dos resultados que são esperados e entregues à população.

A formação de consórcios intermunicipais de saúde, como estratégia para efetivar e universalizar as políticas do SUS, representou um arranjo complexo que trouxe tanto ganhos significativos quanto novos desafios aos municípios.

Do lado dos benefícios, a possibilidade de atuar em escala, por exemplo, na compra conjunta de medicamentos e insumos, aumentou a capacidade resolutiva do sistema e gerou evidente economia de custos. Essa otimização de recursos, por sua vez, permitiu que os investimentos fossem direcionados para outras ações em saúde.

Em contrapartida, essa nova estrutura, consequente a descentralização, também impôs responsabilidades ampliadas. Passou a ser necessário não apenas cumprir as obrigações formais pactuadas com outros entes e outras instituições, mas também assumir um papel ativo no estímulo ao desenvolvimento regional, como forma de potencializar os próprios ganhos do consórcio e prestar contas à sociedade.

### **3.3.3 A CAPILARIDADE DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: VIRTUDE ESSENCIAL PARA A EQUIDADE E COMBATE ÀS INEQUIDADES NO SUS**

A capilaridade dos consórcios intermunicipais de saúde constitui uma de suas virtudes estruturantes, sobretudo no enfrentamento das

desigualdades regionais e no fortalecimento da equidade e da governança cooperativa no âmbito do SUS. No campo das políticas públicas, capilaridade refere-se à capacidade do Estado de se fazer presente em todo o território, alcançando os níveis locais de governo de maneira ramificada e contínua (Arretche, 2012).

Em um país marcado por assimetrias históricas e desigualdades estruturais, os consórcios intermunicipais assumem um papel estratégico ao possibilitar a chegada de serviços especializados, transporte sanitário e exames a regiões que, isoladamente, não conseguiriam ofertar tais atendimentos. Essa presença efetiva nos territórios mais distantes não se restringe à dimensão física da cobertura geográfica, mas traduz-se na capacidade de promover justiça distributiva e superar a fragmentação assistencial. Como destacam Ribeiro e Pereira (2005, p. 45), o consórcio “viabiliza o ganho de escala, o que aumenta o poder de negociação e o barateamento dos custos, podendo ser uma alternativa importante para viabilizar a atenção de média e alta complexidade nos pequenos e médios municípios”.

Essa lógica de cooperação regional permite ainda organizar redes assistenciais com racionalidade, otimizando recursos e evitando a duplicação ineficiente de estruturas frágeis nos municípios. Ao centralizar demandas e pactuar a oferta de forma integrada, os consórcios superam o viés de gestão fragmentada e afirmam-se como modelos de governança regional compartilhada, alinhados ao planejamento intergovernamental do SUS.

Lima e Viana (2011) corroboram essa compreensão ao apontar que os consórcios, ao facilitar o compartilhamento de recursos e ampliar a oferta assistencial, contribuem para evitar a fragmentação dos sistemas locais de saúde, fortalecendo a integração federativa, otimizando investimentos e promovendo uma distribuição mais justa das políticas públicas. Em regiões historicamente desassistidas, esses arranjos têm se revelado instrumentos eficazes para garantir maior equidade e ampliar o acesso à saúde.

Dessa forma, os consórcios intermunicipais de saúde não devem ser vistos apenas como mecanismos administrativos de gestão compartilhada, mas como ferramentas político-institucionais fundamentais à concretização do direito à saúde no território. Sua capilaridade, quando sustentada por pactuação firme e diretrizes

técnicas bem estruturadas, revela-se um vetor potente de equidade, especialmente quando orientada pelos princípios constitucionais do SUS e por uma governança sensível às especificidades locais.

### **3.3.4 OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: LIMITAÇÕES E DESAFIOS**

Apesar das vantagens já citadas, os consórcios intermunicipais de saúde enfrentam desafios significativos em múltiplas frentes, sendo os de natureza político-ideológica uns dos mais complexos. A importância de se construir coalizões locais sólidas se faz necessário, pois interesses pessoais ou de grupos políticos podem minar a unidade regional e, conseqüentemente, os resultados pretendidos.

Além dos entraves de natureza política, surgem os desafios no plano da gestão e da capacidade técnica. A evolução para uma governança colaborativa, focada em resultados coletivos, exige planejamento estratégico, mão de obra qualificada e investimentos tecnológicos, recursos que, por vezes, são de difícil acesso em determinadas regiões do país.

Um terceiro obstáculo crítico reside no financiamento e na sustentabilidade da cooperação. Mesmo com os ganhos de escala, a viabilidade dos consórcios depende da contribuição regular dos municípios. Aqui, emerge o problema do *freerider*, comportamento que Henrichs (2023) destaca sendo “entes que se beneficiam da ação conjunta sem a contrapartida equivalente, o que frequentemente é apontado na literatura como um obstáculo ao êxito do consorciamento, tornando como um entrave central.

Fica evidente, então, que os consórcios não estão imunes a limitações que podem comprometer sua efetividade. Os desafios, sejam eles políticos, técnicos ou financeiros, convergem para um ponto central: a necessidade de aperfeiçoar constantemente seus mecanismos de governança.

#### **3.3.4.1 OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E AS COALIZÕES POLÍTICO-IDEOLÓGICAS REGIONAIS**

A estruturação e o funcionamento dos CIS no Brasil ocorrem em um ambiente político constante e inseparável. Afinal, as próprias direções executivas dos consórcios são formadas e eleitas por prefeitos

dos municípios consorciados, estando, assim, fortemente condicionadas pelas dinâmicas político-ideológicas que permeiam o cenário regional e local. Isso os constitui como espaços onde se manifestam coalizões políticas, disputas partidárias, negociações e, não raramente, conflitos abertos entre os diversos *stakeholders* envolvidos. Essas coalizões político-ideológicas regionais, por sua vez, influenciam os processos decisórios, a governança e a sustentabilidade dos consórcios intermunicipais de saúde.

Além das dificuldades operacionais, os consórcios intermunicipais também enfrentam desafios de natureza política. Em algumas regiões, divergências partidárias entre os prefeitos consorciados comprometem a cooperação e dificultam a tomada de decisões conjuntas. “O aspecto partidário-ideológico dos prefeitos é um impasse a ser superado tanto na constituição quanto na manutenção do consórcio” (Henrichs, 2023, p. 19).

Os consórcios intermunicipais, como instrumentos de cooperação federativa, pressupõem uma lógica de colaboração entre entes autônomos: os municípios. Apesar de sua autonomia constitucional, eles compartilham responsabilidades na gestão das políticas públicas de saúde. Entretanto, a autonomia municipal também carrega consigo interesses político-partidários diversos, com lideranças locais frequentemente alinhadas a distintas correntes ideológicas, partidos e projetos políticos regionais e nacionais. Abrucio (2005) argumenta que as máquinas partidárias no Brasil se consolidam principalmente em sua relação com os Executivos estaduais, pois os prefeitos e todas as lideranças locais dependem muito do poder do governador.

Talvez pelo perfil da maioria dos municípios ser de pequeno porte, com população reduzida, limitado poder orçamentário e pela distância dos centros decisórios, é natural que os líderes políticos locais tenham alinhamentos político-partidários ideológicos com lideranças estaduais e nacionais. Essa dependência se justifica pelo suporte de recursos, ações, apoio burocrático e manutenção do poder político local.

Arretche (2012) descreve a poderosa influência da União sobre a agenda e as políticas dos governos subnacionais. Além da legislação aprovada no parlamento, esse poder é exercido no campo da legislação específica de cada área da política pública, bem como dos poderes de

gasto e supervisão do governo federal. Nessa perspectiva, os consórcios tornam-se fóruns de interação política, nos quais a construção de agendas comuns pode ser tanto facilitada quanto dificultada em função das afinidades ou divergências entre os governantes locais.

Observam Lima e Dain (2010, p. 3112), que “a cooperação intermunicipal, especialmente em contextos pluripartidários, frequentemente exige elevados níveis de negociação e capacidade de gestão de conflitos.” Essas coalizões político-ideológicas regionais podem assumir tanto um caráter cooperativo quanto conflituoso. Em algumas regiões, observam-se alianças pragmáticas entre prefeitos de diferentes partidos, que se unem em torno de objetivos comuns, como ampliar o acesso a serviços especializados, fortalecer a presença regional nas negociações com os governos estadual e federal e buscar ganhos de escala frente à escassez de recursos.

Em outras situações, contudo, prevalecem rivalidades político-partidárias que dificultam a constituição de agendas compartilhadas. Nessas circunstâncias, o consórcio pode ser capturado por grupos dominantes, gerando assimetrias no acesso aos serviços consorciados e a percepção de favorecimento político de determinados municípios em detrimento de outros. Ademais, em contextos eleitorais, a condução do consórcio pode ser instrumentalizada para alavancar capital político, seja através da distribuição seletiva de recursos, seja pela visibilidade administrativa associada à presidência do consórcio.

As disputas políticas dentro dos consórcios intermunicipais de saúde não se restringem apenas à filiação partidária dos prefeitos. Elas incluem disputas por poder de decisão, controle orçamentário, definição de prioridades assistenciais e indicação de cargos técnicos e administrativos no âmbito do consórcio. Tais tensões podem comprometer a capacidade decisória do consórcio e, em casos extremos, inviabilizar seu funcionamento pleno (Faria, 2018).

A governança cooperativa, nesse contexto, depende de mecanismos institucionais capazes de mediar essas disputas e garantir a representação equitativa dos entes consorciados. Silva e Lotta (2014) defendem que a existência de arranjos institucionais robustos e transparentes pode mitigar o impacto das rivalidades políticas e favorecer uma gestão mais técnica, centrada nas necessidades da população e nos princípios constitucionais do SUS.

As coalizões e disputas políticas dentro dos consórcios possuem implicações diretas para sua sustentabilidade financeira e operacional. Consórcios capturados por grupos políticos hegemônicos tendem a fragilizar sua legitimidade e provocar a saída de municípios descontentes, prejudicando sua viabilidade econômica de longo prazo. Além disso, práticas de favorecimento político podem aprofundar desigualdades regionais no acesso aos serviços consorciados, contrariando o princípio da equidade que orienta o SUS (Paim, 2009).

Portanto, o fortalecimento dos consórcios intermunicipais de saúde exige o enfrentamento das dinâmicas políticas regionais, a institucionalização de práticas de governança democrática e a valorização da cooperação federativa como instrumento de promoção da justiça social, da equidade em saúde e da própria sobrevivência e sustentabilidade.

### **3.3.4.2 OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE E O COMPORTAMENTO FREERIDER: RISCOS, DESAFIOS E ESTRATÉGIAS DE SUPERAÇÃO**

Apesar dos benefícios comprovados quando da atuação em consorciamento pelos municípios, existem também vulnerabilidades institucionais que os consórcios enfrentam. Entre os problemas recorrentes, destaca-se o comportamento *freerider* (carona oportunista), que compromete a equidade contributiva, a justiça distributiva e a própria sustentabilidade dos consórcios.

O termo *freerider* origina-se da teoria econômica dos bens públicos e descreve o comportamento de indivíduos ou instituições que se beneficiam dos serviços e vantagens gerados coletivamente, sem arcar com sua parcela de contribuição proporcional (Olson, 1965). Este comportamento não apenas sobrecarrega os municípios que mantêm suas contribuições em dia, mas também gera instabilidade financeira e desestímulo à cooperação intermunicipal, enfraquecendo o consórcio como solução coletiva. Flexa e Barbastefano (2017, p. 334) complementam:

(...) embora sejam claros os benefícios de um consórcio, há ainda a existência de membros que se comportam como *freeriders*, ou seja, que fazem uso do serviço público provido pelo consórcio, mas sem participar de seu financiamento, enfraquecendo assim o propósito original da associação.

O comportamento oportunista dentro dos CIS apresenta riscos múltiplos e interdependentes. Podemos observar, por exemplo, o desestímulo à adesão ou à permanência de municípios com histórico de bons pagadores. Isso ocorre porque as contribuições desses municípios acabam por cobrir o percentual de custo de todos os consorciados, incluindo aqueles que deixam de realizar seus aportes financeiros.

Nessa mesma linha, a fragmentação da coalizão política representativa dos CIS pode afetar um dos pilares da sustentação e sobrevivência desses consórcios, o que enfraquece a união regional, acirra conflitos políticos e, por vezes, leva a ações judiciais contra municípios membros inadimplentes. O orçamento, sendo um dos pilares da sobrevivência e sustentabilidade dos CIS, pode ser seriamente comprometido, criando instabilidades e dificuldades para os gestores dessas instituições. Além disso, limita a capacidade de planejamento estratégico para a ampliação de ações, podendo inclusive comprometer a credibilidade da instituição diante da impossibilidade de honrar compromissos.

Conforme discutido por Arretche (2012), a estrutura federativa no Brasil apresenta desigualdades significativas entre os entes no que diz respeito à capacidade política e financeira. No contexto dos consórcios intermunicipais, essas assimetrias se acentuam quando alguns municípios arcam com a maior parte dos custos coletivos, enquanto outros usufruem dos benefícios sem contribuição proporcional.

O enfrentamento do *free-rider* é dificultado por fatores como a baixa efetividade das sanções previstas nos estatutos, o apoio político que prefeitos inadimplentes por vezes recebem e a descontinuidade administrativa gerada pelas eleições municipais.

A boa governança cooperativa pode exercer um papel crucial na prevenção do *freerider*. Como aponta Ostrom (1990), a boa governança de bens públicos compartilhados exige: regras claras e pactuadas localmente; mecanismos de monitoramento transparente; sanções graduais e proporcionais; esferas de resolução de conflitos internas; e incentivos à cooperação estável.

A aplicação desses princípios nos consórcios intermunicipais de saúde requer o fortalecimento institucional de suas instâncias deliberativas, a participação ativa dos secretários municipais de saúde

e o exercício constante da governança democrática, com prestação de contas regular aos conselhos técnicos e à sociedade.

Em suma, o comportamento *free-rider* constitui um dos mais expressivos riscos à sustentabilidade e legitimidade dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Superá-lo depende de instrumentos jurídicos sólidos, governança cooperativa robusta e, sobretudo, de uma cultura política federativa mais madura e responsável. Sem o enfrentamento efetivo dessa prática, os ganhos potenciais do consorciamento na ampliação do acesso à saúde permanecerão sempre vulneráveis.

### **3.3.4.3 A LACUNA DO CONTROLE SOCIAL NA GOVERNANÇA CONSORCIADA**

A arquitetura do Sistema Único de Saúde (SUS) foi erguida sobre o pilar da participação da comunidade, consagrado na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.142/1990. O controle social, exercido por meio dos conselhos e das conferências de saúde, representa a dimensão mais democrática do sistema, assegurando que a formulação e a fiscalização das políticas públicas sejam permeáveis às demandas dos cidadãos.

Contudo, à medida que a gestão da saúde se desloca para arranjos intermunicipais, como os consórcios, a efetivação desse princípio fundamental encontra barreiras significativas, criando um paradoxo: ao mesmo tempo em que avançam na eficiência gerencial, os consórcios podem retroceder na legitimidade democrática.

Os consórcios intermunicipais de saúde, embora concebidos como soluções inovadoras para a regionalização, surgiram com um forte viés gerencialista. Sua estrutura decisória é, por natureza, intergovernamental, centrada nas figuras do poder executivo: prefeitos e secretários de saúde. Essa ênfase na pactuação entre gestores, embora essencial para a cooperação federativa, relegou a participação popular a um plano secundário. A literatura especializada tem apontado, de forma recorrente, a “ausência de participação do controle social nas atividades desenvolvidas pelos consórcios e nos espaços de governança regional” como um de seus desafios mais críticos.

Como aponta a revisão de Carvalho, Silva e Nicoletto (2025), a análise dos estudos sobre o tema revela a “inexistência ou incipiente

participação do controle social de forma institucionalizada nas decisões e na estrutura colegiada dos consórcios”. A lógica da participação foi consolidada no nível municipal, mas não acompanhou o movimento de regionalização da gestão, deixando os Conselhos Municipais de Saúde com pouca ou nenhuma governabilidade sobre as decisões tomadas no espaço supramunicipal.

Essa lacuna não é meramente conjuntural, mas estrutural. A própria legislação que normatiza os consórcios públicos (Lei nº 11.107/2005) é omissa quanto à obrigatoriedade de se instituir instâncias formais de controle social em seus arranjos. Essa ausência de um imperativo legal abre margem para que tais estruturas operem sem os mecanismos de escrutínio público exigidos dos entes federados individualmente.

As consequências dessa lacuna democrática são profundas. A ausência de controle social fragiliza a legitimidade das decisões, que podem refletir interesses políticos ou de mercado em vez das necessidades sanitárias da população. Isso agrava os riscos de mercantilização e amplia a vulnerabilidade dos consórcios à captura por interesses político-partidários, minando a confiança e a cooperação. Por fim, negligencia-se o conhecimento dos usuários, que poderiam qualificar o planejamento e a avaliação dos serviços.

Portanto, a institucionalização do controle social nos consórcios transcende o mero cumprimento de um preceito do SUS. É uma estratégia indispensável para o fortalecimento da governança, para a blindagem contra interferências e para a qualificação da gestão. Superar essa lacuna é um passo decisivo para a maturação dos consórcios e que estes se consolidem não apenas como arranjos de eficiência gerencial, mas como verdadeiros espaços de cidadania e de aprofundamento da democracia.

### **3.3.5 OS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE NA ATUALIDADE NO BRASIL**

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) representam uma estratégia eficaz de cooperação federativa. Eles fortalecem a execução de políticas públicas e se consolidam como instrumentos fundamentais para viabilizar políticas de saúde que, isoladamente, seriam inviáveis para municípios com baixa capacidade institucional.

De acordo com o mapeamento da CNM, o Brasil conta atualmente com 723 consórcios públicos ativos, cobrindo mais de 85% dos municípios (cerca de 4.780 municípios). Isso demonstra a transformação desses arranjos em práticas consagradas de gestão pública no país. O Quadro 3 apresenta a quantidade de municípios participantes e não participantes de consórcios públicos, organizados por região e unidade federativa.

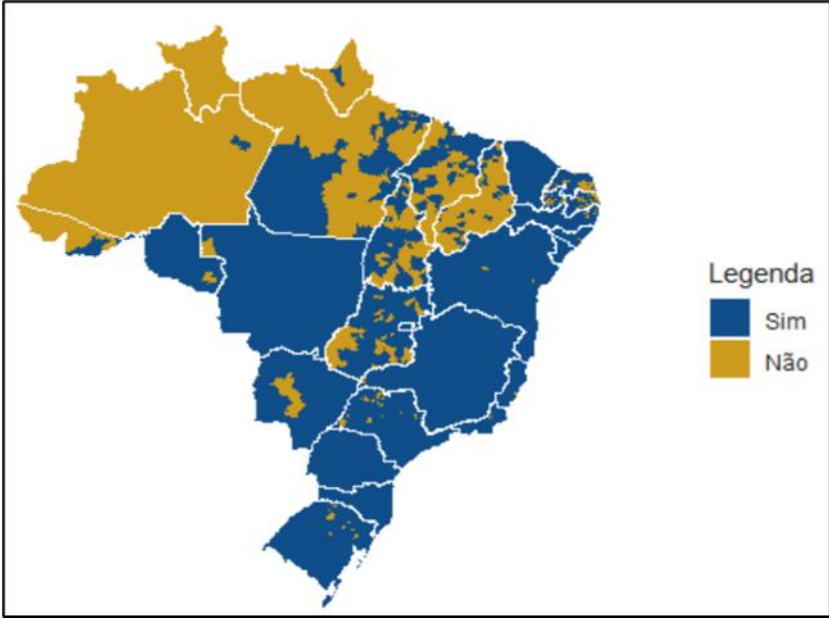
**Quadro 1** – Quantidade de municípios que participam e não participam de consórcio público no período considerado por região e Estado

| Região                           | UF | Total Municípios UF      | Participam   | Participam % | Não Participam | Não Participam % |
|----------------------------------|----|--------------------------|--------------|--------------|----------------|------------------|
| Norte                            | AC | 22                       | 6            | 27,3%        | 16             | 72,7%            |
|                                  | AM | 62                       | 1            | 1,6%         | 61             | 98,4%            |
|                                  | AP | 16                       | 1            | 6,3%         | 15             | 93,8%            |
|                                  | PA | 144                      | 70           | 48,6%        | 74             | 51,4%            |
|                                  | RO | 52                       | 51           | 98,1%        | 1              | 1,9%             |
|                                  | RR | 15                       | -            | 0,0%         | 15             | 100,0%           |
|                                  | TO | 139                      | 83           | 59,7%        | 56             | 40,3%            |
| <b>Total Região Norte</b>        |    | <b>450</b>               | <b>212</b>   | <b>47,1%</b> | <b>238</b>     | <b>52,9%</b>     |
| Nordeste                         | AL | 102                      | 101          | 99,0%        | 1              | 1,0%             |
|                                  | BA | 417                      | 414          | 99,3%        | 3              | 0,7%             |
|                                  | CE | 184                      | 184          | 100,0%       | -              | 0,0%             |
|                                  | MA | 217                      | 120          | 55,3%        | 97             | 44,7%            |
|                                  | PB | 223                      | 143          | 64,1%        | 80             | 35,9%            |
|                                  | PE | 184                      | 175          | 95,1%        | 9              | 4,9%             |
|                                  | PI | 224                      | 48           | 21,4%        | 176            | 78,6%            |
|                                  | RN | 167                      | 106          | 63,5%        | 61             | 36,5%            |
|                                  | SE | 75                       | 74           | 98,7%        | 1              | 1,3%             |
| <b>Total Região Nordeste</b>     |    | <b>1.793</b>             | <b>1.365</b> | <b>76,1%</b> | <b>428</b>     | <b>23,9%</b>     |
| Sul                              | PR | 399                      | 398          | 99,7%        | 1              | 0,3%             |
|                                  | RS | 497                      | 475          | 95,6%        | 22             | 4,4%             |
|                                  | SC | 295                      | 295          | 100,0%       | -              | 0,0%             |
| <b>Total Região Sul</b>          |    | <b>1.191</b>             | <b>1.168</b> | <b>98,1%</b> | <b>23</b>      | <b>1,9%</b>      |
| Sudeste                          | ES | 78                       | 76           | 97,4%        | 2              | 2,6%             |
|                                  | MG | 853                      | 852          | 99,9%        | 1              | 0,1%             |
|                                  | RJ | 92                       | 90           | 97,8%        | 2              | 2,2%             |
|                                  | SP | 645                      | 617          | 95,7%        | 28             | 4,3%             |
| <b>Total Região Sudeste</b>      |    | <b>1.668</b>             | <b>1.635</b> | <b>98,0%</b> | <b>33</b>      | <b>2,0%</b>      |
| Centro-Oeste                     | DF | 1                        | 1            | 100,0%       | -              | 0,0%             |
|                                  | GO | 246                      | 189          | 76,8%        | 57             | 23,2%            |
|                                  | MS | 79                       | 73           | 92,4%        | 6              | 7,6%             |
|                                  | MT | 141                      | 140          | 99,3%        | 1              | 0,7%             |
| <b>Total Região Centro-Oeste</b> |    | <b>467</b>               | <b>403</b>   | <b>86,3%</b> | <b>64</b>      | <b>13,7%</b>     |
| <b>Total Brasil</b>              |    | <b>5.569<sup>3</sup></b> | <b>4.783</b> | <b>85,9%</b> | <b>786</b>     | <b>14,1%</b>     |

Fonte: CNM, 2023.

Observa-se que as regiões Sudeste e Sul concentram o maior número de municípios consorciados, enquanto o Norte apresenta os menores índices de adesão, padrão que é ilustrado no mapa a seguir.

**Figura 2 – Municípios Consorciados x Não Consorciados**



Fonte: CNM, 2023.

Embora nem todos sejam exclusivamente destinados à saúde, muitos consórcios se configuram como arranjos efetivos de gestão integrada do SUS. Dados estaduais confirmam esse impacto: em Minas Gerais, por exemplo, atualmente 75 CIS de saúde atendem aproximadamente 84% da população, estimada em 21 milhões de pessoas (Minas Gerais, 2024).

Estudos indicam que a participação nos consórcios intermunicipais está associada a condições socioeconômicas específicas, tais como portes populacionais menores, predominando municípios com menos de 50 mil habitantes.

A seguir, o Quadro 4 apresenta a distribuição dos municípios brasileiros que participam ou não de consórcios públicos, organizados por região e unidade federativa. A sistematização ajuda a compreender o grau de capilaridade desses arranjos cooperativos no território nacional.

**Quadro 2 – Porte dos municípios que integram consórcio público**

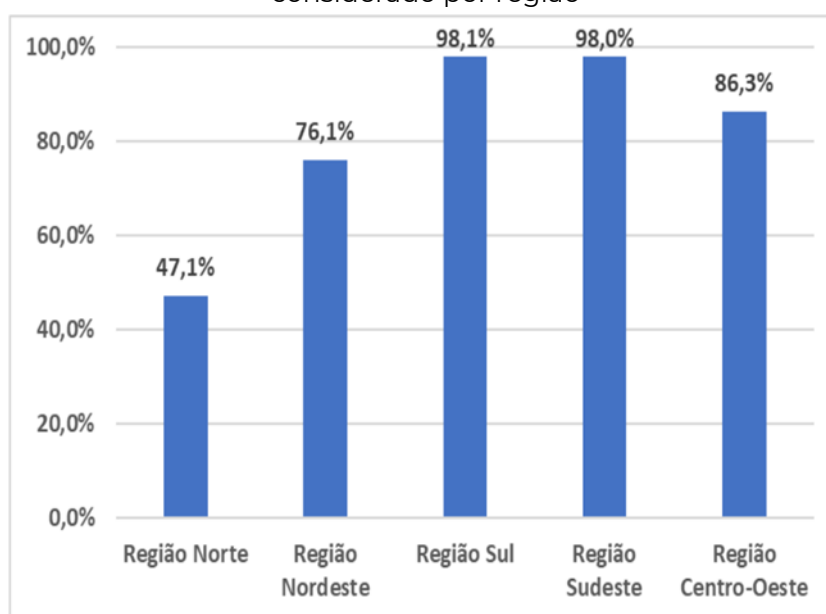
| Porte dos Municípios | Faixa Populacional             | Quantidade | %     |
|----------------------|--------------------------------|------------|-------|
| Pequeno              | Abaixo de 50 mil habitantes    | 4.169      | 87,2% |
| Médio                | 50.000 a 299.999 habitantes    | 527        | 11,1% |
| Grande               | A partir de 300 mil habitantes | 87         | 1,8%  |
| Total                |                                | 4.783      | 100%  |

Fonte: CNM, 2023.

Observa-se que o percentual de municípios consorciados varia significativamente entre as regiões. Essa distribuição desigual é visualmente evidenciada no mapa que segue, permitindo uma leitura espacial das diferenças regionais.

Estudos demonstram que os municípios integrantes de consórcios públicos, especialmente na área da saúde, tendem a apresentar melhores indicadores socioeconômicos. Entre eles, destacam-se índices mais elevados de desenvolvimento humano (IDH), maior renda per capita, menores taxas de desocupação e melhores condições de saneamento básico. Esses elementos sugerem que a efetiva articulação intermunicipal está associada à presença de capacidades institucionais mínimas e a contextos mais propícios à cooperação federativa sustentável.

**Gráfico 1** – Percentual de municípios que participam de consórcio público considerado por região



Fonte: CNM, 2023.

Essas características indicam que, embora os consórcios incluam municípios vulneráveis, eles tendem a se estruturar em locais com condições mínimas de governança e capacidade de articulação. Com base na cobertura em Minas Gerais e nos dados nacionais, estima-se que os CIS atualmente assistam cerca de 150 milhões de pessoas (70% da população brasileira). Esse número potencializa o papel dos CIS como uma ferramenta central de governança do SUS.

A consolidação dos CIS como mecanismo institucional para a política pública de saúde demonstra:

- a) Capilaridade territorial significativa: alcançam municípios de diferentes portes e realidades.**
- b) Papel estratégico na superação das assimetrias regionais: possibilitam a integração de serviços e a ampliação do acesso.**

Apesar dos desafios, como *freeriders*, fragilidades administrativas e instabilidades político-partidárias, os consórcios intermunicipais de saúde ressaltam sua relevância como instrumentos imprescindíveis para a implementação de políticas públicas de saúde no Brasil, proporcionando melhorias na qualidade de vida da população.



## 4

## **ESTUDO DE CASO: O CIS-EVMJ COMO INSTRUMENTO DE EXECUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE REGIONALIZADA**

Este capítulo dedica-se ao estudo de caso do Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Vales do Mucuri e Jequitinhonha (CIS-EVMJ). Nele, analisam-se a criação, a evolução institucional e a atuação do consórcio como instrumento central na execução das políticas públicas de saúde regionalizada. Para tanto, os achados empíricos são interligados à discussão teórica e aos indicadores de saúde apresentados. A análise se aprofunda no perfil socioeconômico dos municípios consorciados, detalha os programas executados e explora os elementos que sustentam tanto a resiliência quanto as fragilidades da instituição.

### **4.1 CIS-EVMJ E O PERFIL DOS SEUS MUNICÍPIOS**

A região dos Vales do Mucuri e Jequitinhonha, no nordeste de Minas Gerais, é historicamente marcada por condições socioeconômicas adversas. Conhecida como "Vale da Pobreza" (UFMG, 2019), a área se caracteriza por Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) abaixo da média estadual, infraestrutura precária e carência de serviços especializados, sobretudo na saúde. Essa realidade aprofunda as iniquidades regionais e desafia a efetivação dos princípios do SUS. Buss e Pellegrini (2006), destacam que a pobreza não se restringe à carência de recursos materiais, mas também se expressa na ausência de oportunidades, na limitação de escolhas e na vulnerabilidade política dos grupos sociais frente ao Estado e às instituições públicas.

Nesse contexto de vulnerabilidade, os consórcios intermunicipais surgem como uma alternativa cooperativa e solidária, permitindo que pequenos municípios unam esforços para ampliar capacidades, racionalizar recursos e fortalecer sua voz política. O consorciamento favorece ganhos de escala, otimização de recursos, maior poder de negociação e acesso a tecnologias e profissionais especializados, gerando sustentabilidade política e institucional (Fleury, 2011).

Inicialmente, o consórcio foi efetivado por cinco municípios: Caraí, Catuji, Itaipé, Novo Cruzeiro e Padre Paraíso. Ao longo do tempo, sua abrangência foi ampliada, e atualmente ele integra 29 municípios, com uma população total estimada de 446.194 habitantes (IBGE, 2022).

A map of the state of Minas Gerais, Brazil, with two regions highlighted: Vale do Mucuri in purple and Vale de Jequitinhonha in green. An inset map shows the location of these regions within the state.

A análise demográfica dos entes consorciados revela uma predominância de municípios com baixa densidade populacional: apenas quatro deles possuem população superior a 20 mil habitantes, enquanto seis têm menos de 5 mil. Tal configuração territorial reforça a importância do CIS-EVMJ como um instrumento estruturante de regionalização, integração e acesso aos serviços públicos de saúde em territórios historicamente negligenciados.

**Quadro 3 – Municípios/população**

| Município           | População | Município             | População      |
|---------------------|-----------|-----------------------|----------------|
| Angelândia          | 7.718     | Monte Formoso         | 4.381          |
| Ataléia             | 13.736    | Nanuque               | 35.038         |
| Campanário          | 2.923     | Nova Módica           | 3.663          |
| Carai               | 19.548    | Novo Cruzeiro         | 26.975         |
| Carlos Chagas       | 18.615    | Novo Oriente de Minas | 10.275         |
| Catuji              | 7.030     | Ouro Verde de Minas   | 5.757          |
| Crisólita           | 5.265     | Padre Paraíso         | 17.334         |
| Franciscópolis      | 5.034     | Pavão                 | 8.047          |
| Frei Gaspar         | 5.640     | Pescador              | 3.570          |
| Fronteira dos Vales | 4.345     | Pote                  | 13.666         |
| Itaipé              | 10.463    | São José do Divino    | 3.464          |
| Itambacuri          | 21.042    | Serra dos Aimorés     | 6.944          |
| Ladainha            | 14.383    | Setubinha             | 9.917          |
| Machacalis          | 6.487     | Teófilo Otoni         | 137.418        |
| Malacacheta         | 17.516    | <b>Total</b>          | <b>446.194</b> |

Fonte: Elaboração própria com dados do IBGE (2022).

O Quadro 6 apresenta os Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios que compõem o CIS-EVMJ, permitindo, assim, a análise do grau de vulnerabilidade social na área de abrangência do consórcio. Embora os dados sejam de 2010, representam as informações consolidadas mais recentes disponibilizadas pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para fins de comparação municipal.

**Quadro 6 – CIS-EVMJ – Municípios/IDH**

| Município             | IDH   | Colocação no estado<br>(853 municípios) |
|-----------------------|-------|-----------------------------------------|
| Catuji                | 0.540 | 850°                                    |
| Ladainha              | 0.541 | 848°                                    |
| Monte Formoso         | 0.541 | 848°                                    |
| Setubinha             | 0.542 | 847°                                    |
| Itaipé                | 0.552 | 844°                                    |
| Novo oriente de Minas | 0.555 | 842°                                    |
| Carai                 | 0.558 | 837°                                    |

|                     |       |      |
|---------------------|-------|------|
| Novo Cruzeiro       | 0.571 | 826° |
| Crisólita           | 0.585 | 806° |
| Ataléia             | 0.588 | 803° |
| Frei Gaspar         | 0.590 | 801° |
| Fronteira dos Vales | 0.592 | 796° |
| Ouro Verde de Minas | 0.595 | 788° |
| Padre Paraíso       | 0.596 | 787° |
| Angelândia          | 0.597 | 784° |
| Franciscópolis      | 0.603 | 770° |
| Campanário          | 0.616 | 725° |
| Malacacheta         | 0.618 | 721° |
| Poté                | 0.624 | 692° |
| Pavão               | 0.627 | 668° |
| Nova Modica         | 0.630 | 655° |
| Itambacuri          | 0.634 | 627° |
| Machacalis          | 0.640 | 595° |
| Carlos Chagas       | 0.648 | 556° |
| Serra dos Aimorés   | 0.651 | 536° |
| Pescador            | 0.656 | 508° |
| São Jose do Divino  | 0.658 | 496° |
| Nanuque             | 0.701 | 218° |
| Teófilo Otoni       | 0.701 | 218° |

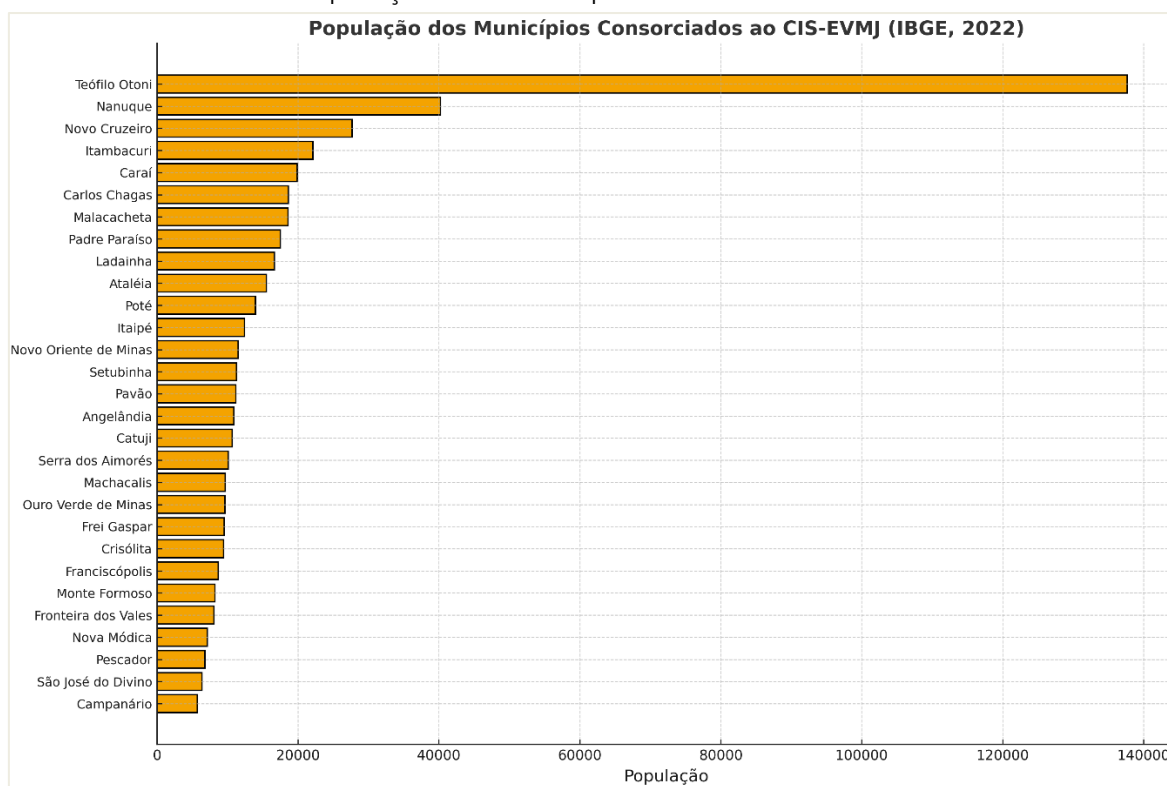
Fonte: elaborado pelo autor com dados do PNUD/IBGE (2010).

Observa-se que a maioria dos municípios possui IDH classificado como baixo ou médio, situando-se entre os piores do estado de Minas Gerais, o que evidencia a relevância do consórcio como estratégia regional para enfrentamento das desigualdades.

A distribuição populacional dos municípios consorciados, conforme apresentada no Quadro 5, pode ser visualizada no Gráfico 2. Destaca-se a grande concentração populacional em Teófilo Otoni, cidade polo da macrorregião. Isso reforça a necessidade de serviços

regionalizados para atender à demanda dos demais municípios, que são predominantemente de pequeno porte.

**Gráfico 2 – População dos municípios consorciados ao CIS-EVMJ**



Fonte: elaborado pelo autor com dados IBGE (2022).

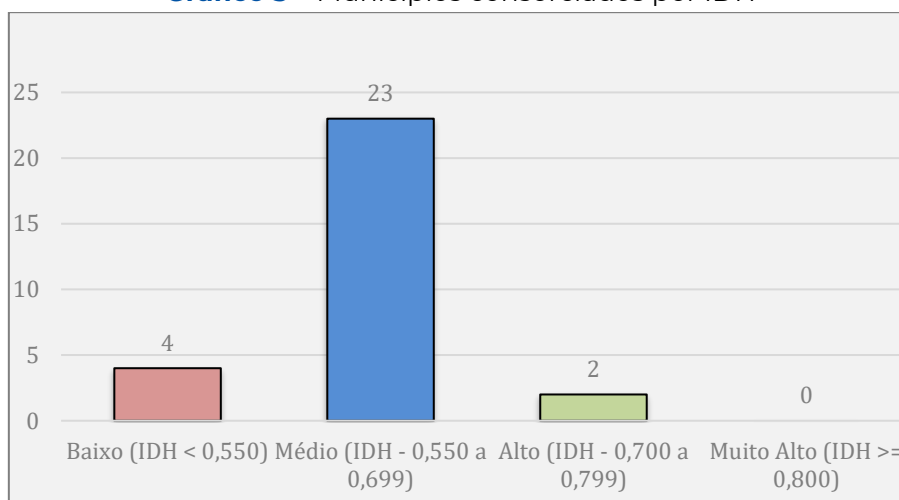
Complementarmente à análise populacional, é fundamental considerar o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no perfil socioeconômico dos municípios que compõem o CIS-EVMJ. O IDH, que varia de 0 a 1, é uma medida composta que avalia a longevidade (esperança de vida ao nascer), educação (anos médios e esperados de escolaridade) e renda (*per capita*).

A maior parte dos municípios consorciados apresenta um IDH médio, utilizando como base os dados de 2010. No entanto, quando comparados com os demais municípios do estado de Minas Gerais, observa-se um claro distanciamento nas condições de qualidade de vida. É notável que, entre os 29 municípios do CIS-EVMJ, cinco estavam entre os vinte piores índices de desenvolvimento humano do estado em 2010, e vinte e dois estavam entre os cem piores colocados. Apenas Teófilo Otoni e Nanuque, as duas maiores cidades em população na área de abrangência do consórcio, possuem IDH considerado alto, o que se correlaciona com sua maior infraestrutura e oferta de serviços.

O diagnóstico dos baixos índices de IDH na maioria dos municípios consorciados não apenas sublinha a precariedade local, mas também justifica, de forma contundente, a necessidade de estratégias cooperativas como o consorciamento para a superação de tais desafios.

Nota-se, no Quadro 6, que a maior parte dos municípios consorciados apresenta baixa densidade populacional, o que reforça o papel do CIS-EVMJ como estratégia de cooperação regional para superar fragilidades estruturais locais.

**Gráfico 3 – Municípios consorciados por IDH**



Fonte: elaborado pelo autor com dados do PNUD / IBGE (2010).

O Gráfico 3 revela que a maioria dos municípios consorciados apresenta IDH classificado como médio, com apenas dois situando-se na faixa considerada alta. Esse dado reforça o cenário de vulnerabilidade que justifica a atuação integrada do CIS-EVMJ.

## 4.2 CIS-EVMJ: CONVÊNIOS E AÇÕES EM SAÚDE

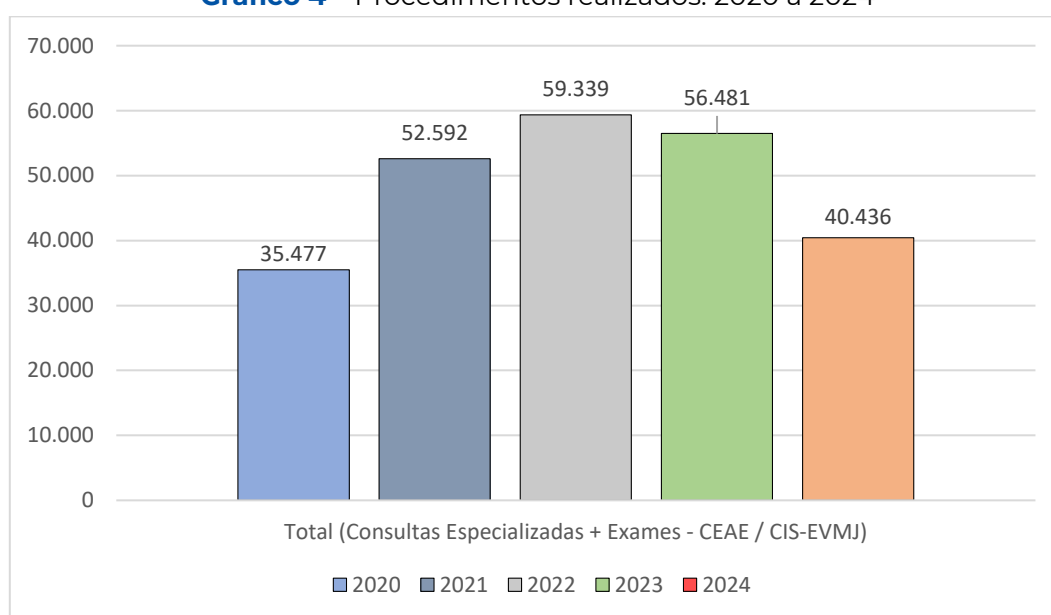
O CIS-EVMJ atua junto aos municípios tanto como intermediador de serviços, buscando otimizar o acesso a procedimentos de média e alta complexidade que não podem ser oferecidos localmente, quanto como executor direto de programas de saúde. Essa dupla função confere ao CIS-EVMJ um papel central na garantia da integralidade da atenção e na efetivação do direito à saúde na região.

## 4.2.1 CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CEAE)

Desde 2011, o CIS-EVMJ gere o CEAE, financiado pelo Estado de Minas Gerais. O serviço oferece assistência especializada em diversas áreas, sendo fundamental para o acesso a um cuidado que os municípios não poderiam prover isoladamente.

No Gráfico 4 a realização de 244.325 procedimentos entre 2020 e 2024 demonstra a capilaridade e relevância do CIS-EVMJ como eixo organizador da atenção secundária na macrorregião.

**Gráfico 4 – Procedimentos realizados: 2020 a 2024**



Fonte: elaborado pelo autor com dados do CIS-EVMJ.

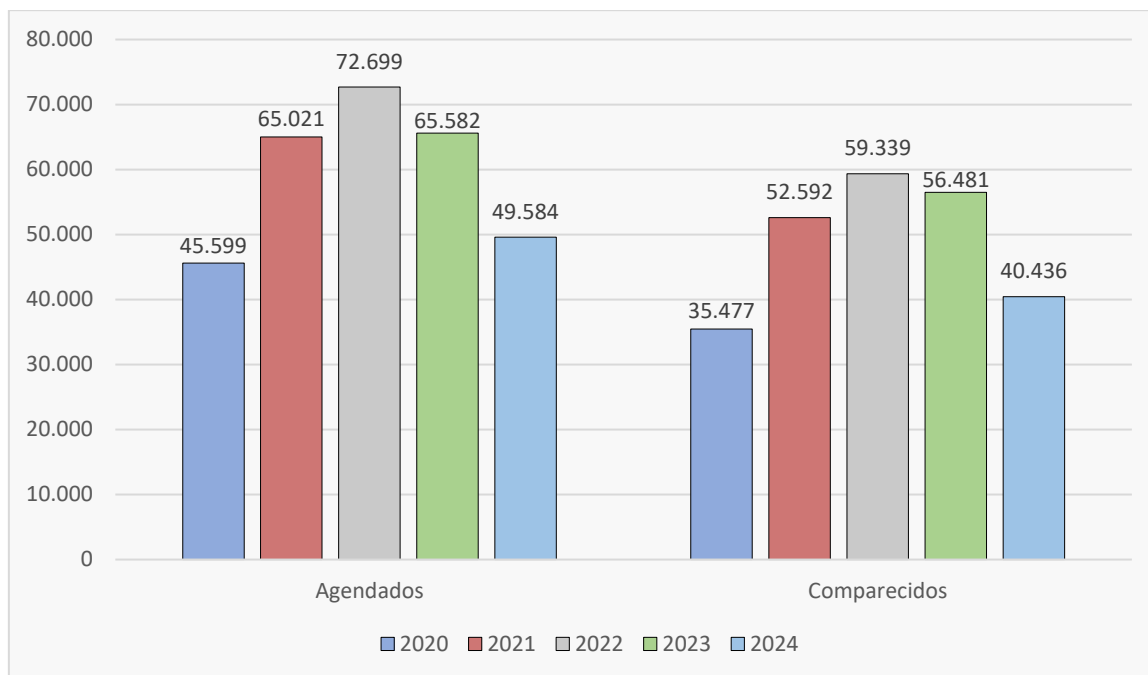
## 4.2.2 SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPORTE EM SAÚDE (SETS)

O CIS-EVMJ atua também como gestor e executor do Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS), garantindo o transporte diário de pacientes dos municípios consorciados para a sede do consórcio, onde realizam consultas e exames especializados. Diante das grandes distâncias e da precariedade das estradas, o serviço é vital.

A ausência desse sistema traria um aumento substancial de custos e dificuldades para o deslocamento dos pacientes, impactando diretamente o comparecimento aos atendimentos e gerando um alto índice de absenteísmo em procedimentos agendados.

O Gráfico 5 a seguir apresenta o número de consultas e exames agendados e efetivamente realizados no CIS-EVMJ-CEAE nos anos de 2020 e 2024, permitindo observar a relação entre oferta e atendimento efetivado.

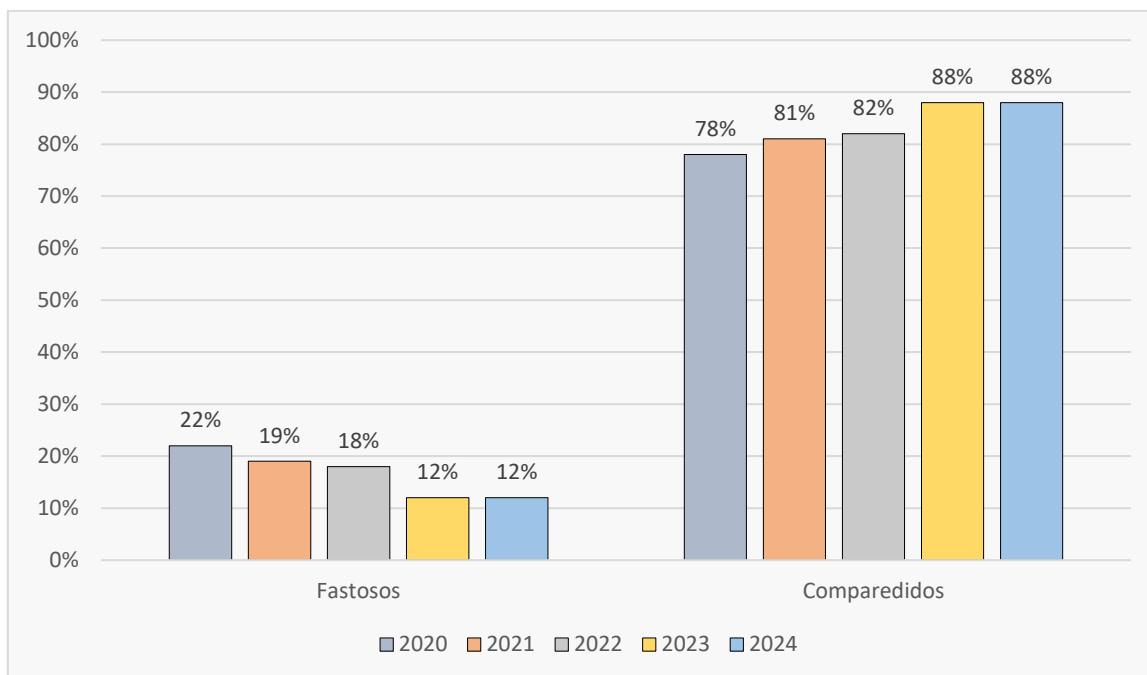
**Gráfico 5 – Consultas e Exames no CEAE: agendamentos e comparecimentos em 2020 a 2024**



Fonte: elaborado pelo autor com dados do CIS-EVMJ.

No âmbito do Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETs), o CIS-EVMJ garante, de forma diária, o deslocamento de pacientes aos serviços especializados. Entre 2020 e 2024, a taxa média de comparecimento aos atendimentos situou-se em 81,86%. Apesar de expressiva, essa aderência foi impactada, sobretudo, pela pandemia de Covid-19 nos anos de 2020 e 2021. Por outro lado, a ausência de 18,14% dos pacientes revela um índice de absenteísmo ainda preocupante, o que demanda a implementação de ações de busca ativa. Essa medida é essencial não apenas para evitar o agravamento do quadro clínico dos usuários referenciados, mas também para prevenir o desperdício de recursos e a subutilização da capacidade instalada do consórcio (ver Gráficos 5 e 6).

**Gráfico 6 – Consultas Especializadas e Exames Agendados: Comparecimentos e Faltas**



Fonte: elaborado pelo autor com dados do CIS-EVMJ.

### 4.2.3 SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM HIV/AIDS E CENTRO DE TESTAGEM E ACOLHIMENTO (SAE/CTA)

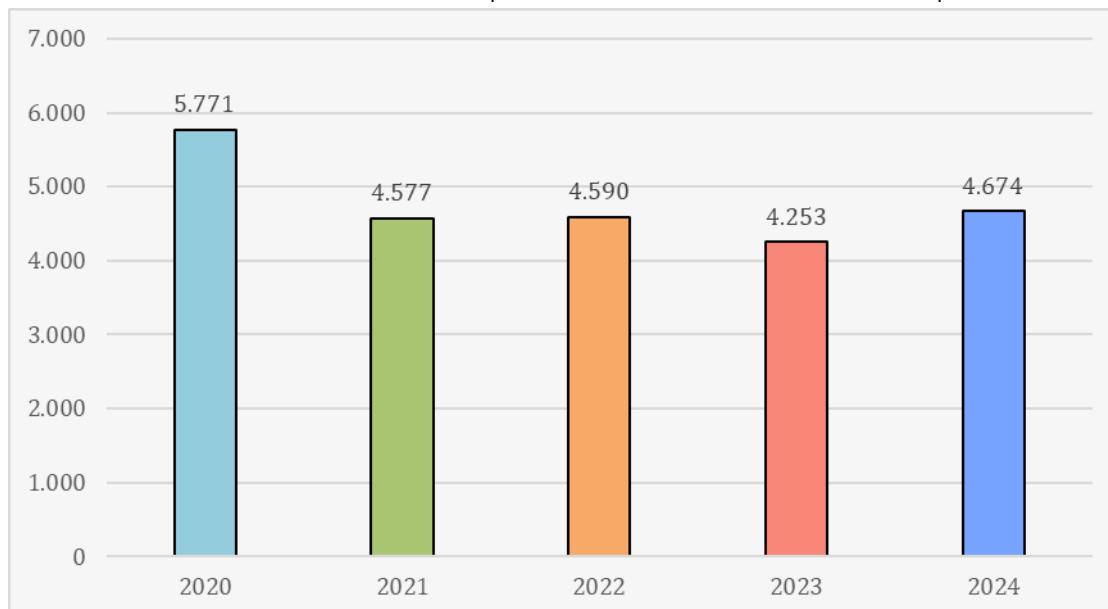
O Serviço de Atendimento Especializado e Centro de Testagem e Acolhimento (SAE/CTA) evidencia a relevância do CIS-EVMJ ao oferecer acompanhamento clínico especializado, fornecimento gratuito de medicamentos essenciais e ações preventivas integradas. Atualmente, 1.108 pessoas vivendo com HIV/Aids recebem acompanhamento contínuo pelo SAE.

No biênio 2023–2024, o CTA acolheu 1.603 indivíduos e realizou 6.678 testes rápidos, com 394 resultados positivos para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Já, a Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) do SAE/CTA efetuou 23.865 atendimentos gratuitos entre 2020 e 2024, reforçando o papel central do consórcio na garantia da continuidade e da eficácia dos tratamentos (Gráficos 7 e 8).

Essa atuação multifacetada demonstra o compromisso do CIS-EVMJ com a atenção integral à saúde: da prevenção e capacitação de profissionais, passando pelo diagnóstico precoce, até o tratamento e monitoramento de condições crônicas de média complexidade. Ademais, a expressiva demanda anual registrada pela UDM respalda a

importância estratégica da logística farmacêutica no suporte ao cuidado contínuo dos pacientes do SAE, conforme ilustrado no gráfico a seguir:

**Gráfico 7 – CIS-EVMJ – SAE - Dispensas de Medicamentos Anuais pela UDM**

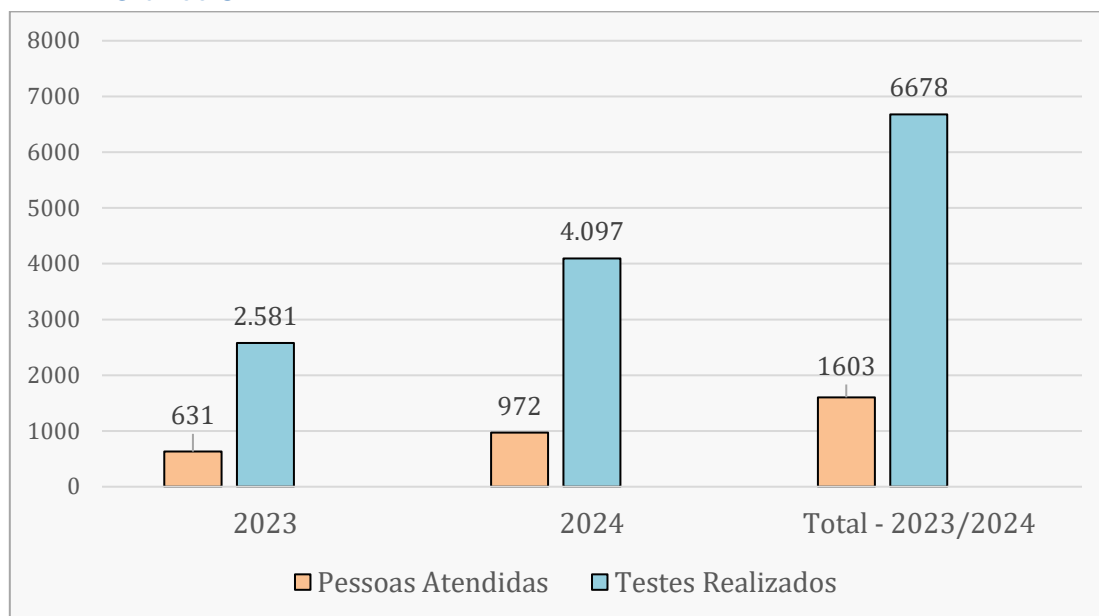


Fonte: elaborado pelo autor com dados do CIS-EVMJ.

Conforme o Gráfico 7, o ano de 2020 registrou 5.571 atendimentos, reflexo direto da pandemia: o desabastecimento de insumos reduziu o período de dispensação por paciente, obrigando-os a comparecerem com maior frequência à UDM. Em 2024, observou-se novo crescimento nas dispensações, alinhado ao aumento de testagens e diagnósticos pelo CTA, o que reforça a relevância estratégica da UDM para dar continuidade aos tratamentos.

Paralelamente, o Gráfico 8 ilustra as ações preventivas do CTA em 2023 e 2024: testagens rápidas para ISTs, acolhimento dos usuários e promoção de práticas educativas, consolidando o CIS-EVMJ no diagnóstico precoce e na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

**Gráfico 8 – CIS-EVMJ – CTA - Pessoas Atendidas e Testes Realizados**



Fonte: elaborado pelo autor com dados do CIS-EVMJ.

Verifica-se, a partir dos dados apresentados no Gráfico 8, crescimento expressivo tanto no número de pessoas atendidas quanto na quantidade de exames realizados em 2024, o que pode refletir maior capilaridade do serviço, intensificação das ações de prevenção e busca ativa na rede pública de saúde.

Os dados analisados até aqui revelam a atuação do CIS-EVMJ na dispensação de medicamentos e na realização de ações preventivas voltadas ao diagnóstico precoce de doenças. Para além dessas frentes específicas, o consórcio também se destaca pelo volume expressivo de consultas e exames especializados intermediados pela instituição para os municípios consorciados com a rede contratualizada, evidenciando sua importância como eixo estruturante da oferta assistencial nos municípios consorciados.

**Quadro 4 – CIS-EVMJ: Convênios e Ações**

| Convênio/Ação                                                                                                                                           | Natureza Da Ação                                                                                                                                                                                           | Impacto/Abrangência                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CEAE<br>(Centro Estadual de Atenção Especializada)                                                                                                      | Oferece consultas e exames especializados em diversas áreas médicas ( cardiologia, pediatria, ginecologia, angiologia, pneumologia neurologia, endocrinologia, nutricionista).                             | 244.325 procedimentos realizados (2020-2024). Eixo de organização da atenção especializada na macrorregião.<br>Taxa de comparecimento médio anual de 81,86 % para 298.485 agendamentos. |
| SETS<br>(Sistema Estadual de Transporte em Saúde)                                                                                                       | Garante o transporte diário de pacientes dos municípios consorciados para atendimentos especializados na sede do consórcio. Aborda desafios geográficos e de infraestrutura.                               | Capilaridade<br>Essencial para remoção de barreiras de acesso e em 29 municípios.                                                                                                       |
| SAE<br>(Serviço de Atendimento Especializado em HIV/Aids)<br>CTA<br>(Centro de Testagem e Acolhimento)<br>UDM<br>(Unidade Dispensadora de Medicamentos) | Oferece atendimento multiprofissional para pessoas com HIV/Aids, testagem e aconselhamento para ISTs. Gestão pelo CIS-EVMJ em convênio com o Ministério da Saúde através do município de Teófilo Otoni-MG. | SAE: 1.108 pacientes em acompanhamento.<br>CTA: 1.603 pessoas atendidas e 6.678 testes realizados (2023-2024).<br>UDM : 23.865 atendimentos realizados (2020-2024).                     |

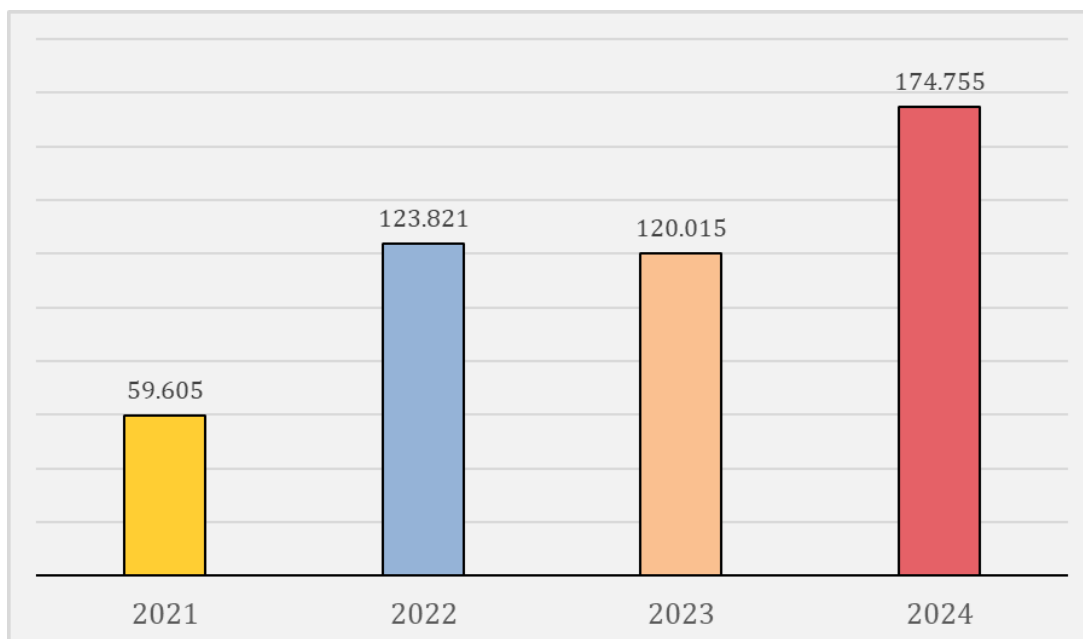
Fonte: elaborado pelo autor com dados do CIS-EVMJ (2024).

A sistematização apresentada no Quadro 7 evidencia a amplitude das funções exercidas diretamente pelo CIS-EVMJ, que vão além da intermediação entre municípios e entes federados. A execução direta de convênios e ações estratégicas consolida o consórcio como ator central na organização da atenção especializada e na garantia de acesso à saúde em contextos marcados por escassez e vulnerabilidades estruturais.

Considerando que muitos programas são executados exclusivamente pelo CIS-EVMJ na região, fica evidente que o consórcio é central para a execução efetiva das políticas públicas regionalizadas. Contudo, persistem desafios quanto à perenidade das ações, aperfeiçoamento da governança cooperativa e fortalecimento da autonomia administrativa, essenciais para ampliar a eficiência regional diante das demandas específicas dos municípios.

Finalmente, o volume anual expressivo de atendimentos realizados pela rede contratualizada do CIS-EVMJ, que atingiu cerca de 174 mil pessoas em 2024, reforça seu papel estratégico e sua contribuição na mitigação das desigualdades regionais, ressaltando sua importância como elemento estruturante fundamental na execução das políticas públicas de saúde.

**Gráfico 9** – Total de Pessoas Atendidas em Exames e Consultas Especializadas por ano na Rede Contratualizada através do CIS-EVMJ



Fonte: elaborado pelo autor com dados do CIS-EVMJ.

A análise dos convênios firmados e dos atendimentos realizados confirma que o CIS-EVAMJ é, na prática, um importante braço executor da regionalização, sendo capaz de operacionalizar políticas públicas com alcance e efetividade superiores aos limites institucionais de cada ente federado isolado.

O caso do CIS-EVMJ ilustra esse potencial de capilaridade: ao conectar 29 municípios com realidades similares de escassez, o consórcio se torna não apenas um prestador de serviços, mas um elo federativo de superação das desigualdades, ao garantir a interiorização da atenção secundária e terciária.

### **4.3 ELEMENTOS ASSOCIADOS À ESTRUTURAÇÃO E SUSTENTAÇÃO DO CIS-EVMJ**

A origem do CIS-EVMJ está diretamente ligada às condições estruturais desfavoráveis da região e à promessa de transformação trazida pelo SUS. Para municípios historicamente vulneráveis, o consorciamento surgiu como um instrumento vital para superar as barreiras na efetivação das políticas de saúde.

A resiliência do consórcio ao longo de quase três décadas resulta de uma combinação de fatores, que serão analisados a seguir, cruzando as evidências do campo com a literatura.

### 4.3.1 GOVERNANÇA COLABORATIVA COMO FATOR DE RESILIÊNCIA

A sustentabilidade do CIS-EVMJ está diretamente relacionada à sua capacidade de implementar uma governança colaborativa eficiente, capaz de integrar os interesses dos múltiplos *stakeholders* envolvidos: gestores municipais, órgãos estaduais e federais, prestadores de serviços, órgãos de controle, fiscalização e, sobretudo, os usuários do SUS.

Estruturas institucionais robustas são cruciais para que a gestão técnica se sobreponha a conflitos políticos, um desafio importante no contexto federativo brasileiro, marcado pela complexidade na coordenação entre entes governamentais com interesses diversos (Pereira *et al.*, 2020; Nascimento *et al.*, 2021). A capacidade de um consórcio em coordenar estas divergências e manter o apoio social é o que define sua força de governança (Silva *et al.*, 2018).

**Figura 4 – O CIS-EVMJ e os seus Stakeholders**



Fonte: elaborado pelo autor (2025).

O CIS-EVMJ, por meio de ações como a criação de reservas financeiras e mutirões organizados, demonstra uma governança voltada à geração de valor público regional, superando a gestão operacional. Tal conceito, definido oficialmente pela política de governança federal como "produtos e resultados [...] que representem respostas efetivas e úteis às necessidades ou às demandas de interesse público" (Brasil, 2017), materializa-se na percepção de sustentabilidade e confiança entre os múltiplos atores envolvidos.

Nesse sentido, Björkman (2005 *apud* Reis; Diehl, 2015, p. 2165) reforça que uma governança conscientemente estruturada é capaz de estabelecer novos pilares de relacionamento e potencializar o desenvolvimento social e regional.

Depoimentos coletados confirmam essa percepção. O entrevistado FE-01 destaca que a estratégia de reservas fortalece a sustentabilidade e confiança entre municípios. Essa percepção positiva da governança colaborativa é reforçada também por atores externos relevantes, como o Ministério Público. Nesse sentido, o promotor regional de saúde (MP-01) evidencia que, ao longo de sua trajetória profissional atuando na região, "nunca tivemos nenhum acionamento direto contra o CIS-EVMJ". Essa ausência de judicialização direta contrasta com caso isolado de município que tentou implementar autonomamente serviços especializados de forma inadequada. A solução envolveu, justamente, acionar a expertise do consórcio, reforçando seu papel como uma "referência regional estável e resolutive", mesmo diante de fragilidades municipais isoladas."

Na perspectiva do representante do Estado (entrevistado SE-01), o CIS-EVMJ desfruta de alta credibilidade devido à sua gestão consolidada, ressaltando que, sem a presença do consórcio, muitas políticas públicas atualmente executadas enfrentariam dificuldades significativas ou sequer seriam implementadas plenamente. Esse fato está diretamente relacionado às vulnerabilidades estruturais e técnicas de muitos municípios envolvidos.

Já sob a ótica do representante dos usuários, conselheiro de saúde (CS-03), embora existam momentos pontuais de atrasos em consultas especializadas, sua avaliação positiva sobre o consórcio se destaca: "se não tá ótimo com ele, mas sem ele nem sei o que seria de nós, de municípios menores". A própria admissão de falhas operacionais pontuais, seguida da reafirmação de sua

indispensabilidade pelo representante dos usuários, paradoxalmente reforça a força da governança do consórcio, cuja legitimidade não reside na perfeição, mas na capacidade de ser a alternativa viável para a garantia do acesso à saúde na região

Essa percepção é sustentada pela literatura, segundo a qual a repetição de práticas colaborativas favorece relações de confiança e institucionalização de padrões (Schmid, 2004 *apud* Gerigk; Pessali, 2014).

Internamente, a resiliência do CIS-EVMJ é sustentada por investimentos em infraestrutura e, sobretudo, pela profissionalização da gestão. O entrevistado FE-01 menciona medidas como a criação de plano de cargos e salários, capacitações regulares e incentivos por desempenho, como forma de proteger o corpo técnico de pressões externas e elevar a qualidade dos serviços. Essa flexibilidade administrativa para oferecer salários competitivos e bônus por produtividade contribui para elevar o desempenho institucional.

Nessa direção, **Flexa e Barbastefano (2020)** destacam que, *nos casos mais bem-sucedidos, os executivos buscam pautar suas decisões por critérios técnico-instrumentais, visando preservar a experiência contra ingerências político-eleitorais*, o que se alinha diretamente à experiência do consórcio. A elevação do profissionalismo, por sua vez, amplia a adesão a práticas gerenciais estruturadas, como o planejamento estratégico, funcionando como indutor da descentralização eficiente e da consolidação de uma cultura organizacional orientada por resultados (Grin, 2018).

Dessa forma, os dados e depoimentos consistentes confirmam que a robustez, o reconhecimento e a respeitabilidade do CIS-EVMJ são frutos diretos de uma governança colaborativa consolidada, que o reafirma como um instrumento efetivo e essencial para as políticas públicas regionais.

#### **4.3.2 GESTÃO FINANCEIRA ESTRATÉGICA E O RISCO FREERIDER**

A sustentabilidade financeira dos consórcios está constantemente sob a ameaça do fenômeno do *freerider*, municípios que se beneficiam da estrutura coletiva sem arcar com a devida contrapartida. Este comportamento oportunista compromete a base

orçamentária, sobrecarrega os membros adimplentes e gera instabilidade, como apontado pela teoria de Olson (1965) e estudos na área.

No CIS-EVMJ, a instabilidade financeira de alguns municípios, muitas vezes agravada por crises externas, transforma essa teoria em um desafio prático de gestão. Quando o confisco de recursos estaduais levou ao atraso em cascata das contribuições municipais, e dos repasses do próprio estado relativos aos convênios para o consórcio, o ex-prefeito (PM-01) em seu depoimento ilustra claramente esse dilema: "Nós todos, prefeitos à época, sofremos muito. O governo do Estado confiscava recursos dos municípios, não pagando as verbas de saúde e educação. [...], muitos municípios atrasavam a contribuição para o consórcio; eu mesmo fui um."

Essa prática, ainda que motivada por dificuldades legítimas, gera um descompasso no fluxo de caixa e exige estratégias de negociação e controle para mitigar o risco, conforme apontado por Abrucio (2005).

A resposta do CIS-EVMJ a esse desafio, no entanto, mostra um de seus pontos fortes: uma gestão financeira estratégica. A entrevista de (FE-01) relata a criação de uma "condição de reserva financeira". Essa estratégia não apenas serve como um colchão de segurança em momentos de crise, mas também é utilizada em ações de iniciativa própria e inovadora para financiar mutirões de procedimentos.

Essa prática de governança financeira, que recompensa a cooperação, é um mecanismo inteligente para fortalecer a coesão do grupo e neutralizar ou mitigar os efeitos do comportamento *freerider*.

### **4.3.3 COALIZÕES POLÍTICAS REGIONAIS: GOVERNABILIDADE E INTERESSES LOCAIS**

Os consórcios intermunicipais constituem-se, por natureza, como espaços políticos marcados por coalizões, disputas partidárias e negociações constantes entre os stakeholders envolvidos. A governabilidade dessas instituições depende da habilidade dos seus dirigentes em mediar conflitos e harmonizar interesses locais em prol de objetivos comuns, notadamente a efetivação de políticas públicas regionais.

Essa tensão entre cooperação e competição é evidenciada no relato do entrevistado SM-02, ao apontar que interferências político-

partidárias instauraram “rixa” e “clima pesado” nas relações internas do consórcio. Tal percepção alinha-se à literatura, que identifica a instrumentalização política como um dos maiores riscos à cooperação federativa (Paz, 2012). Do mesmo modo, FE-01 destaca que os conflitos entre prefeitos “com certeza existem”, principalmente quando demandas específicas não são atendidas, o que reflete o desafio da gestão de interesses divergentes em ambientes consorciados. Nascimento *et al.* (2021) reforçam essa observação ao afirmarem que, por vezes, os interesses locais se sobrepõem ao propósito coletivo dos CIS, enfraquecendo a essência cooperativa desses arranjos.

Essas disputas, longe de serem exclusivas, também se manifestam no contexto específico do CIS-EVMJ. As dinâmicas político-ideológicas regionais são fontes constantes de tensão, e a fragmentação da regionalização, somada à sobreposição de competências entre os níveis de governo, configura uma barreira à plena efetividade da gestão consorciada.

O entrevistado SE-01 confirma essa realidade ao reconhecer que nem todos os cargos são ocupados por critérios técnicos, ainda que as indicações políticas sejam legítimas. Contudo, ele ressalta que isso não compromete a funcionalidade institucional, pois prevalece o esforço conjunto para garantir apoio técnico e cooperação administrativa.

A complexidade dessa relação entre técnica e política é ainda mais visível nos dados quantitativos analisados. Observou-se um aumento de 46,1% nos procedimentos realizados pela rede contratualizada em 2024, ano eleitoral (Gráfico 9, p. 54). Essa elevação, associada a demandas dos municípios, foi interpretada por SM-01 como resultado da intensificação dos pedidos em períodos de maior pressão política, pois “em ano eleitoral, intensifica os pedidos por serviços de saúde e a população fica exigente e melindrosa”.

No entanto, diferentemente das redes contratadas, as ações executadas diretamente pelo consórcio (via CEAE) apresentaram redução no mesmo período (Gráfico 5, p. 49), o que indica uma postura institucional mais cautelosa e técnica.

Essa distinção entre esfera contratual e ação direta ilustra a capacidade interna do CIS-EVMJ de resguardar sua estrutura administrativa contra ingerências político-partidárias. A fala de FE-01 reforça essa proteção ao destacar que sua missão, enquanto gestor técnico, era “impedir o favorecimento político”. Flexa e Barbastefano

(2020) destacam que, nos casos mais bem-sucedidos, “os executivos buscam pautar suas decisões por critérios técnico-instrumentais, visando preservar a experiência contra ingerências político-eleitorais”, o que se evidencia na conduta do consórcio.

Apesar dessa resistência institucional, é inegável que a tensão política permanece como vulnerabilidade estrutural dos consórcios. Por isso, torna-se essencial fortalecer relações de confiança entre os municípios, construir cooperação efetiva e mitigar conflitos motivados por desigualdades financeiras e administrativas. Como afirmam Domingos *et al.* (2019) tais assimetrias desafiam a coesão, a cooperação e a eficiência dos arranjos intermunicipais.

Dessa forma, conclui-se que, embora as coalizões políticas regionais sejam inevitáveis na dinâmica dos consórcios, a construção de uma governança predominantemente técnica, respaldada em critérios profissionais e valores de transparência, é fundamental para sustentar sua legitimidade e eficácia como instrumento de gestão pública regional.

#### **4.3.4 POTENCIAL DE CAPILARIDADE EM BUSCA DA EQUIDADE**

Uma das principais virtudes dos consórcios intermunicipais de saúde é sua capacidade de capilaridade, ou seja, de interiorizar políticas públicas e ampliar o alcance do Estado em territórios historicamente negligenciados. O CIS-EVMJ ilustra de forma concreta essa potencialidade ao articular diretamente 29 municípios com perfis socioeconômicos semelhantes, marcados por baixa densidade de oferta de serviços, vulnerabilidades estruturais e baixos índices de desenvolvimento humano.

Por meio de convênios como o Serviço Estadual de Transporte (SETs), o consórcio atua como elo estratégico da articulação federativa e executor das diretrizes de regionalização previstas na política pública de saúde. Essa atuação está alinhada ao entendimento de que “a regionalização da saúde é um processo político e técnico que visa reduzir desigualdades no acesso e ampliar a equidade entre os territórios, sendo os consórcios ferramentas relevantes para operacionalizar essa lógica em áreas de baixa densidade populacional e infraestrutura precária” (Viana; Lima, 2011).

A dimensão inclusiva do consórcio manifesta-se concretamente na oferta do transporte sanitário, um mecanismo vital para a garantia da equidade no acesso à saúde. Essa realidade é vivida pelo usuário CS-02, para quem o serviço gratuito é a única via para cuidados especializados: “O ônibus do consórcio vai todos os dias [...] A maioria das pessoas que vão no ônibus são humildes. Se não tivesse esse transporte, muita gente não teria como fazer consulta ou exame”. A fala do usuário materializa o que, no âmbito da gestão, é definido como a principal virtude dos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS): a sua capilaridade. Nas palavras do Secretário Estadual de Saúde (SS-01), essa capilaridade representa “a capacidade de adentrar e chegar a municípios longínquos, onde o Estado sozinho encontra limitações”. O gestor complementa que essa estratégia inverte a lógica tradicional do sistema, passando a “levar os serviços de saúde até os pacientes e não somente aguardar que eles venham”, o que demonstra uma abordagem proativa no cuidado. Dessa forma, a análise evidencia um alinhamento sistêmico: a necessidade apontada na base pelo cidadão é o objetivo estratégico perseguido no topo pela gestão, consolidando o consórcio como uma ponte efetiva entre a população e o direito à saúde.

A análise dos dados de atendimentos confirma o papel estruturante do CIS-EVMJ. A gestão compartilhada de convênios como o CEAE, o SETs e o SAE/CTA permite o acesso a serviços especializados inviáveis para a maioria dos municípios consorciados de forma isolada. Com cobertura superior a 440 mil habitantes e volumes expressivos de atendimento anual, o consórcio se consolida como instrumento fundamental para a mitigação das desigualdades territoriais, operando os princípios do SUS, especialmente o da equidade, de maneira concreta e mensurável. Como destaca Paim (2009), “a equidade exige que os recursos em saúde sejam alocados de modo a atender proporcionalmente mais os grupos e regiões historicamente mais vulneráveis, sendo o SUS orientado por essa diretriz desde sua criação.”

A importância estratégica do consórcio é também reconhecida em instâncias superiores da gestão pública. O entrevistado SE-01, representante da esfera estadual, afirma: “Extremamente importante. A transferência para o CIS-EVMJ de algumas ações, como o CEAE e o SETs, ocorre pelo reconhecimento comprovado de sua capacidade de gerir essas ações. Atualmente, o Estado pretende ampliar ainda mais outras políticas públicas através de consórcio, pois ele consegue alcançar regiões onde o Estado sozinho teria dificuldades em chegar,

dada a conjuntura regional caracterizada por extensa área territorial, vulnerabilidades sociais e fragilidade estrutural.”

Tais elementos evidenciam que a organização consorciada entre municípios tem sido uma alternativa concreta e eficiente para a superação de desigualdades estruturais no SUS, conforme corrobora Mendes (2011), ao afirmar que “a organização consorciada entre municípios representa uma estratégia eficaz para garantir o acesso a serviços especializados em regiões com baixa capacidade instalada, contribuindo para a integralidade da atenção e a equidade territorial.”

Assim, evidencia-se claramente o potencial de capilaridade do CIS-EVMJ como um instrumento decisivo e estratégico na busca pela equidade regional, contribuindo significativamente para o desenvolvimento social e para a efetivação dos princípios fundamentais do SUS.

#### **4.3.5 A LACUNA DO CONTROLE SOCIAL: UM DESAFIO À GOVERNANÇA DEMOCRÁTICA**

Apesar dos significativos avanços em governança e gestão observados no CIS-EVMJ, tanto a literatura quanto os dados empíricos revelam uma lacuna expressiva: a frágil presença do controle social nas instâncias de decisão e acompanhamento das ações desenvolvidas pelos consórcios intermunicipais de saúde. Embora a legislação do SUS estabeleça a participação social como um de seus princípios estruturantes, essencial à formulação, avaliação e fiscalização das políticas públicas, observa-se que essa diretriz ainda não foi plenamente incorporada na prática consorciada.

A literatura científica já alertava para essa ausência, apontando que a participação social nos espaços de governança regional dos consórcios é frequentemente ignorada ou esvaziada, o que fragiliza a legitimidade democrática da gestão colaborativa (Carvalho et al, 2025). O estudo de Neves e Ribeiro (2006) sobre o CISA-Penápolis reforça esse diagnóstico ao demonstrar que, mesmo com previsão normativa, não havia atuação consistente dos conselhos municipais de saúde nas deliberações do consórcio.

Essa realidade é confirmada pelos depoimentos colhidos no estudo de campo. O Secretário Municipal de Saúde (SM-02) foi enfático: *“Na verdade, não existe participação popular em qualquer instância*

*nas atividades do consórcio, assim como acontece nos municípios com os conselhos e conferências municipais. [...] Ainda não tinha pensado nisso! De fato, poderia ser mais um avanço e uma ferramenta adicional para proteger o consórcio de ações exclusivamente voltadas a interesses pessoais ou políticos.”*

A fala do representante do Conselho de Saúde (CS-01) também evidencia o distanciamento entre consórcio e instâncias participativas: *“Nós, do conselho de saúde nunca fomos chamados para discutir ou participar das decisões do consórcio. Pra te dizer a verdade, nem sei se existe essa possibilidade. Visto que a nossa atuação é somente local, e mesmo assim, a gente tem atuado mais de forma burocrática, para cumprir formalidade, do que discutir a realidade da saúde de fato aqui no município.”*

Esses relatos reforçam o que Zambon e Ogata (2013) já alertavam ao afirmar que *“a baixa cultura participativa no país deve ser compreendida para que se encontrem estratégias possíveis para minimizá-la, visto que a simples existência de espaços dialógicos, tais como os Conselhos de Saúde, são insuficientes para reverter um consolidado histórico de autoritarismo.”* A formalidade da previsão legal não garante, por si só, a efetividade do controle social. É necessário promover ações de fortalecimento institucional, formação política e reconhecimento do papel estratégico dos conselhos.

A ausência do controle social também compromete a escuta ativa das necessidades reais da população. Como apontam Martins et al. (2024), *“estudos sobre a atuação de CIS têm indicado ainda a importância da avaliação e análise dos usuários dos serviços de saúde oferecidos por essas entidades e também o controle social. Dessa maneira, observa-se que não somente a entrega de serviços tem sido buscada, mas também o atendimento às necessidades da sociedade.”*

Do ponto de vista institucional, o representante do Ministério Público (MP-01) reforçou que a participação popular *“tem impacto positivo”* e que sua ausência *“deixa uma lacuna para o fortalecimento amplo dentro da formalidade constituída”*. Tais elementos demonstram que a institucionalização do controle social nos consórcios intermunicipais não constitui apenas uma exigência normativa. Trata-se de um imperativo democrático que pode proteger essas entidades de interferências indevidas, ampliar sua legitimidade e

reafirmar seu compromisso com a equidade e a transparência, princípios basilares do SUS.

## **4.4 ESPELHOS DA COOPERAÇÃO: ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE OS CONSÓRCIOS CIS-EVMJ E CIMPE**

### **4.4.1 INTRODUÇÃO: PARTICULARIDADES E RELEVÂNCIA DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS**

A análise aprofundada do CIS-EVMJ revelou um modelo de gestão resiliente frente a adversidades estruturais severas. Para aprofundar a compreensão sobre os fatores que sustentam a cooperação intermunicipal em saúde, esta seção propõe um estudo comparativo com o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Penápolis (CIMPE), em São Paulo. Ambos são consórcios longevos, com trajetórias consolidadas, inseridos em realidades geográficas e socioeconômicas contrastantes, o que possibilita identificar padrões, fragilidades e inovações em suas estruturas de governança e operacionalização, enriquecendo a compreensão das dinâmicas e complexidades da cooperação intermunicipal em saúde.

O CIS-EVMJ compreende 29 municípios com área superior a 25 mil km<sup>2</sup> e população de mais de 440 mil habitantes (IBGE, 2022), enquanto o CIMPE abrange 7 municípios com área de 2.208 km<sup>2</sup> e população inferior a 100 mil (IBGE, 2022). O primeiro enfrenta desafios logísticos e socioeconômicos substancialmente maiores, distância média dos municípios à sede é de 100,3 km, operando em uma região com IDH médio de 0,606 (IBGE, 2010) e renda per capita de R\$ 13.349,09 (IBGE, 2021). Em contraste, o CIMPE atua em contexto mais favorável, com IDH de 0,719 (IBGE, 2010), renda média superior a R\$ 21 mil (IBGE, 2021) e uma distância média reduzida, 27,3 km dos municípios à sede em Penápolis, facilitando logística e acessibilidade.

A rede de assistência também difere: o CIMPE possui acesso facilitado a centros regionais como Araçatuba e São José do Rio Preto. Já o CIS-EVMJ, com sede em Teófilo Otoni, atende não só seus consorciados como também aproximadamente 100 municípios da região, sobrecarregando sua rede.

A comparação entre esses dados ilustra que o CIS-EVMJ enfrenta um grau de complexidade amplamente superior, tanto territorial quanto populacional, sendo comparável a países como Israel (22.072 km<sup>2</sup>), Islândia (364.134 mil habitantes (wikipedia, 2020)) e com renda semelhante a Bangladesh (R\$13 530 (wikipedia, 2021)) reforçando a magnitude do desafio.

Enquanto o CIMPE se beneficia de um contexto socioeconômico mais favorável no estado de São Paulo, o CIS-EVMJ precisa garantir a mesma lógica de acesso e eficiência em um cenário de maior pobreza e distâncias mais longas.

No entanto, apesar das condições externas mais desafiadoras, o CIS-EVMJ desenvolveu soluções inovadoras, como convênio do Serviço Estadual de Transporte (SETS) com o Estado e a criação de uma reserva estratégica para mitigar riscos de inadimplência. Já o CIMPE mantém estabilidade histórica, favorecida por proximidade geográfica entre municípios e infraestrutura consolidada, o que dispensa, por exemplo, sistema próprio de transporte de pacientes.

Essa constatação inicial é fundamental: a sustentabilidade em ambos os casos não pode ser explicada apenas por condições externas favoráveis. Ela deve residir, portanto, em fatores institucionais e de governança intrínsecos.

#### **4.4.2 OS PILARES DA SUSTENTABILIDADE: GOVERNANÇA, VALOR PÚBLICO E INOVAÇÃO FINANCEIRA**

Apesar dos contextos distintos, a longevidade de ambos os consórcios se assenta em três pilares comuns:

- 1. Governança Técnica como "Blindagem" Política: O sucesso de ambos está ligado a uma estrutura executiva profissionalizada, com relativa autonomia ante as flutuações político-partidárias. No CIS-EVMJ, isso se manifesta na missão da gestão de "impedir o favorecimento político", enquanto no CIMPE, o estudo de Neves e Ribeiro (2006) aponta para a "continuidade político-administrativa" e a capacidade de manter uma gestão focada em resultados como chaves para sua consolidação, ainda que "desafios surjam a cada troca de**

gestão” (SE-01). Em ambos, a governança técnica prevaleceu. Essa constatação é coerente com o que destaca Mendes (2011), ao afirmar que *“a estabilidade e a capacidade institucional são decisivas para a efetividade das redes regionais de atenção à saúde”*.

2. Geração de Valor Público como Fonte de Legitimidade: Ambos sobreviveram porque se tornaram indispensáveis, entregando resultados que os municípios isoladamente não conseguiriam. No CIS-EVMJ, o alto volume de atendimentos e o acesso viabilizado pelo transporte são provas materiais desse valor. No CIMPE, os "ganhos perceptíveis da cooperação" criaram a percepção coletiva de que o arranjo era vantajoso, garantindo sua sustentação (Neves; Ribeiro, 2006).

O CIS-EVMJ ampliou expressivamente o número de municípios consorciados, passando de cinco para 29 membros, demonstrando capacidade de adaptação e crescimento apesar das dificuldades estruturais. Já o CIMPE mantém sua estrutura inicial, com sete municípios, refletindo um cenário de estabilidade e continuidade histórica. Neste aspecto não se pode atribuir menor habilidade do CIMPE em relação ao CIS-EVMJ de constituir robustez de integrantes aos seus arranjos. Aqui importante lembrar que ambos foram constituídos em condições e localizações distintas e apresentam diferentes realidades dos seus participantes. Podemos dizer que devido a rede de saúde melhor estruturada na região de localização do CIMPE pode não ter tido uma demanda de indispensabilidade dos demais municípios não consórcios para a integralização com este. Assim como em relação ao CIS-EVMJ, pode ter havido até pela escassez estrutural e assistencial uma maior necessidade dos municípios em consorciarem como forma de sobrevivência em relação a capacidade e resposta à responsabilidade formalizada dos entes municipais à assistência aos seus munícipes.

3. Estratégias de Mitigação de Riscos: Ambos desenvolveram mecanismos para lidar com o problema do "município carona" (freerider). Enquanto o CIMPE, segundo (Neves; Ribeiro, 2006), se apoiou em pactos políticos e regras justas, o CIS-EVMJ inovou ao criar uma reserva financeira estratégica. Este achado demonstra uma evolução no

**modelo de gestão, conferindo autonomia e proteção contra a instabilidade financeira dos municípios, uma estratégia de resiliência que transcende os pactos políticos.**

#### **4.4.3 A FRAGILIDADE COMUM: A LACUNA DO CONTROLE SOCIAL**

Se nos pilares da sustentabilidade há diferentes estratégias para o sucesso, na principal fragilidade a identidade é quase perfeita. A análise do CIS-EVMJ revelou uma lacuna crítica na participação social, com conselheiros de saúde afirmando jamais terem sido chamados a participar das decisões. A mesmíssima conclusão foi encontrada por Neves e Ribeiro (2006) em seu estudo sobre o CIMPE: "não houve participação consistente de conselhos de saúde no consórcio. Não existia uma estrutura ou um espaço político claramente definido para a participação popular". A fala de um gestor do CIMPE (SE-02) corrobora essa visão, admitindo que a participação ocorre em formalidade, mas "sem participação prática da sociedade".

Essa convergência é um dos resultados de relevada significância deste trabalho. Ela sugere que a ausência de controle social não é uma falha pontual, mas uma característica estrutural e sistêmica dos consórcios de saúde no Brasil.

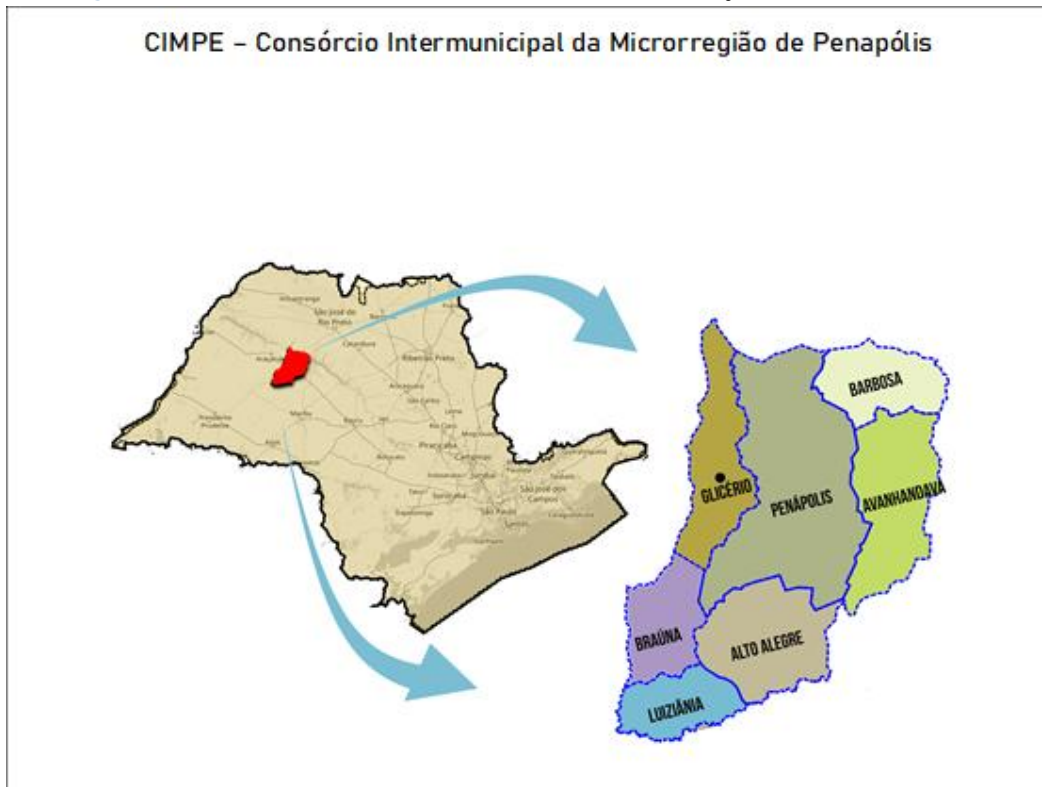
Nascidos com um forte viés gerencialista e focados na articulação entre executivos, esses arranjos, mesmo os mais exitosos, não desenvolveram mecanismos para incorporar a dimensão democrática do SUS, o que representa sua maior vulnerabilidade e seu mais urgente desafio de aperfeiçoamento.

#### **4.4.4 SÍNTESE COMPARATIVA: LIÇÕES PARA A SUSTENTABILIDADE DA COOPERAÇÃO**

A análise comparativa demonstra que a sustentabilidade de consórcios longevos reside em práticas de governança técnica, estabilidade financeira e na capacidade de gerar valor público percebido. O CIS-EVMJ se destaca pela inovação diante de adversidades severas, enquanto o CIMPE representa um modelo de estabilidade em um contexto de menor complexidade logística. A convergência de ambos na lacuna crítica do controle social efetivo, no entanto, aponta para a necessidade urgente de repensar o modelo, incluindo a dimensão democrática nos processos decisórios.

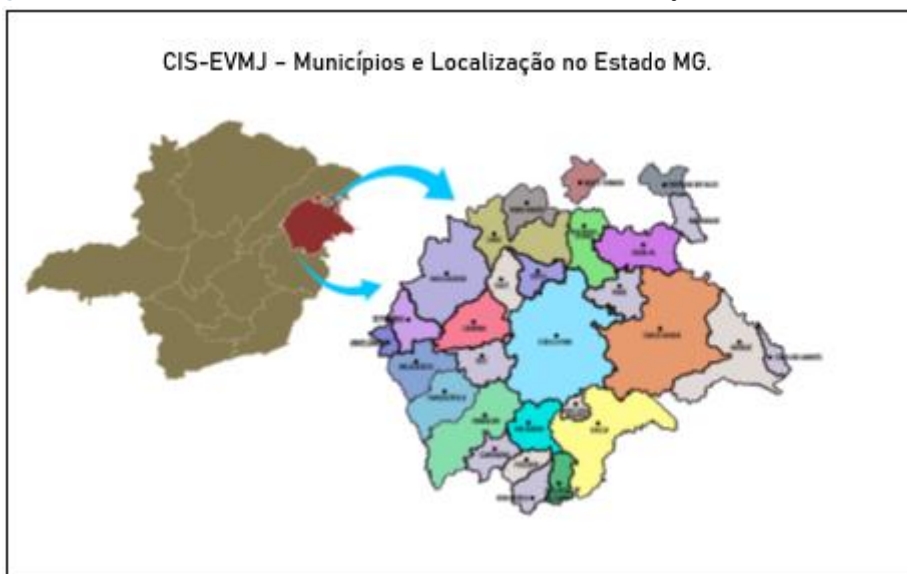
Este estudo reforça, assim, que a consolidação de uma política de saúde eficaz e equitativa depende da união entre inovação institucional, gestão técnica e, fundamentalmente, da ampliação da participação social como elementos essenciais à consolidação de uma política pública de saúde eficaz e equitativa.

**Figura – 5** – MAPA – CIMPE – Municípios/Localização no Estado de SP.



Fonte: elaborado pelo autor (2025).

**Figura – 6** – MAPA – CIS-EVMJ – Municípios/Localização no Estado de MG



Fonte: elaborado pelo autor (2025).

**Quadro – 8** – CIS-EVMJ e CIMPE – População / Extensão Territorial x Países

| Consórcio de Saúde | Extensão Territorial (Km²) | País        | Extensão Territorial (Km²) |
|--------------------|----------------------------|-------------|----------------------------|
| CIS-EVMJ           | 25.097                     | El Salvador | 21 041                     |
| CIMPE              | 2.208                      | Eslovênia   | 20 273                     |
|                    |                            | Israel      | 22 072                     |
| Consórcio de Saúde | População (hab.)           | País        | População (hab.)           |
| CIS-EVMJ           | 446.194                    | Islândia    | 376.000                    |
| CIMPE              | 96.618                     | Malta       | 441.000                    |
|                    |                            | Belize      | 442.000                    |

Fonte: elaborado pelo autor, dados IBGE (2022).

**Quadro – 9** – Comparação: CIS-EVMJ x CIMPE

| Indicador                                         | CIS-EVMJ      | CIMPE         | Análise Comparativa                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------|---------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fundação                                          | 1995          | 1986          | Ambos são modelos de extrema longevidade, tendo sobrevivido a múltiplas crises econômicas e a incontáveis ciclos políticos municipais e nacionais.                               |
| Nº Municípios                                     | 29            | 7             | O CIS-EVMJ possui mais 4 vezes de entes para articular, o que sugere uma complexidade política e de governança potencialmente maior.                                             |
| População Total (hab.) (2022)                     | 446.194       | 95.618        | O CIS-EVMJ atende a uma população 5 vezes maior, com uma pressão de demanda correspondentemente mais elevada.                                                                    |
| Extensão Territorial (Km²)                        | 23.205        | 2.208         | O território do CIS-EVMJ é mais de 10 vezes maior, impondo desafios logísticos (transporte, comunicação) e de acesso muito mais agudos.                                          |
| Distância Média dos Municípios à sede do CIS (km) | 100,35        | 27,3          |                                                                                                                                                                                  |
| Renda Média per capita (2021)                     | R\$ 13.349,09 | R\$ 21.652,31 | O CIS-EVMJ opera em um contexto de vulnerabilidade socioeconômica muito mais acentuada, com menor capacidade de arrecadação e investimento por parte de seus municípios membros. |
| IDH Médio (2010)                                  | 0,610         | 0,720         |                                                                                                                                                                                  |

Fonte: Autoria próprio Autor, Dados IBGE



5

## 5

## CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta investigação, é possível afirmar que os consórcios intermunicipais de saúde têm assumido um papel cada vez mais relevante na arquitetura institucional do SUS, sobretudo como instrumentos de cooperação interfederativa voltados à promoção da equidade, da integralidade e do acesso universal aos serviços de saúde. O estudo de caso do CIS-EVMJ demonstrou que, mesmo em um território de profundas vulnerabilidades sociais, desigualdades estruturais e baixa densidade de oferta de serviços, é possível construir um modelo de gestão regional pautado na eficiência administrativa, na solidariedade federativa e na entrega concreta de resultados à população.

A sustentabilidade do consórcio estudado revelou-se fruto de uma complexa interação de fatores, onde se destacam uma governança colaborativa resiliente, ancorada em uma gestão técnica e profissionalizada, e a capacidade de gerar valor público por meio de uma alta capilaridade na oferta de serviços essenciais. Um achado de particular relevância reside na identificação de uma gestão financeira estratégica como pilar dessa governança, com a constituição de uma reserva própria funcionando como um mecanismo inteligente para mitigar o comportamento freerider e garantir autonomia operacional.

A análise comparativa com o CIMPE, outro consórcio de referência, foi crucial para validar e dimensionar esses achados. A comparação revelou que, apesar de estratégias distintas para lidar com problemas comuns (como a inadimplência), os pilares de sucesso são universais: credibilidade técnica, entrega de resultados e uma gestão capaz de mediar as tensões políticas. Mais importante, o estudo comparativo confirmou que a lacuna no controle social não é uma falha isolada do CIS-EVMJ, mas uma fragilidade sistêmica e um desafio nacional para o modelo de consorciamento.

Portanto, em resposta direta à questão norteadora, a pesquisa identificou como elementos determinantes para a sustentabilidade dos consórcios: 1) uma governança com forte blindagem técnica; 2) estratégias financeiras proativas para garantir autonomia e coibir o risco freerider; 3) a capacidade de navegar e mediar as tensões das

coalizões políticas regionais; e 4) o desenvolvimento de alta capilaridade na oferta de serviços como mecanismo de geração de valor público e legitimidade perante os entes consorciados.

Reconhece-se as limitações desta pesquisa. Por ser um estudo de caso qualitativo, ainda que enriquecido pela comparação, os resultados não permitem generalizações estatísticas, mas oferecem uma leitura densa e transferível de experiências consolidadas.

Como contribuições, espera-se que os achados aqui apresentados sirvam de referência para gestores públicos na formulação de estratégias para fortalecer a regionalização da saúde. Para a academia, sugere-se uma agenda de futuras pesquisas que inclua: a) estudos quantitativos para mensurar o impacto da participação do controle social, onde ela existir, nos resultados dos consórcios; b) análises comparativas entre consórcios de diferentes áreas (saúde, saneamento, resíduos sólidos) para entender as dinâmicas da cooperação em múltiplos setores; e c) investigações sobre o papel da tecnologia e da saúde digital na otimização da gestão consorciada.

Conclui-se que a estruturação e a sustentação de um consórcio exigem mais do que marcos legais; demandam compromisso político para cooperar, competência técnica para gerir e sensibilidade social para servir. O desafio persistente da cooperação federativa no Brasil exige vigilância contínua, mas esta pesquisa reafirma o imenso potencial transformador dos consórcios como instrumentos estratégicos para a superação de desigualdades e para a construção, na prática, de um Sistema Único de Saúde que seja não apenas eficiente em sua gestão, mas, sobretudo, legítimo em sua essência democrática.



# REFERÊNCIAS

# **REFERÊNCIAS**

## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 41-67, jun. 2005.

ALMEIDA-FILHO, Naomar. **Saúde da população**: o SUS em perspectiva histórica e prospectiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1751-1760, 2020.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Tradução de Leonel Vallandro e Gerd Bornheim. São Paulo: Nova Cultural, 2009. (Coleção Os Pensadores).

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012.

BAPTISTA, F. F.; REZENDE, C. **Análise ex-ante e ex-post em ciclos de políticas públicas**. Ouro Preto: LAGEP/UFOP, 2011. Disponível em: <http://lagep.ufop.br>. Acesso em: 14 jul. 2025.

BARATA, Rita Barradas. Condições de saúde, determinantes sociais e desigualdades em saúde. **Revista USP**, São Paulo, n. 82, p. 15-26, 2009.

BARATA, Rita Barradas. Condições de vida e situação de saúde. **Revista USP**, São Paulo, n. 81, p. 26-39, 2009.

BARBI, Fernando. **Gerenciamento de projetos**: fundamentos e práticas. São Paulo: Saraiva, 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BECKER, Howard S. **Truques da pesquisa**: como pensar sobre pesquisa qualitativa. 2. ed. São Paulo: Vozes, 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 30 maio 2025.

BRASIL. Decreto n.º 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Regulamenta a Lei n.º 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. **Diário Oficial da União**, Brasília,

DF: Presidência da República, 2007. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6017.htm). Acesso em: 30 maio 2025.

BRASIL. Decreto nº 9.203, de 22 de novembro de 2017. Dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 nov. 2017. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/decreto/d9203.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9203.htm). Acesso em: 2 jun. 2025.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

BRASIL. Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11107.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11107.htm). Acesso em: 30 maio 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 30 maio 2025.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 30 maio 2025.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/x7SbBY6ZbtsFYhv6VMCqXtc>. Acesso em: 30 maio 2025.

CALDAS, Eugênio Goulart. Consórcios intermunicipais: redes de cooperação para o desenvolvimento local e regional. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, p. 875-895, 2007. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6748>. Acesso em: 30 maio 2025.

CAMPOS, Ana Maria. Accountability: quando poderemos traduzir para o português? **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 30-49, 1990. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/view/37161>. Acesso em: 30 maio 2025.

CARVALHO, Brígida Gimenez; SILVA, João Felipe Marques da; NICOLETTO, Sônia Cristina Stefano. Atuação de consórcios de saúde no sistema público de saúde brasileiro: arranjos, papéis e desafios. **Saúde em Debate**, v. 49, e9515, 2025.

CIMPE – CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DA MICRORREGIÃO DE PENÁPOLIS. Sobre. Penápolis, SP, [2024]. Disponível em: <https://www.cimpe.sp.gov.br/cisa/sobre.php>. Acesso em: 1 jun. 2025.

CNM – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Painel de Consórcios Públicos**. Brasília, DF: CNM, 2023. Disponível em: <https://consorcios.cnm.org.br/>. Acesso em: 30 maio 2025.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 39-53. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/fjycv/pdf/czeresnia-9788575413658-05.pdf>. Acesso em: 30 maio 2025.

DE LIMA, Ana Paula Gil. **Os consórcios intermunicipais de saúde e o sistema único de saúde**. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

DIEGUEZ, Teresa. **Consórcios intermunicipais**: cooperação federativa para políticas públicas. Brasília, DF: IPEA, 2011.

DOMINGOS, C. M.; FERRAZ, E. D. M.; CARVALHO, B. G. Governança das ações e serviços de saúde de média complexidade em uma região de saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 700-711, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912204>.

FARIA, Carlos Alberto Pimenta de. Interação federativa, políticas públicas e desigualdades regionais: desafios contemporâneos. **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, v. 69, n. 1, p. 21-48, 2018.

FLEURY, Sonia. Federalismo e políticas de saúde no Brasil. In: FLEURY, S. (org.). **Saúde e democracia**: a luta do SUS no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

FLEXA, Carlos; BARBASTEFANO, Rafael Garcia. Descentralização e consórcios intermunicipais de saúde no Brasil: avanços e limites. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p. 326-345, 2018.

FREEMAN, Robert Edward. **Strategic management**: a stakeholder approach. Boston: Pitman, 1984.

GERIGK, Willson; PESSALI, Huáscar Fialho. A promoção da cooperação nos consórcios intermunicipais de saúde do estado do Paraná. **Revista de Administração Pública**, v. 48, p. 1525-1543, 2014.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Ronaldo Couto; LIDDLE, Joyce; GOMES, Luiz Otávio Miranda. Governança pública: conceitos e práticas. **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, v. 71, n. 4, p. 767-788, 2020.

GONTIJO, Daniela Teixeira; VIEGAS, Sônia Maria da Fonseca; GONTIJO, Lucas Alves; SILVA, Bruna Martins da. Invisibilidade social e políticas públicas: o cuidado em saúde da população em situação de rua. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e20230043, 2024.

HENRICHS, Letícia Dornelles. Consórcios intermunicipais de saúde: potencialidades e limites na governança cooperativa federativa. **Revista Brasileira de Políticas Públicas e Saúde**, Brasília, DF, v. 13, n. 1, p. 1-26, 2023.

JUNIOR, José Carlos Martines Belieiro. Economia e política da transição democrática no Brasil: uma análise dos governos FHC, Lula e Dilma. **Novos Rumos Sociológicos**, v. 4, n. 5, p. 198-213, 2016.

KVALE, S. **A entrevista na pesquisa qualitativa**. São Paulo: Editora Senac, 2008.

LIMA, Lígia Denise de; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Os consórcios de saúde e a regionalização da saúde no Brasil. *In*: LIMA, Lígia Denise de; VIANA, Ana Luiza D'Ávila (org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. 197-220.

LIMA, Nísia Trindade; DAIN, Sulamis. Política de saúde: uma política social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3107-3117, 2010.

LOTTA, Gabriela Spanghero. **Burocracia e implementação de políticas de saúde**: os agentes comunitários na Estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

LUI, Daniel Gustavo; PEREIRA, Carlos Marcelo Martins; CARVALHO, Paulo André; BRANDÃO, Isabela Martins. Governança colaborativa e consórcios públicos intermunicipais: evolução institucional e desafios de coordenação federativa. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 506-526, 2019.

MARCIA, Juliana Silva. Consórcios públicos intermunicipais: desafios para a governança colaborativa na saúde. **Revista Gestão & Regionalidade**, Santo André, v. 35, n. 104, p. 45-58, 2019.

MATHIAS, Deivisson Carlos; OLIVEIRA, D. R. Consórcios intermunicipais de saúde: agenda mineira para estudos futuros. **Encontro de Administração Pública da Anpad**, VIII, 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 2297-2305, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

NASCIMENTO, A. B. F. M. do; FERNANDES, A. S. A.; SANO, H.; GRIN, E. J.; SILVESTRE, H. C. Cooperação intermunicipal baseada no Institutional Collective Action: os efeitos dos consórcios públicos de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 55, n. 6, p. 1369-1391, 2021.

NEVES, Luiz Antonio; RIBEIRO, José Mendes. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 2207-2217, 2006.

NEVES, Rafael Francisco; RIBEIRO, José Miguel. Consórcios intermunicipais de saúde: uma alternativa à municipalização? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 815-823, 2006.

OLSON, Mancur. **The logic of collective action**: public goods and the theory of groups. Cambridge: Harvard University Press, 1965.

OSTROM, Elinor. **Governing the commons**: the evolution of institutions for collective action. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 877-885, 2012.

PAZ, Roberto Picolli da. **A política por outros meios**: um estudo sobre o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Rio Pardo (CISVALE). 2012. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

PEREIRA, Gabriela Spanghero Martes; ABRUCIO, Fernando Luiz. Federalismo e gestão pública no Brasil: desafios e oportunidades para a cooperação interfederativa. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 4, p. 573-588, 2018.

PNUD – PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**. Brasília, DF: PNUD, 2010. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br>. Acesso em: 30 maio 2025.

PNUD BRASIL. **O que é o IDH?** Brasília, DF: PNUD. Disponível em: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/human-development-report/human-development-index.html>. Acesso em: 8 abr. 2025.

RESBR – REDE BRASILEIRA DE ESTUDOS DA SAÚDE. **Desafios da implementação e gestão dos consórcios públicos de saúde no Brasil**. [S. l.]: RESBR, [2020]. Disponível em: <https://www.resbr.net.br/desafios-da-implementacao-e-gestao-dos-consorcios-publicos-de-saude-no-brasil/>. Acesso em: 30 maio 2025.

RIBEIRO, José Miguel; PEREIRA, Henrique Horta Machado. O papel dos consórcios municipais de saúde na organização da assistência à saúde

no SUS. Divulgação em **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 32, p. 41-47, abr. 2005. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/30407>. Acesso em: 30 maio 2025.

RICHARDSON, Roberto Jarry; PERES, João Alberto; SILVEIRA, Lúcia Valéria de; DEVITO, Lúcia Cristina. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

ROSA, Ana Cláudia. Políticas públicas: conceitos, práticas e processos. São Paulo: Atlas, 2021.

ROSÁRIO, Patrícia Silva do; LIMA, Lúgia Denise de; MACHADO, Carlos Octávio Vasconcelos. Participação social e democratização do SUS: a VIII Conferência Nacional de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1751-1760, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n5/1751-1760/>. Acesso em: 11 mar. 2025.

SCLIAR, Moacyr Jaime. História do conceito de saúde. *Physis*: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas**: Conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 24. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

SILVA, Gabriela Maria Reis da; LOTTA, Gabriela Spanghero. Governança cooperativa e accountability em consórcios intermunicipais. **Revista do Serviço Público**, Brasília, DF, v. 65, n. 2, p. 255-280, 2014.

SILVA, P.; TELES, F.; FERREIRA, J. Intermunicipal cooperation: The quest for governance capacity? **International Review of Administrative Sciences**, 2018.

TEIXEIRA, Maria Aparecida Camargo; ORNELAS, Carlos. Análise de políticas públicas. *In*: TEIXEIRA, Maria Aparecida Camargo; ORNELAS, Carlos (org.). **Políticas públicas e seus desafios**. Rio de Janeiro: FGV, 2018. p. 179-192.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR).

**Vulnerabilidade social nos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.** Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 2019.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Lígia Denise de; MACHADO, Carlos Octávio Vasconcelos. Descentralização e regionalização da saúde no Brasil: avanços e entraves. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1751-1762, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ghM98Ct9Wn7qKjLbfGC4DJk>. Acesso em: 11 mar. 2025.

WILKINSON, Richard; PICKETT, Kate. **O espírito da igualdade**: por que razão sociedades mais igualitárias funcionam quase sempre melhor. Lisboa: Editorial Presença, 2009.

XAVIER, Arlindo Alegre; OLIVEIRA, Ana Lúcia de; SILVA, Gislaine de Fátima da. Desenvolvimento Regional: uma revisão de suas abordagens e mensurações. **Revista de Desenvolvimento e Agronegócio**, v. 1, n. 1, p. 11-28, 2013.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

A large, modern office interior with high ceilings and floor-to-ceiling windows. The space is filled with people working at long tables. In the foreground, there are several hexagonal ottomans arranged on a patterned rug. The overall atmosphere is bright and professional.

# APÊNDICES

# **APÊNDICES**

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisa de Mestrado — Estudo de Caso: CIS-EVMJ

Título da pesquisa: “Estruturação e sustentação de Consórcios Intermunicipais de Saúde: elementos de análise e potencialidades associadas”

Estudo de Caso do CIS-EVMJ

Pesquisador responsável:

Nome: Heber Gomes Neiva

Curso: Mestrado em Administração Pública

Instituição: IDP

E-mail: ppgap@idp.edu.br / heberneiva@msn.com

Orientador:

Nome: Professor Dr. Alexander Cambraia Nascimento Vaz

Apresentação da pesquisa:

O objetivo desta pesquisa é analisar os fatores históricos, políticos, institucionais e gerenciais que influenciaram a criação, evolução e sustentabilidade do Consórcio Intermunicipal de Saúde Entre os Vales do Mucuri e Jequitinhonha (CIS-EVMJ), a partir da percepção de diferentes atores envolvidos em sua fundação, desenvolvimento e gestão.

Para isso, serão realizadas entrevistas com pessoas que participaram ou participam, de alguma forma, do processo de constituição, expansão, governança e operação do consórcio.

Esclarecimentos ao participante:

A entrevista tem previsão de duração entre 60 e 90 minutos.

A sua participação é **voluntária** e poderá ser interrompida a qualquer momento, sem necessidade de justificativa.

As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos, dentro dos objetivos desta pesquisa de mestrado.

A entrevista será **gravada** (mediante autorização), a fim de garantir fidelidade na análise e categorização das informações.

O material coletado será tratado com rigoroso **sigilo e confidencialidade**.

Não haverá divulgação de nomes, funções ou qualquer dado que permita sua identificação individual nos resultados finais da pesquisa.

Não há riscos diretos associados à participação.

Direitos do participante:

Receber informações claras sobre a pesquisa.

Retirar seu consentimento a qualquer momento.

Solicitar esclarecimentos durante ou após a entrevista.

Ter assegurada a confidencialidade de suas respostas.

Esclarecimentos e contato do Comitê de Ética (se aplicável):

[Inserir dados de contato do CEP, caso o projeto esteja submetido ao comitê de ética.]

---

Consentimento:

Declaro que fui devidamente informado (a) sobre os objetivos, procedimentos e aspectos éticos desta pesquisa e que aceito participar de forma livre e esclarecida.

---



**Assinatura**

**do(a)**

**participante:**

\_\_\_\_\_

**Data:**\_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**Local:** \_\_\_\_\_

**Assinatura**

**do**

**pesquisador:**

\_\_\_\_\_



## APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE PESQUISA: QUESTIONÁRIO QUALITATIVO PARA *STAKEHOLDERS* DO CIS-EVMJ

Instrumento de Pesquisa: Questionário Qualitativo para *Stakeholders* do CIS-EVMJ

### Tema central da pesquisa:

Elementos ou condições que estão associados à estruturação e sustentação de consórcios intermunicipais de saúde: estudo de caso do CIS-EVMJ

---

#### Bloco 1 – Identificação do entrevistado

Nome completo: \_\_\_\_\_

Cargo ou função ocupada à época: \_\_\_\_\_

Período de participação no CIS-EVMJ: \_\_\_\_\_

Município de origem: \_\_\_\_\_

#### Bloco 2 – Movimentação inicial para a fundação do CIS-EVMJ (1995)

1. Como surgiu a ideia da criação do CIS-EVMJ?
2. Quais fatores ou necessidades regionais motivaram a articulação inicial?
3. Quem foram os principais articuladores e quais estratégias de mobilização foram utilizadas?
4. Houve resistência de algum município ou liderança política na época?

#### Bloco 3 – Perspectivas, incentivos e obstáculos na criação

5. que o senhor(a) via como principal vantagem na criação do CIS-EVMJ à época?

6. Quais foram os principais obstáculos políticos, financeiros ou jurídicos enfrentados no início?
7. Houve algum tipo de apoio técnico ou institucional de órgãos estaduais ou federais na sua constituição?
8. Na sua visão, a criação foi mais uma necessidade emergencial ou uma oportunidade estratégica de fortalecimento regional?

#### Bloco 4 – Coalizões políticas regionais e disputas internas

9. Como os prefeitos e lideranças políticas regionais se organizaram para constituir o CIS-EVMJ?
10. Existiram disputas internas ou conflitos entre grupos políticos locais e regionais ao longo do tempo?
11. Em que medida divergências ideológicas ou partidárias entre os prefeitos afetaram as decisões e o funcionamento do CIS-EVMJ?
12. As eleições municipais alteravam a governabilidade e o equilíbrio de forças dentro do consórcio?

#### Bloco 5 – Influência de lideranças estaduais e nacionais

14. Houve influência de lideranças políticas estaduais ou nacionais sobre as decisões e a condução do CIS-EVMJ?
15. Essa influência foi positiva (apoios e incentivos) ou trouxe interferências e dificuldades?

#### Bloco 6 – Financiamento e sustentabilidade financeira

16. Como foi estruturado o financiamento inicial do consórcio?
17. Quais as principais fontes de receita ao longo da história (municípios, estado, União, convênios)?
18. Os valores de contrapartida dos municípios sempre foram adequados à capacidade financeira de cada ente?
19. Existiram problemas recorrentes de inadimplência?

#### Bloco 7 – Ganhos e perdas com o consorciamento

20. Quais os principais benefícios observados para os municípios integrantes do CIS-EVMJ?

21. Houve, na sua avaliação, alguma perda ou limitação trazida pela adesão ao consórcio?

22. Como os serviços prestados pelo CIS-EVMJ complementaram ou suprimiram lacunas das secretarias municipais de saúde?

#### Bloco 8 – Percepção de impacto para os gestores municipais

23. Participar do consórcio facilitou a gestão da saúde nos municípios?

24. Como o consorciamento influenciou a capacidade técnica, operacional e política dos secretários municipais de saúde?

#### Bloco 9 – O comportamento *freerider* no CIS-EVMJ

25. Houve ocorrência de municípios inadimplentes ou que se beneficiaram sem contribuir proporcionalmente?

26. Como essas situações foram enfrentadas administrativamente e politicamente?

27. Quais alternativas foram ou poderiam ser adotadas para evitar ou minimizar o problema dos *freeriders*?

#### Bloco 10 – Desenvolvimento regional e indicadores de saúde

28. Na sua opinião, o CIS-EVMJ contribuiu para o desenvolvimento regional?

29. Houve impacto mensurável na melhoria de indicadores de saúde (exames, consultas, cirurgias, mortalidade infantil, acesso a especialidades)?

30. Como o consórcio afetou o acesso da população aos serviços de saúde especializados e de média/alta complexidade?

#### Bloco 11 – Encerramento e perspectivas futuras

31. Qual o maior desafio atual do CIS-EVMJ?

32. que ainda precisa ser aprimorado para garantir sua sustentabilidade nos próximos anos?

33. Que recomendações o senhor(a) deixaria para outros municípios que desejam criar ou aperfeiçoar um consórcio de saúde?

#### Bloco 12 – Reflexões retrospectivas e perspectivas futuras

34. Olhando hoje para o processo de fundação, estruturação e adesão ao CIS-EVMJ, qual é o seu sentimento pessoal e profissional em relação aos ideais que motivaram a criação do consórcio?
35. Houve, na sua visão, momentos de frustração, superação ou realização que marcaram o seu envolvimento com o CIS-EVMJ?
36. Se pudesse apontar um fato ou episódio que considera marcante ou simbólico na sua trajetória de participação como stakeholder no CIS-EVMJ, qual seria? (pode ser tanto positivo quanto um desafio enfrentado).
37. Como o(a) senhor(a) avalia hoje o CIS-EVMJ?

#### Bloco 13 – Desafios estruturais, tecnológicos e institucionais de gestão

38. Quais foram os principais desafios enfrentados pelo CIS-EVMJ, ao longo da sua trajetória, no que diz respeito à disponibilidade e formação de profissionais qualificados (gestores, técnicos administrativos, profissionais de saúde)?
39. De que forma o avanço tecnológico — especialmente a transição do modelo analógico para o digital — afetou o funcionamento e a capacidade operacional do CIS-EVMJ (ex.: regulação, agendamentos, integração de dados, prontuários eletrônicos, telemedicina, etc.)?
40. Como o CIS-EVMJ se adaptou às mudanças nas políticas públicas de saúde e às sucessivas atualizações na legislação brasileira desde a criação do SUS e da própria Lei dos Consórcios Públicos (Lei 11.107/2005)?
41. Na sua avaliação, o CIS-EVMJ conseguiu conquistar um nível adequado de autonomia administrativa e decisória em relação aos municípios consorciados, ao estado e à União?

42. Como o consórcio equilibra a sua autonomia com a responsabilização institucional (*accountability*) e os mecanismos de transparência pública exigidos atualmente?
43. Há, na sua visão, oportunidades futuras de profissionalização ainda maior na gestão administrativa e financeira do CIS-EVMJ?



idn

idp

A ESCOLHA QUE  
**TRANSFORMA**  
O SEU CONHECIMENTO